



**PLAN STRATEGIQUE 2011-2015
DE LUTTE CONTRE LE
PALUDISME AU BURKINA FASO**

Draft 5 du 16 août 2011

Septembre 2011

SOMMAIRE

Page

PREFACE	5
REMERCIEMENTS.....	6
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	7
LISTE DES TABLEAUX.....	11
LISTE DES FIGURES.....	11
LISTE DES CARTES	11
RESUME.....	12
I. PROFIL PAYS.....	15
1.1 Aperçu général sur le Burkina Faso.....	15
1.1.1 Situation géographique	15
1.1.2 Données démographiques.....	15
1.1.3 Données environnementales et climatiques	15
1.2 Organisation sociopolitique.....	16
1.3 Situation socio-économique.....	17
II. ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE AU BURKINA FASO.....	18
2.1 Le profil épidémiologique.....	18
2.2 Organisation du système national de santé	19
2.3 Performances du système de santé et actions requises pour renforcer ce	21
III. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME	26
3.1 Epidémiologie du paludisme.....	26
3.1.1 Parasites du paludisme.....	26
3.1.2 Vecteurs du paludisme	26
3.1.3 Dynamiques de la transmission du paludisme.....	27
3.1.4 Cartographie du paludisme.....	29
3.2. Résultats de la revue de performance =analyse des performances de lutte contre le paludisme	31
3.2.1 Historique de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso	31
3.2.2 Situation actuelle du programme national de lutte contre le paludisme.....	33
3.2.2 Analyse des Forces, faiblesses , opportunités et menaces (FFOM).....	51
IV CADRE DE PLANIFICATION STRATEGIQUE.....	65

4.1 Vision	65
4.2 Mission	65
4.3 But et objectifs	65
4.3.1 But	65
4.3.2 Objectif général	65
4.3.3 Objectifs spécifiques	65
4.4 Orientations politiques et stratégiques	66
4.4.1 Principes directeurs et valeurs	66
4.4.2 Axes stratégiques	67
4.5. Interventions et stratégies de mise en œuvre	68
4.5.1 Amélioration diagnostic et prise en charge des cas	68
4.5.2 Renforcement de la prévention du paludisme chez la femme enceinte et enfants	71
4.5.3 lutte anti-vectorielle contre le paludisme	72
4.5.4 gestion de l’approvisionnement des produits antipaludiques	75
4.5.5 Renforcement du plaidoyer, information, éducation, communication et mobilisation sociale	79
4.5.5 Renforcement de la surveillance, du suivi, de l’évaluation et de la recherche opérationnelle	83
4.5.6 Amélioration de la gestion du programme	87
VI. SURVEILLANCE SUIVI & EVALUATION	91
6.1. Cadre de performances	91
6.2. Système de suivi & évaluation et de supervision	102
6.3. Mesure des résultats et de l’impact des interventions	104
VII. COORDINATION ET GESTION DU PROGRAMME	107
7.1 Ressources humaines	107
7.2. Planification opérationnelle de la mise en œuvre.	109
7.2.1 Amélioration diagnostic et prise en charge des cas	109
7.2.2 Renforcement de la prévention du paludisme chez la femme enceinte et enfants	110
7.2.3. Lutte anti-vectorielle contre le paludisme	111
7.2.4. Gestion de l’approvisionnement des produits antipaludiques	112
7.2.5 Renforcement du plaidoyer, information, éducation, communication et mobilisation sociale	113

7.2.6. Renforcement de la surveillance, du suivi, de l'évaluation et de la recherche opérationnelle	114
7.2.7. Amélioration de la gestion du programme	115
7.3 Coordination du partenariat.	116
7.4 Système de gestion des approvisionnements et stock.	Error! Bookmark not defined.
VIII. BUDGET ET PLAN DE FINANCEMENT	117
8.1 Résumé du budget par domaine de prestation de service	117
8.2 Résumé du budget par catégorie de coût	118
IX MOBILISATION DES RESSOURCES	119
9.1 Résumé de l'analyse des GAP financiers	119
9.2 Stratégie de mobilisation des ressources	119
CONCLUSION	120
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	121
ANNEXES	Error! Bookmark not defined.
Annexe A : Liste des Experts ayant participé à l'élaboration du PSN 2011 – 2015	126
ANNEXE B : Synthèse de la grille matricielle pour l'analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces de la lutte contre le paludisme	130

PREFACE

L'endémie palustre constitue au Burkina Faso le premier motif de consultation et de décès dans les formations sanitaires. Il s'agit d'un problème important de santé publique et représente une priorité d'action.

La revue des performances de la mise en œuvre des interventions au cours de la période 2002 à 2010 a montré des avancées significatives dans la lutte contre le paludisme à l'échelle du pays. Le changement de politique de prise en charge des cas par l'adoption des combinaisons thérapeutiques, la prise en charge des cas à domicile (PECADO), la distribution universelle des MILDA et la pulvérisation intra domiciliaire (PID) sont des résultats positifs et encourageants. Ces actions ont été possibles grâce à la mobilisation de tous les acteurs à tous les niveaux, et particulièrement nos partenaires techniques et financiers. Cependant, des efforts importants doivent encore être déployés pour faire front à cette endémie majeure.

Le plan stratégique 2011-2015 constitue un cadre fédérateur pour la mobilisation de toutes les ressources. Il ambitionne de réaliser, à l'horizon 2015, les objectifs nationaux et internationaux dans le domaine de la lutte contre le paludisme. Pour ce faire, sept axes stratégiques ont été retenus dans ce plan : l'amélioration de la prise en charge des cas, le renforcement de la prévention du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants, la lutte contre les vecteurs, le renforcement de la communication, la gestion de l'approvisionnement des antipaludiques, le renforcement du suivi-évaluation-recherche et l'amélioration de la gestion du programme.

Je voudrais exprimer ici toute la gratitude du Gouvernement et de l'ensemble des bénéficiaires aux partenaires pour tout ce qu'ils ont déjà fait et pour ce qu'ils feront dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan.

J'invite tous les acteurs de la lutte contre le paludisme, qu'ils soient du secteur sanitaire public ou privé, qu'ils soient des autres secteurs de développement ou du monde communautaire à s'approprier ce plan stratégique qui définit les interventions prioritaires à mettre en œuvre au cours des cinq prochaines années.

Le Ministre de la santé
Pr Adama TRAORE
Chevalier de l'ordre national

REMERCIEMENTS

L'élaboration de ce plan stratégique a bénéficié des appuis techniques et financiers des partenaires.

Le Ministère de la santé tient à remercier toutes et tous ceux qui ont contribué, à travers cette mobilisation, à la matérialisation du présent plan stratégique. Ces remerciements s'adressent particulièrement :

- A l'équipe des consultants qui ont conduit tout le processus d'élaboration du plan stratégique
- Aux partenaires techniques et financiers (Croix Rouge, DELIVER, Fonds Mondial, Jhpiego, LWR, OMS, Plan Burkina, RBM, RTI, UNICEF, USAID, les partenaires du PADS) qui ont assisté techniquement et financièrement l'équipe de planification ;
- A l'équipe de la coordination du programme de lutte contre le paludisme qui a fait montre d'une efficacité dans l'organisation et la tenue des divers ateliers.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACT	:	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
ANVR	:	African net work vector resistant
AMMIE	:	Association d'appui moral matériel et intellectuel à l'enfant
ARV	:	Anti rétroviraux
ASAQ	:	Artésunate/amodiaquine
ASC	:	Agent de santé communautaire
BF	:	Burkina Faso
BM	:	Banque mondiale
CAMEG	:	Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux
CAB	:	Cabinet
CAP	:	Connaissance, attitude, pratique
CEDEAO	:	Communauté économique des états de l'Afrique de l'ouest
CCC	:	Communication pour le changement de comportement
CISSE	:	Centres d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique
CM	:	Centre médical
CMA	:	Centre médical avec antenne chirurgicale
CNS	:	Comptes nationaux de santé
CHR	:	Centre hospitalier régional
CHU	:	Centre hospitalier universitaire
CNLP	:	Centre national de lutte contre le paludisme
CNP	:	Comité national de pilotage
CNRFP	:	Centre national de recherche et de formation sur le paludisme
COGES	:	Comité de gestion
CPFM	:	Coordination du projet fonds mondial
CPN	:	Consultation prénatale
CREDO	:	Organisation chrétienne de secours et de développement
CRSN	:	Centre de recherche en santé de noua
CRCP	:	Centre de référence de la chimiosensibilité du paludisme
CSPS	:	Centre de santé et de promotion sociale
CSLP	:	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
DCPM	:	Direction de la communication et de la presse ministérielle
DAF	:	Direction de l'administration et des finances
DBC	:	Distribution à base communautaire
DEP	:	Direction des études et de la planification
DGHSP	:	Direction générale des hôpitaux et du sous secteur privé
DGPML	:	Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires
DGISS	:	Direction générale de l'information sanitaire et de statistiques
Dmeg	:	Dépôt médicaments essentiels génériques
DGS	:	Direction générale de la santé
DHPES	:	Direction de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé
DIU	:	Diplôme inter universitaire
DLM	:	Direction de la lutte contre la maladie
DPV	:	Direction de la prévention par les vaccinations
DRD	:	Dépôt répartiteur de district

DRS	:	Direction régionale de la santé
DS	:	District Ssanitaire
DSF	:	Direction de la santé de la famille
EDS	:	Enquête démographique et de santé
ENSP	:	Ecole nationale de santé publique
FE	:	Femmes enceintes
FFOM	:	Forces faiblesses opportunités et menaces
FM	:	Fonds mondial
FRP	:	Faire reculer le paludisme
FS	:	Formation sanitaire
GAS	:	Gestion des approvisionnements et stock
IBC	:	Intervention à base communautaire
ICP	:	Infirmier chef de poste
IDH	:	Indice de développement humain
IEC	:	Information éducation communication
IGR	:	Interventions à Gain Rapide
INSD	:	Institut national de la statistique et de la démographie
IRSS	:	Institut de recherche en sciences de la santé
ISO	:	Organisation internationale de normalisation
LAL	:	Lutte antilarvaire
LAMI	:	Lutte anti- moustique par moustiquaires imprégnées
LAP	:	Lutte anti paludique
LAV	:	Lutte anti vectorielle
LCP	:	Lutte contre le paludisme
LNME	:	Liste nationale des médicaments et consommables essentiels
LNSP	:	Laboratoire national de santé publique
LWR	:	Lutheran world relief
JICA	:	Japan international cooperation agency
JMLP	:	Journée mondiale de lutte contre le paludisme
MEG	:	Médicaments essentiels génériques
MII	:	Moustiquaires imprégnées d'insecticides
MILDA	:	Moustiquaires imprégnées longue durée d'action
MICS	:	Multiple indicator cluster survey
MS	:	Ministère de la santé
NA	:	Non applicable
ND	:	Non disponible
OBC	:	Organisation à base communautaire
OMD	:	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
ONG	:	Organisation non gouvernementale
OOAS	:	Organisation ouest africaine de la santé
OUA	:	Organisation de l'union Africaine
PA	:	Plan d'action
PALAP	:	Programme d'accélération de la lutte antipaludique
PAMAC	:	Programme d'appui au monde associatif et communautaire
PADS	:	Programme d'appui au développement sanitaire
PASEI	:	Projet d'appui à la surveillance épidémiologique intégrée
PCIME	:	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

PEC	:	Prise en charge
PECADO	:	Prise en charge à domicile
PEV	:	Programme élargi de vaccination
PG	:	Paludisme grave
PID	:	Pulvérisation intra domiciliaire
PMI	:	Protection maternelle et infantile
PNUD	:	Programme des nations unies pour le développement
PNDS	:	Plan national de développement sanitaire
PNEFL	:	Programme national d'élimination de la filariose lymphatique
PNLP	:	Programme national de lutte contre le paludisme
PS	:	Paludisme simple
PSI	:	Population service international
PSN	:	Politique sanitaire nationale
PTF	:	Partenaires techniques et financiers
PTME	:	Prévention de la transmission mère-enfant
PvVIH	:	Personne vivant avec le VIH
RAC	:	Réseaux autonomes de communication
RAOPAG	:	Réseau d'Afrique de l'ouest contre le paludisme pendant la grossesse
RAOTAP	:	Réseau d'Afrique de l'ouest pour la surveillance du traitement antipaludique
RBM	:	Roll back malaria
RGPH	:	Recensement général de la population et de l'habitat
RHS	:	Ressources humaines pour la santé
RTB	:	Radio/télévision du Burkina Faso
RTI	:	Research triangle institute
SCADD	:	Stratégie de croissance accélérée pour le développement durable
SG	:	Secrétariat général
SIDA	:	Syndrome immuno déficitaire acquis
SIECA	:	Service information éducation communication
SIGL	:	Système d'information en gestion logistique
SNIS	:	Système national d'information sanitaire
SONU	:	Soins obstétricaux néonataux d'urgence
SP	:	Sulfadoxine-pyriméthamine
SP/CNLS-IST	:	Secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le SIDA/IST
ST/PNDS	:	Secrétariat technique du plan national de développement sanitaire
SESA	:	Service éducation pour la santé et l'assainissement
SWOT	:	Strengths, weaknesses, opportunities and threats
TAL	:	Traitement anti larvaire
TDR	:	Test de diagnostic rapide
TPI	:	Traitement préventif intermittent
UEMOA	:	Union économique et monétaire ouest africaine
UNICEF	:	Fonds des nations unies pour l'enfance
URCB	:	Union des religieux et coutumiers du burkina
USAID	:	Agence américaine pour le développement international
VAA	:	Vaccin anti amaril
VAR	:	Vaccin anti rougeoleux

VAT	:	Vaccin anti tétanique
VIH	:	Virus immunodéficientaire humain
WARN	:	Western africa roll Back malaria regional network
WHOPES	:	World Health organisation for pesticides

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Résumé de l'analyse du système de santé du Burkina Faso

Tableau II : *Domaines d'interventions des différents partenaires*

Tableau III : Evolution du niveau des indicateurs de performance du programme de 2006 à 2010

Tableau IV : *Contribution financière des principaux partenaires*

Répartition des ressources humaines du PNLP par unité et catégories professionnelles

: Besoins en ressources humaines par profil pour la coordination du PNLP

Tableau V :

Tableau VI :

Tableau VII :

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution des parts attribuables (%) au paludisme dans les causes de consultation, d'hospitalisation et décès dans les structures sanitaires (CHR/CHU compris) de 2006 à 2010

Figure 2 : Evolution de l'incidence du paludisme (‰) dans la population générale et chez les enfants de moins de 5 ans de 2006 à 2010 au Burkina Faso

Figure 3 : Montant des financements du plan stratégique de 2006 à 2010

Figure 4 : Répartition du financement global du plan stratégique 2006-2010 par domaine d'intervention

Figure 5 :

LISTE DES CARTES

Carte 1 : Faciès épidémiologiques de transmission du paludisme au Burkina Faso

Carte 2 : Incidence des cas déclarés de paludisme pour 1000 habitants au Burkina Faso en 2010

Carte 3 :

RESUME

Le Burkina Faso s'est résolument engagé dans la lutte contre le paludisme à partir de 1991 par l'adoption d'un programme national et la définition d'un schéma standard de prise en charge des cas. Depuis son adoption, le programme a connu des phases. Entre 2002 et 2010, deux plans stratégiques ont été adoptés et mis en œuvre.

L'évaluation des performances de la lutte contre le paludisme réalisée au cours du premier semestre 2011 a permis de faire le point des succès et des faiblesses de cette lutte et de dégager les principaux défis.

Les principaux points forts relevés sont :

- Priorité accordée au paludisme au niveau du Ministère de la santé ;
- Adoption de directives de subvention des intrants ;
- Standardisation de la PEC du paludisme à tous les secteurs (public, privé et communautaire) ;
- Mise à l'échelle de la PECADO ;
- Couverture universelle des populations en MILDA en 2010
- Introduction de la PID ;
- Existence du comité de suivi de l'utilisation des ACT ;
- Existence de cadres de concertation incluant les partenaires.

Les principaux défis de ce plan sont de :

- Renforcer la collaboration avec le secteur privé ;
- Améliorer l'organisation des interventions à base communautaire ;
- Renforcer la concertation avec les partenaires ;
- Améliorer la mobilisation des ressources ;
- Sécuriser les stocks des intrants ;
- Renforcer l'assurance qualité des intrants ;
- Inscrire une ligne budgétaire nationale pour l'achat des intrants ;

- Appliquer la gratuité des traitements antipaludiques ;
- Améliorer la qualité de la PEC des cas ;
- Mettre en œuvre la chimioprophylaxie du paludisme chez l'enfant ;
- Améliorer l'IEC/CCC/plaidoyer/mobilisation sociale dans le cadre de la lutte contre le paludisme ;
- Renforcer le système de collecte des données sur le paludisme ;
- Promouvoir la bonne gouvernance à tous les niveaux ;
- Augmenter la couverture des interventions en matière de prévention contre le paludisme (PID, LAL) ;
- Contribuer au renforcement des mesures d'assainissement du cadre de vie ;
- Renforcer les capacités en ressources humaines en nombre et en qualité.

L'objectif général est de réduire la morbidité de 75% par rapport à 2000 et la mortalité du paludisme à un niveau proche de zéro¹ au Burkina Faso d'ici la fin de 2015.

Pour atteindre cet objectif, **les objectifs spécifiques** suivants ont été retenus :

1. D'ici fin 2015, 100 % des cas suspects de paludisme sont confirmés et traités avec des antipaludiques adaptés dans tous les établissements publics, privés et communautaire ;
2. D'ici fin 2015, 100% des femmes enceintes et des enfants de 3-59 mois auront reçu une chimioprophylaxie au paludisme ;
3. D'ici fin 2015, 100% des populations dorment sous MILDA ;
4. D'ici fin 2015, 100% des populations des zones de haute transmission ciblées bénéficient de la PID dans les régions sanitaires du Sud-Ouest, des Cascades, des Hauts-bassins et de la Boucle du Mouhoun ;
5. D'ici fin 2015, 100% des gîtes larvaires des zones ciblées sont couvertes par les TAL (traitement anti larvaire) dans les régions sanitaires du Centre et des Hauts-Bassins ;
6. D'ici 2015, une disponibilité de 100% de tous les intrants de qualité est assurée au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire ;

¹ Dans les régions ou les établissements de santé publique sont à même de pratiquer un examen parasitologique chez tous les patients présentant une suspicion de paludisme, les résultats « Proche de zéro » en ce qui concerne la mortalité due au paludisme est définie ainsi : un maximum de 1 décès dû au paludisme sur 100 000 personnes à risque.

7. D'ici fin 2015, au moins 80% des populations observent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme ;
8. D'ici fin 2015, 100% des districts sanitaires produisent des données mensuelles du paludisme dans tous les établissements publics, privés et communautaire ;
9. D'ici fin 2015, la capacité du PNLP dans la gestion de la lutte contre le paludisme y compris la coordination des interventions des partenaires est renforcée.

Pour ce faire, sept axes stratégiques ont été retenus dans ce plan : l'amélioration de la prise en charge des cas, le renforcement de la prévention du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants, la lutte contre les vecteurs, le renforcement de la communication, la gestion de l'approvisionnement des antipaludiques, le renforcement du suivi-évaluation-recherche et l'amélioration de la gestion du programme.

Le **budget estimatif** du plan stratégique 2011-2015 est deCFA, avec un **gap financier** deCFA, soit ...% du budget.

I. PROFIL PAYS

1.1 Aperçu général sur le Burkina Faso

1.1.1 Situation géographique

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé, situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest et couvre une superficie de 272 967 km². Il est limité au Nord et à l'Ouest par le Mali, au Nord Est par le Niger, au Sud Est par le Bénin et au Sud par le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

1.1.2 Données démographiques

Selon le recensement Général de la population et de l'habitat (RGPH) de décembre 2006 la population résidente du Burkina Faso est de 14 017 262 habitants. Cet effectif correspond à une densité moyenne de près de 51,8 habitants au kilomètre carré. Le taux d'accroissement naturel est estimé à 3,1% et les femmes représentent 51,7%. La majorité (77,3%) de la population réside en milieu rural. Les cibles prioritaires pour le présent plan stratégique sont les enfants de moins de cinq (5) ans et les femmes enceintes. Les enfants de moins de 5 ans représentent 17,4% de la population tandis que les grossesses attendues représentent 5% de la population totale.

Le taux brut de natalité est estimé à 46,0‰, celui de la mortalité générale est de 11,8‰ et l'espérance de vie à la naissance de 56,7ans. L'indice synthétique de fécondité est de 6,2. Le Burkina Faso est aussi un pays de fortes migrations interne et surtout externe.

1.1.3 Données environnementales et climatiques

Plusieurs facteurs environnementaux et climatiques influençant la prolifération des vecteurs sont associés à l'endémicité du paludisme. Ces facteurs sont la pluviométrie, la température et le couvert végétal. Le Burkina Faso est sous un climat tropical de type soudanien dans lequel alternent une longue saison sèche (octobre à avril) et une courte saison humide (mai à septembre). La durée de la saison des pluies et la pluviométrie totale annuelle permettent de distinguer trois zones

climatiques :i) une zone soudanienne, plus arrosée avec une pluviométrie comprise entre 1000 et 1300 mm sur une période qui s'étale sur au moins 5 mois. La végétation est composée de forêts claires et de galeries forestières en bordure des cours d'eau permanents ; ii) une zone soudano-sahélienne, recevant une pluviométrie comprise entre 600 et 1000 mm sur une période de 3 à 4 mois. La végétation est une juxtaposition de formations arbustives et herbeuses ; iii) une zone sahélienne caractérisée par une pluviométrie annuelle comprise entre 400 et 600 mm sur une période de 3 à 4 mois. La bande sahélienne est caractérisée par une steppe arborée de balanite et acacias radia avec un tapis de graminées sur les dunes et le long des dépressions.

Le réseau hydrographique du Burkina s'organise en trois bassins qui drainent annuellement environ 8 milliards de m³ d'eau. Ce sont : le bassin de la Volta, le bassin de la Comoé et le bassin du Niger. D'autre part de nombreuses mares temporaires et permanentes existent sur l'ensemble du territoire mais ne sont pas répertoriées. Il existe également des barrages hydroélectriques aux abords desquels des aménagements agricoles et maraîchers ont été réalisées. Ces mares et aménagements sont souvent sources de prolifération des vecteurs dont l'anophèle.

Les températures moyennes varient de 16°C à 45°C dans le pays (site wikipédia, Burkina Faso).

Le changement climatique actuel pourrait modifier certains paramètres (pluviométrie, température,..) et entraîner une augmentation des gîtes larvaires ; ce qui augmentera l'incidence des cas de paludisme.

1.2 Organisation sociopolitique

Depuis juin 1991, le Burkina Faso s'est doté d'une constitution qui consacre, le multipartisme, la séparation des pouvoirs. Des efforts sont faits par le pays en matière de promotion de l'Etat de droit et des principes de la bonne gouvernance.

Le territoire national est divisé en 13 régions, 45 provinces, 351 communes dont 49 communes urbaines, 8000 villages environ, et des hameaux de culture. La région et la commune sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Les circonscriptions administratives sont la région, la province, le département et le village. Actuellement, le pays est dans la phase active du processus de décentralisation administrative qui a abouti à la communalisation

intégrale dont l'une des conséquences sera le transfert de plusieurs compétences du département de la santé aux communes.

1.3 Situation socio-économique

Le Burkina Faso est confronté à un environnement économique difficile depuis plusieurs décennies. Avec un revenu national brut par habitant estimé en 2008 à 1215 \$ us par an, le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés. Selon le rapport du Programme des nations unies pour le développement (PNUD) sur le développement humain, le pays occupe le 161^{ème} rang sur 169 pays avec un Indice de développement humain (IDH) de 0.305 en 2010.

Le seuil de pauvreté était estimé à 108 454 FCFA par adulte et par an en 2009. Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 43,9% au niveau national (Source : résultats EICVM 2009-2010 INSD).

Le pays présente une très grande diversité culturelle avec plus d'une soixantaine de groupes ethniques et plusieurs langues parlées dont les principales sont le mooré, le dioula et le fulfuldé. La langue officielle est le français. Les religions sont dominées par l'islam (60,50%), le christianisme (23,2%) et l'animisme (15,3%)².

Dans le domaine socioculturel, la situation est caractérisée par un taux brut de scolarisation au primaire (6-12 ans) de 72,5% en 2007-2008³. Ce niveau atteint reste inférieur aux objectifs de développement du secteur et la situation n'est guère meilleure dans les cycles secondaire et supérieur. En 2008, le taux brut de scolarisation au secondaire était de 20,7% et celui du supérieur de 5%⁴. Le taux d'alphabétisation reste faible (28,3% en 2007-2008).

Le paysage médiatique est composé de nombreuses radios (publiques, privées commerciales et confessionnelles) dont le nombre est en plein essor. Selon l'EDSBF-III, la radio est le média le plus écouté. Par ailleurs, 12% des ménages possèdent la télévision.

Le Burkina Faso est desservi par un réseau routier classé d'une longueur totale de 12 349 km répartie comme suit : 1988 km de routes bitumées, 2306 km de routes en

²RGPH 2006

³ INSD(2008), le Burkina en chiffre

⁴ INSD(2008), le Burkina en chiffre

terre, 6640km de pistes améliorées et 1415km de pistes non entretenues. Les routes bitumées sont à 70% en bon état contre 30% pour les pistes améliorées. Cependant certaines zones sont inaccessibles en saison des pluies.

Les structures chargées des télécommunications offrent une gamme variée de produits et de services : téléphone, télégraphe, télex, télécopie, téléphone mobile, nœud national d'interconnexion avec Internet etc. Par ailleurs, un certain nombre de centres de santé et de promotion sociale (CSPS) disposent de réseaux autonomes de communication (RAC) pour réaliser la communication avec les autres niveaux.

Dans le domaine de l'énergie, seulement 11% des ménages ont accès à l'électricité. Mais ce taux s'améliorera certainement avec la construction de nouveaux ouvrages hydro électriques et les interconnexions prochaines avec les pays voisins tels la Côte d'Ivoire et le Ghana.

Dans le domaine de l'habitat, 61,6% des ménages vivent dans des maisons individuelles simples, 26,6 % vivent dans des cases en brique de terre et 7,4% vivent dans des bâtiments à plusieurs logements (non immeuble)

II. ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE AU BURKINA FASO

2.1 Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique du Burkina Faso est marqué par la persistance d'une forte morbidité due aux endémo-épidémies. Il s'agit principalement du paludisme, du VIH/SIDA, de la tuberculose, du ver de guinée, de la lèpre et des maladies tropicales négligées, des maladies à potentiel épidémique (méningite cérébro-spinale, rougeole choléra, etc.). La fièvre jaune constitue un risque tout au long de l'année. Les maladies non transmissibles sont en augmentation. Elles regroupent entre autres, les affections cardio-vasculaires, les affections mentales, les maladies métaboliques, la malnutrition et autres carences nutritionnelles, les cancers.

Le taux brut de mortalité élevé au sein de la population est de l'ordre de 11,8‰. Le, taux de mortalité infantile est de 91,7 pour mille naissances vivantes et celui de la mortalité infanto-juvénile de 141,9 pour mille naissances vivantes. Le ratio de mortalité maternelle est de 307,3 pour 100 000 naissances vivantes (RGPH 2006).

2.2 Organisation du système national de santé

Au Burkina Faso, la réforme du système de santé a débuté en 1978 par l'adoption des soins de santé primaires. Elle est devenue effective en 1992 par la création des districts sanitaires et des directions régionales de la santé en 1996. La lutte contre le paludisme est prise en compte dans la politique nationale de santé (PNS). L'opérationnalisation de cette PNS est assurée dans le cadre d'un plan national de développement sanitaire (PDSN) couvrant la période 2011-2020.

Sur le plan administratif, le système de santé comprend trois (3) niveaux : i) le niveau central qui comprend les directions centrales et les structures rattachées; ii) le niveau intermédiaire composé de 13 directions régionales et iii) le niveau périphérique qui comprend 70 districts sanitaires. Le district sanitaire est l'entité opérationnelle où sont délivrées les prestations de santé y compris celles relatives à la lutte contre le paludisme.

Le système de soins est organisé en trois sous secteurs qui sont : i) le sous-secteur sanitaire public qui comprend trois niveaux ; ii) le sous-secteur sanitaire privé et confessionnel qui est en pleine expansion et contribue à l'offre de soins aux populations surtout urbaines ; iii) le sous-secteur sanitaire de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle.

Le sous-secteur public comprend trois niveaux : i) le premier niveau est subdivisé en deux (2) échelons. Un premier échelon qui regroupe les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et les centres médicaux (CM) et un deuxième échelon qui comprend les hôpitaux de district ou centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) qui servent de référence pour les autres formations sanitaires du district ; ii) le deuxième niveau comprend les centres hospitaliers régionaux (CHR) qui sont les structures de référence pour les CMA ; iii) le troisième niveau composé des centres hospitaliers nationaux et universitaires (CHN/CHU) est le niveau le plus élevé de soins de référence et des prestations spécialisées.

Le sous-secteur sanitaire privé et confessionnel est en pleine expansion et contribue à l'offre de soins aux populations surtout urbaines. Les structures privées au nombre de 358 en 2010, comprennent des polycliniques, des cliniques, des centres médicaux, des cabinets médicaux, des cabinets dentaires, des CSPS, des cliniques d'accouchement et des cabinets de soins infirmiers. Il convient d'inclure parmi ces structures les grossistes privés, les officines et les dépôts privés de médicaments qui contribuent à l'approvisionnement du pays en médicaments antipaludiques

Le sous-secteur sanitaire de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle est organisé autour des associations de tradipraticiens de santé à tous les niveaux. Il existe une collaboration avec le sous secteur sanitaire public dans la prise en charge de certaines pathologies.

Les effectifs en ressources humaines pour la santé (RHS) ont connu une augmentation régulière au cours de ces dernières années, mais ceux-ci demeurent insuffisants. Cette insuffisance est plus prononcée pour certains emplois comme les sages-femmes et maïeuticiens d'Etat, les médecins et divers spécialistes. Seulement 83,2% des CSPS remplissent les normes minimales en personnels.

Par contre, on note une pléthore de personnels dans les centres urbains au détriment des zones rurales.

Le nombre de structures de santé a augmenté (CHU = 3 ; CHN = 1 ; CHR = 9 ; CMA = 44 ; CSPS = 1 373 ; CM = 31 ; dispensaires = 122 ; maternités isolées = 22), ce qui explique l'amélioration du rayon moyen d'action théorique des CSPS qui est passé de 9,18 km en 2001 à 7,49 Km en 2009. Le ratio habitant par CSPS est passé de 14177 habitants en 2001 à 9835 habitants en 2009.

La part du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat est passée de 11,61% en 2007, à 15,22% en 2008 et à 15,46% en 2009. Malgré cet effort consenti par l'Etat, la dépense de santé par habitant est toujours en deçà des 30 à 40 \$US que recommande l'OMS.

La part contributive des ménages au financement des dépenses totales de santé est passée de 49,8% en 2003 à 38,4% en 2008.

2.3 Performances du système de santé et actions requises pour renforcer ce système

Le tableau I résume par domaines les forces et faiblesses du système de santé et les actions requises pour renforcer ce système.

Tableau I : Résumé de l'analyse du système de santé du Burkina Faso

Domaines de renforcement du système de santé	Forces	Faiblesses	Actions requises
<p><i>Développement du leadership et de la gouvernance</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - définition de politiques, - adoption de loi et autres conventions relatives à la santé, - décentralisation du système sanitaire avec la mise en place du système de santé de district - développement de la santé communautaire - implication effective de tous les acteurs dans le développement du système de santé, - instauration des soins d'urgence, - subvention des prestations en faveur de la mère et de l'enfant, - réforme hospitalière - prise en charge des urgences sans prépaiement, - réforme pharmaceutique, - politique de contractualisation - promotion du financement basé sur les résultats - textes réglementant l'exercice privé des professions de santé - appui au sous-secteur de la « médecine traditionnelle » et de la pharmacopée nationale 	<ul style="list-style-type: none"> - insuffisance de collaboration entre le secteur de la santé et les secteurs connexes, - faiblesse du développement du partenariat public privé et de la coordination des interventions - Faible application des textes législatifs réglementaires et normatifs - Insuffisance d'appropriation du processus de transfert des compétences par les acteurs de la décentralisation - insuffisances dans le processus de planification 	<ul style="list-style-type: none"> - régulation et normalisation dans le secteur y compris vis-à-vis de la corruption, - amélioration de la collaboration intersectorielle et de la coordination des interventions - renforcement du système national de santé dans le contexte de la communalisation intégrale.

<p>Accroissement du financement de la santé et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - accroissement de ressources en faveur de la santé. - Inscriptions budgétaires d'autres ministères et institutions liées à la santé incluses à partir de 2008. - Participation des collectivités territoriales décentralisées au financement de la santé - Evolution des dépenses totales de santé (254⁵ milliards FCFA en 2008 : CNS 2008) 	<ul style="list-style-type: none"> - Financement de la santé est insuffisant - Gestion des ressources financières allouées à la santé est peu rationnelle - Pas encore de couverture maladie généralisée à l'ensemble de la population 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation des financements par rapport aux besoins réels, - Efficacité des dépenses en santé - Mise en œuvre de l'assurance maladie universelle.
<p>Développement des ressources humaines</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des personnels de santé dans le sous secteur public et privé - Amélioration continue de la production ainsi que la prise de certaines initiatives innovantes (formation de spécialistes dans les emplois de médecins et infirmiers, recrutement au profit des régions - Initiatives développées afin d'assurer un rôle de plus en plus important des agents de santé communautaires (rôle des accoucheuses de village a été réorienté afin de mieux cibler la lutte contre la mortalité maternelle). 	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources humaines pour la santé sont insuffisantes en quantité et en qualité - Gestion des ressources humaines pour la santé n'est pas adéquate 	<ul style="list-style-type: none"> - Rationalisation de la gestion des ressources humaines pour la santé - Production de ressources humaines de qualité pour la santé
<p>Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - système de maintenance déconcentré - systèmes d'approvisionnement et de distribution du pays en médicaments améliorés - Importation des médicaments par la CAMEG et neuf (9) grossistes privés - Augmentation du nombre d'infrastructures sanitaires publiques et privées (2667 en 2009) 	<ul style="list-style-type: none"> - bâtiments administratifs ne sont pas suffisamment adaptés aux besoins des services ; - infrastructures de certains CHU sont insuffisantes, construites sans plan d'extension et en mauvais état. - plupart des formations sanitaires ne remplissent pas les normes minimales en équipements médico- 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement en infrastructures - Renforcement des équipements et de la maintenance - Amélioration de la disponibilité des produits de santé de qualité (médicaments,

⁵ CNS 2007 et 2008

	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration du rayon moyen d'action théorique (7,49 km en 2009). - Amélioration du ratio habitant par CSPS (9 835,1 habitants en 2009) - Augmentation du pourcentage de districts opérationnels (85% en 2005). 	<ul style="list-style-type: none"> techniques et en logistique. - équipements existants sont parfois de mauvaise qualité, d'origines diverses et sans manuel d'utilisation. - système de maintenance n'assure pas efficacement la maintenance des infrastructures, des équipements et de la logistique. - ruptures de stocks des produits 	<ul style="list-style-type: none"> vaccins, produits médicaux et technologies)
Amélioration des prestations de services	<ul style="list-style-type: none"> - Le découpage du territoire en districts sanitaires - Existence des programmes de santé pour les groupes spécifiques - offre du paquet minimum d'activités standard dans tous les CSPS - hausse des indicateurs d'utilisation des services (0,56 en 2009), la couverture en CPN2 (73,82% en 2009), le taux des accouchements assistés dans les formations sanitaires périphériques (70,7% en 2009), les couvertures vaccinales pour tous les antigènes, sont à 100% sauf pour le VAA, VAR et VAT2 ; le taux de prévalence contraceptive à 28,17% en 2008. - PCIME clinique couvre 86% des formations sanitaires, - PTME/VIH est mise en œuvre dans 85% des formations sanitaires en 2009. - prévention de l'infection à VIH et de la prise en charge globale des PVIH améliorés avec l'instauration de la subvention des ARV. - interventions spécifiques développées en faveur des groupes vulnérables (mères, 	<ul style="list-style-type: none"> - Disparité du rayon moyen d'actions en fonction des districts - Insuffisance du système de référence et de contre référence - Faible niveau de fonctionnement de la plupart des centres de référence - absence d'un dispositif adapté pour faire face aux urgences et aux catastrophes - mauvais accueil, - mauvaise organisation des soins à tous les niveaux, - application insuffisante des normes de prestations - faible qualité des soins - insuffisance de l'offre de services de santé en faveur des différents groupes spécifiques - évidences disponibles et expériences connues ne sont pas suffisamment exploitées dans le processus de prise de décision 	<ul style="list-style-type: none"> - amélioration de la qualité des services et des soins, - développement du partenariat public-privé, - renforcement des soins de santé communautaire, - consolidation des acquis de la lutte contre le VIH/SIDA - renforcement de l'offre de soins pour les différents groupes de population, notamment les plus vulnérables.

	<ul style="list-style-type: none"> - enfants, jeunes, personnes âgées...). - 'adoption de la stratégie d'interventions intégrées à base communautaire - plan stratégique de nutrition 2010-2015 mis en œuvre et les activités de nutrition sont effectivement intégrées dans le paquet minimum d'activités des formations sanitaires. - sous secteur sanitaire privé de soins joue un rôle appréciable dans l'offre de soins notamment en milieu urbain. 		
<p>Amélioration de la gestion du système d'information sanitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de plusieurs centres de recherche - Création de la Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires - Production de l'information sanitaire se renforce et se diversifie afin de satisfaire le maximum de besoins des utilisateurs - Parution régulière de l'annuaire statistique national, de l'élaboration d'annuaires statistiques régionaux, la parution régulière des bulletins d'information sanitaire et des rapports de progrès - Réalisation régulière de grandes enquêtes nationales telles que les recensements de la population, les enquêtes démographiques et de santé, les enquêtes nutritionnelles, ainsi que la réalisation d'études ponctuelles (les cartographies des services de santé, les évaluations du PEV, etc.) - Formation des attachés de santé en épidémiologie à l'ENSP pour la gestion des centres d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique (CISSE) des districts, des régions et des hôpitaux. 	<ul style="list-style-type: none"> - insuffisance du suivi des activités de recherche sur le terrain, - faiblesse de la concertation entre les acteurs de la recherche. - retard dans la production de l'information, - faible accessibilité à l'information, - couverture incomplète des données de routine du SNIS, - faible promptitude et complétude des données au niveau des hôpitaux et l'incohérence des données des différents sous systèmes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Production de l'information sanitaire de qualité - Amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire stratégique au sein du MS - Renforcement des capacités institutionnelles et opérationnelles du Ministère de la Santé dans le domaine de la recherche

III. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

3.1 Epidémiologie du paludisme

Au Burkina Faso, le paludisme est endémique dans tous les districts sanitaires et toute la population est à risque, particulièrement les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Le pays est classé dans la catégorie des pays à transmission stable avec cependant une recrudescence saisonnière durant la période de mai à octobre.

3.1.1 Parasites du paludisme

Le *Plasmodium falciparum* est l'espèce la plus répandue au Burkina. Il est à l'origine de 90% des cas de paludisme et responsable d'une mortalité importante. D'autres espèces, notamment *P. malariae* (3 à 8%) et *P. ovale* (0,5 à 2%) sont responsables de 10% des cas.

3.1.2 Vecteurs du paludisme

Le paludisme se transmet essentiellement par la piqûre de l'anophèle (moustique) femelle infectée. Des études entomologiques menées ont montré que les principaux vecteurs du paludisme sont l'*Anophèles gambiae s.l.* et *Anophèles funestus* qui sont pour la plupart endophiles.

Cependant une étude récente menée au Burkina Faso en 2010 a révélé que plus de la moitié des vecteurs sont constitués d'une nouvelle sous-population de *Anophélès gambiae* appelés *Anophélès gambiae goundry* qui sont exophiles⁶.

Au Burkina Faso, la résistance au DDT et les pyréthrinoïdes de *Anopheles gambiae s.l.* populations a été confirmée par des études plus récentes. *Anopheles gambiae* étaient résistants à la fois à la perméthrine et au DDT dans les régions soudaniennes ; mais ont été sensibles dans les régions du centre et du Sahel.

⁶Source: *A cryptic subgroup of Anopheles gambiae is highly susceptible to human malaria parasites, Science, 4 février 2011.*

Anopheles gambiae étaient aussi sensibles à la deltaméthrine, à tous les sites sauf Orodara, bien que les valeurs de mortalité dans certaines populations étaient proches du seuil de résistance. La fréquence du gène de résistance *kdr* varie de 0,4 à 0,97 dans les populations de la région soudanienne et a été plus faible dans les populations de la région soudano-sahélienne et sahélienne (0,047 à 0,54).

Lors d'une récente enquête, le gène *kdr* a également été observé chez *Anopheles arabiensis* à une proportion de 0,28.

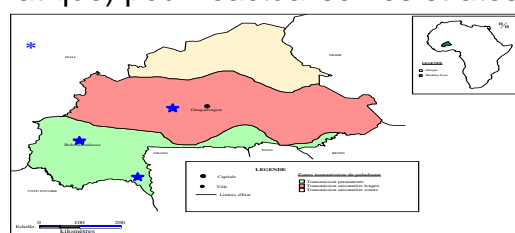
La résistance aux Organophosphorés et aux carbamates a été également observée aussi bien dans l'écotype soudanien que soudano-sahélien. La mutation *Ace-1R* a été observée à une fréquence modérée (<50%).

La distribution des formes moléculaires d'*Anopheles gambiae* ss n'est pas uniforme sur l'étendue du pays. La forme S de l'anophèle *gambiae* ss est très abondante dans la région soudanienne et la forme M dans la région sahélienne.

3.1.3 Dynamiques de la transmission du paludisme

Au Burkina Faso, le paludisme est endémique dans tous les districts sanitaires et toute la population est à risque de paludisme, particulièrement les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. La transmission est stable dans tout le pays, avec une recrudescence saisonnière durant la période de mai à octobre. On décrit 3 faciès de transmission du paludisme (figure 1) : i) une transmission permanente dans les régions du Sud et du Sud-ouest qui dure toute l'année avec des pics saisonniers; ii) une transmission saisonnière longue au centre d'une durée de 4 à 6 mois ; iii) une transmission saisonnière courte au nord du pays d'une durée de 2-3 mois avec des risques potentiels d'épidémies de paludisme.

Ces strates ont été faites depuis une dizaine d'années ; il est donc nécessaire de faire une analyse approfondie de toutes les données (épidémiologique, entomologique, biologique, climatique) pour réactualiser les strates épidémiologiques au Burkina Faso.



Carte 1 : Faciès épidémiologiques de transmission du paludisme au Burkina Faso

▪ Incidence du paludisme

Le paludisme constitue une maladie d'intérêt en santé publique dans le système de santé. En effet, de 2006 à 2010, les structures de santé ont enregistré **19 352 667** cas de paludisme dont **1 708 843** cas de paludisme grave (annuaires statistiques santé). Pour l'année 2010, le nombre de cas rapportés est de 5 725 178 dont 408 767 cas grave avec 9 190 décès. Il représente le premier motif de consultation, d'hospitalisation et de décès (figure 2).

Le taux de létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans est passé de 8.1% en 2000, 4.1% en 2006 et à 3.3% en 2010.

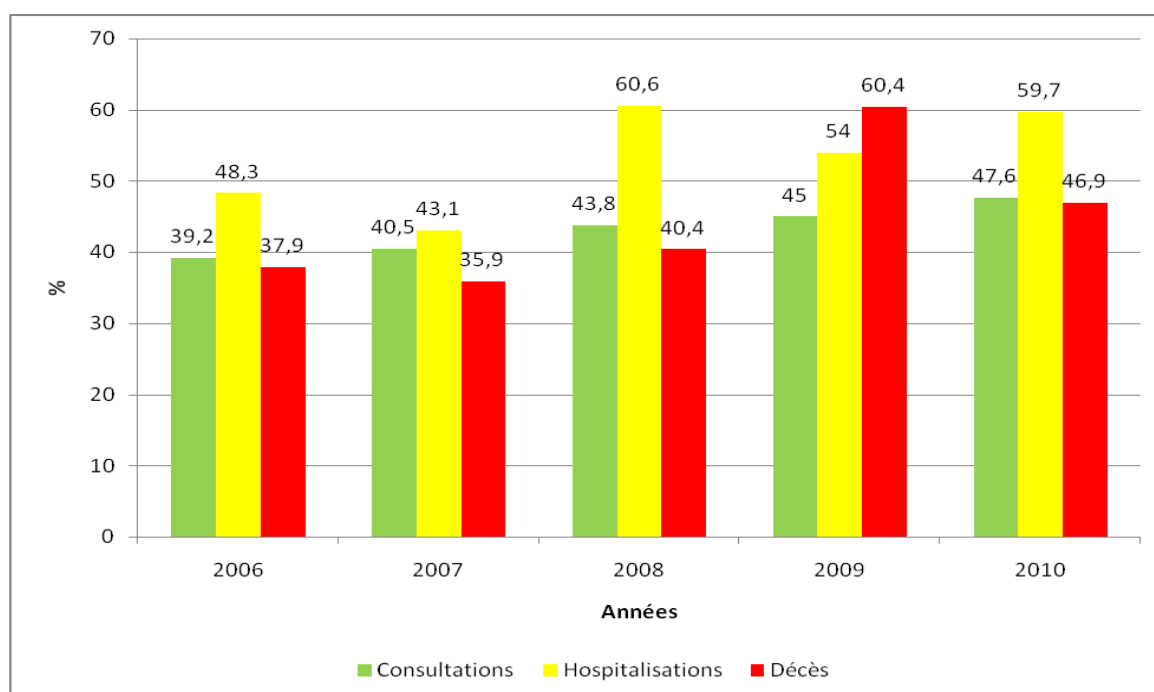


Figure 1: Evolution des parts attribuables (%) au paludisme dans les causes de consultation, d'hospitalisation et décès dans les structures sanitaires (CHR/CHU compris) de 2006 à 2010

▪ *Populations exposées*

Les populations exposées au paludisme sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. La figure 3 montre l'évolution de l'incidence chez les enfants de moins de 5 ans au cours de la période 2006 à 2010

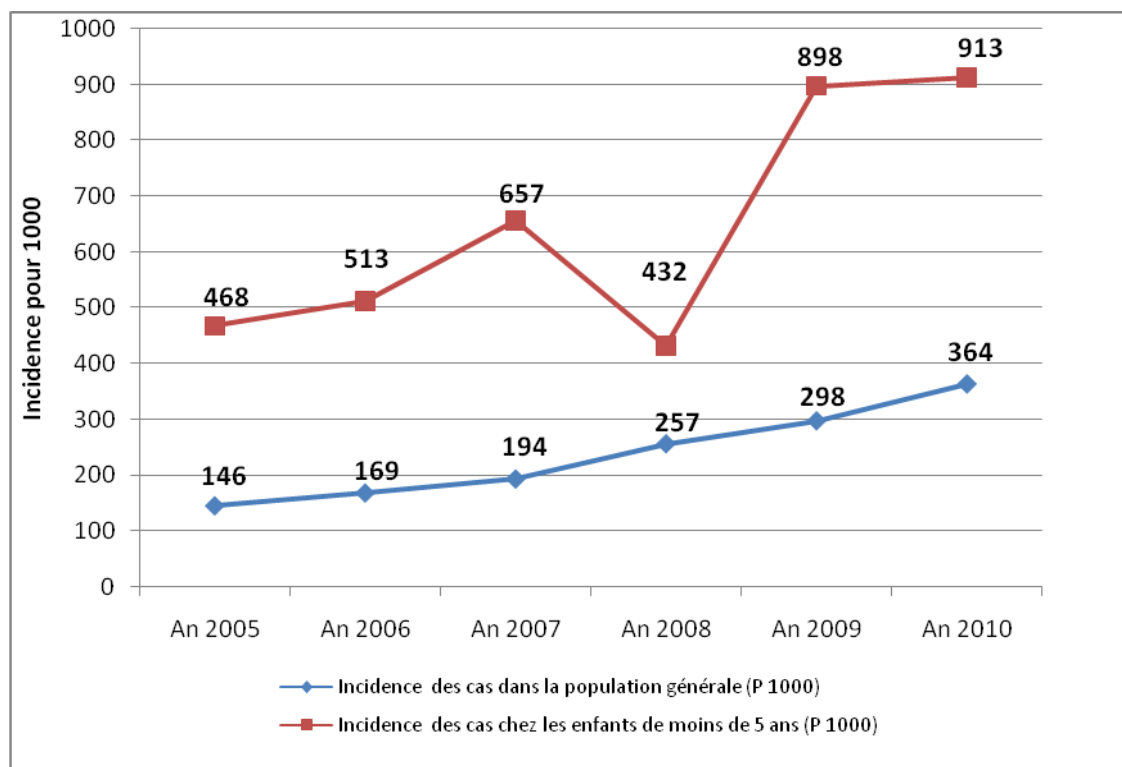
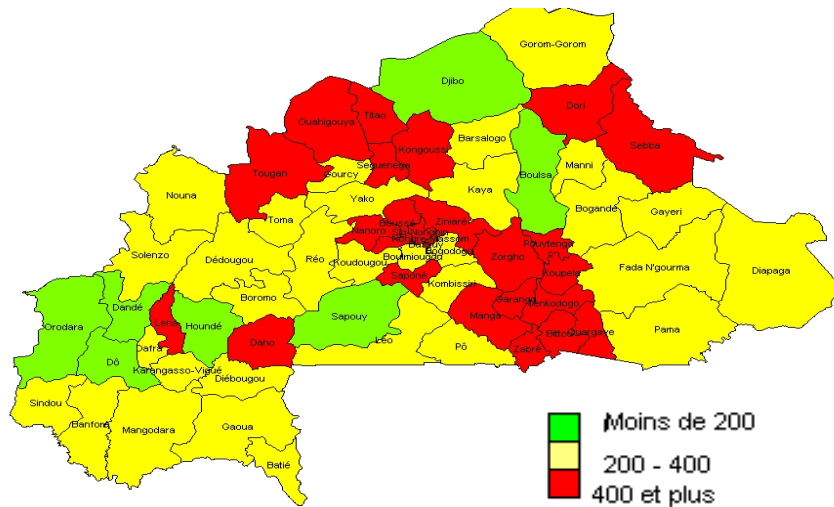


Figure 2 : Evolution de l'incidence du paludisme (‰) dans la population générale et chez les enfants de moins de 5 ans de 2006 à 2010 au Burkina Faso

3.1.4 Cartographie du paludisme

La population de l'ensemble des districts sanitaires du pays est exposée au paludisme. Chaque année, le PNLN utilise les données de morbidité pour faire une cartographie de l'incidence de la maladie dans les districts avec le logiciel Health Mapper. La carte n°2 donne l'incidence pour 1000 habitants à partir des cas présumés de paludisme. Elle ne reflète pas le faciès épidémiologique du paludisme au Burkina.



Carte n°2: Incidence des cas déclarés de paludisme pour 1000 habitants au Burkina Faso en 2010

Le comptage de toute fièvre comme paludisme ne permet pas de différencier les régions et les districts sur le plan épidémiologique pour définir les strates afin de mieux orienter les interventions en fonction des strates.

3.2. Résultats de la revue de performance =analyse des performances de lutte contre le paludisme

3.2.1 Historique de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso

En rappel, la lutte contre le paludisme a été marquée au cours du temps par plusieurs interventions de nature diverse :

- **1941** : début des études épidémiologiques dans la région de Bobo-Dioulasso ;
- **1947** : création d'une section Paludisme au sein du Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie chargée du programme d'éradication et de la chimioprophylaxie de masse ;
- **1972-1974** : introduction de la chimioprophylaxie chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes pendant la période de transmission intense ;
- **1979** : intégration du traitement présomptif à la dose de 10 mg/kg de chloroquine de tout accès fébrile et de la chimioprophylaxie chez la femme enceinte suite aux études du Centre Muraz ;
- **1984 à 1985** : mise en œuvre d'un programme de lutte antivectorielle à Ouagadougou ;
- **1985** : création du centre de Référence de la Chimiosensibilité du Paludisme (CRCP) au Centre Muraz ;
- **1987** : création du Centre National de Lutte contre le Paludisme (CNLP) assurant la coordination des activités de contrôle de l'endémie au Burkina Faso ;
- **1988** : détection de foyers de chimiorésistance et révision de la posologie du traitement par la chloroquine à 25 mg/Kg de poids ;
- **1991** : adoption d'un schéma thérapeutique standard pour le traitement du paludisme et création du Programme national de Lutte contre le paludisme ;
- **1993-1995** : expérimentation et présentation des résultats encourageants sur l'imprégnation des rideaux et des moustiquaires ;

- **1995** : restructuration du Programme National de Lutte contre le Paludisme dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le paludisme ;
- **1996** : adoption de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) ;
- **1997-1998**: lancement de l'Initiative Africaine de lutte contre le paludisme au XXI^e siècle par l'OUA et mise en œuvre du Programme d'Accélération de la Lutte Antipaludique (PALAP) ;
- **1998** : lancement de l'initiative mondiale «Faire Reculer le Paludisme» ;
- **1999** : restructuration du CNLP en Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme ;
- **2002** : lancement officiel de l'initiative FRP au Burkina Faso à partir de la ville de Koupèla, élaboration du premier plan stratégique de lutte contre le paludisme et approbation de la requête du Burkina au financement du Fonds Mondial Série 2 volet paludisme ;
- **2003** : confirmation du phénomène de chimiorésistance à la chloroquine (26,9% à 63,3%) et à la Sulfadoxine-Pyriméthamine (10%) ;
- **Février 2005** : révision et adoption d'une nouvelle politique thérapeutique avec introduction des ACT et du TPI à la Sulfadoxine-Pyriméthamine chez la femme enceinte et élaboration du deuxième plan stratégique de lutte contre le paludisme et son Plan intégré de communication ;
- **2007** : disponibilité effective des combinaisons thérapeutiques à base d'arthémisinine (ACT) dans les formations sanitaires et nouvelle approbation de la requête du Burkina à la série 7 ;
- **2008** : lancement de la stratégie prise en charge à domicile(PECADO) du paludisme dans 3 districts sanitaires (Kaya, Saponé, Nouna);
- **2009** : introduction des TDR pour le diagnostic du paludisme dans les CSPS et mise en œuvre de la requête à la série 8 du Fonds Mondial et campagne de distribution universelle de MILDA dans un district pilote (Diébougou) ;
- **2010** : passage à l'échelle de la PECADO, campagne nationale de distribution universelle des MILDA et lancement de la campagne de pulvérisation intradomiciliaire (PID) dans un district pilote (Diébougou) ;

- **Février 2010** : révision des modules de formation de formation prenant en compte la confirmation de tous les cas de paludisme dans les formations sanitaires ;
- **2010** : couverture universelle de la population en moustiquaires imprégnées d'insecticide.

3.2.2 Situation actuelle du programme national de lutte contre le paludisme

a. Cadre institutionnel et organisationnel du PNLP

Compte tenu du fardeau du paludisme dans le pays, le Burkina Faso a mis en place un programme national de lutte contre le paludisme en 1991. Le programme a été restructuré en 1995 afin de réduire la mortalité et la morbidité liées au paludisme. La Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) est la structure d'ancrage du PNLP au niveau central. Le programme est la structure de coordination de la lutte contre le paludisme. Selon l'Arrêté N° 2003/196 MS/SG/DGS du 25 septembre 2003, le programme national de lutte contre le paludisme est chargé de :

- coordonner les activités de lutte contre le paludisme ;
- favoriser les activités de recherche opérationnelle dans le domaine du paludisme ;
- assurer l'approvisionnement régulier en matériels imprégnés ;
- établir les protocoles thérapeutiques.

La coordination du PNLP est dirigée par un coordonnateur nommé par arrêté ministériel. Le PNLP comporte sept (7) unités :

- prise en charge des cas et prévention médicamenteuse,
- lutte anti vectorielle,
- communication, mobilisation sociale et plaidoyer,
- approvisionnement et logistique,
- planification-suivi-évaluation-recherche,
- administration et finances
- et secrétariat

Chaque unité est dirigée par un responsable.

b. Politiques, normes et stratégies

b.1 Politiques et normes

La Constitution reconnaît la santé comme un droit fondamental, droit préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux. Ainsi, l'Etat a formulé une politique sanitaire nationale pertinente et cohérente dans laquelle la lutte contre le paludisme figure en bonne place. Par ailleurs, le Burkina Faso a souscrit à diverses initiatives internationales de lutte contre le paludisme.

Le Burkina Faso adhère aux principes des soins de santé primaires qui sont, entre autres, l'acceptabilité, l'efficacité et l'efficience des soins de santé, la réactivité des services de santé, l'accès universel aux soins, la coordination intra sectorielle et la collaboration intersectorielle, la participation individuelle et collective.

Les valeurs qui sous-tendent la présente politique nationale de lutte contre le paludisme sont: l'équité, la justice sociale, la solidarité, l'éthique, la probité, le respect de l'identité culturelle des communautés et des droits des patients ainsi que l'approche genre et la bonne gouvernance.

L'objectif de la politique est d'éliminer le paludisme d'ici 2025 dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population par la réduction du fardeau du paludisme, dans la perspective d'arriver à un « Burkina Faso sans paludisme pour le bien être de la population ».

b.2 Stratégies de la lutte contre le paludisme

■ *Prise en charge précoce et correcte des cas de paludisme dans toutes les formations sanitaires et au niveau communautaire*

Elle se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire qu'il s'agisse de cas simples ou de cas graves. Conformément au changement de la politique thérapeutique en 2005, il a été institué que la prise en charge des cas (PEC) de paludisme simple se fait avec les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine en comprimés (artésunate/amodiaquine ou arthémeter/Luméfantrine en fonction de leur disponibilité sur le marché international). La prise en charge des formes graves de paludisme se

fait toujours avec la quinine (tout cas de paludisme chez la femme enceinte est considéré comme un cas grave et traité comme tel). Pour une meilleure PEC, le diagnostic clinique du paludisme devra être confirmé par un examen biologique. La goutte épaisse/frottis sanguin est la méthode de référence pour les formations sanitaires disposant d'un microscope, alors que les Tests de Diagnostic Rapide (TDR) sont utilisés dans les formations sanitaires périphériques qui n'en disposent pas.

La prise en charge à domicile des cas de paludisme simple avec les ACT se fait par les Agents de Santé Communautaire.

■ ***Prévention du paludisme pendant la grossesse***

En plus de l'utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action par les femmes enceintes, il a été adopté dans les directives techniques nationales la promotion du Traitement préventif intermittent (TPI) avec la Sulfadoxine-Pyriméthamine comme stratégie de prévention du paludisme pendant la grossesse. Il est appliqué à raison de 2 cures supervisées de 3 comprimés de Sulfadoxine 500 mg et Pyriméthamine 25 mg, avec un intervalle d'au moins un mois, entre le 4ème et le 8ème mois de la grossesse.

■ ***Lutte antivectorielle***

Les directives nationales en matière de lutte antivectorielle visent à développer la Lutte Intégrée contre les Vecteurs à travers la mise en œuvre d'actions simultanées que sont la Promotion des moustiquaires imprégnées, la pulvérisation intra domiciliaire (PID), la lutte anti larvaire (LAL), et l'assainissement du cadre de vie.

La distribution des MILDA en routine se fait au profit des groupes vulnérables (femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans). La distribution universelle dans tous les districts s'est effectuée en 2010.

La PID a été lancée en 2010 dans le DS de Diébougou grâce à l'appui de l'USAID.

Un projet pilote de lutte anti larvaire par l'utilisation de bio larvicide est en phase de planification avec l'appui de l'UEMOA.

L'assainissement du cadre de vie consiste à assainir l'environnement immédiat des communautés, par la réalisation d'ouvrages de ruissellement de l'eau pluviale et de comblement des fosses et rigoles susceptibles de retenir de l'eau stagnante. Des actions de communication pour le changement de comportement sont menées en vue de la mobilisation sociale et de l'implication des différents acteurs pour un cadre de vie sain et décent. L'assainissement du cadre de la vie est une stratégie qui ressort de la compétence de l'Etat et de ses démembrements (ministère de l'environnement et du développement durable, ministère de l'Agriculture, l'ONEA mairies, collectivités, communautés). Ceci nécessite la collaboration intersectorielle avec les partenaires, notamment les collectivités locales et territoriales, le secteur privé et la société civile.

■ **Communication**

Le plaidoyer, la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement constituent les principales stratégies retenues. Le PNLN dispose d'un Plan intégré de communication (PIC) qui a couvert la période de 2006 à 2008. Les principaux canaux de communication utilisés sont la TV, la radio, la communication interpersonnelle. Conformément au cadre de collaboration existant entre le PNLN et les structures spécialisées en communication, diverses thématiques sont régulièrement développées à différents niveaux en direction des décideurs, des partenaires et de la société civile. Ces thèmes visent principalement à renforcer l'engagement des différents acteurs impliqués dans la lutte antipaludique et améliorer la PEC de paludisme, réduire le contact Homme-Vecteur et créer un cadre de vie agréable par une meilleure gestion de l'environnement.

■ **Suivi-évaluation et recherche opérationnelle**

Le Système national d'information sanitaire comprend la collecte de données de routine, le système de surveillance épidémiologique intégré et le système d'information pour la gestion du système de santé. Les autres méthodes de collecte des informations sanitaires sont le système de surveillance démographique, les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les enquêtes sanitaires à indicateurs multiples (MICS) et les études documentaires.

Le programme national de lutte contre le paludisme dispose d'un plan de suivi-évaluation et d'une base de données.

Plusieurs structures/institutions mènent des activités de recherche sur la thématique en rapport avec le paludisme, notamment le CNRFP, le Centre Muraz, l'IRSS et le CRSN. Dans le cadre du partenariat avec le PNLN, ces structures/institutions réalisent régulièrement des études sur des thématiques :

- sensibilité des vecteurs aux insecticides ;
- l'efficacité des antipaludiques ;
- les connaissances et attitudes des communautés ;
- le TPI, la qualité de la PEC de paludisme au niveau des formations sanitaires et/ou dans les communautés.

■ **Approvisionnement et gestion logistique des intrants**

La gestion logistique consiste à quantifier les besoins en intrants sélectionnés, planifier les achats, acquérir les intrants, les stocker et les distribuer suivant des circuits bien définis jusqu'aux bénéficiaires finaux.

La quantification et la planification des besoins en intrants sont effectuées par un sous-comité technique du comité de suivi de l'utilisation des ACT. Cette quantification est basée sur les données de morbidité et les objectifs du programme. Pour la PID et la LAL, l'estimation des besoins en insecticides est faite par le PNLN avec l'appui technique de RTI.

Le financement pour l'acquisition des intrants est essentiellement assuré par les contributions des partenaires qui viennent compléter celles du budget de l'Etat.

La CAMEG est la principale structure chargée de l'achat, du stockage et de la distribution des médicaments et consommables médicaux. . La distribution des médicaments se fera de la CAMEG vers les formations sanitaires en passant par les dépôts répartiteurs des districts. Les ASC s'approvisionneront auprès des dépôts de médicaments des formations sanitaires périphériques(CSPS). Les patients ont accès aux médicaments auprès de ces structures organisées.

La collecte de données logistiques se fait depuis 2010 à travers la base de données du programme et des sorties de collecte active.

Le contrôle de qualité et la pharmacovigilance des intrants sont assurés en collaboration avec la DGPML.

■ ***Gestion du programme***

Le PNLP, dirigé par un coordonnateur est rattaché à la DLM et comporte sept (7) unités. Il est appuyé par un Comité national de pilotage et un comité de suivi de l'utilisation des ACT.

La lutte contre le paludisme est coordonnée au niveau intermédiaire par les équipes des directions régionales de la santé et au niveau district par les équipes cadres de district qui appuient les formations sanitaires dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme.

En plus de la collaboration avec les structures techniques nationales, des ONG nationales et internationales appuient le PNLP dans la mise en œuvre des interventions au niveau communautaire, en particulier dans la promotion de l'utilisation des MILDA, la mobilisation sociale, la sensibilisation de la population et la PECADO.

Des réunions avec les partenaires de la lutte contre le paludisme sont organisées tous les deux mois en vue de partager des informations sur la lutte contre le paludisme et les difficultés rencontrées ainsi que des orientations sur les contributions des partenaires.

Des plans stratégiques quinquennaux et des plans d'action annuels qui prennent en compte le secteur public, le secteur privé et la société civile sont élaborés et mis en œuvre par l'ensemble des acteurs.

c. Liens avec les autres programmes

Le PNLP collabore avec le Programme filariose : deux campagnes jumelées de distribution de MILDA et du traitement de masse de la filariose lymphatique ont été réalisées en 2004 et en 2005 dans la région de l'Est.

Par ailleurs le PNLP a élaboré un Plan intégré de lutte contre les vecteurs (PIV) avec l'appui de l'OMS et en collaboration avec les programmes de lutte contre les maladies à transmission vectorielle et la cellule entomologique. Mais le PIV n'a pas été mis en œuvre.

La collaboration intrasectorielle se fait avec les services de la direction de la lutte contre la maladie et avec d'autres programmes du Ministère de la santé.

d. Contribution de la LAP au renforcement du système de santé

Le programme national de lutte contre le paludisme a contribué à la mise en place du système national de pharmacovigilance, à l'octroi de microscopes aux centres de référence et à la formation des gestionnaires de données.

e. Coordination du partenariat

e.1 Collaboration intrasectorielle

Conformément à l'esprit de l'initiative « FRP » et pour plus d'efficacité dans la mise en œuvre des activités, le PNLP collabore avec les structures suivantes :

- ❖ ***Les centres et instituts de recherche en santé*** : Ils mènent des activités de recherche sur le paludisme. Ce sont le Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme, le Centre Muraz, le Centre de Recherche en Santé de Nouna, l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé, l'Institut de Recherche pour le Développement, l'Institut Supérieur des Sciences de la Population et l'Unité de recherche clinique de Nanoro. Ces centres fournissent au PNLP des données scientifiques actualisées afin d'orienter la lutte contre le paludisme.

- ❖ ***Les écoles de formation/universités*** : Elles sont impliquées pour les aspects concernant les formations de courte et longue durée, la recherche et la

supervision. Au besoin, le PNLN rentre en contact avec ces structures pour la mise à jour des curricula de formation sur le paludisme.

- ❖ **Comité de suivi de l'utilisation des ACT** : Un Comité de suivi de l'utilisation des ACT a été créé par arrêté N°2008-228/MS/CAB du 18 juin 2008, chargé d'assurer la gestion correcte des ACT au niveau national depuis leur introduction jusqu'à leur utilisation sur le terrain. Ce comité se réunit tous les mois en session ordinaire ou en session extraordinaire sur convocation du Président.

e.2 Collaboration intersectorielle

■ Comité national de pilotage de lutte contre le paludisme

Le PNLN est appuyé par un comité national de pilotage de la lutte contre le paludisme qui est une structure multisectorielle, dont les deux principales missions sont de fixer les grandes orientations de la lutte antipaludique et de contribuer à mobiliser les ressources.

Au sein de ce comité sont représentées les institutions et structures ci-après :

- Ministère de la santé et ses démembrés ;
- Ministère de l'environnement et du développement durable ;
- Ministère de l'agriculture, de l'hydraulique et des ressources halieutiques ;
- Ministère de l'Éducation nationale et de l'alphabétisation ;
- Ministère de l'Enseignement secondaire, supérieur ;
- Ministère de la Recherche scientifique ;
- Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation ;
- Ministère de la communication;
- Ministère de la promotion de la femme ;
- Ministère de l'économie et finances ;
- ONG et Associations;
- Secteur privé (syndicat des pharmaciens, cliniques privées) ;
- Partenaires au développement (multilatéraux du système des Nations Unies, bilatéraux et autres).

Ce comité se réunit tous les 6 mois en session ordinaire ou en session extraordinaire sur convocation du Président.

■ **Groupes thématiques de lutte contre le paludisme**

Un Comité National de Pilotage crée par arrêté N° 2004-203/MS/CAB du 05 juillet 2004. Il comprend en son sein des groupes thématiques suivants :

- ✓ Prise en charge des cas
- ✓ Lutte anti-vectorielle sélective
- ✓ Suivi-évaluation, surveillance épidémiologique et appui à la recherche
- ✓ Mobilisation et suivi des ressources
- ✓ Plaidoyer, partenariat et mobilisation sociale

Les groupes thématiques se réunissent trimestriellement.

D'une manière générale les réunions de ces différents comités et groupes thématiques ne sont pas régulières. La disponibilité des personnes impliquées dans les structures, l'insuffisance de ressources financières sont des raisons souvent évoquées. Il est en plus nécessaire d'élever le niveau d'ancrage institutionnel de ces comités.

■ **Autres cadres de concertation**

Il existe des cadres de coordination et de collaboration intersectorielle qui sont aussi utilisés pour faire le point de la lutte contre le paludisme. Il s'agit des Conseils de santé des districts, du Comité technique régional de santé et du Conseil d'administration du secteur Ministériel. Les partenaires techniques et financiers et les acteurs de la société civile participent à ces différentes réunions.

e.3 Contribution du secteur privé

Le secteur privé contribue de façon appréciable à la lutte contre le paludisme à travers les interventions suivantes:

- Prestations de soins assurées par le secteur sanitaire privé ;
- Approvisionnement et distribution des médicaments antipaludiques et des moustiquaires imprégnées d'insecticide ;
- Confection et vente des moustiquaires imprégnées et non imprégnées assurées par le secteur informel.

Une direction du sous-secteur sanitaire privé a été créée en 2003 au sein de l'organigramme du ministère de la santé. Ses missions sont entre autres de

promouvoir le développement du sous secteur privé et la collaboration avec le secteur public.

e.4 Collaboration avec les pays de la sous région

La collaboration avec les pays voisins se fait essentiellement à travers les réseaux de lutte contre le paludisme qui sont des cadres d'échange d'expériences et d'appui pour le renforcement des capacités.

Ces réseaux sont le Réseau d'Afrique de l'Ouest contre le Paludisme pendant la Grossesse (RAOPAG), le Réseau II d'Afrique de l'Ouest pour la surveillance du Traitement Antipaludique (RAOTAP II), Roll Back Malaria (RBM), WARN, l'OOAS, l'UEMOA et la CEDEAO.

e.5 Implication et participation de la communauté

Afin de faire face aux besoins de santé des communautés de base notamment des couches les plus vulnérables, le Burkina Faso a souscrit à l'initiative de Bamako qui s'appuie entre autres sur la participation communautaire. Cette participation communautaire est une des composantes des soins de santé primaires incluant la prise en charge du paludisme. Dans cette optique, des comités de gestion ont été mis en place dans tous les centres de santé publics.

L'implication des communautés est effective à travers les IBC (composante essentielle à l'atteinte des objectifs de « FRP ») et s'est traduite par la mise en place d'un important réseau de relais communautaires dans tous les districts.

Pour plus d'efficacité dans leurs actions, la réflexion doit être poursuivie dans un cadre plus large que celui du PNLP, pour harmoniser les mécanismes de motivation de ces relais communautaires.

Il existe de nombreuses ONG et associations qui participent activement à la lutte contre le paludisme au Burkina Faso. Les principales ONG en ce domaine sont PAMAC, Plan Burkina, AFRICARE, Jhpiego, URCB, RAME, CREDO, AMMIE, MSF, Jeremy Dijon, Medicus Mundi, Croix Rouge Burkinabé, Rotary International.

Des associations et des groupements communautaires interviennent également dans la lutte contre le paludisme comme les **OBC-E** et les ONG **Rencap**.

e.6 Contribution de la coopération bilatérale et multilatérale

En matière de coopération bilatérale et multilatérale, la lutte contre le paludisme bénéficie de l'appui de partenaires techniques et financiers dont les domaines de prestations de services sont énumérés dans le tableau suivant :

Tableau II : Domaines d'interventions des différents partenaires

Partenaires	Domaines d'intervention									
	MILDA	PID	TPI	TDR	ACT	IEC/CCC	S&E	Gestion du Programme	Recherche Opérationnelle	Assistance technique
Bailleurs du PADS	x				x	x			x	x
OMS	x					x	x	x	x	x
UNICEF	x					x		x	x	x
Banque Mondiale	x				x					
Fonds Mondial	x			x	x	x	x	x	x	
RBM Partnership							x	x		x
Coopération Japonnaise « JICA »	x					x				
USAID	x	x	x	x	x	x	x			x
Lutheran World Relief						x	x		x	x
Plan Burkina	x					x	x		x	
CREDO	x					x				
JHPIEGO			x			x				x
AMMIE						x				
AFRICARE	x					x				
CROIX ROUGE	x					x				
RAME						x				
URCB						x				
PAMAC	x					x				

f. Progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs nationaux et mondiaux

Les progrès observés sur les principaux indicateurs d'impact et de résultats du PNLP sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau III : Evolution du niveau des indicateurs de performance du programme de 2006 à 2010

❖ Indicateurs	Année de base	Evolution des indicateurs					RBM / Cible 2010	Sources et fréquence de collecte
		2006	2007	2008	2009	2010		
❖ Impact								
Taux brut de mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de 5 ans)	184‰ (EDS 2003)	141,9‰ INSD (RGPH, 2006)	-	-	-	129‰ (EDS 2010)		EDS/INSD (tous les 5 ans)
Morbidité attribuée au paludisme (enfants âgés de moins de 5 ans)	49,3% (SNIS 2001)	-	-	52,47%	53,14%		50% réduction à partir de 2000	DGISS (données de routine, annuel)
Mortalité proportionnelle liée au paludisme chez les enfants de <5 dans les structures de santé	45,72% (2004)	-	-	65%	79,76%			DGISS (données de routine, annuel)
Taux d'incidence des cas cliniques de paludisme (déclarés)	14,5% (2005)	16,9%	19,4%	25,7%	29,8/%	36,41%		DGISS (données de routine, annuel)
Taux de létalité des cas de paludisme chez les enfants en dessous de 5 ans	8,1% (PNLP 2000)	4,1	2,4	3,2	3,4	3,2	50% réduction à partir de 2000	DGISS (données de routine, annuel)

Indicateurs	Année de base	Evolution des indicateurs					RBM / Cible 2010	Sources et fréquence de collecte
		2006	2007	2008	2009	2010		
❖ Résultats								
% des enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre/paludisme ayant reçu un traitement approprié dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes.	26,9% (PNLP 2005)	-	-	-	37,9%	-	80%	PNLP (enquête dans les ménages)
% des enfants de moins de 5 ans présentant un paludisme simple ayant été correctement traité dans les formations sanitaires	73% (PNLP 2005)	-	-	-	64,1%	-		PNLP (enquête dans les formations sanitaires par an)
% Proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant un paludisme grave ayant été correctement traité dans les formations de référence	82,6% (PNLP 2005)	-	-	-	51,3%	-		PNLP (enquête dans les formations sanitaires par an)
% de femmes enceintes prenant au moins deux doses de SP pour la TPI	0% (PNLP 2005)	-	-	-	47,1%	-	80%	PNLP (enquête dans les ménages tous les 2 ans, données de routine)
% de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées (MII)	27,50% (PNLP 2005)	-	-	-	58,1%		80%	PNLP (enquête dans les ménages tous les 2 ans)
% d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaire imprégnée (MII)	23,17% (PNLP 2005)	-	-	-	59,6%		80%	PNLP (enquête dans les ménages tous les 2 ans)
Pourcentage de la population générale dormant sous moustiquaires	NA	-	-	-	42,5%	-		PNLP (enquête dans les ménages tous les 2 ans)
Proportion de la population protégée par les PID (population région sahel/population générale du pays)	0%	-	-	-	0%	6,7%	25000 ménages ont	Rapport de données de routine

g. Evolution du financement de la lutte antipaludique au Burkina Faso

Au cours des cinq années de mise en œuvre du plan stratégique 2006-2010, L'Etat et ses partenaires ont mobilisé près de **42.330.032.139 FCFA** pour la lutte contre le paludisme. Les ressources mises à la disposition du PNLP ont pris de l'importance à partir de 2007 avec l'éligibilité du Burkina Faso pour les Round 7 et 8 du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. En 2009 près de 27 milliards de FCFA ont été alloués à l'acquisition des MILDA qui ont fait l'objet de la campagne de distribution universelle en 2010.

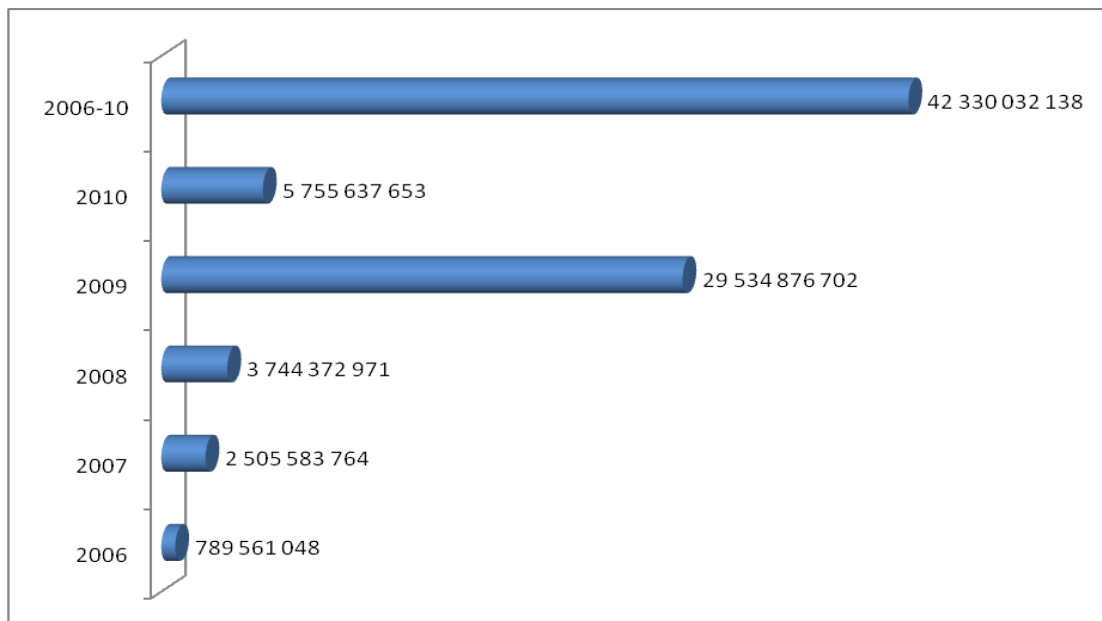


Figure 3 : Montant des financements du plan stratégique de 2006 à 2010

L'acquisition d'intrants pour la prévention et la prise en charge des cas de paludisme a occupé le plus important poste budgétaire dans le financement du plan stratégique 2006-2010. Les coûts des MILDA, des ACT, des TDR, des kits d'urgence et de la sulfadoxine pyriméthamine ont représenté ainsi près de 94% du budget global du plan.

L'Etat burkinabè subventionne la plupart de ces intrants pour les rendre accessibles au niveau des formations sanitaires et communautaire.

Le tableau N°IV... montre les contributions de chaque partenaire

Tableau IV : Contribution financière des principaux partenaires

Sources	2006	2007	2008	2009	2010	Total
ETAT	559 823 814	-	-	3 032 500	421 174 200	984 030 514
FM R7	-	-	3 023 556 023	3 175 340 575	583 447 816	6 782 344 414
BM	-	2 220 172 234	-	2 029 295 284	-	4 249 467 518
PADS/FM R8	-	-	598 521 268	24 239 712 149	1 382 272 466	26 220 505 883
OMS	114 865 540	126 406 187	-	43 586 319	6 776 000	291 634 046
UNICEF	114 871 694	159 005 343	122 295 680	30 358 115	726 421 876	1 152 952 708
PLAN B.	-	-	-	13 551 760	358 011 131	371 562 891
USAID	-	-	-	-	1 684 209 500	1 684 209 500
CROIX Rouge BF	-	-	-	-	572 512 710	572 512 710
Autres	-	-	-	-	20 811 955	20 811 955
Total	789 561 048	2 505 583 764	3 744 372 971	29 534 876 702	5 755 637 654	42 330 032 139

L'Etat intervient dans les domaines suivants :

- le paiement des salaires des travailleurs ;
- le fonctionnement des services de santé
- la construction et la réfection des structures de santé ;
- l'achat des intrants de lutte contre le paludisme ;
- la communication.

La figure 4 présente le volume du financement du plan stratégique 2006-2010 par domaine d'intervention.

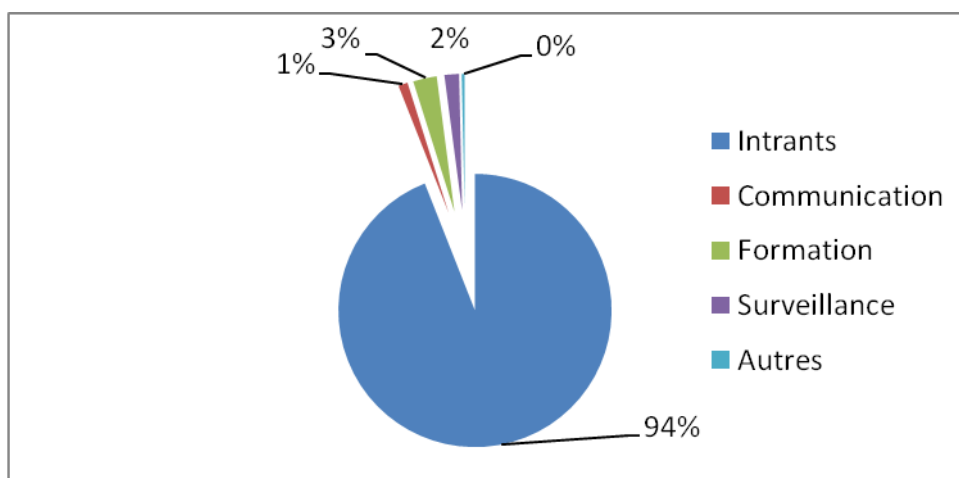


Figure 4 : Répartition du financement global du plan stratégique 2006-2010 par domaine d'intervention.

Le plan stratégique 2006-2010 a été majoritairement financé par les ressources extérieures. La participation du budget national dans les coûts récurrents du programme reste faible. Il n'y a pas de ligne spécifique pour la lutte contre le paludisme. Les intrants comme les ACT, les TDR et les kits d'urgence ne sont pas suffisamment pris en compte par les ressources financières de l'Etat et connaissent des ruptures fréquentes.

h. Analyse des Gaps programmatiques

➤ Prise en charge des cas de paludisme simple (ACT)

	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015	Total 2010 - 2015	Total 2011 - 2015
A : Total des besoins devant être couverts	9 580 485	7 894 595	7 882 293	7 773 312	7 649 999	7 511 570	48 292 254	38 711 769
B : Total des besoins devant être couverts par d'autres programmes	7 989 808	6 829 924	2 908 815	1 049 495	1 427 432	-	20 205 474	12 215 666
C : Lacunes/manques annuels attendus pour la mise en œuvre des plans	1 590 677	1 064 671	4 973 478	6 723 817	6 222 567	7 511 570	28 086 780	26 496 103

➤ Confirmation du diagnostic du paludisme (TDR)

	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015	Total 2010 - 2015	Total 2011 - 2015
A : Total des besoins devant être couverts	2 180 380	1 029 730	3 838 836	4 224 628	5 321 741	6 531 803	23 127 118	20 946 738
B : Total des besoins devant être couverts par d'autres programmes	950 000	3 482 657	2 145 596	-	-	-	6 578 253	5 628 253
C : Lacunes/manques annuels attendus pour la mise en œuvre des plans	1 230 380	- 2 452 927	1 693 240	4 224 628	5 321 741	6 531 803	16 548 865	15 318 485

➤ Prévention du paludisme pendant la grossesse (SP/TPI)

	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015	Total 2010 - 2015	Total 2011 - 2015
A : Total des besoins devant être couverts	2 123 582	2 189 516	2 257 391	2 327 370	2 399 519	2 473 904	13 771 282	11 647 700
B : Total des besoins devant être couverts par d'autres programmes	1 100 000	2 189 516	-	-	-	-	3 289 516	2 189 516
C : Lacunes/manques annuels attendus pour la mise en œuvre des plans	1 023 582	-	2 257 391	2 327 370	2 399 519	2 473 904	10 481 766	9 458 184

➤ Prévention du paludisme au sein de la population y compris les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans (MILDA pour la routine et campagne universelle en 2014)

	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015	Total 2010 - 2015	Total 2011 - 2015
A1 : Besoins pour la routine devant être couverts	681 676	11 581 317	1 630 338	1 680 878	1 732 986	1 786 708	19 093 903	18 412 227
A2 : Besoins pour la campagne devant être couverts	8 062 757	-	-	-	9 874 562	-	17 937 319	9 874 562
A : Total des besoins devant être couverts	8 744 433	11 581 317	1 630 338	1 680 878	11 607 548	1 786 708	37 031 222	28 286 789
B : Total des besoins devant être couverts par d'autres programmes	8 101 134	300 709	300 000	-	-	-	8 701 843	600 709
C : Lacunes/manques annuels attendus pour la mise en œuvre des plans	643 299	11 280 608	1 330 338	1 680 878	11 607 548	1 786 708	28 329 379	27 686 080

- Prise en charge des cas de paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans dans les formations sanitaires (Kits d'urgence dans les FS)

	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015	Total 2010 - 2015	Total 2011 - 2015
A : Total des besoins devant être couverts	243 720	200 834	200 521	197 749	194 612	191 090	1 228 525	984 805
B : Total des besoins devant être couverts par d'autres programmes	-	200 000	62 500	-	-	-	262 500	262 500
C : Lacunes/manques annuels attendus pour la mise en œuvre des plans	243 720	834	138 021	197 749	194 612	191 090	966 025	722 305

- Prise en charge des cas de paludisme grave chez les femmes enceintes dans les formations sanitaires (Kits d'urgence dans les FS)

	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015	Total 2010 - 2015	Total 2011 - 2015
A : Total des besoins devant être couverts	25 874	21 530	21 496	21 199	20 863	20 485	131 446	105 572
B : Total des besoins devant être couverts par d'autres programmes	-	25 000	12 500	-	-	-	37 500	37 500
C : Lacunes/manques annuels attendus pour la mise en œuvre des plans	25 874	- 3 470	8 996	21 199	20 863	20 485	93 946	68 072

3.2.3 Analyse des Forces, faiblesses , opportunités et menaces (FFOM)

La revue du programme paludisme, réalisée en 2010 selon la méthodologie de l'OMS et des partenaires RBM a permis de mettre en exergue les forces et les faiblesses de la lutte contre le paludisme

L'Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces (FFOM) a permis de déterminer les principaux défis pour le programme au cours de la période 2011-2015 (voir résultat de l'analyse globale en annexe).

Selon les axes stratégiques, les résultats se présentent comme suit :

A. Diagnostic et traitement du paludisme

La prise en charge correcte et précoce des cas de paludisme est l'une des stratégies majeures de lutte contre le paludisme au BF. Elle vise principalement la réduction des décès liés au paludisme. Au cours des cinq (5) dernières années, la priorité a été accordée au renforcement de la confirmation diagnostique et au traitement précoce et efficace des cas. Ainsi, des directives nationales thérapeutiques ont été adoptées et régulièrement mises à jour entre 2005 et 2010 afin de prendre en compte les nouvelles orientations sur le traitement et le diagnostic des cas.

Les TDR ont été introduits dans toutes les FS en 2009 d'abord pour les sujets de plus de 5 ans ; et en 2010 pour toutes les tranches d'âge suite aux recommandations de l'OMS. Au niveau des formations sanitaires de référence, le diagnostic est fait par la microscopie. Le traitement des cas de paludisme simple avec les ACT est effectif depuis 2007 et ces ACT sont disponibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les cas graves sont pris en charge au niveau des structures sanitaires de référence avec de la quinine par voie parentérale.

➤ Forces

Le PNLP dispose de directives de prise en charge standardisées au niveau de tous les secteurs (public, privé et communautaire). Il en est de même des algorithmes pour la démarche diagnostique. L'utilisation des TDR est effective et gratuite à tous les niveaux du secteur public. Sur le plan de l'assurance qualité, il est mis en place un système de contrôle de qualité fonctionnel pour les ACT et les TDR au niveau central. Enfin, la mise à l'échelle de la PECADO en 2010 va permettre d'augmenter l'accès aux services de prise en charge des cas.

➤ **Faiblesses**

Le PNLP n'a pas encore un cours national de paludologie pour le renforcement des capacités. La pharmacovigilance et le contrôle de qualité ne sont pas pris en compte dans les directives nationales. Il en est de même de la chimio prophylaxie chez les migrants et voyageurs. Le LNSP n'est pas certifié pour le contrôle de qualité des médicaments, intrants et réactifs de laboratoire. De plus, malgré les efforts renouvelés des autorités, le coût de la prise en charge des cas de paludisme grave n'est pas accessible à la majorité des personnes affectées. A cela, s'ajoute le non respect des directives thérapeutiques (sur prescription des traitements des cas simples comme cas graves pour compenser le manque à gagner induit par la gratuité de la prise en charge des cas simples), une rupture fréquente de TDR, ACT et kits d'urgence pour la prise en charge des cas de paludisme grave et le faible taux de confirmation diagnostique du paludisme.

La non utilisation des TDR au niveau communautaire est un handicap pour la qualité des informations de morbidité et de mortalité réelles. De plus, il n'y a pas de système de contrôle continu de la qualité au niveau périphérique.

- **En matière d'opportunités**, le PNLP peut compter sur l'engagement politique pour améliorer l'accessibilité des soins, l'engagement des partenaires pour le financement et l'appui technique et l'existence de centres de recherche sur le paludisme
- **Les menaces concernent** la faible mobilisation des ressources pour l'acquisition des intrants et le risque d'apparition de résistance aux ACT.
- **Les défis à relever** sont l'amélioration de la qualité de la PEC des cas avec une mobilisation des ressources pour l'acquisition des intrants, le renforcement des capacités de diagnostic du paludisme et la confirmation de tous les cas suspects de paludisme (microscopique/TDR) à tous les niveaux.

B. Prévention et traitement du paludisme chez la femme enceinte

Les femmes enceintes en tant que groupe vulnérable ont bénéficié de plusieurs interventions de prévention et de traitement du paludisme. Reconnaisant que les

femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans font partie des cibles vulnérables au paludisme , ces deux groupes bénéficient de mesures particulières aussi bien pour la prévention que pour la prise en charge. Ainsi, le pays applique la prévention du paludisme chez la femme enceinte par l'utilisation des MII et le traitement préventif intermittent à la SP. Les sels de quinine ont été préconisés pour le traitement curatif du paludisme chez la femme enceinte. Ces interventions ont eu un impact certain sur l'accès et la qualité des prestations mais n'ont pas permis d'atteindre tous les objectifs fixés. De nombreuses contraintes sont identifiées dans la mise en œuvre des activités empêchant ainsi l'atteinte des objectifs fixés pour 2010.

➤ **Forces**

Les directives nationales préconisent que les doses de SP et une MILDA soient gratuitement offertes aux gestantes dans les formations sanitaires périphériques durant les CPN. Au niveau de ces formations sanitaires, il existe un personnel qualifié pour les activités de prévention et de traitement du paludisme chez la femme enceinte.

Le programme bénéficie de l'appui de réseaux communautaires engagés dans les activités de sensibilisation sur le paludisme pendant la grossesse et la distribution des MILDA.

➤ **Faiblesses**

Le retard noté dans l'utilisation précoce des services de CPN, l'insuffisance dans la mise en œuvre des directives nationales sur le TPI au niveau du secteur privé et la non prise en compte des CHR et CHU dans la dotation en SP et MILDA sont des facteurs limitant. De plus, la rupture des MILDA pour la distribution de routine de même que la rupture de la SP pour le TPI pendant les CPN constituent des facteurs aggravant. Tous ces différents facteurs sont responsables de la faible utilisation des MILDA par les femmes enceintes et du faible taux de couverture en TPI² chez les femmes enceintes.

➤ **Opportunités**

Nous notons une bonne collaboration avec les services de la santé de la reproduction et une bonne prise en charge intégrée de la femme enceinte. De plus

l'adhésion des populations aux MILDA et leur distribution gratuite pourraient aider à relever les couvertures.

- **Des menaces subsistent** encore à savoir la qualité des services d'accueil offerts par les prestataires de service qui décourage les bénéficiaires ainsi que l'intolérance clinique à la SP signalée par les gestantes.
- **Les défis à relever** sont d'une part l'augmentation de la couverture en TPI2 et d'autre part la garantie d'une bonne observance de la prise supervisée de la SP.

C. Lutte anti vectorielle

Le PNLP est une structure composée de sept unités dont l'unité LAV qui est animée par deux attachés de santé. Toutefois, elle s'appuie sur la cellule entomologique de la DLM et les centres de recherche qui travaillent en étroite collaboration avec celle-ci, afin de l'accompagner dans la lutte contre les vecteurs du paludisme. Ces centres sont bien équipés en insectarium et en laboratoire entomologique, ce qui leur permet de faire des manipulations et de la recherche de pointe. Quatre agents du PNLP, de la DLM, du Centre Muraz et du Ministère de l'environnement et du développement durable ont reçu une formation sur la PID et participent à la mise en œuvre de la PID au niveau du district test.

Les interventions en matière de lutte anti-vectorielle ont engrangé des acquis ces dernières années avec la distribution universelle des MILDA et la PID à Diébougou financées en majorité par les PTF.

La mise en œuvre d'un programme de lutte intégré contre les vecteurs, le renforcement des capacités des acteurs de la LAV, l'extension de la PID, l'assainissement du cadre de vie devront permettre un meilleur contrôle des vecteurs du paludisme qui à n'en pas douter contribuera à la réduction significative des impacts négatifs de cette endémie.

➤ **Forces**

L'élaboration de directives de prévention et la mise en place d'un groupe thématique LAV/CNP contribuent à une meilleure organisation de la LAV soutenue par les partenaires techniques et financiers et de la société civile. L'adoption d'une stratégie de distribution de masse des MILDA et la forte demande des MILDA de la part des populations pourraient être des facteurs de succès pour l'atteinte des couvertures escomptées. Enfin, de l'expérience de Diébougou en matière de PID, si elle s'avère concluante pourrait s'étendre à d'autres districts avec l'appui des partenaires et permettre ainsi au PNLP de disposer d'un outil supplémentaire de LAV.

➤ **Faiblesses**

Le PNLP ne dispose pas de cellule entomologique. A cette situation, s'ajoute la faible collaboration intersectorielle en matière de LAV et une insuffisance notoire en ressources humaines qualifiées à différents niveaux. Le Groupe thématique LAV /CNP mis en place est peu fonctionnel. Sur le plan du suivi, il y a une insuffisance de données de surveillance entomologiques des sites sentinelles pour guider le choix des interventions appropriées pour la LAV. La gestion des déchets de la LAV constitue un réel problème.

➤ **Les opportunités qui s'offrent à la LAV** au Burkina Faso sont représentées par le réseau ANVR, le financement de PMI/USAID et du Fonds Mondial. De plus, l'existence de centres de recherche qui s'intéressent à la LAV, l'existence de PTF favorables pour accompagner le PNLP dans les activités de PID et de LAL est un acquis pour le programme.

➤ **Des menaces réelles** sont présentes à savoir le développement de résistance des vecteurs aux insecticides, la déperdition de personnel qualifié formé au profit des projets, la diminution / suppression du financement des PTF, l'insuffisance d'actions d'assainissement du milieu et la pauvreté grandissante.

➤ **Les deux grands défis** à prendre en compte dans la LAV sont d'une part l'augmentation de la couverture des interventions en matière de prévention

contre le paludisme (PID, LAL) et d'autre part le renforcement des mesures d'assainissement du cadre de vie.

D. Gestion des Approvisionnements et Stocks

Au Burkina Faso, la direction générale de la pharmacie, du médicament et les laboratoires chargés de la réglementation des produits pharmaceutiques assurent le suivi et le contrôle de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques. Tous les intrants figurent sur la liste nationale des médicaments et consommables essentiels (LNME), ce qui permet d'éviter les taxes douanières à l'importation. A ce titre, les médicaments antipaludiques et les tests de diagnostic rapide (TDR) actuellement utilisés dans le pays sont enregistrés.

A côté du cadre politique et réglementaire dans la gestion et l'acquisition des médicaments et produits anti paludiques, il est développé une politique de renforcement des capacités à tous les niveaux en gestion de stock, l'implication du secteur privé dans la distribution des produits anti paludiques et le contrôle de qualité des intrants. Tous ces efforts doivent être soutenus et renforcés dans ce contexte d'intensification de la lutte afin d'assurer la disponibilité et l'accessibilité permanente des médicaments et produits antipaludiques à toute la population.

➤ Forces

La volonté politique pour rendre les produits disponibles au niveau du pays s'est traduite par la mise en place d'une autorité de réglementation pharmaceutique. Le PNLP a également bénéficié de cette volonté politique, qui par arrêté ministériel, un comité national de suivi de l'utilisation des ACT est mis en place. Ce comité, au-delà de ses attributions, s'occupe également de la quantification et de la planification de l'approvisionnement aussi bien des ACTs que des autres intrants. L'affectation, au niveau du PNLP d'un pharmacien chargé spécifiquement de la coordination et du suivi de la gestion logistique des intrants est aussi un signe de volonté politique. Il en est de même de l'évolution croissante des financements des intrants.

L'existence de la CAMEG disposant de capacités adéquates (quantité et qualité) de stockage et de distribution des médicaments et consommables médicaux, l'existence d'une structure nationale chargée du contrôle de qualité des intrants (LNSP) et

l'appui de l'USAID à travers DELIVER PROJECT contribuent à renforcer les capacités de gestion des stocks et des approvisionnements.

La base de données du programme national de lutte contre le paludisme qui prend en compte les données logistiques des intrants, l'intégration de la distribution des intrants (ACT, SP, TDR) dans la chaîne d'approvisionnement des MEG et la réalisation des contrôles de qualité à l'entrée et post marketing des intrants permettent d'améliorer la sécurité de la disponibilité et de la qualité des produits.

➤ **Faiblesses**

Il n'existe pas de ligne spécifique au niveau du budget de l'Etat à l'acquisition des intrants de lutte contre le paludisme et il y a une forte dépendance du programme au financement des intrants par les partenaires. De plus, le LNSP n'est pas pré-qualifié OMS ni ISO 170 25 pour répondre aux exigences de certains bailleurs. On note également une insuffisance de coordination et de communication entre le PNLP, la CAMEG et les partenaires financiers dans la mise en œuvre des plans d'approvisionnement. La monothérapie est encore utilisée dans le secteur privé.

L'inexistence de normes nationales écrites pour certains intrants comme les TDR et les MILDA et l'absence de certains outils de gestion tels que des directives écrites sur la gestion des stocks des intrants notamment sur les niveaux de stock maximum et minimum pour tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement. Les fiches de stock n'existent pas ou sont mal tenues pour les produits distribués gratuitement (SP, TDR, Kits d'urgence et MILDA de routine).

La quantification des besoins nationaux est basée sur les données de morbidité et les objectifs du programme dont on reconnaît l'insuffisance. Les rapports de gestion ne sont pas toujours remplis et transmis à temps à tous les niveaux. Il s'y ajoute des difficultés de stockage et de distribution des intrants acquis par certains partenaires en dehors du circuit de la CAMEG.

- **Certaines opportunités doivent être saisies** pour améliorer la gestion des stocks et des approvisionnements à savoir (i) la figuration des intrants de lutte contre le paludisme sur la liste nationale des médicaments et consommables essentiels (LNME), (ii) l'existence du comité de pilotage du programme et des commissions thématiques qui peuvent orienter la sélection des intrants , (iii)

du comité de suivi de l'utilisation des ACT qui pourrait faire aussi la quantification et la planification des approvisionnements des autres intrants et (iv) le manuel de formation en gestion logistique des produits de santé qui pourrait être adapté aux intrants de lutte contre le paludisme.

- **La menace identifiée** est relative au tarissement du financement des intrants.
- **Les défis à prendre en compte** dans le domaine de la gestion des approvisionnements et des stocks sont l'inscription d'une ligne budgétaire nationale pour l'achat des intrants, la sécurisation des stocks des intrants, le renforcement de l'assurance qualité des intrants.

E. Plaidoyer/Mobilisation sociale/Communication

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le paludisme sur la période 2006-2010, la communication a constitué une des principales stratégies de soutien. Le comité national de pilotage à travers le groupe thématique mobilisation sociale, plaidoyer, et partenariat, définit les grandes orientations en matière de communication.

Au cours de la période 2006 - 2010, les actions de communication entreprises par tous les intervenants ont permis de renforcer le niveau de connaissances des populations sur le paludisme en général, et l'utilisation des MILDA en particulier chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans

➤ **Forces**

Il existe des messages de sensibilisation et aussi des maquettes pour l'élaboration des kits IEC. Des supports audiovisuels ont été élaborés et mis à la disposition des structures de santé et des ONG/associations pour appuyer les activités de communication.

➤ **Faiblesses**

De plus, l'insuffisance de matériel et supports IEC et la faiblesse des moyens de suivi et d'évaluation des activités communautaires sont des contraintes pour des

interventions de qualités. Enfin, il faut noter une faible implication des enseignants et des autres départements ministériels non santé dans les activités d'IEC/paludisme.

- **Les opportunités offertes** sont relatives à la dynamique communautaire autour de la lutte contre le paludisme avec l'existence d'ONG œuvrant dans le domaine de la lutte contre le paludisme et des radios communautaires diffusant des programmes de santé. La disponibilité d'acteurs d'ONG et d'autres départements ministériels non santé capables d'appuyer les activités d'IEC/paludisme et de partenaires financiers susceptibles d'appuyer le PNLP apportent des ressources supplémentaires à la promotion de la santé en faveur de la lutte antipaludique. La volonté politique dans la lutte contre le paludisme constitue un atout non négligeable. De plus, l'existence de cadres de concertation avec les différents acteurs intervenant dans la lutte contre le paludisme et d'un partenariat avec des radios locales offrent des possibilités de toucher plusieurs acteurs.
- **Les menaces identifiées** se rapportent à l'insuffisance de l'engagement des autorités locales de même que des collectivités locales dans la lutte contre paludisme et à l'insuffisance de ressources financières pour la réalisation des activités de communication.
- **Les défis concernent** l'accroissement de l'utilisation des services de lutte contre le paludisme à travers l'IEC/CCC/plaidoyer/mobilisation sociale, le renforcement de l'implication des autres départements ministériels, des autorités locales et des enseignants dans les activités d'IEC/paludisme et l'élaboration d'un plan intégré de communication.

F. Surveillance, suivi & évaluation, recherche

Le PNLP qui dispose d'une unité de suivi-évaluation, a développé un plan de suivi-évaluation bien structuré avec des mécanismes de collecte, de transmission, d'analyse, et de diffusion de l'information sur le paludisme permettant de répondre aux préoccupations des différents acteurs impliqués dans la lutte contre le

paludisme. La collaboration existe avec les centres et instituts de recherche et une ligne budgétaire est allouée aux activités de l'unité de suivi-évaluation.

➤ **Forces**

La volonté politique s'exprime par la mise en place d'un budget pour les activités de suivi-évaluation. Ce budget permet de financer en partie le plan de suivi-évaluation. De plus, l'existence d'un groupe technique de « surveillance épidémiologique, suivi-évaluation et appui à la recherche opérationnelle » qui appui l'unité de SE. Cette dernière est équipée d'ordinateurs, d'imprimantes, de disques durs externes et de connexion internet. Le PNLP définit des priorités de recherche sur le paludisme. Des supports standards de collecte de données du paludisme sont élaborés et une base de données prenant en compte la logistique et les intrants est mise en place. La formation des responsables CISSE sur la base des données et la réalisation de certaines enquêtes par le PNLP montrent le dynamisme dans la mise en œuvre des activités de suivi évaluation.

➤ **Faiblesses**

L'unité de suivi-évaluation ne dispose pas de fax et de l'espace pour les archives. Dans le cadre de la collaboration, des informations des besoins spécifiques de gestion du PNLP ne sont pas prises en compte dans les outils du SNIS.

La multiplicité des supports de collecte de données du paludisme et l'existence d'un système parallèle de collecte des données sur le paludisme ne sont pas pour faciliter l'exercice de collecte et de synthèse de données complètes et harmonisées.

Le PNLP est confronté à une non effectivité de la mise à jour de la stratification des faciès épidémiologiques du paludisme, à un manque de données de prévalence du paludisme dans l'EDS et à une insuffisance de la base de données. Enfin, la complétude des données des districts et des CSPS n'est pas à 100%.

- **Les opportunités** : En plus de la création de la DGISS, il existe des centres et instituts de recherche. Ainsi, le PNLP collabore avec ces centres de recherche, l'INSD et la DGISS. L'existence du PASEI 2 et de partenaires techniques et financiers dans le suivi-évaluation des activités sont des possibilités supplémentaires. Enfin, il existe un annuaire statistique santé et un tableau de bord.

- **La menace principale** concerne l'arrêt des financements car il y a une réelle dépendance des financements des activités de suivi-évaluation
- **Les défis attendus** sont la rationalisation des supports de collecte de données sur le paludisme, l'amélioration de la qualité des données, et la surveillance de l'efficacité aux antipaludiques et aux insecticides.

G. Gestion du Programme

Pour une lutte efficace contre le paludisme, le ministère de la santé a mis en place, au sein de la direction de la lutte contre la maladie du ministère de la santé, un programme national de lutte contre le Paludisme. Une unité de coordination est chargée de la gestion de cette lutte. Cette unité est coordonnée par un médecin de santé publique nommé par arrêté ministériel N°2009/314/MS/SG/DGS/DLM/du 3 décembre 2009 et est appuyé dans sa mission par une équipe pluridisciplinaire. L'unité de coordination est structurée en sept (07) bureaux. De plus, La mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme s'appuie sur une organisation offrant des opportunités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et qui s'appuie sur un partenariat solide et diversifié.

➤ **Forces**

L'engagement politique fort et la priorité accordée à la lutte contre le paludisme au niveau du ministère de la santé se manifestent par (i) la contribution de l'Etat à la lutte contre le paludisme, (ii) la prise d'un arrêté de création du PNLP doté d'un organigramme et renforcé en personnel et matériel, et (iii) la mise en place de cadres de concertation comme le comité de pilotage et les commissions techniques incluant les partenaires qui permettent d'impliquer toutes les parties intéressées dans la lutte contre le paludisme aux niveaux central, intermédiaire et périphérique.

Les mesures de subvention et de gratuité pour la prise en charge des urgences, des soins préventifs chez la femme enceinte, du paludisme simple avec les ACT, du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et la Gratuité des MILDA pour les groupes spécifiques répondent aux principes d'équité, de justice sociale et de solidarité.

Le Burkina Faso dispose de plusieurs centres de recherche pouvant apporter des réponses aux besoins du programme et proposer de nouveaux outils de lutte. De plus, l'existence d'un potentiel de personnel de santé formé, d'un système de monitoring dans les régions et les districts sanitaires et d'organes de gestion communautaires donne des moyens pour une bonne gestion des activités de lutte.

➤ **Faiblesses**

Sur le plan politique, la faiblesse de la part du budget de l'Etat allouée à la santé a un retentissement sur le budget du ministère de la santé alloué à la lutte contre le paludisme. Le programme qui manque de visibilité de part son positionnement au sein du ministère de la Santé, de son budget (national) pour le fonctionnement. De plus, la lutte contre le paludisme ne constitue pas un axe à part entière du PNDS. Les locaux du PNLP inadaptés et l'insuffisance des ressources matérielles en rapport avec les missions assignées ne militent pas en faveur de bonnes performances du programme.

Malgré les efforts consentis, on note encore des insuffisances dans plusieurs domaines entre autres la mobilisation des ressources, la collaboration avec le secteur privé, la performance du cadre de concertation avec les partenaires, l'organisation des interventions à base communautaire, et l'application des politiques de gratuité des traitements antipaludiques

Enfin, l'existence d'un système parallèle de collecte des données et la prise en compte partielle du secteur privé dans la collecte des données ne permettent pas au PNLP de disposer d'une base de données complète et fiable.

- **De nombreuses opportunités** s'offrent au programme, entre autres, la stabilité sociopolitique, l'adoption de la politique de décentralisation, le plan de développement sanitaire et la prise en compte du paludisme comme priorité dans les OMD et la SCADD. L'existence d'un cadre de concertation des centres de recherche, l'engouement des partenaires techniques et financiers et l'émergence d'initiatives nationales et internationales en faveur de la lutte contre le paludisme offrent des possibilités de renforcer la lutte contre l'endémie palustre au Burkina Faso

- **Les menaces identifiées** concernent la non prise en compte du financement du paludisme comme une priorité au niveau décentralisé, la forte dépendance des financements aux partenaires extérieurs et le contexte de crise économique mondiale, le changement de pole d'intérêt en matière de financement, les catastrophes naturelles telles que les inondations, la sécheresse. La mauvaise répartition des ressources humaines contribue à la dispensation de soins de faible qualité dans certaines localités.
- Au décours de cette analyse, **des défis ont été identifiées** et nécessitent des actions concrètes au niveau du renforcement des capacités en ressources humaines en quantité et en qualité, de la promotion de la bonne gouvernance à tous les niveaux, du renforcement de la performance du cadre de concertation avec les partenaires, du renforcement de la collaboration avec le secteur privé, de l'application de la gratuité des traitements antipaludiques, de l'amélioration de l'organisation des interventions à base communautaire et de la mobilisation des ressources pour le financement du plan stratégique 2011 – 2015.

❖ **Défis du nouveau plan stratégique**

En résumé, les défis du plan stratégique 2011-2015 se présentent comme suit :

A. Diagnostic et traitement du paludisme

- Amélioration de la qualité de la PEC des cas avec une mobilisation des ressources pour l'acquisition des intrants,
- Renforcement des capacités de diagnostic du paludisme et la confirmation de tous les cas suspects de paludisme (microscopique/TDR) à tous les niveaux.

B. Prévention et traitement du paludisme chez la femme enceinte

- Augmentation de la couverture en TPI2,
- Garantie d'une bonne observance de la prise supervisée de la SP.

C. Lutte anti vectorielle

- Augmentation de la couverture des interventions en matière de prévention contre le paludisme (PID, LAL),
- Renforcement des mesures d'assainissement du cadre de vie.

D. Gestion des Approvisionnements et Stocks

- Inscription d'une ligne budgétaire nationale pour l'achat des intrants,
- Sécurisation des stocks des intrants,
- Renforcement de l'assurance qualité des intrants,
- Renforcement de la pharmacovigilance.

E. Plaidoyer/Mobilisation sociale/Communication

- Accroissement de l'utilisation des services de lutte contre le paludisme à travers l'IEC/CCC/plaidoyer/mobilisation sociale,
- Renforcement de l'implication des autres départements ministériels, des autorités locales et des enseignants dans les activités d'IEC/paludisme,
- Élaboration d'un plan intégré de communication.

F. Surveillance, suivi & évaluation, recherche

- Rationalisation des supports de collecte de données sur le paludisme,
- Amélioration de la qualité des données,
- Surveillance de l'efficacité des antipaludiques et des insecticides.

G. Gestion du Programme

- Renforcement des capacités en ressources humaines en quantité et en qualité,
- Promotion de la bonne gouvernance à tous les niveaux,
- Renforcement de la performance du cadre de concertation avec les partenaires,
- Renforcement de la collaboration avec le secteur privé,
- Application de la gratuité des traitements antipaludiques,
- Amélioration de l'organisation des interventions à base communautaire,
- Mobilisation des ressources pour le financement du plan stratégique 2011-2015.

IV. CADRE DE PLANIFICATION STRATEGIQUE

4.1 Vision

La vision du pays en matière de lutte contre le paludisme est "Un Burkina Faso sans paludisme pour le bien-être de la population".

4.2 Mission

La mission du Ministère de la santé en matière de lutte contre le paludisme à travers le PNLN est d'assurer l'accès universel aux services de prévention et de traitement du paludisme à l'échelle du pays en vue de la réduction de la morbidité et la mortalité dues au paludisme. Le présent plan stratégique de lutte contre le paludisme pour la période 2011-2015 doit permettre au PNLN de renforcer le contrôle de la maladie, dans un contexte de coordination des actions des partenaires, de renforcement du leadership national.

4.3 But et objectifs

4.3.1 But

Le but du plan stratégique de lutte contre le paludisme est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population et à l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

4.3.2 Objectif général

Réduire la morbidité de 75% par rapport à 2000 et la mortalité du paludisme à un niveau proche de zéro⁷ au Burkina Faso d'ici la fin de 2015

4.3.3 Objectifs spécifiques

⁷ Dans les régions ou les établissements de santé publique sont à même de pratiquer un examen parasitologique chez tous les patients présentant une suspicion de paludisme, les résultats « Proche de zéro » en ce qui concerne la mortalité due au paludisme est définie ainsi : un maximum de 1 décès dû au paludisme sur 100 000 personnes à risque.

1. D'ici fin 2015, 100 % des cas suspects de paludisme sont confirmés et traités avec des antipaludiques adaptés dans tous les établissements publics, privés et communautaire ;
2. D'ici fin 2015, 100% des femmes enceintes et des enfants de 3-59 moins auront reçu une chimioprophylaxie au paludisme ;
3. D'ici fin 2015, 100% des populations dorment sous MILDA ;
4. D'ici fin 2015, 100% des populations des zones de haute transmission ciblées bénéficient de la PID dans les régions sanitaires du Sud-Ouest, des Cascades, des Hauts-bassins et de la Boucle du Mouhoun ;
5. D'ici fin 2015, 100% des gîtes larvaires des zones ciblées sont couvertes par les TAL (traitement anti larvaire) dans les régions sanitaires du Centre et des Hauts-Bassins ;
6. D'ici 2015, une disponibilité de 100% de tous les intrants de qualité est assurée au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire ;
7. D'ici fin 2015, au moins 80% des populations observent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme ;
8. D'ici fin 2015, 100% des districts sanitaires produisent des données mensuelles du paludisme dans tous les établissements publics, privés et communautaire ;
9. D'ici fin 2015, la capacité du PNLP dans la gestion de la lutte contre le paludisme y compris la coordination des interventions des partenaires est renforcée.

4.4 Orientations politiques et stratégiques

4.4.1 Principes directeurs et valeurs

Les valeurs qui sous-tendent la politique nationale de lutte contre le paludisme sont : l'équité, la justice sociale, la solidarité, l'éthique, la probité, le respect de l'identité culturelle des communautés et des droits des patients ainsi que l'approche genre et la bonne gouvernance.

Ainsi ces principes répondent aux différents engagements pris par le pays : aux résolutions d'Abuja pris par les Chefs d'Etat en 2000 et 2006, au Plan Stratégique Mondial Faire Reculer le Paludisme 2005-2015 et aux Objectifs du Millénaire pour le Développement.

4.4.2 Axes stratégiques

Les principaux axes stratégiques de la politique de lutte contre le paludisme sont les suivants :

- ❖ **Axe 1** : Amélioration de la prise en charge des cas de paludisme ;
- ❖ **Axe 2** : Renforcement de la prévention du paludisme chez la femme enceinte et les enfants
- ❖ **Axe 3** : lutte contre les vecteurs du paludisme ;
- ❖ **Axe 4** : gestion de l'approvisionnement des produits antipaludiques;
- ❖ **Axe 5** : Renforcement du plaidoyer, information, éducation, communication et mobilisation sociale ;
- ❖ **Axe 6** : Renforcement de la surveillance, du suivi, de l'évaluation et de la recherche opérationnelle ;
- ❖ **Axe 7** : Amélioration de la gestion du programme.

4.5. Interventions et stratégies de mise en œuvre

4.5.1 Amélioration du diagnostic et la prise en charge des cas

Cible : D'ici fin 2015, 100 % des cas suspects de paludisme sont confirmés et traités avec des antipaludiques adaptés dans tous les établissements publics, privés et communautaire

Stratégies de mise en œuvre

CIBLES/TARGETS	INTERVENTIONS/DPS	MODALITES DE MISE EN OEUVRE	ACTIVITES
<p>100 % des cas de paludisme simple sont correctement pris en charge par les agents de santé communautaires.</p>	<p>DPS 1 : Confirmation du paludisme par les TDR chez tout cas de fièvre au niveau communautaire</p>	<p>Tous les cas de fièvre reçus par les ASC devront être confirmés par les TDR mis à leur disposition avant l'administration des ACT.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organiser un atelier de consensus sur l'introduction des TDR au niveau communautaire. (120 pers, 3 jours, au niveau central).An 1 2. Organiser deux (2) ateliers d'élaboration d'un plan d'introduction des TDR au niveau communautaire (40 personnes, 6 jours, au niveau central).An 1 3. Organiser un atelier de validation du plan d'introduction des TDR au niveau communautaire (80 personnes,,1 jour au niveau central).An 1 4. Organiser un atelier d'élaboration des directives sur l'utilisation des TDR au niveau communautaire. (30 personnes, 5 jours, au niveau central).An 1

			<p>5. Organiser un atelier de validation des directives sur l'utilisation des TDR au niveau communautaire. (80 personnes, 1 jour, au niveau central). An 1</p> <p>6. Reproduire/diffuser le plan d'introduction et les directives sur l'utilisation des TDR au niveau communautaire. An 1</p> <p>7. Acquérir XX TDR pour le niveau communautaire (PM) An2, An3, An4, An5.</p>
	DPS 2 : Traitement rapide et correct de tous les cas simples confirmés avec les ACT au niveau communautaire	Tous les cas de paludisme simple confirmés au niveau communautaire recevront un traitement par les ACT à temps et à la bonne dose.	<p>1. Acquérir XX doses d'ACT pour les ASC (PM) An1, An2, An3, An4, An5.</p> <p>2. Former 18000 ASC à la PEC des cas de paludisme (720 sessions, 3 jours, 25 personnes par session) An2, An 4</p> <p>3. Superviser mensuellement les ASC sur la PEC des cas. Chaque année</p> <p>4. Assurer le monitoring des activités communautaires une fois par semestre. Chaque année</p>
100 % des cas de paludisme simple et grave sont correctement pris en charge dans les formations sanitaires par les agents de santé.	Confirmation du paludisme par les TDR ou la goutte épaisse chez tout cas suspect.	Tous les cas suspects de paludisme devront être confirmés par le TDR au niveau des CSPS et par la goutte épaisse au niveau des centres de référence .	<p>1. Acquérir XX TDR pour les CSPS (PM) chaque année</p> <p>2. Acquérir XX matériels de laboratoire et XX consommables et réactifs pour les centres de référence (PM) An 2, An 4</p> <p>3. Recycler 220 technologistes biomédicaux à la réalisation de la goutte épaisse. An2, An4</p> <p>4. Superviser semestriellement les technologistes biomédicaux à la réalisation de la goutte épaisse.</p>

	<p>Traitement rapide et correct de tous les cas confirmés dans les formations sanitaires.</p>	<p>Traitement à temps et à la bonne dose par les ACT ou la quinine de tous les cas confirmés.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Doter les structures sanitaires en ACT en quantité suffisante (PM) 2. Doter les formations sanitaires en kits d'urgence gratuits pour la PEC des cas de paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes en quantité suffisante. (PM) 3. Former 4800 agents de santé à la PEC des cas de paludisme pendant 5 jours (192 sessions à raison de 25 participants /session) An2, An4. 4. Superviser semestriellement les agents de santé à la PEC des cas à tous les niveaux Chaque année (PM) Suivi évaluation 5. Sensibiliser les responsables des laboratoires des centres de référence à l'importance de la GE dans la PEC des cas de paludisme An2 6. Réviser les documents normatifs sur le paludisme (modules de formation, directives) An 3 7. Reproduire/diffuser 6550 exemplaires de documents normatifs sur le paludisme. An3
--	---	---	---

4.5.2 Renforcement de la prévention du paludisme chez la femme enceinte et les enfants de 3 à 59 mois.

Cible : D'ici fin 2015, 100% des femmes enceintes et des enfants de 3-59 mois auront reçu une chimioprophylaxie au paludisme

Stratégies de mise en œuvre

CIBLES/TARGETS	INTERVENTIONS/DPS	MODALITES DE MISE EN OEUVRE	ACTIVITES
100% des femmes enceintes sont couvertes par la TPI 2	Prévention du paludisme par la chimioprophylaxie	Cela consiste à donner au moins 2 doses supervisées de SP à toutes les femmes enceintes au cours de la CPN.	<ul style="list-style-type: none"> • Acquérir XX doses de SP pour les formations sanitaires (PM) Chaque année • Former 4800 agents de santé sur le TPI (PM intégré à la formation à la PEC)
100% des enfants de 3-59 mois sont couverts par la chimioprophylaxie antipaludique.	Prévention du paludisme par la chimioprophylaxie	Prévention du paludisme chez les enfants de 3 à 59 mois par la chimio prophylaxie chaque mois pendant la période de haute transmission en milieu communautaire.	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser un atelier d'élaboration des directives sur la mise en œuvre de la chimioprophylaxie du paludisme chez les enfants de 3 à 59 mois au niveau central (30 personnes, 5 jours, au niveau central). An 2 • Reproduire et diffuser 6550 exemplaires de directives sur la mise en œuvre de la chimioprophylaxie du paludisme chez les enfants de 3 à 59 mois An2 • Former 83 formateurs régionaux et DS la chimioprophylaxie du paludisme chez les enfants de 3 à 59 mois (4 sessions, 3jours) • Former 4800 agents de santé sur la chimioprophylaxie du paludisme chez les enfants de 3 à 59 mois (PM). 5. Former 18000 agents de santé communautaires sur la chimioprophylaxie du paludisme chez les enfants de 3 à 59 mois. (720 sessions, 3 jours, 25 personnes par session) An2, An 4 • Acquérir XX doses de chimioprophylaxie pour les agents de santé communautaires (PM) • Superviser mensuellement les agents de santé communautaires sur la mise en œuvre de la chimioprophylaxie.

4.5.3 lutte anti-vectorielle contre le paludisme

Cible 1: D'ici fin 2015, 100% des populations dorment sous MILDA

Stratégies de mise en œuvre

CIBLES/TARGETS	INTERVENTIONS/DPS	MODALITES DE MISE EN OEUVRE	ACTIVITES
100% de la population générale possèdent une moustiquaire	Distribution de MILDA	Elle se fera à travers l'organisation d'une Campagne universelle de distribution de MILDA en 2014	<ul style="list-style-type: none"> - Acquérir 9 874 562 de MILDA pour la campagne de distribution de masse - Former les acteurs ; - Dénombrer la population en An 3 ; - Superviser avant pendant et après ; - Distribuer les MILDA ; - Assurer le suivi post distribution immédiat ; - Evaluer la campagne de distribution des MILDA ; - Produire le rapport de la campagne.
100% des femmes enceintes possèdent une moustiquaire	Distribution de MILDA	Elle se fera de 2011 à 2013 à travers la distribution de routine lors des CPN (cumul grossesses attendues soit 5% de la pop générale de 2011 à 2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Acquérir 1 705 100 MILDA - Répartir par DRS/DS suivant les grossesses attendues - Distribuer aux femmes enceintes lors des CPN
100% des enfants < 5 ans possèdent une moustiquaire	Distribution de MILDA	Elle se fera de 2011 à 2013 à travers la distribution de routine lors du PEV de routine et CNRS (cumul des nouvelles naissances soit 4,26% de la pop générale de 2011 à 2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuer 1 500 000 MILDA lors de la CNRS et du PEV de routine - Répartir par DRS/DS suivant les naissances attendues - Distribuer aux mères de nourrissons
80% de la population générale dorment sous moustiquaires	CCC mass média	Elle se fera à travers la communication masse media, la mobilisation sociale,	Elaborer/diffuser les supports de communication (des spots et des émissions radio/TV, confection, affichage de panneaux publicitaires,)
	CCC – Relais communautaires	VAD, causeries	Elaborer/diffuser les supports de communication (confection de boîtes à images, dépliants, boîtes à images, ...)
80% des femmes	CCC mass média	Communication masse media, mobilisation sociale,	Elaborer/diffuser les supports de communication (des spots et des émissions radio/TV,...)

enceintes dorment sous moustiquaires			
80% des enfants < 5 ans dorment sous moustiquaires	CCC mass média	Communication masse media, mobilisation sociale, sensibilisation des mères des enfants < 5 ans et des animatrices des garderies	Elaborer/diffuser les supports de communication (des spots et des émissions radio/TV, dessins animés,...)

Cible 2 : D'ici fin 2015, 100% des populations des zones de haute transmission ciblées bénéficient de la PID dans les régions sanitaires du Sud-Ouest, des Cascades, des Hauts-bassins et de la Boucle du Mouhoun

Stratégies de mise en œuvre

CIBLES/TARGETS	INTERVENTIONS/DPS	MODALITES DE MISE EN OEUVRE	ACTIVITES
85% des zones ciblées bénéficient de la PID	Pulvérisation intra domiciliaire	Elle se fera à travers : une évaluation environnementale, la sélection de l'insecticide, la construction des aires de décontamination, l'identification des magasins de stockage dans les régions sanitaires du Sud-ouest et des Cascades, des hauts Bassins, de la Boucle du Mouhoun	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les structures à pulvériser dans les zones d'intervention de la PID - Acquérir les intrants - Planifier l'opération - Former les acteurs - Effectuer l'opération de pulvérisation des structures éligibles - Effectuer le suivi entomologique - Réaliser la restitution des résultats de l'opération
100% des populations des zones ciblées acceptent la PID	CCC mass média	Elle se fera à travers la communication masse media, mobilisation sociale	Elaborer/diffuser les supports de communication (des spots et des émissions radio/TV, dessins animés,...)
100% des populations des zones ciblées acceptent la PID	CCC – Relais communautaires	VAD, causeries	Elaborer/diffuser les supports de communication (confection de boites à images, dépliants, boites à images, ...)

Cible 3 : D'ici fin 2015, 100% des gîtes larvaires des zones ciblées sont couvertes par les TAL (traitement anti larvaire) dans les régions sanitaires du Centre et des Hauts-Bassins

Stratégies de mise en œuvre

CIBLES/TARGETS	INTERVENTIONS/DPS	MODALITES DE MISE EN OEUVRE	ACTIVITES
85% des zones ciblées bénéficient du LAL	Traitement des gîtes larvaires	Il se fera à travers : l'évaluation environnementale, la sélection des insecticides, l'identification des gîtes larvaires, l'identification des magasins de stockage dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso	<ul style="list-style-type: none"> - Dénombrer les gîtes larvaires - Acquérir les intrants - Former les acteurs - Effectuer l'opération de traitement des gîtes larvaires - Effectuer le suivi entomologique - Réaliser la restitution des résultats de l'opération
100% des populations des zones ciblées acceptent le TAL	CCC mass média	Communication masse media, mobilisation sociale	Elaborer/diffuser les supports de communication (des spots et des émissions radio/TV, dessins animés,...)
100% des populations des zones ciblées acceptent le TAL	CCC – Relais communautaires	VAD, causeries	Elaborer/diffuser les supports de communication (confection de boites à images, dépliants, boites à images, ...)

4.5.4 Gestion de l'approvisionnement des produits antipaludiques

Cible : D'ici 2015, une disponibilité de 100% de tous les intrants de qualité est assurée au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire

Stratégies de mise en œuvre

CIBLES/TARGETS	INTERVENTIONS/DPS	MODALITES DE MISE EN OEUVRE	ACTIVITES
Le financement des intrants est couvert à 100%.	Mobilisation des ressources pour l'acquisition des intrants de lutte contre le paludisme (ACT, Kits d'urgence, SP, TDR, MILDA).	<p>La mobilisation des ressources se fera à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la quantification des besoins nationaux annuels par le Comité de suivi de l'utilisation des ACT avec la participation des pharmaciens régionaux ; revue périodique trimestrielle. - l'organisation de rencontres annuelles de plaidoyer avec les partenaires. - l'élaboration de plans d'approvisionnement 	<p><u>Activité n°1:</u> Quantifier les besoins annuels en intrants de lutte contre le paludisme (atelier annuel de 25 participants en 5 jours avec la participation des pharmaciens régionaux).</p> <p><u>Activité n°2:</u> Organiser des rencontres annuelles de plaidoyer pour la mobilisation de ressources complémentaires auprès des partenaires (atelier de 40 participants en 1 jour).</p> <p><u>Activité n°3:</u> Elaborer des plans d'approvisionnement annuels des intrants (ateliers d'adoption de 30 participants en 1 jour).</p>

		annuels par le PNLP en collaboration avec la CAMEG et les partenaires.	Activité n°4: Réaliser la revue trimestrielle de la quantification des besoins en intrants (atelier de 15 participants en 3 jours).
100% des formations sanitaires ne connaissent pas de rupture en ACT.	Approvisionnement des formations sanitaires et des ASC en ACT.	Distribution des ACT aux formations sanitaires à travers le circuit habituel de distribution des MEG.	Activité n°5: Acquérir et distribuer 38 711 769 traitements ACT pour la PEC des cas de paludisme simple.
100% des formations sanitaires ne connaissent pas de rupture en kits d'urgence.	Approvisionnement des formations sanitaires en kits d'urgence.	Distribution des kits d'urgence aux formations sanitaires à travers le circuit habituel de distribution des MEG.	Activité n°6: Acquérir et distribuer 1 090 377 Kits d'urgence pour la PEC des cas de paludisme grave.
100% des Formations sanitaires ne connaissent pas de rupture en TDR.	Approvisionnement des formations sanitaires et des ASC en TDR.	Distribution des TDR aux formations sanitaires à travers le circuit habituel de distribution des MEG.	Activité n°7: Acquérir et distribuer 20 946 237 TDR pour le diagnostic du paludisme.
100% des Formations sanitaires ne connaissent pas de rupture en SP pour la prophylaxie chez la femme enceinte et chez l'enfant de 3 à 59 mois.	Approvisionnement des formations sanitaires en SP.	Distribution de la SP aux formations sanitaires à travers le circuit habituel de distribution des MEG.	Activité n°8: Acquérir et distribuer de la SP pour la prophylaxie chez la femme enceinte (11 647 700 doses) et chez l'enfant de 3 à 59 mois (xxx doses).
100% des Formations sanitaires ne connaissent pas de rupture en MILDA pour la distribution de routine.	Approvisionnement des formations sanitaires en MILDA.	Dotation des formations sanitaires en MILDA suivant les besoins et la disponibilité des MEG.	Activité n°9: Acquérir et distribuer des MILDA pour la prévention du paludisme (routine= 8 412 227, campagne = 9 874 562).
100% des Formations sanitaires de référence sont approvisionnées en matériels, consommables et réactifs pour goutte épaisse.	Approvisionnement des formations sanitaires et des ASC en matériels, consommables et	Dotation des formations sanitaires de référence en matériels, consommables et réactifs pour goutte épaisse.	Activité n°10: Acquérir et distribuer 100 microscopes (An 2) et des kits de consommables et réactifs pour 2 400 000 gouttes épaisses.

	réactifs pour goutte épaisse.		
100% des Formations sanitaires ont reçu leurs dotations en intrants de lutte contre le paludisme.	Approvisionnement des formations sanitaires et des ASC en intrants de lutte contre le paludisme.	Transport des intrants ne suivant pas le circuit habituel de distribution des MEG vers les formations sanitaires.	Activité n°11: Assurer le transport des intrants vers les formations sanitaires y compris les hôpitaux (frais de transport pour 2 dotations par district par an).
100% de réunions/rencontres tenues.	Renforcement du mécanisme de coordination de l'approvisionnement des intrants.	Organisation des réunions du comité ACT, des rencontres de concertations au niveau régional et district.	Activité n°12: Organiser des rencontres de concertation semestrielles entre acteurs du SIGL (niv. National : 30 participants en 1 jour; niv. Région: 15 participants en 1 jour; niv. District: 35 participants en 1 jour). Activité n°13: Organiser les réunions mensuelles du comité ACT (30 participants ; 1 jour).
100% des Formations sanitaires dotées en directives et guides de formation en SIGL.	Renforcement des capacités des acteurs du SIGL.	Elaboration des directives, outils de gestion et guide de formation	Activité n°14: Elaborer un guide de formation en gestion des intrants de lutte contre le paludisme en AN 2 (atelier de 15 participants en 10 jours). Activité n°15: Valider le guide de formation en gestion des intrants de lutte contre le paludisme (atelier de 35 participants, 03 jours) en AN 2. Activité n°16: Doter les FS de 3000 guides de formation en gestion des intrants de lutte contre le paludisme (AN2).
100% des acteurs du SIGL formés.		Formations en cascade et des appuis techniques des régions	Activité n°17: Former les acteurs du SIGL sur la gestion des intrants de lutte contre le paludisme (formations en cascade niveau national: 30 participants en 3 jours; niveau régional : 15 participants en 3 jours; niveau district : 35 participants ; en 3 jours) en AN 2. Activité n°18: Doter les structures de gestion des intrants en matériel informatique (micro-ordinateurs :70 DS + 13 régions+ 13 Hôpitaux et 4 au niveau central et un logiciel de gestion des stocks) en AN 2. Activité n°19: Organiser des sorties semestrielles du Comité ACT pour le suivi de la gestion des intrants (6 équipes de 3 cadres, 1 chauffeur, 1 jour par district).

			<p>Activité n°20: Superviser semestriellement les acteurs du SIGL (central vers régions, régions vers districts et districts vers formations sanitaires).</p> <p>Activité n°21: Evaluer le système d'information en gestion logistique des intrants (SIGL) en AN 2 et AN5 (contractualisation).</p>
Le contrôle qualité des intrants est réalisé à 100%.	Assurance qualité des intrants de lutte contre le paludisme.	Appui à la DGPML pour le contrôle qualité et la pharmacovigilance des intrants de lutte contre le paludisme.	<p>Activité n°22: Contrôler la qualité des intrants à l'entrée du pays (un contrôle à chaque livraison).</p> <p>Activité n°23: Contrôler la qualité post marketing des intrants une fois par an (prélèvement d'échantillons aux différents points de distribution et envoi aux laboratoires national ou internationaux).</p> <p>Activité n°24: Elaborer / réviser tous les 2 ans les spécifications techniques pour tous les intrants (un atelier de 30 participants pendant 3 jours) en AN 2 et AN 4.</p>
100% FS transmettent des fiches de notification des effets indésirables des intrants.	Surveillance des effets indésirables des produits de lutte contre le paludisme.		<p>Activité n°25: Assurer la pharmacovigilance des intrants (appui financier à la DGPML).</p>

4.5.5 Renforcement du plaidoyer, information, éducation, communication et mobilisation sociale

Cible : D'ici fin 2015, au moins 80% des populations observent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme

Stratégies de mise en œuvre

CIBLES/TARGETS	INTERVENTIONS/DPS	MODALITES DE MISE EN OEUVRE	ACTIVITES
1. D'ici fin 2015, au moins 80% des populations observent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme			
Un plan intégré de communication est élaboré	Planification	La mise en œuvre se fera en plusieurs étapes : - une série d'ateliers (élaboration du plan de communication, de messages/ définition des types de supports et validation) qui impliquera des personnes ressources du public (niveau central, intermédiaire, périphérique) et du privé (ONG/ associations) - Reproduction du plan - Atelier de diffusion du plan	<ul style="list-style-type: none"> Organiser deux ateliers d'élaboration du plan de communication de 06 jours chacun réunissant 25 personnes à Kaya Organiser un atelier d'élaboration des messages et de définition des types de supports en 05 jours réunissant 20 personnes à Tenkodogo Organiser un atelier de validation du plan de communication en 01 jour réunissant 50 personnes à Ouagadougou Reproduire en 400 exemplaires le plan de communication Organiser un atelier national de diffusion regroupant 50 personnes en un jour à Ouagadougou
Au moins 06 départements ministériels non santé et 10 entreprises sont impliqués dans la LCP chaque année	Renforcement du partenariat	Consistera en l'organisation de rencontres de plaidoyer avec ces départements ministériels et entreprises en vue de leur implication dans la lutte contre le paludisme	<ul style="list-style-type: none"> Organiser une rencontre de plaidoyer avec les responsables des départements ministériels non santé identifiés Organiser une rencontre de plaidoyer avec les responsables des entreprises identifiées
Le PNLP et 100% des districts sanitaires sont dotés en kit audiovisuel et	Equipement et production de	Consistera en deux grandes étapes : - Acquisitions/dotation de kits	<ul style="list-style-type: none"> Acquérir du matériel audiovisuel et de sono pour le PNLP en appui à la mise en œuvre du plan intégré de communication

en supports IEC	supports	<p>audiovisuels au profit du PNLP et à tous les DS</p> <p>- Conception, pré-test, validation, reproduction et distribution de supports IEC à tous les acteurs intervenant dans la LCP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acquérir 70 kits audiovisuels (lecteur CD/DVD, data Show, écran de projection géant, régulateur de tension, ensemble sono, mégaphone) au profit des districts sanitaires • Doter les DS en kits audiovisuels • Organiser des ateliers de conception avec 20 personnes en 05 jours et de validation avec 15 personnes en 06 jours des différents supports imprimés (affiches, dépliant, boîte à images) et les scénarii des supports audio visuels (spots, sketches) à Koudougou • Reproduire les supports imprimés (affiches MILDA : 57.292 exemplaires, affiches PEC : 18.646 exemplaires, affiches TPI : 8.646 exemplaires, affiches PID : 2.086 exemplaires, dépliant paludisme:502.646 exemplaires, dépliant PID:277.100 exemplaires, boîte à images : 3.566 exemplaires), les CD des sketches : 864 exemplaires • Diffuser les supports IEC
22 518 acteurs formés en IEC/palu (SRESA, SIECA, AIS, ASC, membres d'ONG/ d'associations, Membres de groupement féminin, hommes et femmes de média, points focaux des 06 départements ministériels non santé et des 10 entreprises)	Renforcement de capacités	<p>Consistera en :</p> <p>- L'identification et à la sélection de l'ensemble des cibles concernées (ASC, membres d'ONG/ organisations de la société civile, hommes et femmes de média, points focaux des départements ministériels non santé et des entreprises)</p> <p>- La formation en cascade des acteurs du système de santé</p> <p>- La formation des ASC, membres d'ONG/ organisations de la société</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Former 13 formateurs (SRESA) en IEC/Palu à an 1 • Former 70 formateurs (SIECA) en IEC/Palu à an 1 • Former 1563 formateurs (AIS) en IEC/Palu à an 1 • Former 9000 ASC à IEC/Palu à An 1 et An 2 en des sessions de 03 jours • Former 11 000 membres d'ONG/Associations/ groupements féminins sur l'IEC/Palu à An 2 et à An 3 en des sessions de 3 jours • Former 140 hommes/femmes en 04

		<p>civile par le niveau opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> - La formation des hommes et femmes de média ainsi que des points focaux des 06 départements ministériels non santé et des 10 entreprises par le niveau central 	<p>sessions (Bobo, Ouaga, Tenkodogo, Kaya) de 03 jours sur le paludisme (02 par district) à la 1^{ère} année</p> <ul style="list-style-type: none"> • Former 32 points focaux des 06 départements ministériels non santé et des 10 entreprises (02 points focaux par structure) à an 2
<p>100% des districts sanitaires sont couverts par des interventions de communication</p>	<p>CCC/ mass Média CCC/relais communautaire</p>	<p>Consistera en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le paludisme à travers la commémoration annuelle de la JMLP, l'organisation d'une semaine de sensibilisation dans des districts ciblés, l'initiation d'une caravane des artistes dans des régions ciblées - L'organisation d'une campagne de sensibilisation en milieu scolaire qui s'articulera autour d'une série d'activités dans les districts (formation des encadreurs, élèves, élaboration et mise en œuvre de micro-plans de lutte contre le paludisme à travers des jeux-concours interscolaires) et aux régions pour l'organisation de finales régionales sur la base d'une allocation forfaitaire annuelle de ressources financières - L'implication des organisations de la société civile, des radios communautaires et départements ministériels non santé et entreprises pour la communication de proximité 	<ul style="list-style-type: none"> • Commémorer annuellement la JMLP • Appuyer l'organisation de la semaine de sensibilisation contre le paludisme dans les districts ciblés • Organiser une caravane des artistes dans des régions ciblées sur le paludisme • Appuyer les districts et les régions pour la campagne de sensibilisation en milieu scolaire • Contractualiser avec les organisations de la société civile (1100 ONG/Associations/groupements féminins, 50 radios communautaires), 06 départements ministériels non santé et 10 entreprises pour la réalisation d'activités de communication de proximité • Réaliser annuellement une campagne nationale multimédia en faveur de la lutte contre le paludisme • Concevoir/reproduire et diffuser le bulletin trimestriel d'information « PALU-INFO » • Assurer le suivi des activités d'IEC/ palu à tous les niveaux • Réaliser une enquête CAP • Evaluer le plan intégré de communication

		<ul style="list-style-type: none">- L'organisation d'une campagne nationale multimédia ciblant certains média à envergure nationale sous forme de contrat- La publication d'un bulletin trimestriel d'information- Le suivi des activités d'IEC/ palu	
--	--	---	--

4.5.5 Renforcement de la surveillance, du suivi, de l'évaluation et de la recherche opérationnelle

Cible : D'ici fin 2015, 100% des districts sanitaires produisent des données mensuelles du paludisme dans tous les établissements publics, privés et communautaire

Stratégies de mise en œuvre

CIBLES/TARGETS	INTERVENTIONS/DPS	MODALITES DE MISE EN OEUVRE	ACTIVITES
Les données sur le paludisme sont de bonne qualité	Mise à jour des données/supervisions	<p>La mise à jour des données s'obtiendra à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'élaboration du plan d suivi-évaluation 2011-2015 - l'harmonisation des outils de collecte qui se fera lors d'un atelier qui regroupera les différents acteurs du système d'information, - la supervision des acteurs aux différents niveaux du système de santé : niveau central, régional, district, centres de santé périphériques et niveau communautaire - la mise à jour des faciès épidémiologiques sera faite par une analyse approfondie de toutes les données (épidémiologique, entomologique, biologique, climatique) par les centres et instituts de recherche pour réactualiser les strates - la réalisation des enquêtes chaque année dans les FS et tous les 2 ans au niveau des ménages avec l'appui des universités et des centres de recherche - les rencontres de collecte et de validation des données et les sorties 	1. Elaborer le plan de suivi-évaluation du plan stratégique 2011-2015
			2. Réviser et harmoniser les outils de collecte de données, An 2, An 4
			3. Organiser des supervisions intégrées aux différents niveaux du système de santé (DRS, DS, Hôpitaux et centre de santé périphériques) chaque semestre
			4. organiser des rencontres d'échanges avec l'ensemble des acteurs et des partenaires au niveau régional sur le circuit et les délais de transmission des données, An 1
			5. Réaliser une enquête au niveau des formations sanitaires pour la détermination des indicateurs de résultats (qualité de la prise en charge) chaque année
			6. Réaliser une enquête MIS (utilisation des MILDA, PECADO, CAP,.....) tous les 2 ans
			7. Réaliser une étude pour la mise à jour de la stratification des faciès épidémiologiques du paludisme (épidémiologie, entomologie, biologie et climatique)
			8. Organiser des rencontres de collecte et de validation des données au niveau des régions sanitaires chaque trimestre

CIBLES/TARGETS	INTERVENTIONS/DPS	MODALITES DE MISE EN OEUVRE	ACTIVITES
		<p>de contrôle de la qualité des données se feront dans les régions et les structures sanitaires afin d'apprécier l'exactitude, l'exhaustivité, la disponibilité, la cohérence des données</p>	<p>9. Réaliser une évaluation à mi-parcours du plan stratégique, An 3</p> <p>10. Réaliser une revue du plan stratégique, An 5</p> <p>11. Elaborer le rapport annuel de mise en œuvre des plans d'actions chaque année</p> <p>12. Réaliser des sorties de contrôle de la qualité des données du paludisme au niveau intermédiaire, périphérique et communautaire chaque année</p> <p>13. Réaliser la mise à jour de la base de données</p> <p>14. Evaluer la base de données du paludisme, An2</p> <p>15. Concevoir, multiplier et diffuser le bulletin trimestriel d'information du PNLP</p> <p>16. Appuyer des « recherches actions » sur le paludisme au niveau des districts sanitaires chaque année</p>
			<p>17. Elaborer le plan stratégique 2016-2020 de lutte contre le paludisme</p>
	<p>Renforcement de capacités</p>	<p>Le renforcement des capacités sera fait à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la formation des responsables du SNIS par l'organisation d'ateliers de 3 jours au niveau central, régional, district sanitaire et des FS - l'organisation des voyages d'étude chaque année d'une durée de 10 jours dans les pays disposant d'une performance en suivi-évaluation en vue de s'enquérir de leurs expériences 	<p>18. Former les responsables du SNIS (DRS, DS, CHR, CHU, CSPS, privés et confessionnels) sur la collecte, l'analyse et le monitoring des données, An 1</p> <p>19. Organiser des voyages d'études des agents du PNLP, pour renforcer leur capacité dans la gestion de données chaque année</p> <p>20. Doter le PNLP et les CISSE des régions, des districts et des hôpitaux en matériel informatique (Micro ordinateurs portables, disque durs externes, antivirus) , An1</p>

CIBLES/TARGETS	INTERVENTIONS/DPS	MODALITES DE MISE EN OEUVRE	ACTIVITES
		<ul style="list-style-type: none"> - l'octroi de matériel informatique (ordinateurs, disques durs externes, connexion réseaux, antivirus,...) aux unités de suivi-évaluation permettra aux agents de mieux gérer l'information et les statistiques sanitaires 	
La surveillance de l'efficacité aux antipaludiques et aux insecticides est effectuée	Coordination et Partenariat avec les centres de recherche	La coordination et le partenariat se fera à travers le plaidoyer, l'établissement des conventions avec les centres de recherche, l'organisation des journées scientifiques et l'organisation des rencontres du groupe thématique « surveillance épidémiologique, suivi-évaluation et appui à la recherche opérationnelle »	<p>21. Etablir des conventions de partenariat avec les centres de recherche et les instituts de formations</p> <p>22. Apporter un appui financier aux centres de recherche pour la réalisation d'études sur le paludisme</p> <p>23. Organiser des journées scientifiques de restitution des résultats de recherche sur le paludisme chaque année</p> <p>24. Organiser une rencontre du groupe thématique « surveillance épidémiologique, suivi-évaluation et appui à la recherche opérationnelle » chaque trimestre.</p> <p>25. Organiser des rencontres de suivi et de concertation sur les vaccins antipaludiques chaque trimestre</p>
	Suivi de la pharmacorésistance aux antipaludiques	Cette activité est faite chaque année par les centres et instituts de recherche au niveau des sites sentinelles situés dans les différents faciès épidémiologiques en collaboration avec les acteurs du terrain ; ceci permettra de suivre l'efficacité thérapeutique des antipaludiques (ACT, SP, Quinine, ...) et ainsi détecter les éventuelles résistances qui apparaîtront	<p>26. Réaliser la surveillance de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques chaque année dans les sites sentinelles</p>
	Suivi de la résistance aux insecticides et	Cette activité se fera dans les sites sentinelles et dans les ménages par les	<p>27. Réaliser la surveillance de la sensibilité des vecteurs aux insecticides tous les 2 ans</p>

CIBLES/TARGETS	INTERVENTIONS/DPS	MODALITES DE MISE EN OEUVRE	ACTIVITES
	l'efficacité des MILDA	centres et instituts de recherche en collaboration avec les prestataires du terrain ; ceci permettra de suivre la sensibilité des vecteurs aux insecticides et l'efficacité des moustiquaires sur le terrain	<p>dans les sites sentinelles</p> <p>28. Evaluer périodiquement l'efficacité des MILDA (une évaluation tous les deux ans; contrat</p> <p>29. Réaliser tous les deux ans un test d'efficacité des moustiquaires .</p>

4.5.6 Amélioration de la gestion du programme

Cible : D'ici fin 2015, la capacité du PNLP dans la gestion de la lutte contre le paludisme y compris la coordination des interventions des partenaires est renforcée.

Stratégies de mise en œuvre

CIBLES/TARGETS	INTERVENTIONS/DPS	MODALITES DE MISE EN OEUVRE	ACTIVITES
100% des ressources humaines prévues sont mis a la disposition du PNLP	Renforcement de l'effectif du PNLP	Définition les différents services et leurs rôles Estimation des ressources humaines nécessaires par catégorie et par service Plaidoyer pour l'affectation du personnel au PNLP; Recrutement d'agents de différents profils selon les besoins ;	<ul style="list-style-type: none"> - Affecter 14 agents (1 secrétaire, 1 AHSS, 1 GH, 1 ACH, 2 Chauffeurs, 1 Pharmacien, 2 PEP, 1 Médecin Epidémiologiste, 1 Médecin Sante Publique, 1 Entomologiste/Médecin, 1 Tech Assainissement) - - Recruter 2 agents (agent de soutien, Maitrise communication)
100% des ressources humaines ont reçu une formation spécifique chacun dans son domaine d'intervention	Renforcement des capacités des ressources humaines du PNLP	Elaboration d'un plan de formation des agents du PNLP Supervision interne des agents du PNLP	<ul style="list-style-type: none"> - Former 10 agents du PNLP au cours international de paludologie - Former 13 agents des DRS au cours international de paludologie - Organiser le cours national de paludologie - Former 1 Médecin par district sanitaire au cours national de paludologie en deux sessions chaque deux ans. - Former 30 agents du PNLP en Assurance Qualité

			<ul style="list-style-type: none"> - Former 5 agents du PNLP chacun dans son domaine d'intervention (suivi évaluation, approvisionnement logistique, prévention, communication, SAF, ...) - Superviser les agents du PNLP une fois par trimestre
100% du matériel et équipement nécessaire au fonctionnement disponible	Renforcement des ressources matérielles du PNLP	<p>Dotation des agents du PNLP en matériel bureautique et informatique</p> <p>Acquisition de la logistique pour le PNLP</p> <p>maintenance préventive de la logistique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acquérir 20 ordinateurs complets de bureau - Acquérir 15 ordinateurs portables - Acquérir 20 disques durs externes, - Acquérir 3 vidéo projecteurs - Acquérir 2 appareils photo numériques - Acquérir 2 véhicules pour le PNLP, - Acquérir 13 véhicules pour les DRS - Acquérir 1 moto pour l'agent de liaison - Acquérir 2 réfrigérateurs, - Acquérir 2 photocopieurs, - Acquérir du mobilier de bureau - Assurer une fois par trimestre la maintenance préventive de la logistique du PNLP
100 % des besoins de financement pour la lutte contre le paludisme sont couverts	Renforcement de la mobilisation des ressources financières	<p>Plaidoyer pour la création d'une ligne budgétaire spécifique pour l'acquisition des intrants dans le budget de l'Etat</p> <p>Demande de déblocage</p> <p>Elaboration des plans d'action annuels</p> <p>participation du PNLP aux sessions annuelles de</p>	<p>Faire un plaidoyer pour la création d'une ligne budgétaire spécifique pour l'acquisition des intrants dans le budget de l'Etat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire la demande de déblocage pour couvrir les programmes d'activité semestrielle - élaborer des plans d'action annuels - Assurer la participation de 4 agents du PNLP aux sessions annuelles de financement des plans d'actions - Organiser la table ronde de bailleurs de fonds

		<p>financement des plans d'actions</p> <p>Organisation d'une table ronde de bailleurs de fonds</p> <p>Plaidoyer auprès des PTF pour mobiliser des ressources pour la lutte contre le paludisme</p> <p>Elaboration des requêtes de financements auprès des initiatives internationales de financement des activités de lutte contre le paludisme (Fonds Mondial, PMI...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire des actions de Plaidoyer auprès des PTF pour mobiliser des ressources pour la lutte contre le paludisme - Elaborer des requêtes de financements auprès des initiatives internationales de financement des activités de lutte contre le paludisme (Fonds Mondial, PMI...)
100% des cadres de concertation fonctionnels sont	Développement du partenariat	<p>Révision des textes relatifs aux différents cadres de concertation</p> <p>Elaboration d'un planning annuel des rencontres des différents cadres de concertation</p> <p>Tenue des rencontres de concertation intra et intersectorielle (aux niveaux central, intermédiaire et périphérique)</p> <p>Mise en place d'un comité de suivi de mise en œuvre des recommandations</p> <p>tenue des rencontres du comité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Réviser les textes relatifs aux différents cadres de concertation - Elaborer un planning annuel des rencontres des différents cadres de concertation - Tenir 2 fois par an la réunion du comité de pilotage - Tenir 4 fois par an les réunions des groupes thématiques du comité de pilotage - Tenir trimestriellement les réunions du comité de gestion des ACT - Tenir tous les deux mois la réunion des partenaires de la lutte contre le paludisme - mettre en place un comité de suivi de mise en œuvre des recommandations issues des cadres de concertations - tenir trimestriellement les rencontres du comité de suivi de la mise en œuvre des recommandations

		de suivi de la mise en œuvre des recommandations	
100% de l'assistance technique sollicitée est assurée		Demande d'assistance technique	- Demander l'assistance technique
100% des réunions de coordination sont tenues	Renforcement de la coordination	<p>Tenue des réunions</p> <p>Révision de l'organigramme du PNLP</p> <p>Diffusion de l'organigramme du PNLP</p> <p>Elaboration de la description des postes et rôles pour les agents du PNLP</p> <p>Diffusion du document de description des postes et rôles des agents du PNLP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tenir 48 réunions de coordination - Réviser l'organigramme du PNLP - Diffuser l'organigramme du PNLP - Elaborer la description des postes et rôles pour les agents du PNLP - Diffuser le document de description des postes et rôles des agents du PNLP

VI. SURVEILLANCE SUIVI & EVALUATION

6.1. Cadre de performances

N°	INDICATEURS	DONNEES DE BASE			CIBLE PAR ANNEE					Sources/Méthodes de collecte et rythme
		Valeur	année	source	2011	2012	2013	2014	2015	
IMPACT										
<i>Objectif général : La morbidité palustre est réduite de 75% par rapport à la situation de 2000 et la mortalité du paludisme à un niveau proche de zéro⁸ au Burkina Faso d'ici la fin de 2015.</i>										
1.	Taux brut de mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans	129‰	2010	Rapport EDS, INSD	-	-	-	-	68,30 (PNDS 2011-2020)	EDS/Enquête (tous les 5 ans)
2.	Taux de mortalité par paludisme (présumé et confirmé) parmi les enfants de moins de 5 ans (Mortalité proportionnelle)	79,76%	2009	Rapport SNIS, DGIS S	70%	60%	50%	40%	30%	DGISS/SNIS (par an)
3.	Taux d'incidence des cas cliniques de paludisme déclarés pour 1000 habitants dans les formations sanitaires	364	2010	Rapport SNIS, DGIS S	300‰	250‰	200‰	150‰	100‰	DGISS/SNIS (par an)

⁸ Dans les régions où les établissements de santé publique sont à même de pratiquer un examen parasitologique chez tous les patients présentant une suspicion de paludisme, les résultats « Proche de zéro » en ce qui concerne la mortalité due au paludisme est définie ainsi : un maximum de 1 décès dû au paludisme sur 100 000 personnes à risque.

	Pourcentage des cas cliniques (estimés, confirmés) de paludisme parmi les autres causes de consultation dans les formations sanitaires	48,1%	2010	Rapport SNIS, DGIS S	40%	35%	30%	25%	20%	
4.	Pourcentage des décès attribués au paludisme, présumé et confirmé, chez les patients hospitalisés pour paludisme grave (Létalité < 5 ans)	3,3%	2010	Rapport SNIS, DGIS S	3%	2,5% (2%	1,5%	1%	DGISS/SNIS (par an)
5.	Nombre de cas de paludisme grave (présumés et confirmés) parmi les enfants de moins de 5 ans	178028	2010	Rapport SNIS, DGIS S	125237	106451	90484	76911	65374	DGISS/SNIS (par an)
6.	Nombre de cas de paludisme grave (présumés et confirmés) parmi les femmes enceintes	15356	2009	Rapport SNIS, DGIS S	11 095	9 431	8 016	6 814	5 792	DGISS/SNIS (par an)
7.	Nombre de cas de paludisme simple (présumés et confirmés) parmi les enfants de moins de 5 ans	2 117 224	2009	Rapport SNIS, DGIS S	1 529 694	1 300 240	1 105 204	939 424	798 510	DGISS/SNIS (par an)
8.	Nombre de cas de paludisme simple (présumés et confirmés) parmi les femmes enceintes	149099 (PNLP)	2009	Rapport SNIS, DGIS S	107724	91565	77831	66156	56233	DGISS/SNIS (par an)
9.	Prévalence Parasitaire	65,9%	EDS	Rapp	-	-	-	-	29,2%	EDS/Enquête

	chez les enfants de 6-59 mois		2010	ort EDS, INSD							(5 ans)
10.	Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois	11,1%	EDS 2010	Rapp orts EDS et MIS	-	-	-	-	5%		EDS/Enquête (5 ans)
11.	Taux de confirmation des cas de paludisme (microscopie/TDR)	20,45%	2010	Rapp ort PNLP Rapp ort SNIS	25%	90%	95%	100%	100%		DGISS/PNLP/ SNIS (par an)
		Valeur	ann ée	source	2011	2012	2013	2014	2015		
RESULTATS											
1. D'ici fin 2015, au moins 100% des populations et en particulier les groupes les plus vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans) dorment sous MILDA											
1.1	% de ménages avec au moins une MLDA	55%	2009	Rapport enquête ménages, PNLP	100%	-	100%	-	100%		PNLP/Enquête dans les ménages (tous les 2 ans)
1.2	% des enfants de moins de 5 ans dormant sous MILDA	59,6%	2009	Rapport enquête ménages, PNLP	90%	-	100%	-	100%		PNLP/Enquête dans les ménages (tous les 2 ans)
1.3	% de femmes enceintes dormant sous MILDA	58,1%	2009	Rapport enquête ménages, PNLP	90%	-	100%	-	100%		PNLP/Enquête dans les ménages (tous les 2 ans)

										ans)
1.4	% de la population utilisant des MILDA	47,3%	2009	Rapport enquête ménages, PNL	80%	-	100%	-	80% (100%)	PNLP/Enquête dans les ménages (tous les 2 ans)
1.5	Taux entomologique d'inoculation	ND	ND	Rapport d'enquête entomologique	-	-	-	-	-	Rapport d'étude
1.6	Densité anophelienne	ND	ND	Rapport d'enquête entomologique	-	-	-	-	-	Rapport d'étude
2. D'ici fin 2015, 100% des populations des quatre régions sanitaires de haute transmission ciblées (Sud-Ouest, des Cascades, des Hauts-bassins et de la Boucle du Mouhoun) bénéficient de la PID										
2.1	% des populations des zones ciblées bénéficiant de la PID		2010	Rapport d'évaluation de la campagne	90%	95%	100%	100%	100%	
3. D'ici fin 2015, 100% des gîtes larvaires des zones ciblées sont couvertes par les TAL (traitement anti larvaire) dans les régions sanitaires du Centre et des Hauts-Bassins.										
3.1	% de communes urbaines ciblées qui mettent en œuvre des activités de TAL	ND	ND	Rapport d'évaluation de la campagne	-	90%	100%	100%	100%	
3.2	% des gîtes larvaires des zones ciblées couvertes par les TAL	ND	ND	Rapport d'évaluation de la campagne	90%	95%	100%	100%	100%	
4. D'ici fin 2015, 100% des femmes enceintes et des enfants de 3-59 mois auront reçu une chimioprophylaxie au paludisme.										
4.1	% des femmes enceintes ayant	47%	2009	Données de routine	55%	75%	100%	100%	100%	PNLP/Rapport

	bénéficié du TPI2			PNLP						par an
4.2	% d'enfants de 3-59 mois ayant bénéficié d'une chimioprophylaxie au paludisme	ND	ND	Données de routine	-	-	75%	85%	100%	PNLP/R apport par an
5. D'ici fin 2015, 100 % des cas suspects de paludisme sont confirmés et traités avec des antipaludiques adaptés dans tous les établissements publics, privés et communautaire.										
5.1	% des enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme / fièvre recevant un traitement approprié dans la communauté dans les 24 heures	37,9%	2009	Rapport enquête ménages, PNL	60%	-	100%	-	100%	PNLP/E nquête dans les ménages (tous les 2 ans)
5.2	% de patients atteints de paludisme simple qui reçoivent un traitement correct dans les formations sanitaires selon les directives nationales	64,1%	2009	Enquête au niveau des FS, PNL	70%	80%	100%	100%	100%	PNLP/E nquête dans les FS(chaque année)
5.3	% de patients hospitalisés pour paludisme grave qui reçoivent un traitement antipaludique correct dans les formations sanitaires selon les directives	51,3%	2009	Enquête au niveau des FS, PNL	65%	75%	100%	100%	100%	PNLP/E nquête dans les FS(chaque année)

	nationales									
6 .D'ici fin 2015, au moins 80% des populations observent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme.										
6.1	% de mères et de personnes ayant la garde d'enfants qui sont capables de reconnaître les symptômes et les signes de danger chez un enfant fébrile de moins de 5 ans (ou autres groupes cibles)		20 09	Rapport enquête CAP/ménages, PNLP	40%		50%		60%	PNLP/Enquête dans les ménages (tous les 2 ans)
	% de personnes qui connaissent la cause du paludisme	94%	20 09	Rapport enquête CAP/ménages, PNLP	100%		100%		100%	PNLP/Enquête dans les ménages (tous les 2 ans)

	% de personnes qui connaissent au moins trois signes du paludisme	48%	2009	Rapport enquête CAP/ménages, PNLP	55%		80%		100%	PNLP/Enquête dans les ménages (tous les 2 ans)
	% de personnes qui connaissent au moins deux moyens de prévention du paludisme	40%	2009	Rapport enquête CAP/ménages, PNLP	50%		75%		90%	PNLP/Enquête dans les ménages (tous les 2 ans)
6.3	Proportion des populations qui connaissent les avantages du recours aux soins dans les 24 h qui suivent	ND	ND	Rapport enquête CAP ménages, PNLP	40%		50%		60%	PNLP/Enquête dans les ménages (tous les 2 ans)

	l'apparition des signes de paludisme									
6.4	Proportion des populations qui font recours aux soins dans les 24 h qui suivent l'apparition des signes de paludisme	ND	ND	Rapport enquête CAP ménages, PNLP	50%		55%		60%	PNLP/Enquête dans les ménages (tous les 2 ans)
6.5	Proportion des populations qui connaissent les avantages de l'utilisation des MILDA	ND	ND	Rapport enquête CAP ménages, PNLP	80%		100%		100%	PNLP/Enquête dans les ménages (tous les 2 ans)
7. D'ici 2015, une disponibilité de 100% de tous les intrants de qualité est assurée au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire.										
7.1	% de formations sanitaires n'ayant pas		20 10	Rapport PNLP	100%	100%	100%	100%	100%	DGISS/PNL P/SNIS par an

	connu de rupture de stock en médicaments antipaludiques recommandés dans les directives nationales au cours de 3 derniers mois (ACT, Quinine, SP, kits d'urgence)									
	% de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock de plus d'une semaine en TDR au cours de 3 derniers mois	20 10	Rapport PNL	100%	100%	100%	100%	100%	DGISS/PNL P/SNIS par an	
	Taux d'allocation des ressources financières pour l'acquisition des intrants.		Bilans et rapports financiers annuels au niveau du programme et des partenaires.	100%	100%	100%	100%	100%	PNLP (par an)	
8. D'ici fin 2015, la capacité du PNL dans la gestion de la lutte contre le paludisme y compris la coordination des interventions des partenaires est renforcée.										

	Taux d'exécution programmatique des plans d'action			Rapport d'évaluation des PA	80%	100%	100%	100%	100%	100%	PNLP
	Taux d'exécution programmatique du plan stratégique			Revue de performance			100%			100%	PNLP
	Taux d'exécution financière des plans d'action			Rapport d'évaluation des PA	80%	100%	100%	100%	100%	100%	PNLP
	Taux d'exécution financière du plan stratégique			Revue de performance			100%			100%	PNLP
	Proportion de besoins de financement couverts			Rapport d'évaluation des PA et de la Revue de performance	80%	100%	100%	100%	100%	100%	PNLP
9. D'ici fin 2015, 100% des districts sanitaires produisent des données mensuelles du paludisme dans tous les établissements publics, privés et communautaire.											
9.1	Complétude des rapports mensuels des structures sanitaires (districts)	100%	2009	DGISS/P NLP	100%	100%	100%	100%	100%	100%	DGISS/PNLP par an
9.2	Promptitude des rapports mensuels des structures sanitaires (districts)	ND	2009	DGISS/P NLP	90%	95%	100%	100%	100%	100%	DGISS/PNLP par an

9.3	Ratio d'incohérence des données chez les sujets de cinq ans et plus	- 3,55%	2009	Rapport de contrôle de qualité	>-5% et <+5%	>-5% et <+5%	>-5% et <+5%	>-5% et <+5%	et	>	DGISS/PNLP par an
-----	---	---------	------	--------------------------------	--------------	--------------	--------------	--------------	----	---	--------------------------

6.2. Système de suivi & évaluation et de supervision

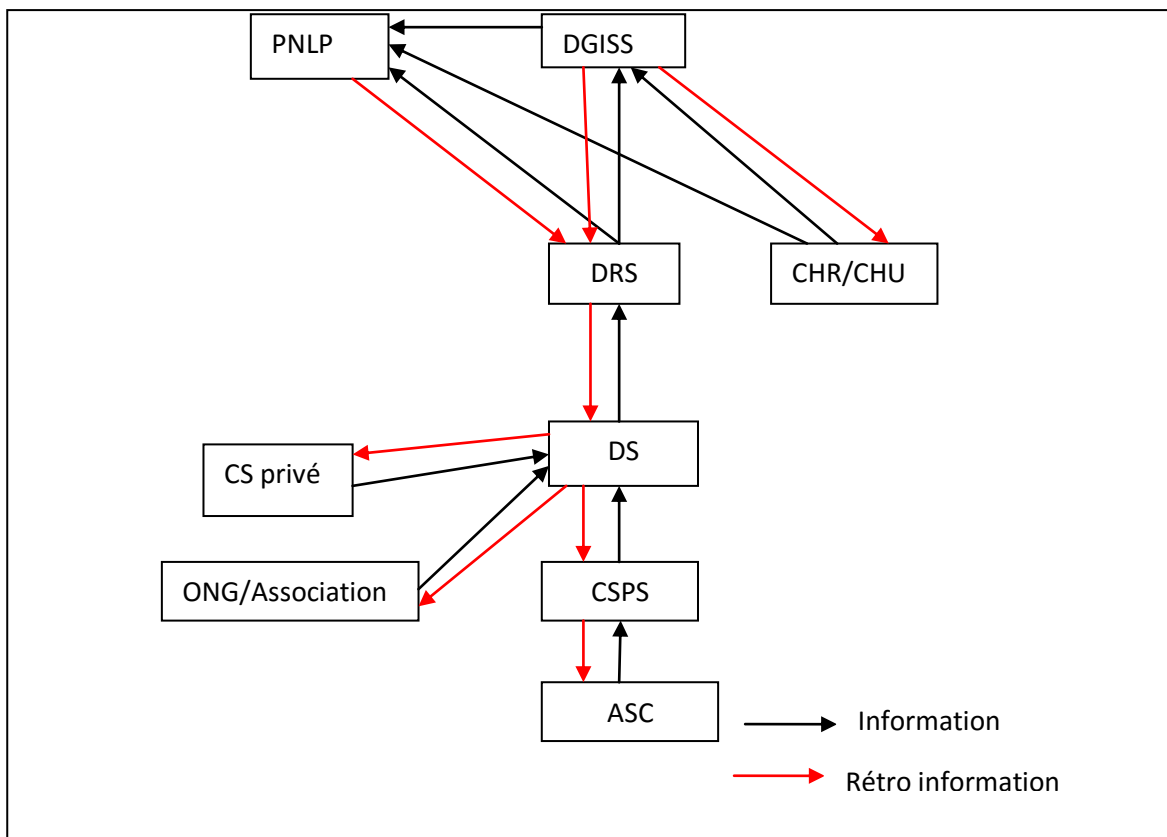
6.2. Système de suivi & évaluation et de supervision

Le programme national de lutte contre le paludisme dispose d'un plan de suivi-évaluation où les indicateurs, leur définition opérationnelle, la méthode de leur collecte et la périodicité de la collecte sont définis. Ce plan s'inspire fortement du plan national de suivi/évaluation du ministère de la santé. Les données de routine sur la morbidité et la mortalité dans les formations sanitaires y compris celles du paludisme sont collectées à tous les niveaux du système de santé (districts, régions sanitaires, centres hospitaliers). Aussi, des outils standards de collecte de données sont disponibles et utilisés à tous les niveaux du système de santé.

Le suivi-évaluation des interventions de lutte contre le paludisme est essentiellement basé sur le système national d'information sanitaire (SNIS). Il vise à rendre compte de l'effectivité de la mise en œuvre des activités, d'identifier les problèmes à temps, de proposer des mesures correctrices et de mesurer l'atteinte des résultats des plans d'actions annuels et du plan stratégique. Cette opération comprend les données de routine, le monitoring des activités, la supervision des acteurs, la revue annuelle, les données des enquêtes et études spécifiques, la surveillance épidémiologique, le contrôle de qualité et l'évaluation.

Périodicité et niveau de transmission des données :

- Des structures sanitaires périphériques (CSPS) au District sanitaire : mensuelle ;
- Des districts sanitaires aux régions sanitaires : trimestrielle ;
- Des régions sanitaires à la Direction Générale de l'Information et des Statistiques Sanitaires (DGISS) : trimestrielle ;
- Des hôpitaux à la DGISS (trimestrielle) ;



Le monitoring des activités

La surveillance continue de l'exécution des activités de lutte contre le paludisme sera assurée à travers la mesure semestrielle des indicateurs de couverture des interventions du programme sur le terrain. La réalisation du monitoring incombe au personnel responsable de l'exécution des activités, que sont les structures déconcentrées et décentralisées (directions régionales de la santé, districts sanitaires), pour s'assurer que :

- les activités sont menées comme prévu,
- les ressources engagées sont utilisées en conformité avec les stratégies choisies,
- le programme progresse conformément aux objectifs

La supervision des acteurs

La collecte des rapports des données de routine seront soutenues par des supervisions périodiques ciblées ou non. Le programme dispose d'un outil de supervision périodique des acteurs par niveau. Le rythme de supervision est semestriel du niveau central vers les régions, des régions vers les districts et des districts vers les formations sanitaires ; le rythme est mensuel des CSPS vers les ASC chargés de la mise en œuvre des interventions communautaires. Un accent sera particulièrement mis sur le suivi du niveau communautaire.

La supervision qui sera autant que possible intégrée et formative couvre tous les domaines de la lutte contre le paludisme (PEC, prévention, communication, suivi-évaluation, coordination/partenariat...). Des appuis pourront être apportés à des acteurs qui rencontrent des difficultés spécifiques.

A l'effet de s'assurer que les instructions sont correctement exécutées, le PNLP appuiera les visites de supervision.

La revue annuelle

La revue est une forme de suivi plus substantive, réalisée moins fréquemment. Elle se concentre sur l'efficacité et la pertinence. Dans le cadre de la mise en œuvre du présent plan stratégique de lutte contre le paludisme, les revues seront annuelles à partir de 2012 jusqu'en 2014. Ces revues trouvent toute leur importance dans le besoin de s'assurer qu'on s'achemine vraiment vers la réalisation des objectifs fixés. Les indicateurs des revues seront ceux relatifs aux produits contenus dans le cadre de performance du présent plan.

Le traitement et l'analyse des données

A chaque niveau du système de santé, les données sont compilées et analysées avec le calcul des indicateurs appropriés pour les besoins de planification et d'évaluation.

Une base des données pour la saisie et l'analyse des données a été développée et mise à la disposition des districts, des régions et des hôpitaux. Les gestionnaires de données à tous les niveaux du système de santé ont été formés à son utilisation.

La diffusion de l'information

La diffusion de l'information se fait au moyen des rapports (mensuels, trimestriels, semestriels et annuels), de l'annuaire statistique de la DGISS, du tableau de bord de la DGISS, des visites de supervision sur le terrain et des rencontres de dissémination et d'information. Un rapport annuel est produit et partagé avec les partenaires du programme. Le programme national de lutte contre le paludisme édite régulièrement un bulletin d'information.

Les résultats d'analyse des données des interventions menées à tous les niveaux du système de santé seront partagés avec les décideurs, les acteurs, les bénéficiaires et les PTF, afin que tous soient au même niveau d'information sur la lutte contre le paludisme.

L'utilisation de l'information

L'information produite aide à la prise de décision pour :

- la contribution du programme aux engagements pris par le pays au niveau international et au niveau sous-régional
- la justification des financements reçus des partenaires.
- l'amélioration des interventions,
- la recherche de financement,

Elle permet, en outre de montrer l'efficacité du programme et de documenter les meilleures pratiques.

Le contrôle de la qualité des données

La disponibilité d'une information de qualité sur les interventions de lutte contre le paludisme est essentielle pour la prise de décision et la gestion du PNLP. Cette information doit être fournie à temps et surtout actualisée et fiable.

Dans le souci de mettre à la disposition des acteurs et partenaires, une information de qualité sur la lutte contre le paludisme, le PNLP propose de mener un contrôle de la qualité des principaux indicateurs sur la lutte contre le paludisme.

Des sorties de contrôle de qualité des données et des rencontres de validation de ces données seront exécutées périodiquement.

6.3. Mesure des résultats et de l'impact des interventions

Des enquêtes de grande envergure sont réalisées au plan national par l'institut national de la statistique et de la démographie (INSD). Ces enquêtes prennent en compte des indicateurs d'impact de la lutte contre le paludisme. Il s'agit des enquêtes démographiques et de santé (EDS), des enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS), des enquêtes sur les conditions de vie des ménages. En plus de ces enquêtes de grande envergure, des enquêtes spécifiques sont menées. Elles concernent essentiellement :

- la morbidité et la mortalité du paludisme au niveau communautaire,
- la couverture et l'utilisation des MILDA,
- la couverture en TPI chez les femmes enceintes,
- le traitement correct des cas au niveau des formations sanitaires comme au niveau communautaire,
- l'efficacité thérapeutique des médicaments antipaludiques,
- la sensibilité des vecteurs aux insecticides,
- les CAP des populations,
- la prévalence du paludisme.

La mesure des résultats et de l'impact se fera également par la réalisation d'évaluation qui désigne dans ce contexte l'examen global des produits générés par l'exécution des activités programmées. L'évaluation vise à vérifier que les produits ainsi réalisés contribuent à la réalisation des objectifs spécifiques et de l'objectif général du plan stratégique. Une évaluation interne à mi-parcours du plan stratégique aura lieu en 2013 et l'évaluation finale en fin 2015 ; cette dernière se fera sous forme de revue et sera réalisée par une équipe externe.

VII. COORDINATION ET GESTION DU PROGRAMME

7.1 Ressources humaines

Dans sa structuration actuelle les capacités de la coordination du programme en ressources humaines sont faibles (confère tableau N°III).

Tableau III : Répartition des ressources humaines du PNLP par unité et catégories professionnelles

Unité/Type de personnel	Nombre	Catégories professionnelles
Coordonnateur	01	1 médecin
Secrétariat	01	1 Secrétaire de direction
PEC et prévention médicamenteuse	03	1 médecin 2 Attachés de santé
Lutte Anti Vectorielle sélective	02	1 conseiller de santé 1 Attaché de santé
Mobilisation Sociale et Plaidoyer	03	2 Attachés de santé 1 communicatrice
Suivi/Evaluation et Documentation	02	2 Attachés de santé
Administration et finances	03	2 gestionnaires 1 comptable
Approvisionnement et Logistique	01	1 pharmacien
Personnel d'appui	03	3 chauffeurs
TOTAL	19	

Cette insuffisance en ressources humaines influence négativement les capacités organisationnelles de la structure qui n'arrive plus à conduire plusieurs gros chantiers à la fois. Cela se traduit par des retards dans la mise en œuvre des activités, la non parution à temps de certains documents normatifs. Le **tableau IV** fait le point sur les besoins en ressources humaines pour la coordination du programme de lutte contre le paludisme.

Tableau IV : Besoins en ressources humaines par profil pour la coordination du PNLP

Catégories professionnelles	Nombre
Médecins de santé publique	02
Médecin épidémiologiste	01
Médecin entomologiste	01
Pharmaciens	01
Attachés de santé	03
Administrateur des hôpitaux et des services de santé	01
Communicateur (maîtrise en communication)	01
Préparateur d'Etat en pharmacie	01
Techniciens du génie sanitaire	02
Gestionnaire des hôpitaux	01
Adjoint de cadre hospitalier	01
Secrétaire dactylographe	01
Chauffeurs	02
Agent de liaison	01
Gardien	01
TOTAL DES BESOINS	20

Pour la mise en œuvre opérationnelle, le programme utilise les ressources humaines affectées dans les centres de santé dans le cadre de l'intégration des activités. Cette intégration comporte des avantages, mais aussi des inconvénients. L'un des inconvénients est l'impossibilité de prendre suffisamment en compte les aspects spécifiques du programme. Un renforcement global du système de santé bénéficiera au programme de lutte contre le paludisme.

7.2. Planification opérationnelle de la mise en œuvre.

7.2.1 Amélioration de la prise en charge des cas de paludisme

7.2.2 Renforcement de la prévention du paludisme chez la femme enceinte et les enfants

7.2.3. Lutte contre les vecteurs du paludisme

7.2.4. Gestion de l'approvisionnement des produits antipaludiques

7.2.5 Renforcement du plaidoyer, information, éducation, communication et mobilisation sociale

7.2.6. Renforcement de la surveillance, du suivi, de l'évaluation et de la recherche opérationnelle

7.2.7. Amélioration de la gestion du programme

7.3 Coordination du partenariat.

Il existe une coordination de l'action des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme à travers le Comité national de pilotage de la lutte contre le paludisme. Par ailleurs, il existe d'autres cadres de concertation que sont le Comité de suivi de l'utilisation des ACT et la réunion périodique des partenaires de la lutte contre le paludisme.

En plus de la collaboration avec les structures techniques nationales, des ONG nationales et internationales appuient aussi le PNLP dans la mise en œuvre des interventions au niveau communautaire, en particulier la promotion de l'utilisation des MILDA, la mobilisation sociale et la PECADO.

7.4 Système de gestion des approvisionnements et stock.

La gestion logistique consiste à quantifier les besoins en intrants sélectionnés, planifier les achats, acquérir les intrants, les stocker et les distribuer suivant des circuits bien définis jusqu'aux bénéficiaires finaux.

La quantification et la planification des besoins en intrants sont effectuées par un sous-comité technique du comité de suivi de l'utilisation des ACT. Cette quantification est basée sur les données de morbidité et les objectifs du programme. Pour la PID et la LAL, l'estimation des besoins en insecticides est faite par le PNLP avec l'appui technique de RTI.

Le financement pour l'acquisition des intrants est essentiellement assuré par les contributions des partenaires qui viennent compléter celles du budget de l'Etat.

La CAMEG est la principale structure chargée de l'achat, du stockage et de la distribution des médicaments et consommables médicaux.

La collecte de données logistiques se fait depuis 2010 à travers la base de données du programme et des sorties de collecte active.

Le contrôle de qualité et la pharmacovigilance des intrants sont assurés en collaboration avec la DGPML.

VIII. BUDGET ET PLAN DE FINANCEMENT

B.1 Résumé du budget par axes stratégiques

Axes stratégiques	Répartition du budget par an					Budget total	%
	2011	2012	2013	2014	2015		
Amélioration de la prise en charge des cas de paludisme							
Renforcement de la prévention du paludisme chez la femme enceinte et les enfants							
Lutte contre les vecteurs du paludisme							
Gestion de l'approvisionnement des produits antipaludiques							
Renforcement du plaidoyer, information, éducation, communication et mobilisation sociale							
Renforcement de la surveillance, du suivi, de l'évaluation et de la recherche opérationnelle							
Amélioration de la gestion du programme							
BUDGET ANNUEL							

8.2 Résumé du budget par catégories de coût

N°	Catégories de coût	Budget par an					Budget total	%
		2011	2012	2013	2014	2015		
1	Ressources humaines							
2	Assistance technique et de Gestion							
3	Formation							
4	Produits et équipements médicaux							
5	Produits pharmaceutiques (Médicaments)							
6	Coûts de gestion des achats et des stocks (GAS)							
7	Infrastructure et autres équipements							
8	Matériel de communication							
9	Suivi et Evaluation							
10	Soutien humain aux patients/populations cibles							
11	Planification et administration							
12	Frais fixes							
13	Autres							

IX. MOBILISATION DES RESSOURCES

9.1 Résumé de l'analyse des GAP financiers

Concernant l'acquisition des intrants, sur un besoin de financement de, le GAP financier de ..., soit...% (confère Tableau ...)

9.2 Stratégie de mobilisation des ressources

Le Ministère de la santé organisera une table ronde pour présenter le plan stratégique afin de mobiliser les ressources nécessaires à sa mise en œuvre. Participeront à cette table ronde, les partenaires techniques et financiers, les différents ministères impliqués dans la lutte contre le paludisme (économie et finances, budget, promotion de la femme, éducation nationale et de l'alphabétisation, enseignement supérieur, communication, environnement, administration territoriale, agriculture hydraulique et ressources halieutiques,...).

En plus de la prise en charge du personnel, des infrastructures et certains équipements, le gouvernement devra inscrire une ligne budgétaire pour la lutte contre le paludisme.

Des réunions trimestrielles avec les partenaires intervenant dans la lutte contre le paludisme permettront de coordonner et de mobiliser les ressources complémentaires. Les recommandations issues des rencontres de plaidoyer, devront être suivies régulièrement par le PNLP qui rendra compte au ministre de la santé par voie hiérarchique

Le Ministère de la santé pourra également mobiliser des ressources à travers d'autres initiateurs de financement des interventions de lutte contre le paludisme tels que le Fonds Mondial et la Fondation Bill & Melinda Gates.

L'état d'avancement de la mise en œuvre du plan stratégique devra être présenté annuellement aux partenaires et différents acteurs dans la lutte contre le paludisme. Pour le succès dans la mobilisation des ressources, le PNLP devra développer un plan de plaidoyer approprié.

CONCLUSION

La revue de performance du programme national de lutte contre le paludisme menée de septembre 2010 à juin 2011 a permis de mettre en exergue des résultats majeurs sur les progrès et la performance des interventions, mais également des insuffisances et des défis.

Suite à cette revue, un plan stratégique quinquennal 2011-2015 a été élaboré avec des objectifs clairement définis dans le but de résoudre les problèmes identifiés. Il faut noter que l'atteinte de ces objectifs dépendra de la volonté politique, d'une mobilisation conséquente des ressources, du niveau de participation des acteurs et des partenaires à tous les niveaux.

Au regard de l'environnement national et international favorable et des acquis enregistrés dans la lutte contre le paludisme dans notre pays de 2006-2010, ce nouveau plan stratégique contribuera sans aucun doute à la réduction du fardeau socio-économique du paludisme et à la lutte contre la pauvreté.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- OMD.** Rapport du pays, suivi des objectifs du millénaire pour le développement 2003
- OMD.** Lutte contre le paludisme et vies sauvées : sur la voie des OMD, Numéro 3, septembre 2010
- CSLP.** Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, 2004-2006_Burkina Faso (CLSP)
- CSLP.** Programme d'actions prioritaires de mise en œuvre du CSLP : Rapport de mise en œuvre pour l'année 2009, commission sectorielle chargée de la santé-nutrition et du VIH/SIDA_ Burkina Faso
- CSLP.** Etat de mise en œuvre du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté(CSLP) en 2001-volet santé
- CSLP.** Etat de mise en œuvre du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté(CSLP) en 2004-volet santé
- OMS.** Manuel pour l'évaluation de la performance des programmes de contrôle et d'élimination du paludisme (version préliminaire, mars 2010)
- OMS.** Manuel d'élaboration du plan stratégique de lutte contre le paludisme (septembre 2010)
- OMS.** Plan d'action mondial paludisme 2005-2015
- OMS.** Global Malaria Programme, Methodology for estimating the costs of global malaria control (2006–2015), Technical working paper – May 2007
- OMS. Déclaration d'Abuja** et plan d'action
- OMS.** The Africa Malaria report 2006 ,World Health Organization
- OMS.** Malaria & children, Progress in intervention coverage, 2007, UNICEF/RBM
- OMS.** WORLD MALARIA REPORT 2010, WHO Global Malaria Programme
- OMS.** RBM, COLLECTION PROGRÈS ET IMPACT, Numéro 1 . mars 2010 Lutte contre le paludisme : financement et utilisation des ressources, Les dix premières années du Partenariat RBM
- CNRFP.** Résumés des rapports de recherche du CNRFP, 2010
- CNRFP.** Etudes des résistances des vecteurs aux insecticides : cartographie sur les résistances
- CENTRE MURAZ.** Résumés des rapports de recherche du Centre Muraz, 2010
- IRSS.** Résumés des rapports de recherche de l'IRSS, 2010
- CRSN.** Résumés des rapports du CRSN, 2010
- MS.DEP.** Politique sanitaire nationale (PSN) 2000
- MS.DEP.** Politique sanitaire nationale (PSN) 2010
- MS.DEP.** Plan national de développement sanitaire 2001-2010 1^{ère} tranche
- MS.DEP.** Plan national de développements sanitaire 2006-2010 2^{ème} tranche

MS.DEP. Indicateurs de suivi du PNDS

MS.DEP. Plan national de développements sanitaire 2011-2020

MS.DEP. Rapport sur les comptes nationaux de la santé_2005 (CNS)

MS.DEP. Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT)

MS.DGISS. Annuaire statistiques santé 2006, 2007, 2008, 2009, 2010

MS.DGISS. Tableaux de bord santé 2006, 2007, 2008, 2009, 2010

MS.DLM. Plan Cadre de Gestion Environnementale du Projet de Pulvérisation Intra-Domiciliaire pour la lutte Contre le paludisme dans la Région Sud-ouest.

MS.DLM. Plans stratégique intégré de lutte anti vectorielle

MS.PNL. Politique nationale de lutte contre le paludisme

MS.PNL. Lettre sur la subvention ACT et antipaludique d'urgence et la SP (voir CPN gratuit)

MS.PNL. Lettre sur la détaxe des moustiquaires

MS.PNL. Arrêté interdisant/suspendant les monothérapies

MS.PNL. Plan stratégique 2002-2005 de lutte contre le paludisme

MS.PNL. Plan stratégique 2006-2010 de lutte contre le paludisme

MS.PNL. Plan stratégique 2005-2007 pour la mise à l'échelle nationale des interventions à base communautaire

MS.PNL. Plan intégré de communication pour la lutte contre le paludisme 2006-2008

MS.PNL. Indicateurs du suivi évaluation de la lutte contre le paludisme

MS.PNL. Plan national de suivi évaluation du paludisme 2009-2010

MS.PNL. Guide de gestion des ACT, TDR, MILDA et produit d'imprégnations pour la lutte contre le paludisme

MS.PNL. Plan de mise en œuvre de la lutte anti larvaire à Ouagadougou

MS.PNL. Plans d'actions annuels (2006, 2007, 2008, 2009, 2010) de lutte contre le paludisme

MS.PNL. Manuel de formation pour la prise en charge des cas de paludisme au niveau des formations sanitaires (**guide du facilitateur**), édition 2006, édition 2010

MS.PNL. Manuel de formation pour la prise en charge des cas de paludisme au niveau des formations sanitaires (**manuel du participant**), édition 2006, édition 2010

MS.PNL. Directives nationales pour la prise en charge du paludisme au niveau des formations sanitaires, édition 2006, édition 2010

MS.PNL. Module de formation des agents de santé communautaire impliqués dans la lutte contre le paludisme au Burkina Faso (**manuel de référence**), édition juin 2009

- MS.PNLP.** Module de formation des agents de santé communautaire impliqués dans la lutte contre le paludisme au Burkina Faso (**manuel du formateur**), édition juin 2009
- MS.PNLP.** Module de formation des agents de santé communautaire impliqués dans la lutte contre le paludisme au Burkina Faso (**manuel du participant**), édition juin 2009
- MS.PNLP.** Rapport de l'enquête ménages sur le paludisme au Burkina Faso dans le cadre de la mise en œuvre du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et du paludisme (FMSTP), 2005
- MS.PNLP.** Rapport de l'évaluation du plan stratégique 2002-2005 de lutte contre le paludisme au Burkina Faso
- MS.PNLP.** Rapport de l'évaluation du projet pilote de mise en œuvre de la stratégie de renforcement de la couverture des femmes enceintes en moustiquaires traitées aux insecticides (MTI) et en traitement préventif intermittent (TPI) dans un district pilote du Burkina Faso
- MS.PNLP.** Rapport de l'évaluation de la qualité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans les formations sanitaires du Burkina Faso, 2008 et 2009
- MS.PNLP.** Rapport de l'enquête ménages sur le paludisme au Burkina Faso en 2009
- MS.PNLP.** Rapport de suivi du Round 7 paludisme au Burkina Faso, 15 octobre 2009
- MS.PNLP.** Rapport du Needs Assessments
- MS.PNLP.** Rapport du contrôle de qualité des données des interventions de lutte contre le paludisme en 2009
- MS.PNLP.** Rapport de mission des sorties pour le suivi de la mise en œuvre de la prise en charge des cas de paludisme à domicile, 2010
- MS.PNLP.** Rapport de l'atelier de consensus sur les PID du 12 au 14 octobre 2009 à Koudougou
- MS.PNLP.** Rapport de la réunion de restitution des résultats de la PID dans le DS de Diébougou
- MS.PNLP.** Rapport technique de la campagne de distribution de MILDA dans le district sanitaire de Diébougou
- MS.PNLP.** Plan de mise en œuvre de la campagne nationale de distribution universelle de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) au Burkina Faso en 2010
- MS.PNLP.** Manuel de formation des volontaires et superviseurs/ **Guide du formateur**
- MS.PNLP.** Manuel de formation des volontaires et superviseurs/ **Guide du volontaire**
- CPFM.** Rapports des sites de surveillance démographique de Kaya, Saponé et Nouna sur la morbidité et la mortalité palustre
- CPFM.** Etude sur la morbidité et la mortalité au Burkina Faso
- Fonds Mondial.** Requête au Fonds Mondial, Round 7
- Fonds Mondial.** Requête au Fonds Mondial, Round 8

Fonds Mondial. Rapport de Suivi-Evaluation de la mise en œuvre de la composante paludisme du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP) au Burkina Faso, 2005

Fonds Mondial. Rapport d'évaluation finale du projet Round 2 du Fonds Mondial « renforcement de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso, décembre 2003 à novembre 2005 »

Fonds Mondial. Rapports de progrès du Fonds Mondial R7

Fonds Mondial. Rapports de progrès du Fonds Mondial R8

PAMAC. Guide de formation des animateurs et relais communautaires dans la lutte contre le paludisme au Burkina Faso, ***A l'usage du formateur, édition juillet 2008***

PAMAC. Guide du relais communautaire dans le cadre de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso, ***édition juillet 2008***

PAMAC. Audit sur la qualité des données collectées au niveau communautaire dans le cadre du renforcement de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso

INSD. Enquête démographique et de santé 2003

INSD. Enquête démographique et de santé 2010

UNICEF. Enquête par grappes à indicateurs multiples 2006

ANNEXES

Annexe A : Liste des Experts ayant participé à l'élaboration du PSN 2011 - 2015

N°	Nom et prénoms	structures
1	Pr OUEDRAOGO T. Laurent	UFR/SDS / Consultant national
2	Dr COMBARY A. Patrice	PNLP / Coordonnateur
Groupe thématique 1 : Plaidoyer, information, éducation, communication et mobilisation sociale		
3	M. DOYE Eric	DHPES/Facilitateur
4	M. THIOMBIANO Adama	Plan Burkina
5	Dr OUEDRAOGO Amadou	PAMAC
6	M. LOMPO David	DHPES
7	M. NANA Louis	District sanitaire de Nongr-Massom
8	M. SEBGO René	Communication
9	Mme KONSEIBO Béatrice	PNLP
10	Mme LALLE Aissétou	PNLP
11	Mme KABORE Marguérite	PNLP
Groupe thématique 2 : Gestion du programme		
12	Dr ZEBA Sylvain	DRS Plateau Central
13	Dr OUEDRAOGO Jean Eric	SP-CNLS/CPFM
14	Dr GUIRA Matilibou	PADS
15	Dr OUANGARE Assane	PADS
16	M. KABORE Victor	PADS
17	Dr LOMPO François	DGS
18	M. ZOUNGRANA Damien	DAF
19	Mme SANDWIDI Séraphine	PNLP
20	M. TRAORE Lessi	PNLP
21	M. DOULKOUUM Adama	PNLP

22	Mme YARO/O. Aguiratou	RTI
23	M. COULIBALY Ahmed Issa	CPFM/SP-CNLS
24	M. MINOUNGOU Guibrila	PNLP-Stagiaire
25	Dr OUOBA Henri	DRS Centre-Est
26	Dr GANAME Jean	SLM / DRS Centre-Est
27	M. BAMOGO P. Benjamin	CHR Tenkodogo
28	M. OUEDRAOGO Souleymane	CHR Tenkodogo
29	Dr TRAORE Bakary	DS Tenkodogo
30	Dr BOUGOUMA Mathieu	DRS Centre-Nord
31	M. COMPAORE Adama	CHR Kaya
32	Dr KABORE Amado	DS Kaya
Groupe thématique 3 : Gestion de l'approvisionnement des produits antipaludiques		
33	Dr DERME Salam	DGPML
34	Dr OUEDRAOGO Charles D.	DGPML
35	Dr KABORE Pascal	DLM
36	Dr KADEBA Jean Chrysostome	CAMEG
37	M. DERRA Mahamadi	PADS
38	M. OUALI Alexandre	CPFM/SP-CNLS
39	M. EDAH Parfait	DELIVER/USAID
40	M. OUEDRAOGO W. Ernest	DELIVER/USAID
41	Dr Moussa OUEDRAOGO	PNLP
42	M. KABORE Moussa	PNLP
Groupe thématique 4 : Lutte anti-vectorielle contre le paludisme		
43	Dr PITROIPA Xavier	DLM / Facilitateur
44	M. BANON Siaka	DHPES / facilitateur
45	Dr GUELBEOGO Moussa	CNRFP

46	Dr MOYENGA Laurent	RTI /USAID
47	Dr YAMEOGO Maxime	Croix Rouge
48	M. DOAMBA Mathias	PNLP
49	Mme SAWADOGO Monique	PNLP
<u>Groupe thématique 5</u> : - Diagnostic et gestion des cas - Prévention et traitement du paludisme chez la femme enceinte		
50	Dr DAO Fousséni	Pédiatrie CHU YO / Facilitateur
51	Dr OUEDRAOGO Ali	Gynécologie CHU YO / Facilitateur
52	Mme TRAORE Augusta B.	DSF
53	M. HIEN Taddé	Association des cliniques et cabinets privés
54	Dr BOUGOUMA Clarisse	PNLP
55	M. ZEBE Idrissa	PNLP
56	Mme SAWADOGO Brigitte	PNLP
<u>Groupe thématique 6</u> : - Epidémiologie, surveillance, suivi, évaluation et recherche opérationnelle - Préparation et réaction en cas d'épidémie et d'urgence		
57	Dr SIRIMA Bienvenu	CNRFP / Facilitateur
58	Dr KAMBOU Jean Ludovic	DLM/ Surveillance épidémiologique
59	Dr COULIBALY Sidi	DGISS
60	M. BADOLO Hermann	INSD
61	Dr YAMEOGO Celestin	DRS Sahel
62	Dr KANKOUAN Justine	PNLP
63	M. SANDWIDI Jean Pascal	PNLP
<u>Partenaires</u>		
64	Dr KAMBIRE Chantal	OMS-Burkina Faso

65	Dr TOHON Stéphane	OMS-Equipe interpays
66	Dr SAMBOU Bakary	OMS-Sénégal /Consultant RBM
67	Dr ILBOUDO Pierre	UNICEF
68	Dr NANA Victor	USAID
69	M. ZON Hilaire	Lutheran word relief (LWR)
<u>Comité de coordination de la revue</u>		
70	Pr Adama TRAORE	Ministère de la santé
71	Dr Souleymane SANOU	Secrétariat Général du Ministère de la Santé
72	Dr Maurice HIEN	Direction Générale de la Protection Sanitaire
73	Dr Sylvestre R.M TIENDREBEOGO	Direction de la Lutte contre la Maladie
<u>Secrétariat de la revue</u>		
74	Mme SAWADOGO Catherine	PNLP
75	Rapporteur de chaque groupe thématique	-

ANNEXE B : Synthèse de la grille matricielle pour l'analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces de la lutte contre le paludisme

A partir du rapport de la revue des performances du PNLN, une analyse FFOM (ou analyse SWOT) a été faite en quatre étapes :

1^{ère} étape :

A consisté à une synthèse globale des déterminants prenant en compte les huit composantes thématiques : gestion du programme, gestion des approvisionnements, prise en charge du paludisme, prévention du paludisme, IEC/CCC Mobilisation sociale, Suivi & Evaluation et Recherche.

2^{ème} étape :

Elle va consister en l'obtention d'un tableau de contingence avec une matrice comme l'indique le schéma ci – dessous qui présente la synthèse de la grille matricielle qui a permis d'analyser les forces, faiblesses, opportunités et menaces des sept composantes thématiques.

Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces de la lutte contre le paludisme

	FORCE:	FAIBLESSES:
OPPORTUNITES	A	B
MENACES	C	D

- A.** Identifier les opportunités qui sont un renforcement pour le programme.
- B.** Identifier les faiblesses qui nécessitent d'être surmontées afin de poursuivre les opportunités.
- C.** Identifier les forces qui pourraient être mobilisées pour neutraliser les menaces.
- D.** Les faiblesses et menaces dont on doit soutenir la disparition

3^{ème} étape :

On conclut que les variables concernant les colonnes A (*opportunités qui renforcent les forces du programme*) et C (*Forces à mobiliser pour neutraliser menaces*) constituent des atouts dans la mise en œuvre du prochain PSN 2011 – 2015. Tandis que les colonnes B (*Faiblesses à surmonter afin de poursuivre les opportunités*) et D (*Faiblesses et menaces préjudiciables : à enrayer*) constituent des éléments de défi qui doivent être relevés pour pouvoir atteindre des cibles du Plan stratégique 2011 – 2015.

A : opportunités qui potentialisent les forces du programme	B : Faiblesses à surmonter afin de poursuivre les opportunités	C : Forces à mobiliser pour neutraliser menaces	D : Faiblesses et menaces préjudiciables : à enrayer
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une direction chargée du secteur privé. • Prise en compte du paludisme comme priorité dans les OMD et la SCADD • Engouement des partenaires techniques et financiers et existence d'initiatives nationales et internationales en faveur de la lutte contre le 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de collaboration avec le secteur privé • Faiblesse dans l'organisation des interventions à base communautaire. • Faible performance du cadre de concertation avec les partenaires. • Faible mobilisation des ressources • Rupture de stock des intrants 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribution de l'Etat dans la lutte contre le paludisme • Priorité accordée au paludisme au niveau du Ministère de la santé • Existence de cadres de concertation incluant les partenaires • Standardisation de la PEC du paludisme à tous les secteurs (public, privé et communautaire) 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction/Arrêt des financements • Apparition de résistance aux CTA , à la SP et aux insecticides • Absence de soutien aux activités d'IEC/CCC • Faible couverture des interventions en matière de prévention

<p>paludisme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une autorité de réglementation pharmaceutique. • L'existence de la CAMEG disposant de capacités adéquates (quantité et qualité) de stockage et de distribution des médicaments et consommables médicaux. • Détaxe sur les MILDA • Disponibilité d'acteurs, d'ONG et d'autres départements ministériels non santé capables d'appuyer les activités d'IEC/paludisme • Gratuité des soins prénatals 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de l'assurance qualité des intrants • Absence d'une ligne budgétaire nationale pour l'achat des intrants • Insuffisance dans l'application de la gratuité des traitements antipaludiques • Insuffisance dans la qualité de la PEC des cas • insuffisance dans la confirmation diagnostique • Non introduction des TDR au niveau communautaire • Non introduction de la chimioprophylaxie du paludisme chez l'enfant dans les directives nationales • Insuffisance de sensibilisation sur la lutte contre le paludisme (Faible utilisation des MILDA, recours tardif aux soins de santé, 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de directives standardisées de PEC • Existence d'un partenariat avec des radios locales • Implication de la société civile dans la lutte contre le paludisme • Intégration de la distribution des intrants de lutte contre le paludisme dans la chaîne d'approvisionnement des MEG 	<p>contre le paludisme (PID, LAL, assainissement)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de ressources humaines en nombre et en qualité
---	---	---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Subvention des SONU • L'existence d'un SNIS performant et la révision régulière de ses outils • Existence de centres et instituts de recherche sur le paludisme • Forte adhésion de la population à la LAV (MILDA et PID) • Contractualisation des IGR avec les ONGs • Existence de réseaux internationaux ANVR 	<p>insuffisance d'assainissement du milieu)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible implication des autres départements ministériels, des autorités locales et des enseignants dans les activités d'IEC/paludisme • Absence d'un plan intégré de communication • Faible couverture en TPI2 • Insuffisance dans l'application de la prise supervisée de la SP • Multitudes des supports de collecte de données sur le paludisme • Faible qualité des données • Insuffisance d'actions d'assainissement du milieu • Absence de cours national de paludologie 		
--	--	--	--

4^{ème} étape :

A partir des colonnes B et D, nous avons eu une liste de faiblesses et de menaces qui seront analysées selon les critères importance/faisabilité.

C'est ainsi que les variables retenues ont été libellées sous forme de défis du prochain plan.

ANNEXE C : Définition des défis du Plan stratégique 2011 – 2015

Déterminants	Défis du nouveau PSN 2011 – 2015
B (Faiblesses à surmonter afin de poursuivre les opportunités)	
<ul style="list-style-type: none">• Insuffisance de collaboration avec le secteur privé• Faiblesse dans l'organisation des interventions à base communautaire.• Faible performance du cadre de concertation avec les partenaires.• Faible mobilisation des ressources• Rupture de stock des intrants• Insuffisance de l'assurance qualité des intrants	<ul style="list-style-type: none">• renforcement de la collaboration avec le secteur privé• amélioration de l'organisation des interventions à base communautaire (introduction des TDR).• Renforcement de la performance du cadre de concertation avec les partenaires.• Amélioration de la mobilisation des ressources• Sécurisation des stocks des intrants

<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'une ligne budgétaire nationale pour l'achat des intrants • Insuffisance dans l'application de la gratuité des traitements antipaludiques • Insuffisance dans la qualité de la PEC des cas • insuffisance dans la confirmation diagnostique • Non disponibilité des TDR • Non introduction de la chimioprophylaxie du paludisme chez l'enfant dans les directives nationales • Insuffisance de sensibilisation sur la lutte contre le paludisme (Faible utilisation des MILDA, recours tardif aux soins de santé, insuffisance d'assainissement du milieu) • Faible implication des autres départements ministériels, des autorités locales et des enseignants dans les activités d'IEC/paludisme • Absence d'un plan intégré de communication • Faible couverture en TPI2 • Insuffisance dans l'application de la prise 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de l'assurance qualité des intrants • Inscription d'une ligne budgétaire nationale pour l'achat des intrants • Application de la gratuité des traitements antipaludiques • Amélioration de la qualité de la PEC des cas • Renforcement des capacités de diagnostique du paludisme (microscopique/TDR) à tous les niveaux • Confirmation de tous les cas suspects de paludisme (microscopique/TDR et) à tous les niveaux • Mise en œuvre de la chimioprophylaxie du paludisme chez l'enfant • Accroissement de l'utilisation des services de lutte contre le paludisme à travers l'IEC/CCC/plaidoyer/mobilisation sociale • Renforcement de l'implication des autres départements ministériels, des autorités
---	---

<p>supervisée de la SP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multitudes des supports de collecte de données sur le paludisme • Faible qualité des données • Non introduction des TDR au niveau communautaire • Insuffisance d'actions d'assainissement du milieu • Absence de cours national de paludologie. 	<p>locales et des enseignants dans les activités d'IEC/paludisme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboration d'un plan intégré de communication • Introduction des TDR au niveau communautaire • • Augmentation de la couverture en TPI2 • Application de la prise supervisée de la SP • Rationalisation des supports de collecte de données sur le paludisme • Amélioration de la qualité des données.
<p>D (Faiblesses et menaces préjudiciables : à enrayer)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt des financements/dépendance des financements • Apparition de résistance aux CTA et à la SP • Absence de soutien aux activités d'IEC/CCC • L'inobservance de la prise de la SP • Faible couverture des interventions en matière de prévention contre le paludisme (PID, LAL, 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la mobilisation des ressources • Promotion de la bonne gouvernance à tous les niveaux • Surveillance de l'efficacité aux antipaludiques et aux insecticides • Augmentation de la couverture des

<p>assainissement)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de ressources humaines qualifiées • Réduction/Arrêt des financements • Apparition de résistance aux CTA, à la SP et aux insecticides • Insuffisance de ressources humaines en nombre et en qualité 	<p>interventions en matière de prévention contre le paludisme (PID, LAL)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des mesures d'assainissement du cadre de vie • Renforcement des capacités en ressources humaines en nombre et en qualité (cours paludologie)
---	---

3.2.2 Analyse des Forces, faiblesses , opportunités et menaces (FFOM)

La revue du programme paludisme, réalisée en 2010 selon la méthodologie de l’OMS et des partenaires RBM a permis de mettre en exergue les forces et les faiblesses de la lutte contre le paludisme

L’Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces (FFOM) a permis de déterminer les principaux défis pour le programme au cours de la période 2011-2015 (voir résultat de l’analyse en annexe).

A partir du rapport de la revue des performances du PNLP,

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none">• Adoption de directives de subvention des intrants (ACT, MILDA, TDR,, médicaments d’urgence)• Contribution du budget de l’Etat dans la lutte contre le paludisme• Mise à l’échelle de la PECADO• Priorité accordée au paludisme au niveau du Ministère de la santé• Existence de cadres de concertation incluant les partenaires L’intégration de la distribution des intrants (ACT, SP, TDR) dans la chaîne d’approvisionnement	Insuffisance de collaboration avec le secteur privé Faiblesse dans l’organisation des interventions à base communautaire. Insuffisance de ressources humaines en nombre et en qualité au niveau du PNLP Faible performance du cadre de concertation avec les partenaires. Faible mobilisation des ressources Rupture de stock des intrants Insuffisance de l’assurance qualité des intrants Absence d’une ligne budgétaire nationale pour

<p>des MEG.</p> <p>intrants de lutte contre le paludisme figurent sur la liste nationale des médicaments et consommables essentiels (LNME)</p> <p>des spécifications techniques écrites existent</p> <p>Existence du comité de suivi de l'utilisation des ACT qui fait la quantification et la planification des approvisionnements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un manuel de formation en gestion logistique des produits de santé qui pourrait être adapté aux intrants de lutte contre le paludisme. <p>Introduction de la PID</p> <p>Couverture universelle des populations en MILDA en 2010</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expérience dans l'organisation de campagne nationale de distribution universelle <p>Standardisation de la PEC du paludisme à tous les secteurs (public, privé et communautaire)</p> <p>Existence de directives standardisées de PEC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subvention des ACT pour le traitement des cas 	<p>l'achat des intrants</p> <p>Faible couverture des interventions en matière de prévention contre le paludisme (PID, LAL, assainissement)</p> <p>Insuffisance d'actions d'assainissement du milieu</p> <p>Insuffisance dans l'application de la gratuité des traitements antipaludiques</p> <p>Insuffisance dans la qualité de la PEC des cas</p> <p>insuffisance dans la confirmation diagnostique</p> <p>Absence de chimio prophylaxie du paludisme chez l'enfant, les migrants et les voyageurs</p> <p>Absence de cours national de Paludologie</p> <p>Non utilisation des TDR au niveau communautaire,</p> <p>Non prise en compte de la chimioprophylaxiechez les enfants, les migrants et voyageurs,</p> <p>Insuffisance de sensibilisation sur la lutte contre le paludisme (Faible utilisation des MILDA, recours tardif aux soins de santé,</p>
---	--

<p>de paludisme simple ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise à l'échelle de la PECADO en 2010 • Gratuité des TDR, des kits d'urgences et la SP à tous les niveaux du secteur public <p>Standardisation de la PEC du paludisme</p> <p>Existence de directives standardisées de PEC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subvention des ACT pour le traitement des cas de paludisme simple ; • Mise à l'échelle de la PECADO en 2010 • Gratuité des TDR, des kits d'urgences et la SP à tous les niveaux du secteur public <p>Standardisation de la PEC du paludisme à tous les secteurs (public, privé et communautaire)</p> <p>Existence de directives standardisées de PEC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subvention des ACT pour le traitement des cas de paludisme simple ; • Mise à l'échelle de la PECADO en 2010 • Gratuité des TDR, des kits d'urgences et la SP à tous les niveaux du secteur public <p>Existence d'un cadre de concertation avec les acteurs de lutte antipaludique</p>	<p>assainissement du milieu)</p> <p>Faible implication des autres départements ministériels, des autorités locales et des enseignants dans les activités d'IEC/paludisme</p> <p>Absence d'un plan intégré de communication</p> <p>Faible couverture en TPI2</p> <p>Insuffisance dans l'application de la prise supervisée de la SP</p> <p>Faible qualité des données</p>
--	--

<p>Existence d'un partenariat avec des radios locales</p> <p>Implication de la société civile dans la lutte contre le paludisme</p> <p>La gratuité du TPI et des Kits d'urgence pour la PEC du paludisme grave chez la femme enceinte</p> <p>La gratuité du TPI et des Kits d'urgence pour la PEC du paludisme grave chez la femme enceinte</p> <p>Existence d'une base de données sur le paludisme prenant en compte la logistique et les intrants</p> <p>Prise en compte de certains indicateurs du paludisme par le SNIS</p>	
OPPORTUNITES	MENACES
<p>Adoption de la politique de décentralisation.</p> <p>Existence d'une direction chargée du secteur privé.</p> <p>Prise en compte du paludisme comme priorité dans les OMD et la SCADD</p> <p>Engouement des partenaires techniques et financiers et existence d'initiatives nationales et</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction/ Arrêt des financements • Catastrophes naturelles telles que les inondations, sécheresse...

<p>internationales en faveur de la lutte contre le paludisme</p> <p>Contractualisation des IGR avec les ONGs</p> <p>Existence d'une politique d'approche sectorielle.</p> <p>Existence d'une autorité de réglementation pharmaceutique.</p> <p>L'existence de la CAMEG disposant de capacités adéquates (quantité et qualité) de stockage et de distribution des médicaments et consommables médicaux.</p> <p>Existence d'une structure nationale chargée du contrôle de qualité des intrants (LNSP)</p> <p>Détaxe sur les MILDA</p> <p>Forte adhésion de la population à la LAV (MILDA et PID)</p> <p>Existence de réseaux internationaux ANVR</p> <p>Engagement politique pour améliorer l'accessibilité des soins</p> <p>Disponibilité d'acteurs, d'ONG et d'autres départements ministériels non santé capables d'appuyer les activités d'IEC/paludisme</p>	
---	--

<p>Couverture élevée en CPN2</p> <p>Gratuité des soins prénatals</p> <p>Subvention des SONU</p> <p>L'existence d'un SNIS performant et la révision régulière de ses outils</p> <p>Existence de centres et instituts de recherche sur le paludisme</p>	
	<p>Réduction/Arrêt des financements</p> <p>Insuffisance de capacité de stockage des intrants au niveau central</p> <p>Développement de résistance des insectes aux insecticides</p> <p>Apparition de résistance aux CTA</p> <p>Absence de soutien aux activités d'IEC/CCC</p> <p>Résistance à la SP</p>