



BURKINA FASO

Unité- Progrès - Justice

**MINISTRE DE LA SANTE
SECRETARIAT GENERAL**

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

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2006-2010

Version révisée



Mars 2007

SOMMAIRE

Sigles et Abréviations	2
Résumé	4
INTRODUCTION	8
1. PROFIL PAYS	9
1.1. Aperçu général sur le pays	
1.2. Cadre institutionnel de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso	
1.3. Partenariat en faveur de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso	
2. SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU BURKINA FASO	23
2.1. Aspects épidémiologiques	
2.2. Historique de la lutte contre le paludisme	
2.3. Situation actuelle de la lutte contre le paludisme	
3. PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2006-2010	37
3.1. Cadre logique du Plan stratégique	
3.2. Description des interventions	
3.3. Budgétisation des activités et chronogramme	
3.4. Administration et Gestion du Plan stratégique	
CONCLUSION	67
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	67
ANNEXES	69

SIGLES ET ABREVIATIONS

AMMIE	: Appui Moral Matériel et Intellectuel à l'Enfant
CAMEG	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des consommables médicaux
CEDIM	: Centre de Documentation et d'Information sur le Médicament
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CDMT	: Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CM	: Centre Médical
CMA	: Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNRFP	: Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme
COGES	: Comité de Gestion
CPN	: Consultation PréNatale
CREDO	: Organisation Chrétienne de Secours et de Développement
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
CSLP	: Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CTA	: Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine
DCPM	: Direction de la Communication et de la Presse Ministérielle
DAF	: Direction de l'Administration et des Finances
DEP	: Direction des Etudes et de la Planification
DGPML	: Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DHPEs	: Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé
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 Sanitaire
DSF	: Direction de la Santé de la Famille
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EDS-BF	: Enquête Démographique et de Santé- Burkina Faso
FRP	: Faire Reculer le Paludisme
FS	: Formation Sanitaire
IBC	: Interventions à Base Communautaire
IEC	: Information Education Communication
INSD	: Institut National de la Statistique et de la Démographie
ISSP	: Institut Supérieur des Sciences de la Population
LAMI	: Lutte anti-moustique par Moustiquaires Imprégnées
JHPIEGO	: Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics
JNV	: Journées Nationales de Vaccination
LIV	: Lutte Intégrée contre les Vecteurs
LNsp	: Laboratoire National de Santé Publique
MAC	: Malaria Action Coalition
MEG	: Médicaments Essentiels Génériques
MTI	: Moustiquaires Traitées aux Insecticides
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale

PALAP	: Programme d'Accélération de la Lutte Antipaludique
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEC	: Prise En Charge
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PNB	: Produit National Brut
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PNEFL	: Programme National d'Élimination de la Filariose Lymphatique
PIB	: Produit Intérieur Brut
PIC	: Plan Intégré de Communication
PPTE	: Pays Pauvres Très Endettés
PSN	: Politique Sanitaire Nationale
RAOTAP	: Réseau d'Afrique de l'Ouest pour la surveillance du Traitement Antipaludique
RAOTAG	: Réseau d'Afrique de l'Ouest contre le Paludisme pendant la Grossesse
RBM	: Roll Back Malaria
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SP	: Sulfadoxine-Pyriméthamine
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la population
VIH/SIDA	: Virus Immuno-déficience Humaine / Syndrome Immuno-Déficience Acquise

RESUME

Le paludisme constitue un problème majeur de santé publique dans notre pays de part son ampleur et sa gravité. En effet, le paludisme constitue la première cause de consultation, d'hospitalisation et de décès dans les formations sanitaires.

Face à ce fléau, des initiatives importantes ont été engagées au plan national et international parmi lesquelles l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » lancée en 1998 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et ses partenaires (Banque Mondiale, Programme des Nations Unies pour le Développement, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance). Cette initiative qui est une réponse à un niveau de soutien sans précédent aux efforts développés par les chefs politiques et les partenaires au développement, vise à réduire progressivement la mortalité et la morbidité liées au paludisme de telle sorte qu'il ne constitue plus un problème de santé publique dans la Région Africaine d'ici à l'an 2030. A moyen terme, l'objectif de « Faire Reculer le Paludisme » est de réduire de 50% la morbidité et la mortalité liées au paludisme d'ici 2010.

En vue de renforcer l'engagement politique et soutenir cette initiative, un sommet spécial des Chefs d'Etat et de Gouvernements de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) s'est tenu à Abuja, au Nigeria, en avril 2000. Cette importante rencontre a permis d'adopter une déclaration dite « Déclaration d'Abuja » et un plan d'action.

Pour soutenir cet engagement au niveau national un plan stratégique couvrant la période 2002-2005 a été élaboré et mis en oeuvre. Les objectifs visés étaient de :

- réduire de 25% la morbidité imputable au paludisme d'ici 2005 par le renforcement des mesures préventives ;
- réduire de 25% la mortalité imputable au paludisme d'ici 2005 par l'amélioration de la prise en charge des cas dans les formations sanitaires et dans la communauté.

Ce plan qui est arrivé à échéance et dont l'évaluation indique que les objectifs escomptés n'ont pas été entièrement atteints, a permis d'identifier les principales insuffisances et contraintes qui sont :

- le coût élevé de la prise en charge du paludisme grave dans les structures de santé ;
- La faible couverture en Moustiquaires Traitées aux Insecticides (M.T.I.) liée essentiellement à l'insuffisance de financement pour l'approvisionnement et la distribution et au coût élevé des moustiquaires ;
- Le faible niveau de mise en œuvre des activités de plaidoyer ;
- Le faible statut institutionnel du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) au sein du ministère de la santé ;
- La faible performance du cadre de concertation avec les partenaires ;
- La mise en œuvre limitée des interventions de prise en charge au niveau communautaire ;

C'est pour faire face à ces principaux défis que le présent plan stratégique 2006-2010 est élaboré et vise à réduire de 50% la morbidité et la mortalité liées au paludisme d'ici à 2010 par rapport au niveau de 2000. Les résultats escomptés à la fin de la mise en œuvre du plan sont :

- 80% des cas de paludisme simple sont correctement pris en charge dans la communauté par les CTA ;
- 80% des cas de paludisme simple sont correctement pris en charge dans les centres de santé par les CTA;
- 90% des cas de paludisme grave sont correctement prise en charge dans les centres de référence;
- 80% des femmes enceintes dorment sous une moustiquaire traitée aux insecticides (MTI) ;
- 80% des enfants de moins de cinq ans dorment sous une MTI ;
- 80% des femmes enceintes reçoivent 2 doses de TPI à la SP au cours des consultations prénatales.

- 80% des populations des districts à risque bénéficient de mesures adéquates de prévention et de prise en charge en cas de situation d'épidémie de paludisme
- Capacités institutionnelles du PNLP sont renforcées

En vue d'atteindre ces résultats, les orientations stratégiques suivantes devraient être adoptées :

- Rendre disponible et accessible le traitement aux CTA au niveau des formations sanitaires et de la communauté ;
- Promouvoir les Interventions à Base Communautaire (IBC) par la clarification du statut et rôle des relais communautaires ;
- Rendre accessible le traitement du paludisme grave dans les centres de référence ;
- Accélérer le passage à l'échelle de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) ;
- Promouvoir la lutte intégrée contre les vecteurs (LIV) ;
- Rendre disponibles et accessibles les MTI à travers différents canaux (secteur public, privé) ;
- Mettre à l'échelle le TPI chez la femme enceinte ;
- Renforcer le plaidoyer, la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement ;
- Renforcer les capacités institutionnelles du PNLP ;
- Renforcer le partenariat et la collaboration multisectorielle dans la lutte contre le paludisme;
- Orienter les domaines de recherche adaptés aux besoins de gestion du programme ;
- Contribuer à la réalisation des travaux de recherche sur le paludisme ;
- Renforcer le système de suivi-évaluation.

Le coût total du plan s'élève à **44 352 269 495** F CFA répartis comme suit :

- **Amélioration de la prise en charge des cas de paludisme** : 10 029 602 197 (22.61%)
- **Prévention du paludisme chez la femme enceinte**: 1 435 374 389 (3.24%)
- **Lutte antivectorielle** : **27 141 128 832** (61.19 %)
- **Lutte contre les épidémies de paludisme** : 1 384 232 412 (3.12%)
- **Communication**: 1 360 495 060 (3.09%)
- **Renforcement de la recherche opérationnelle** : 181 375 000 (0.41%)
- **Suivi évaluation** : 1 689 251 065 (3.81%)
- **Renforcement institutionnel et partenariat** : 1 130 810 540 (2.55%)

INTRODUCTION

Au Burkina Faso, le profil épidémiologique reste dominé par les maladies transmissibles infectieuses dont le paludisme qui constitue un problème majeur de santé publique. Il reste une endémie stable dans tout le pays, avec une recrudescence saisonnière (Mai à Octobre). Selon les données statistiques du système national d'information sanitaire (SNIS), le paludisme est la première cause de consultation (35.12%), d'hospitalisation (40.83%) et de décès (37.5%) en 2005.

Les enfants de moins de cinq (05) ans restent les plus touchés durant l'année 2005. Dans cette tranche le paludisme représente 44,86% des motifs de consultation, 54,94% des hospitalisations et 57,29% des décès.

Aussi, devant cette préoccupation sanitaire permanente depuis des décennies, le Burkina Faso a souscrit à diverses initiatives mondiales qui sont :

- l'initiative « Faire Reculer le Paludisme »,
- la déclaration d'Abuja,
- les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à travers sa cible n°8 visant à maîtriser d'ici 2015 le paludisme et d'autres maladies.

Afin d'adopter les stratégies de l'initiative « FRP », un plan stratégique 2002-2005 a été élaboré et visait à réduire de 25 % la morbidité et la mortalité liées au paludisme dans notre pays. Ce plan stratégique définissait des orientations précises pour guider l'action de lutte contre le paludisme et favoriser une planification opérationnelle sur le terrain. Il s'inspirait du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2001-2010 qui tire ses priorités de la Politique Sanitaire Nationale (PSN).

Cependant, malgré les efforts entrepris pour l'exécution de ce plan, son faible niveau de mise en œuvre n'a pas permis d'atteindre les résultats escomptés.

Au terme du plan 2002-2005, un plan stratégique 2006-2010 est élaboré en tenant compte du PNDS 2001-2010 d'une part et, d'autre part en intégrant les nouvelles approches mondiales de lutte contre le paludisme. Ce plan stratégique a été révisé en mars 2007 pour prendre en compte les tests de diagnostic rapide et des estimations plus réalistes de la budgétisation des interventions.

1. 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 274 200 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 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 (figure 1) :

- 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 de cours d'eau permanents ;
- Une zone soudano-sahélienne, recevant une pluviométrie comprise entre 600 et 1000 mm sur une période d'environ 4 à 5 mois. La végétation est une juxtaposition de formations arbustives et herbeuses ;
- 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.

1.1.3. Données Socio-démographiques.

Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de décembre 2006, la population résidente du Burkina Faso est de 13 730 258 habitants. Cet effectif correspond à une densité moyenne de près de 38 habitants au kilomètre carré.

Le taux d'accroissement naturel est estimé à 2,9 % et les femmes représentent 51.7%.

La majorité de la population du RGPH réside en milieu rural (79.7%) contre 20.3% en milieu urbain.

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 et les grossesses attendues représentent respectivement 19 % et 5% de la population totale.

Le Burkina compte plus de 60 groupes ethnolinguistiques.

La situation de l'éducation reste préoccupante. Selon l'EDSBF-III, le taux brut de scolarisation au primaire était de 52 % en 2003. Pour les enseignements secondaire et supérieur, les taux au niveau national étaient respectivement de 16 % et 2 %. Selon l'EDSBF-III toujours, le taux d'analphabétisme était de 70 %. En effet, 68 % des hommes et 84 % des femmes ne savaient ni lire ni écrire en 2003.

1.1.4. Données Socio-économiques

À l'instar de nombreux pays africains, le Burkina Faso est confronté à un environnement économique difficile depuis plusieurs décennies. Avec un Produit National Brut (PNB) par habitant en 2002 de 268 \$US, un des plus faibles au monde, le pays fait face à un défi majeur qui est la réduction de la pauvreté. Les résultats de la troisième enquête sur les conditions de vie des ménages de 2003 indiquent que 46,4 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté estimé à 82 672 FCFA par an (INSD, 2003).

L'économie du Burkina Faso repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage qui occupent plus des trois quarts de la population active et contribuaient pour 37,2 % au Produit Intérieur Brut (PIB) du pays en 1998.

1.1.5. Organisation politique et administrative

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

Le territoire national est divisé en 13 régions, 45 provinces, 359 départements, 302 communes et 8000 villages environ.

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.

1.1.6. Infrastructures

⇒ Routes

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 terre, 6640 km de pistes améliorées et 1415 km 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.

➔ Médias

Le paysage médiatique est composé de nombreuses radios (publiques, privés commerciales, confessionnelles et communautaires) et télévisions (publiques, privés 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.

➔ Télécommunications

Les structures chargées des télécommunications offrent une gamme variée de produits et services : téléphone, télégraphe, télex, télécopie, téléphonie 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 Aériens de Communication (RAC) pour réaliser la communication avec les autres niveaux.

➔ Electricité

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 des pays voisins tels la Côte d'Ivoire, le Ghana.

1.2. Cadre institutionnel de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso

1.2.1. Principales réformes du système de santé

La période avant 1990 a été marquée par l'élaboration et la mise en œuvre de la programmation sanitaire nationale qui était axée sur la stratégie des soins de santé primaires. A partir de 1990, le système de santé a connu de nouvelles réformes, notamment :

- La mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako en 1992 qui a entraîné :
 - l'application du recouvrement des coûts à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;

- un effort de rationalisation des soins au niveau des centres de santé et,
- une plus grande implication des communautés dans la gestion des soins, à travers les relais communautaires, les comités de gestion des centres de santé et de promotion sociale, et les conseils de santé des districts ;
- La création d'une Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des consommables médicaux (CAMEG) en 1993 pour faire face aux difficultés d'approvisionnement du secteur public et à la faveur de la politique de médicaments essentiels adoptée par le gouvernement ;
- La mise en place des districts sanitaires en 1994 a constitué une étape importante dans le processus de décentralisation. Sous l'autorité de l'équipe cadre, le district sanitaire assure la planification opérationnelle, le système d'information sanitaire, l'intégration des programmes verticaux, les prestations des soins, le développement des capacités de gestion, la formation des personnels, la participation communautaire. Avec l'adoption et la mise en œuvre des Textes d'Orientation de la Décentralisation, dans le cadre de la décentralisation administrative en 1998, les communes sont de plus en plus impliquées dans la gestion des formations sanitaires. Un nombre de plus en plus croissant de formations sanitaires périphériques du ministère de la santé sera progressivement sous la gestion des communes ;
- Le découpage sanitaire en 11 directions régionales en 1996;
- La réforme hospitalière, engagée en 1997, a pour objectif d'améliorer la performance des hôpitaux nationaux et régionaux. Une loi leur confère l'autonomie financière et administrative en en faisant des Établissements Publics de Santé (EPS) ;
- Pour répondre au nouveau découpage administratif, 13 régions sanitaires, 45 directions provinciales de la santé et 55 districts sanitaires sont mis en place depuis 2003 ;
- La prise en compte de l'approche sectorielle dans la mise en œuvre du PNDS permet aux districts d'identifier les actions et les services prioritaires et d'améliorer la base de financement en vue de la réalisation des priorités dont le paludisme.

1.2.2. Politique sanitaire nationale et plan national de développement sanitaire

Suite aux états généraux de la santé (1999), une politique sanitaire nationale a été adoptée en 2000 et un Plan National de Développement Sanitaire en 2001.

Le but de la politique sanitaire nationale est de contribuer au bien-être des populations sur la base des principes de la santé pour tous. Le PNDS a pour but d'explicitier, sous une forme opérationnelle, les orientations stratégiques de la politique sanitaire nationale. L'objectif général du PNDS 2001- 2010 est de réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations. La mise en œuvre du PNDS se fait à travers des plans triennaux glissants.

1.2.3. Organisation du système de santé

- Sur le plan administratif, l'organisation du système de santé s'articule autour de trois niveaux :
 - Le niveau central, qui comprend le cabinet du Ministre de la santé, le Secrétariat général, les directions centrales et les structures rattachées. Il est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances ;
 - Le niveau intermédiaire comporte 13 régions sanitaires organisées en directions régionales de la santé chargées de la coordination et de l'appui aux districts ;
 - Le niveau périphérique comprend 55 districts sanitaires dont les équipes cadres gèrent les services de santé de base.

- Sur le plan technique, les structures publiques de soins sont organisées en un système pyramidal comprenant trois niveaux dont la situation était la suivante en fin 2006
 - Niveau périphérique
 - 35 Centres Médicaux , 1172 CSPS, 83 dispensaires, 23 maternités et qui sont le premier niveau de contact entre les services de santé et la population,
 - 41 Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA)

- Niveau intermédiaire : 9 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR)
- Niveau central : 3 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)

Le Service de Santé des Forces Armées Nationales (22 structures sanitaires), l'Office de Santé des Travailleurs (35 structures sanitaires) et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale contribuent à l'offre de soins à travers leurs propres institutions.

A côté du secteur public, il existe un secteur privé en pleine croissance. Ce secteur comprend 265 formations sanitaires privées à but lucratif, 79 formations sanitaires confessionnelles et institutions de soins relevant d'associations et d'Organisations Non Gouvernementales (ONG) à but non lucratif.

- Sur le plan des ressources humaines, plusieurs réalisations ont été enregistrées au cours de la période 2001-2005 tant dans le domaine de la définition des orientations nationales pour le développement des ressources humaines en santé que dans celui de la satisfaction des besoins du système de santé en ressources humaines.

La situation des personnels chargés des soins est présentée dans le tableau 1 ci-dessous :

Tableau 1 : Effectifs des personnels chargés des soins en 2006

Catégories de personnel	2006
Agents Itinérants de Santé	1319
Infirmiers Brevetés	1575
Infirmiers Diplômés d'Etat	1695
Sage femme / Maïeuticien d'état	456
Chirurgiens Dentistes	50
Pharmaciens	51
Médecins	249

En 2001, les ratios des personnels calculés dans le cadre du PNDS 2001-2010 se présente comme suit :

- 1 médecin pour 30 086 habitants,
- 1 chirurgien dentiste pour 358 711 habitants,
- 1 pharmacien pour 369 921 habitants,
- 1 Infirmier pour 3 711 habitants,
- 1 sage-femme pour 24 869 habitants.

Les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso regroupent 54% des médecins, 57% des sages-femmes, 59% des pharmaciens et 33% des infirmiers.

➤ La distribution des médicaments dans le secteur public se fait à travers la CAMEG auprès de laquelle les Dépôts Répartiteurs des Districts (DRD) s'approvisionnent. Les formations sanitaires périphériques publiques et confessionnelles, à travers leurs dépôts de vente de médicaments, s'approvisionnent auprès des dépôts répartiteurs, tandis que les relais communautaires se ravitaillent auprès des dépôts de vente de leurs formations sanitaires de référence. Les prix des médicaments au public dans ces dépôts de vente sont fixés annuellement par les Ministres de la Santé et du Commerce. Une marge bénéficiaire est calculée pour chaque niveau du système de santé.

Le secteur pharmaceutique privé compte 08 grossistes, 144 officines et 492 dépôts privés en 2005.

➤ Par ailleurs, la médecine et la pharmacopée traditionnelles ont été reconnues depuis 1994 dans le code de la santé publique et jouent un rôle important, notamment en zone rurale. Cet important maillon de la santé a conduit à la création d'un service chargé de la pharmacopée à la Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DGPML).

1.2.4. Programme National de Lutte contre le Paludisme

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, 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 ;
- Etablir les protocoles thérapeutiques.

Le programme national de lutte contre le paludisme est appuyé par le comité national de pilotage de la lutte contre le paludisme, structuré en commissions spécialisées qui sont :

- Commission pour la Prise en charge des cas ;
- Commission pour la Lutte anti-vectorielle ;
- Commission pour la Mobilisation des ressources ;
- Commission pour la Mobilisation sociale, plaidoyer et partenariat ;
- Commission pour le Suivi évaluation, surveillance épidémiologique et appui à la recherche.

Le PNLP a élaboré les documents clés d'orientation suivants :

- la stratégie de promotion de l'utilisation des MTI en 2001 ;
- le plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2002-2005 ;
- le plan stratégique 2005-2007 pour la mise à l'échelle nationale des Interventions à Base Communautaire (IBC) ;
- le plan Roll Back Malaria pour le Sahel 2006-2008 ;
- le Plan Intégré de Communication (PIC) pour la lutte contre le paludisme au Burkina Faso 2006-2008 ;
- le plan de mise en œuvre de la nouvelle politique de traitement antipaludique 2005 - 2006 ;

En vue d'orienter les DRS et les DS dans la mise en œuvre des stratégies et activités de lutte contre le paludisme, le PNLP élabore chaque année des directives spécifiques qui sont prises en compte dans le document « Cadre des Directives de Planification » du Ministère de la Santé.

L'exécution des activités du programme national de lutte contre le paludisme se fait à travers les plans d'action annuels des DRS et des DS.

Le financement des activités de lutte contre la maladie en général (y compris le paludisme) se fait grâce aux contributions de l'Etat, aux fonds de la remise de la dette PPTTE, aux partenaires, aux ONG/associations, aux collectivités locales et la communauté.

1.3. Partenariat en faveur de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso

1.3.1. Décentralisation et collectivités territoriales

Dans le contexte de la décentralisation, les collectivités territoriales (régions et communes) contribuent au financement de la santé de façon générale (salaires des agents locaux, constructions/réhabilitations d'infrastructures sanitaires, équipements et fonctionnement des établissements hospitaliers).

La contribution des collectivités au financement de la santé sera sans doute renforcée avec le renouvellement courant 2006 des conseils des 49 communes urbaines et la mise en place de 302 communes rurales.

1.3.2. 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.

En outre, 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, le renforcement des activités de formation et de suivi est indispensable. De même, 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 Plan Burkina, Population Services International (PSI), AFRICARE, JHPIEGO, Croix Rouge Burkinabé, Rotary International. Elles interviennent essentiellement dans la prévention du paludisme à travers l'acquisition et la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides et la sensibilisation des communautés sur la promotion de la santé.

En ce qui concerne les associations et groupements communautaires, ils interviennent dans la lutte contre le paludisme à travers les domaines d'intervention suivants :

- la prise en charge à domicile des cas de paludisme simple,
- la référence des cas de paludisme grave,
- la notification des cas et la transmission de données sanitaires au premier échelon,
- la distribution, l'imprégnation/ré imprégnation des moustiquaires et rideaux ;
- la sensibilisation des communautés sur la promotion de la santé.

Il s'agit entre autres de l'association Appui Moral Matériel et Intellectuel à l'Enfant (AMMIE), l'association Lutte anti-moustique par Moustiquaires Imprégnées (LAMI), l'Organisation Chrétienne de Secours et de Développement (CREDO)...

1.3.3. 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 (confère tableau 2) dont les principaux sont :

- Coopération bilatérale : France, Italie, Japon, Luxembourg, Pays Bas

- Coopération multilatérale : OMS, UNICEF, PNUD, Banque Mondiale,
- Initiatives internationales : RBM, Fonds Mondial

Tableau 2 : Domaines de coopération par pays/institutions

PAYS/INSTITUTIONS	DOMAINES
Italie	Appui à la recherche Contribution financière biennale 2002-2003
Japon	Approvisionnement en MII
Luxembourg	Approvisionnement en MII
Pays Bas	Appui financier (MII,SP)
OMS	Appui technique et financier
UNICEF	Appui technique et financier
PNUD	Appui technique et financier
Banque Mondiale	Appui technique et financier
Fonds Mondial	Appui financier
RBM	Appui technique et financier
MAC (Malaria Action Coalition)	Appui technique et financier

1.3.4. Collaboration inter et intra sectorielle

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

Les centres et instituts de recherche en santé 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, Institut Supérieur des Sciences de la Population. 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 PNLP rentre en contact avec ces structures pour la mise à jour des curricula de formation sur le paludisme.

❖ **Les directions centrales du Ministère**

Le PNLP collabore entre autres avec :

- La DSF dans le domaine de la prévention du paludisme chez la femme enceinte et de la PCIME
- La DPV et la DEP dans le cadre de la collecte des données sur le paludisme dans les formations sanitaires.
- Le PNEFL dans le cadre de la mise en oeuvre de la stratégie de la Lutte Intégrée contre les Vecteurs. Le PNLP développe des actions synergiques avec ce programme en matière de distribution de MII aux groupes cibles couplée au traitement de masse de la filariose.
- La DGPMML dans le cadre du développement du système de pharmacovigilance des antipaludiques
- Le LNSP en matière de contrôle de qualité des antipaludiques et des examens de laboratoire

1.3.5. 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, des moustiquaires imprégnées et des produits d'imprégnation assurées par le secteur pharmaceutique privé :
- 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.

1.3.6. 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) Sahel dans le cadre de la prédiction, la prévention et la lutte contre d'éventuelles épidémies de paludisme dans la zone du sahel.

2. SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU BURKINA FASO

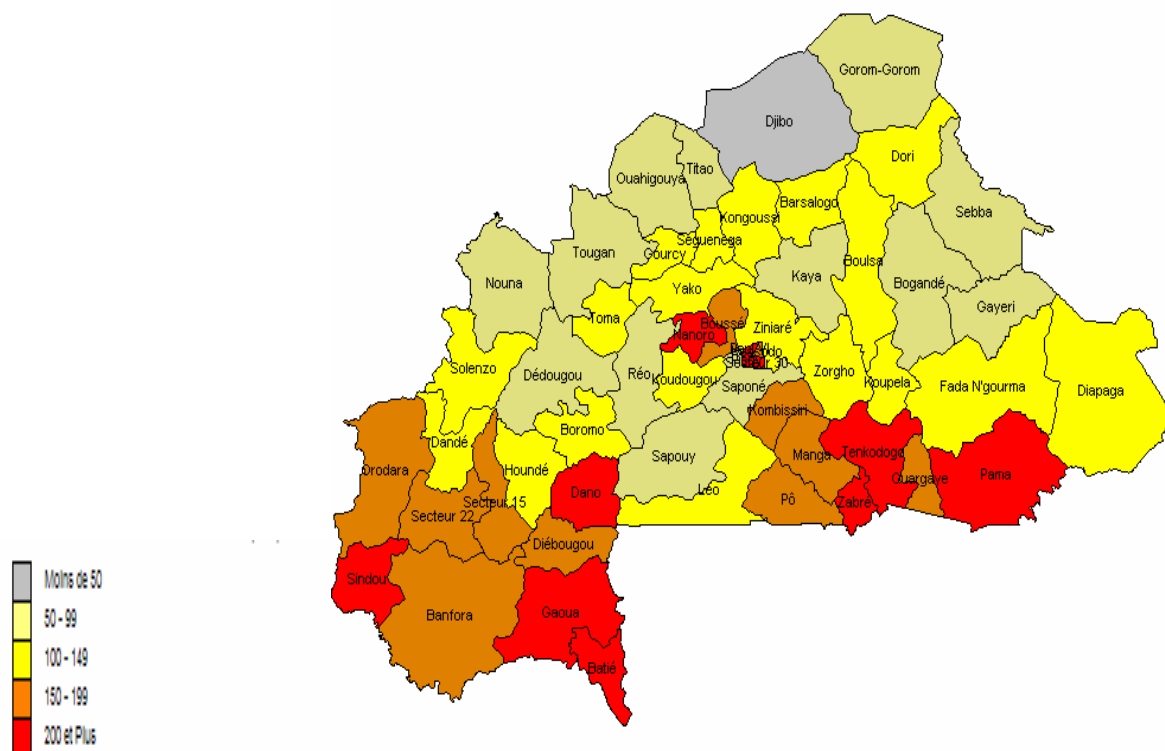
2.1. Aspects Epidémiologiques

Au Burkina Faso, le paludisme est endémique et constitue un problème majeur de santé publique. La transmission est stable dans tout le pays, avec une recrudescence saisonnière durant la période de mai à octobre.

Selon les données statistiques du système national d'information sanitaire, le paludisme constitue la première cause de consultations, d'hospitalisations et de décès dans les formations sanitaires.

En 2005, les structures de santé ont enregistré 1 877 622 cas de paludisme dont 261 927 cas de paludisme grave. Il représente par rapport aux autres pathologies 35,12% des motifs de consultation, 40,83% des motifs d'hospitalisation et 37,5% des causes de décès.

Figure 1 : Incidence du paludisme (pour mille) par district sanitaire, 2005



Les enfants de moins de cinq (05) ans restent les plus touchés. Dans cette tranche le paludisme représente :

- 44,86% des motifs de consultation
- 54,94% des hospitalisations
- 57,29% des décès

Selon l'EDS III , dans le groupe d'âge des moins de 5 ans, la prévalence élevée de l'anémie (92% dont 13% sévère, 60% modérée et 19% légère) favorise la survenue des décès liés au paludisme.

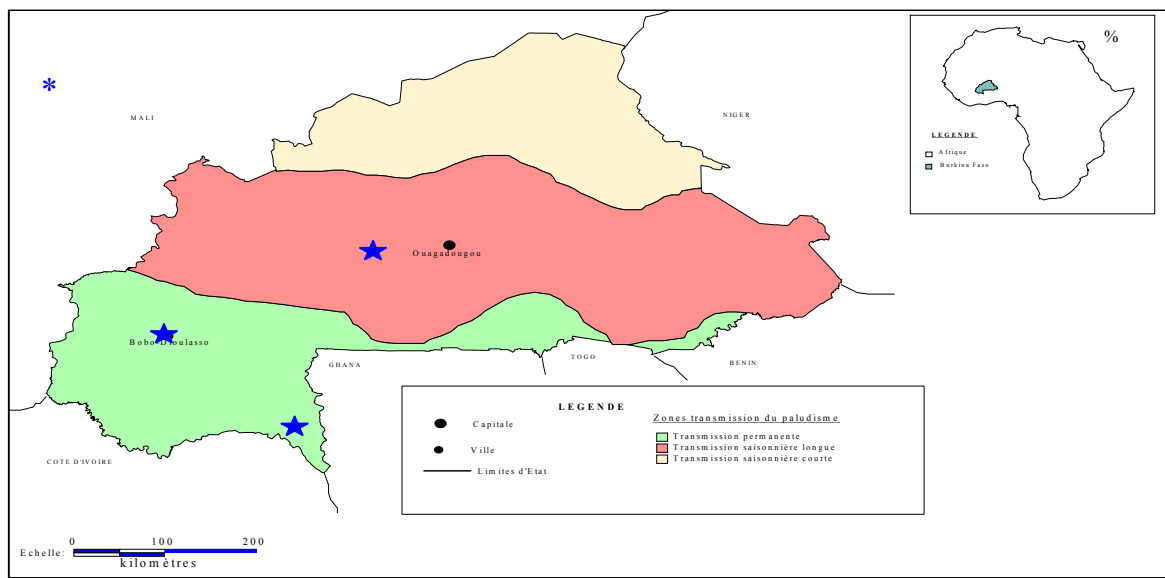
Ces données sont en deçà de la réalité en raison de :

- l'insuffisance dans la collecte des données des structures de soins privées
- la non prise en compte de nombreux cas de paludisme vus par les relais communautaires
- et la faible fréquentation des formations sanitaires.

Il existe 3 faciès de transmission du paludisme (voir figure 2) :

- une transmission permanente dans les régions du Sud et du Sud-Ouest qui dure toute l'année ;
- une transmission saisonnière longue au centre d'une durée de 4-6mois ;
- une transmission saisonnière courte au nord du pays d'une durée de 2-3 mois avec des risques potentiels d'épidémies de paludisme.

Figure 2 : Faciès de transmission du paludisme au Burkina Faso



Les espèces plasmodiales responsables du paludisme au Burkina Faso sont :

- *Plasmodium falciparum* dans plus de 90% des cas,
- *Plasmodium malariae* (3-8%)
- *Plasmodium ovale* (0,5-2%).

Les études entomologiques menées montrent que les principaux vecteurs du paludisme sont *Anopheles gambiae S.l.* et *Anopheles funestus*.

2.2. Historique de la lutte contre le paludisme

La lutte contre le paludisme a été marquée par les périodes suivantes :

- ❖ 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 chimio-résistance 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 XXIe 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 ;
- ❖ 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.

2.3. Situation actuelle de la lutte contre le paludisme

Au Burkina Faso, la lutte contre le paludisme s'inspire, d'une part des priorités nationales du secteur de la santé et des autres secteurs de développement, et d'autre part des stratégies internationales de lutte contre le paludisme recommandées par l'organisation mondiale de la santé.

A l'instar des 42 pays endémiques dans la Région africaine, le Burkina Faso a adhéré aux différents engagements internationaux relatifs à la lutte contre le paludisme, notamment l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » lancée en 1998 par l'OMS, l'UNICEF, le PNUD et la Banque Mondiale, et les différents sommets africains des

Chefs d'Etat et de Gouvernement en particulier le 33^{ème} sommet tenu à Harare en juin 1997 et celui d'Abuja tenu en avril 2000.

C'est dans ce cadre que le pays a régulièrement manifesté son engagement en inscrivant parmi ses priorités nationales la lutte contre le paludisme à travers la définition de stratégies nationales de lutte et l'élaboration de plans d'action et d'un Plan stratégique pour la période 2002-2005.

2.3.1. But et objectif de la lutte antipaludique

La lutte antipaludique au Burkina Faso a pour but de contribuer à l'amélioration de la santé de la population par la réduction du fardeau du paludisme.

Son objectif est de réduire la morbidité et de la mortalité liées paludisme au sein de la population générale et en particulier chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Ceci entre en droite ligne avec les priorités définies par le Plan national de Développement sanitaire 2001-2010, le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté adopté en avril 2004 et les objectifs du millénaire pour le développement.

2.3.2. Stratégies nationales de lutte antipaludique

Les stratégies de lutte contre le paludisme appliquées par le PNLN sont issues des directives nationales de lutte antipaludique et s'inspirent fortement des stratégies mondiales de lutte contre le paludisme. Il s'agit de stratégies majeures et de stratégies de soutien :

➤ Stratégies majeures de lutte

- **Prise en charge précoce et correcte des cas de paludisme** : 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 de paludisme simple se fait avec les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine en comprimés (artésunate/amodiaquine ou arthémeter/Luméfántrine en fonction de leur disponibilité sur le marché international), alors que 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 prise en charge des cas, 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) seront utilisés dans les formations sanitaires périphériques qui n'en disposent pas.

La prise en charge des cas de paludisme simple se fait le plus souvent dans le cadre de la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant mise en œuvre par la plupart des districts sanitaires.

Au Burkina Faso, environ 70% des cas de fièvre sont pris en charge à domicile. C'est pour cette raison que la stratégie de prise en charge des cas paludisme simple à domicile a été adoptée par le PNLP depuis 1997 et mise en œuvre dans tous les districts sanitaires en collaboration avec les Associations/Groupements communautaires. Ainsi, en plus du rôle traditionnel joué par les relais communautaires dans le système de référence/recours, des CTAs leur seront fournis pour améliorer la prise en charge à domicile des cas de paludisme simple.

- **Prévention du paludisme pendant la grossesse:** en plus de l'utilisation des moustiquaires imprégnées 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 4^{ème} et le 8^{ème} 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, le Traitement ciblé de gîtes larvaires, la pulvérisation intradomiciliaire dans des zones ciblées et les mesures d'hygiène et d'assainissement. L'insecticide utilisé par le Programme national de lutte contre le paludisme pour l'imprégnation des moustiquaires est la deltaméthrine sous forme de solution concentré et de comprimé (kits individuels d'imprégnation dits KO-TAB).

L'exécution des différentes interventions de lutte antivectorielle se fait à travers la collaboration intersectorielle et les partenaires, notamment les collectivités locales et territoriales, le secteur privé et la société civile.

- **Lutte contre les épidémies de paludisme** : les différents faciès épidémiologiques du paludisme au Burkina Faso font que le pays est exposé chaque hivernage à des risques d'épidémies dans sa partie Nord. Ainsi, Il existe des directives nationales pour la surveillance épidémiologique du paludisme dans le cadre de la mise en œuvre de la surveillance intégrée des maladies et riposte.

En cas d'épidémie de paludisme déclarée, (i)- la prise en charge des cas se fait respectivement avec les ACT pour le paludisme simple et la quinine pour le paludisme grave; (ii)- le renforcement des mesures de prévention se fait avec la pulvérisation intra domiciliaire et l'usage des moustiquaires imprégnées.

➤ **Stratégies de soutien :**

En plus des stratégies majeures ci-dessus, il existe des stratégies de soutien qui se rapportent en particulier à la:

- **Communication** : le plaidoyer, la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement constituent les principales stratégies retenues. 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 prise en charge précoce des cas de paludisme, réduire le contact Homme-Vecteur et créer un cadre de vie agréable par une meilleure gestion de l'environnement.

- **Recherche opérationnelle** : 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 thèmes se rapportant à la sensibilité des vecteurs aux insecticides, l'efficacité des antipaludiques, les connaissances et attitudes des communautés, le TPI, la qualité

de la prise en charge des cas de paludisme au niveau des formations sanitaires et/ou dans les communautés.

- **Suivi et évaluation** : 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 guide de suivi/évaluation où les indicateurs et la méthode de leur collecte sont définis. Ce guide s'inspire fortement du Plan national de Suivi/évaluation du ministère de la santé.

Le PNLP a défini une liste d'indicateurs essentiels d'impact et de résultats se rapportant aux différentes interventions de lutte contre le paludisme.

Les indicateurs de suivi des différentes interventions de lutte contre le paludisme se réfèrent au cadre logique du guide pour le suivi/évaluation du programme national. Les données de routine sur la morbidité et la mortalité des formations sanitaires y compris celles du paludisme sont collectées à tous les niveaux du système de santé (districts et régions sanitaires, centres hospitaliers). Aussi, des outils standard de collecte de données sont disponibles à tous les niveaux du système de santé.

- **Coordination et 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.

En plus de la collaboration avec les structures techniques nationales, des ONGs nationales et internationales appuient aussi le PNLP dans la mise en œuvre des interventions au niveau communautaire, en particulier la promotion des moustiquaires imprégnées et la mobilisation sociale.

Dans le cadre de l'initiative FRP, le partenariat en faveur de la lutte contre le paludisme s'est vu renforcé, ce qui a permis de mobiliser davantage de ressource au cours des 10 dernières années.

2.3.3. Principaux résultats de la mise en oeuvre du plan stratégique 2002-2005

Les interventions mises en œuvres au cours de la période 2002-2005, avec l'appui des différents partenaires au développement ont permis globalement de dynamiser les activités de lutte antipaludique et surtout de mettre en place les bases fondamentales pour le développement des stratégies nationales de lutte.

➤ Bilan des activités réalisées

Les principales activités mises en œuvre de 2002 à 2005 ont permis de :

- Réviser le document de politique thérapeutique avec introduction des ACT pour le traitement du paludisme simple et adoption du TPI pour la prévention du paludisme chez les femmes enceintes ;
- Développer des outils didactiques sur la prise en charge et les mesures préventives du paludisme ;
- Concevoir et diffuser de façon large des supports éducatifs sur les différentes stratégies de lutte antipaludique;
- Renforcer les compétences du personnel au niveau sanitaire et communautaire sur les interventions de lutte antipaludique, notamment la prise en charge des cas et les mesures préventives ;
- Acquérir et distribuer gratuitement des quantités importantes de moustiquaires imprégnées longue durée ;
- Acquérir d'importantes quantités d'insecticides pour l'imprégnation et la ré-imprégnation des moustiquaires au niveau communautaire ;
- Sensibiliser régulièrement les communautés des zones à risque de paludisme sur les mesures de lutte contre le paludisme à travers l'organisation de journées africaines de paludisme et des campagnes nationales de mobilisation sociale sous l'égide des autorités politico administratives ;
- Mettre en place des sites sentinelles sur l'efficacité des antipaludiques et la sensibilité des vecteurs ;
- Développer le monitoring et l'évaluation des interventions de lutte antipaludique dans le cadre des indicateurs du PNDS du ministère de la santé ;

- Appuyer des structures nationales de recherche collaboratrices pour la réalisation d'études sur des thématiques se rapportant au paludisme (enquêtes entomologiques, études de chimiosensibilité, TPI chez la femme enceinte, utilisation et efficacité des moustiquaires imprégnées,) ;
- Renforcer les capacités managériales et logistique du PNLP aussi bien au niveau central que périphérique ;
- Renforcer le partenariat en faveur de la lutte contre le paludisme, ce qui a permis de mobiliser davantage de ressources financières auprès de l'Etat et de différents partenaires au développement.

➤ **Niveau d'atteinte des indicateurs**

Les différentes évaluations réalisées montrent que les progrès atteints sont encore en de ça des objectifs fixés :

- **Indicateurs d'impact**

on note une baisse relative de la mortalité infanto-juvénile et de la létalité hospitalière du paludisme grave, respectivement de 15,98% et de 39,16%. En effet, les actions de lutte contre le paludisme (utilisation des MII, amélioration de la prise en charge des cas) ont contribué à la baisse de la mortalité infanto-juvénile (confère tableau 3)

Tableau 3 : les indicateurs d'impact

Indicateurs	Base	Niveau actuel	Sources
Taux de mortalité infanto-juvénile	219%° (1998)	184%° (2003)	EDS/INSD
Létalité hospitalière du paludisme grave chez les enfants <5ans	14,4 % (2000)	8,76% (2004)	DEP
Mortalité proportionnelle liée au paludisme chez les enfants de <5 dans les structures de santé	29,3% (1999)	45,72% (2004)	DEP
Mortalité spécifique liée au paludisme chez les enfants de <5 ans dans les structures de santé	70,4% (1999)	70,29% (2004)	DEP

- Indicateurs de résultats

*Dans le domaine de la prise en charge des cas, la proportion des cas de paludisme simple correctement pris en charge à domicile était de 23,5% en 2001 et de 27% en 2005. Celles du paludisme simple et du paludisme grave dans les formations sanitaires étaient respectivement de 22,4% en 2001 et 73,10% en 2005 ; de 57% en 2001 et 85,70% en 2005.

*Dans le domaine de la prévention, le taux d'utilisation des moustiquaires traitées aux insecticides (MII) chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes est passé respectivement de 12,4% à 23,17% et de 10% à 27,50%.

*La proportion des femmes enceintes bénéficiant d'une chimioprophylaxie conforme aux directives nationales est passée de 32,8% à 83,37% (confère tableau 4).

Tableau 4 : les Indicateurs de résultats

Indicateurs	Base en 2001 (enquête dans 3 DS)	Niveau en 2005 (enquête dans 45 DS)	Sources
Proportion des cas de paludisme simple correctement pris en charge à domicile	23,5%	27%	PNLP
Proportion des cas de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires selon les directives nationales	22,4%	73,10%	PNLP
Proportion des cas de paludisme grave correctement pris en charge dans les formations sanitaires selon les directives nationales	57%	85,70%	PNLP
Proportion des enfants de <5 ans dormant sous MTI	12,4%	23,17%	PNLP
Proportion des Femmes Enceintes dormant sous MTI	10%	27,50%	PNLP
Proportion des Femmes enceintes bénéficiant d'une chimioprophylaxie	32,8%	83,37%	PNLP

➤ Mobilisation des ressources pour la lutte antipaludique en 2002-2005

Le partenariat FRP renforcé a permis au PNLP de mobiliser davantage de ressources dans le cadre du Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2002-2005.

De 2002-2005, en plus des contributions de l'Etat, plusieurs partenaires ont eu à financer des interventions sur le paludisme (Confère tableau IV).

Tableau I : Contributions de l'Etat et des partenaires

Sources de financement	Montants des contributions en francs CFA				
	2002	2003	2004	2005	Total
Budget Etat	23 877 376	26 433 376	33 693 616	40 473 616	124 477 984
PPTTE	20 000 000	49 350 000	65 000 000	15 600 000	149 950 000
S/total national 1	43877376	75783376	98693616	56073616	274427984
OMS	120 850 448	71 536 499	551 435 330	195 955 695	939 777 972
UNICEF	-	17 238 840	25 306 580	32 750 000	75 295 420
Fonds Mondial	-	-	1 462 756 500	2 096 779 000	3 559 535 500
JICA	-	-	100 000 000	100 000 000	200 000 000
PSI	-	-	26 827 776	5 000 032	31 827 808
Pays Bas	-	-	-	7 623 664	7 623 664
Plan Burkina	50 487 019	16 870 055	76 952 700	174 930 660	319 240 434
Rotary International	-	2 500 000	-	-	2 500 000
Sous-total 2 partenaires	171 337 467	108 145 394	2 243 278 886	2 613 039 051	5 135 800 798
Total général	215 214 843	183 928 770	2 341 972 502	2 669 112 667	5 410 228 782

Les contributions ont été d'ordre matérielle ou financière. Les ressources mobilisées entre 2004 et 2005 dans le cadre du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme représentent 73 % de l'apport des partenaires.

Tableau II : Situation des financements du plan stratégique 2002-2005

	2002	2003	2004	2005	Total
Besoins de financement	2 471 000 000	2 063 000 000	1 742 000 000	1 487 000 000	7 878 000 000
Montant mobilisé	215 214 843	183 928 770	2 341 972 502	2 669 112 667	5 410 228 782
Taux de mobilisation des ressources	8.70%	8.91%	134.44%	179.49%	68.67%
Montant dépensé	215 214 843	183 928 770	642 297 610	3 282 180 116	4 323 621 339
Taux d'absorption	100%	100%	27%	123%	80%

- Le taux moyen de mobilisation des ressources est de 68.67%, avec des écarts de 8.70% à 179.49%. Les forts taux de mobilisation des ressources observés en 2004 et 2005 s'expliquent par le financement du GFATM.

- Le taux moyen d'absorption des ressources mobilisées est de 80%, avec des écarts de 27% à 123%. Le fort taux d'absorption observé en 2005 s'explique par le report du financement du GFATM de l'année 2004 à l'année 2005.

2.3.4. Contraintes/difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du Plan 2002-2005

En dépit des résultats enregistrés au cours de la période 2002-2005, L'analyse globale de la situation actuelle montre que les objectifs fixés dans le cadre de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » et « la déclaration d'Abuja » n'ont pas été atteints. Ceci pourrait s'expliquer par :

- l'insuffisance du système national de soins pour la prise en charge des cas de paludisme (capacité d'accueil des structures, plateau technique, système de référence/recours ;
- l'insuffisance des financements mobilisés ;
- le retard dans les décaissements des financements mobilisés ;
- le retard dans la disponibilité des intrants à tous les niveaux ;
- la faible mise en œuvre de certaines stratégies de lutte contre le paludisme au niveau des districts

- la mise en œuvre limitée des interventions de prise en charge à tous les niveaux (non disponibilité des CTA malgré le changement de politique thérapeutique);
- Faible utilisation des MII et des autres mesures préventives par les communautés ;
- Insuffisance dans le suivi et évaluation des interventions de lutte antipaludique ;
- Faible implication des structures privées et confessionnelles dans la mise en œuvre des directives nationales de lutte contre le paludisme ;
- la faible performance du cadre de concertation avec les partenaires.

2.4. Principales opportunités pour le renforcement de la lutte antipaludique en 2006-2010

- Engagement politique au plus haut niveau en faveur de la lutte antipaludique ;
- Révision et adoption en février 2005 de la politique thérapeutique antipaludique avec introduisant les CTAs et le TPI ;
- Existence d'un Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010 avec prise en compte des interventions de lutte contre la maladie en général et le paludisme en particulier (objectif 3);
- Existence d'un Plan d'Appui au Développement du Secteur de la Santé financé par plusieurs partenaires au développement et
- Décision officielle de gratuité des services préventifs chez les femmes enceintes et les enfants < 5ans
- Existence d'un réseau communautaire (Relais, associations locales) contribuant significativement dans la lutte contre la maladie en général et le paludisme en particulier ;
- Perspectives de financement auprès du FMSTP et d'autres partenaires (BM, BID, OMS, Unicef, CRC, Coopération japonaise, JHPIEGO, Plan Burkina);
- Existence de structure/institutions nationales et d'un cadre de coordination fonctionnelle à travers le CCM.

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

3.1. Cadre logique du Plan stratégique

Le plan stratégique 2006 – 2010 de lutte contre le paludisme au Burkina Faso s'intègre aux initiatives du plan stratégique mondial « Faire reculer le paludisme 2005-2015 ».

3.1.1. But

Contribuer à l'amélioration de la santé de la population au Burkina Faso par la réduction du fardeau lié au paludisme.

3.1.2. Objectif général

Réduire de 50% la mortalité et la morbidité liées au paludisme au Burkina Faso d'ici fin 2010 par rapport au niveau de 2000.

3.1.3. Objectifs spécifiques

- Amener la proportion des cas de paludisme simple correctement pris en charge dans la communauté (à domicile) avec les ACT à 80% en fin 2010 ;
- Amener la proportion des cas de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires avec les ACT à 80% en fin 2010 ;
- Amener la proportion des cas de paludisme grave correctement pris en charge dans les centres de référence à 90% en fin 2010 ;
- Amener le taux d'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides chez les femmes enceintes à 80% en fin 2010 ;
- Amener le taux d'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides chez les enfants de moins de 5 ans à 80% en fin 2010 ;
- Amener la proportion de femmes enceintes ayant bénéficié de 2 doses de TPI à la Sulfadoxine-Pyriméthamine au cours des CPN à 80% en fin 2010.
- Assurer des mesures adéquates de prévention et de prise en charge des cas durant les épidémies de paludisme pour 80% des populations des districts à risque en fin 2010
- Renforcer les capacités institutionnelles à tous les niveaux

3.1.4. Résultats attendus

Les principaux résultats attendus en fin 2010 sont :

- 80% des cas de paludisme simple sont correctement pris en charge dans la communauté par les CTA ;
- 80% des cas de paludisme simple sont correctement pris en charge dans les centres de santé par les CTA;
- 90% des cas de paludisme grave sont correctement prise en charge dans les centres de référence;
- 80% des femmes enceintes dorment sous une moustiquaire traitée aux insecticides (MTI) ;
- 80% des enfants de moins de cinq ans dorment sous une MTI ;
- 80% des femmes enceintes reçoivent 2 doses de TPI à la SP au cours des consultations prénatales.
- 80% des populations des districts à risque bénéficient de mesures adéquates de prévention et de prise en charge en cas de situation d'épidémie de paludisme
- Capacités institutionnelles du PNLP sont renforcées

3.1.5. Orientations stratégiques

Compte tenu des contraintes/faiblesses rencontrées dans la mise en oeuvre du plan stratégique 2002-2005, de l'évolution de la politique nationale sanitaire et des défis de la lutte contre le paludisme au niveau national et international, les principaux axes stratégiques retenus dans le Plan 2006-2010 sont:

- Garantir une prévention efficace contre le paludisme pour toutes les populations à risque, en particulier les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ;
- Renforcer le traitement précoce et correct des cas de paludisme ;
- Réduire l'impact des épidémies de paludisme ;
- Mobiliser un financement viable pour la lutte contre le paludisme sur la base des résultats des interventions en révisant à la hausse les contributions du budget national et des partenaires ;

- Intégrer les interventions de lutte antipaludiques à d'autres programmes de santé et à tous les secteurs, en particulier dans les projets de développement agricole et des programmes de l'hygiène de l'environnement ;
- Assurer le renforcement harmonieux, à tous les niveaux, des capacités managériales des parties impliquées dans la lutte antipaludique ;
- Dynamiser les mécanismes de coordination en faveur de la lutte contre le paludisme.

3.2. Description des interventions et des activités

Suite aux résultats de l'analyse des contraintes et faiblesses rencontrées dans la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludique en 2002-2005, l'accent sera mis sur le développement des interventions et des activités suivantes :

3.2.1. Amélioration de la prise en charge des cas de paludisme

En vue de renforcer la prise en charge des cas de paludisme, aussi bien au niveau des formations sanitaires qu'au niveau communautaire , l'accent sera mis sur la disponibilité des antipaludiques et autres matériels, de TDR, et de ressources humaines compétentes.

Il s'agira notamment :

❖ Au niveau des formations sanitaires:

La prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires est intégrée au système de soins public et privé. Les cas de paludisme grave sont traités dans les structures de référence tandis que les cas simples sont pris en charge au niveau périphérique.

Ainsi pour renforcer les différents aspects pour une meilleure prise en charge des cas de paludisme, les activités prévues sont :

- Former/recycler les agents de santé du secteur public et privé sur les nouveaux protocoles thérapeutiques et les moyens de diagnostic biologiques (microscopie et TDR) ;

- Adapter et reproduire les modules de formation et les directives de prise en charge des cas de paludisme
- Approvisionner régulièrement en antipaludiques (ACT, kits d'urgence) et TDR les dépôts des structures sanitaires ;
- Equiper les laboratoires des Centres Médicaux (CM) et des Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA) en microscopes et réactifs/consommables de laboratoire ;
- Assurer le suivi post formation du personnel des formations sanitaires de référence.

❖ **Au niveau communautaire :**

Compte de l'expérience acquise dans la mise en œuvre des activités à base communautaire et des mécanismes de collaboration existants entre le PNLP les Associations/Groupements communautaires, les principales actions prévues sont :

- Elaborer/adapter des manuels de formation sur les activités à base communautaire ;
- Former/recycler des relais communautaires sur les nouveaux protocoles thérapeutiques avec les ACT et les autres actions de lutte contre le paludisme au niveau communautaire;
- Approvisionner régulièrement en ACT les relais communautaires à travers les dépôts des structures sanitaires ;

3.2.2. Renforcement de la prévention du paludisme chez la femme enceinte

Compte tenu du phénomène de la résistance à la chloroquine et le changement de politique avec l'introduction du TPI, les actions prévues pour la prévention du paludisme chez les femmes enceintes sont les suivantes:

- Former le personnel des formations sanitaires sur les directives TPI, et ceci de manière intégrée aux sessions de formations sur la PEC des cas ;
- Doter les formations sanitaires de stocks de SP pour la mise en œuvre du TPI au cours des CPNs ;
- Distribuer gratuitement des MII dans le cadre de la gratuité des soins préventifs chez la femme enceinte.

3.2.3. Renforcement de la lutte anti vectorielle

Compte tenu des acquis au cours des 5 dernières années, l'accent sera mis sur la mise à l'échelle au niveau communautaire des actions en rapport avec cette intervention, notamment :

⇒ *Promotion des MII en ciblant de façon prioritaire les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans :*

Le PNLP coordonne l'approvisionnement et la distribution des MII dans le cadre de cette stratégie.

La distribution des MII sera gratuite pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans au niveau des formations sanitaires publiques, confessionnelles et associatives, selon les mécanismes suivants :

- pour les femmes enceintes : elle sera intégrée à la CPN dans le cadre de la gratuité des soins préventifs ;
- pour les enfants de 0 à 11 mois : elle sera intégrée au PEV de routine.
- pour les enfants de 12 mois à 59 mois : elle se fera au cours des campagnes de vaccination de masse contre la rougeole et lors des consultations des nourrissons.
- pour les populations de plus de 5 ans l'accès aux MII se fera à un coût subventionné à travers des réseaux d'ONG, d'associations, d'officines et dépôts privés.

La distribution des MII pendant la CPN et le PEV se fera par les agents de santé (public, confessionnel et associatif) qui établiront des bons à servir par les gérants de dépôts MEG.

La distribution par le privé et les structures confessionnelles se fera sur la base de contrats de prestations de services préventifs entre eux et l'Etat en faveur des femmes enceintes et des enfants < 5 ans.

En plus du rôle des associations et ONG dans l'offre des MII subventionnées, elles auront aussi à assurer les aspects de marketing social et de mobilisation sociale des communautés.

Les principales activités prévues sont :

- Acquérir des MILD pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ;
- Acquérir des insecticides (deltaméthrine) pour l'imprégnation et la ré imprégnation.

➤ **Pulvérisations intradomiciliaires**

Elles seront appliquées au sein des habitations des 30 districts sanitaires situés en zone de haute endémicité. Les communautés seront sensibilisées et impliquées dans l'exécution des différentes activités à travers les leaders communautaires et les associations.

La mise en œuvre se fera à travers une contractualisation avec des structures privées spécialisées en traitement phytosanitaire. Le suivi/coordination seront assurés par le PNLP en collaboration avec les structures locales du système de santé et des départements chargés de l'environnement et de l'agriculture ; l'évaluation sera assurée par des centres de recherche collaborateurs.

➤ **Lutte anti larvaire**

Elle sera appliquée dans les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso au niveau des retenues d'eau permanentes (barrages, lacs, grandes flaques d'eau) à proximité des habitations dans un rayon de 10 Km.

Cette intervention sera mise en œuvre en impliquant les autorités et toutes les structures partenaires intervenant dans les zones concernées.

Les communautés seront sensibilisées et impliquées dans l'exécution des différentes activités à travers les leaders communautaires et les associations.

La mise en œuvre se fera à travers une contractualisation avec une société privée spécialisée dans la lutte contre les vecteurs. Le suivi/coordination sera assuré par le PNLP en collaboration avec les structures locales du système de santé et des départements chargés de l'environnement et de l'agriculture ; l'évaluation sera assurée par des centres de recherche collaborateurs.

➤ **Assainissement du milieu**

Dans ce cadre, les actions seront développées de façon multisectorielle avec la participation de tous les acteurs locaux (services sanitaires, collectivités locales, société civile, privé, associations/groupements communautaires, ONEA, ministère de l'environnement et du cadre de vie).

Les activités d'assainissement du milieu consisteront entre autres à l'organisation des journées de sensibilisation et de micro assainissement pour la destruction physique des

gîtes larvaires. L'appui du PNLN à cette intervention consistera en un soutien technique et financier aux collectivités locales, aux OBC et à la société civile.

3.2.4. Lutte contre les épidémies de paludisme

La lutte contre les épidémies du paludisme ciblera principalement 5 DS dont 4 sont situés dans la région du Sahel et 1 dans la région du Nord.

Il s'agira principalement des activités suivantes:

- Elaborer et mettre en œuvre un plan national de lutte contre les épidémies du paludisme dans le cadre de la SIMR ;
- Former/recycler les personnels impliqués dans les 2 régions ciblées sur la lutte contre les épidémies de paludisme ;
- Renforcer le système de surveillance épidémiologique dans le cadre de la SIMR ;
- Renforcer au niveau des 5 districts les stocks d'antipaludiques, de consommables/réactifs de laboratoire, d'insecticides et de moustiquaires imprégnées;
- Renforcer la collaboration avec les services de la météorologie, de la cartographie et de l'hydraulique au niveau régional et district ;
- Appuyer la documentation des éventuelles épidémies de paludisme par la réalisation d'investigation dans les zones concernées.

3.2.5 Développement de la Communication

Les thématiques développées cibleront en particulier les femmes enceintes et les personnes en charge des enfants de moins de 5 ans dans le cadre du plan intégré de communication pour la lutte contre le paludisme élaboré par le PNLP.

Les actions développées seront menées en concertation avec les structures de coordination des activités de communication mises en places par le ministère de la santé. Aussi, le PNLP fera appel en cas de nécessité à d'autres expertises en communication lors de la mise en œuvre des activités.

La mise en oeuvre de cette intervention impliquera tous les acteurs susceptibles d'apporter une contribution à la lutte contre le paludisme par une communication de proximité (responsables à tous les niveaux du système de santé, partenaires techniques et financiers, secteur privé, autorités politiques, coutumières et religieuses, associations, municipalités, COGES).

Le plaidoyer visera à renforcer l'engagement des leaders dans les interventions de lutte de lutte contre le paludisme.

Dans le cadre de la mobilisation sociale, l'appui consistera au renforcement des capacités des groupes organisés dans les DS (équipement en matériel et supports de sensibilisation, formation des prestataires, des associations et des communicateurs)

La communication pour le changement de comportement consistera à la réalisation d'activités de proximité sur la prévention et la prise en charge des cas par les acteurs du système de santé, les associations et les radios communautaires. Des contrats de prestations seront établis entre le PNLP et ces acteurs, notamment les associations, le privé et les radios locales.

Les activités suivantes sont prévues dans le cadre de cette stratégie:

- Concevoir, multiplier et diffuser des outils de communication (brochures, films, affiches, dépliants, Affiches panneaux, boîtes à images, ...);
- Concevoir et diffuser des messages éducatifs dans les médias (radio, TV, journaux) publics et privés (magazines, spots, encarts, théâtres forum,);
- Appuyer les associations et radios communautaires dans la mise en œuvre des activités de proximité ;

- Organiser dans les districts des journées d'information sur la lutte contre le paludisme à l'intention des établissements du secondaire ;
- Organiser des journées de mobilisation contre le paludisme (journée africaine, campagnes d'imprégnation de moustiquaires au niveau communautaire, .) ;

3.2.6. Renforcement de la recherche opérationnelle

Le PNLP mettra à contribution les centres et instituts de recherche existants au Burkina pour mener des activités de recherche opérationnelle autour des préoccupations de la lutte antipaludique. Les axes prioritaires de recherche se rapportent en particulier à la prise en charge des cas, aux matériaux imprégnés d'insecticide, aux CAP des populations.

Les activités prévues sont :

- Organiser un atelier national de définition des axes prioritaires de recherche sur le paludisme ;
- Réaliser des études sur les CAP des populations par rapport au paludisme, la PEC du paludisme au niveau communautaire ;
- Appuyer les travaux de recherche sur le paludisme des Centres/Instituts de recherche collaborateurs ;
- Organiser des réunions de dissémination des résultats de recherche sur le paludisme.

3.2.7 Renforcement du système de suivi/ évaluation

Le système de suivi/évaluation du plan stratégique sera basé sur la collecte de données sur les différentes interventions de lutte contre le paludisme. Les principaux indicateurs retenus sont en rapport avec le processus, les résultats et l'impact de ces interventions.

➤ **Suivi des activités** : Le monitoring permettra un suivi continu de l'exécution des activités de lutte contre le paludisme et permettra la mesure périodique d'indicateurs de processus et de couverture des prestations de services.

Les données spécifiques du paludisme non collectées à travers des outils standard de routine seront prises en compte au cours des supervisions, des monitorages et des enquêtes etc.

La supervision intégrée sera assurée par tous les niveaux du système de santé (PNLP, DRS, DS, formations sanitaires périphériques).

Les activités prévues sont :

- Organiser un atelier de révision des outils de collecte des données ;
- Elaborer un plan de gestion des achats et des stocks ;
- Appuyer la distribution des médicaments antipaludiques, TDR, MII, produits d'imprégnation et autres matériels ;
- Acquérir des mobylettes pour les responsables du suivi des activités au niveau des DS ;
- Renforcer les compétences du personnel des différents niveaux sur le suivi/évaluation ;
- Mettre en place des bases de données sur les interventions de lutte contre le paludisme ;
- Appuyer la mise en œuvre d'un plan national de pharmacovigilance
- Assurer les missions d'appui du PNLP à tous les niveaux du système de santé
- Appuyer les supervisions intégrées des différents niveaux par les DRS, les DS et les responsables des formations sanitaires périphériques ;
- Assurer la surveillance de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques et des tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides ;
- Organiser des revues de bilan et de planification des activités de lutte contre le paludisme.

- **Evaluation de l'impact des interventions** : selon la périodicité définie dans le cadre logique de suivi/évaluation, le programme national de lutte contre le paludisme réalisera en collaboration avec les centres/instituts de recherche des évaluations pour la détermination du niveau d'atteinte des indicateurs de résultats et d'impact des interventions.

Les activités prévues sont :

- Réaliser des enquêtes annuelles pour la détermination des indicateurs de résultats ;
- Réaliser une évaluation à mi-parcours du Plan stratégique en 2008 ;
- Réaliser l'évaluation finale du Plan stratégique en fin 2010.

3.2.8. Renforcement de la coordination du PNLP et du partenariat

Le renforcement de la coordination et du partenariat vise à renforcer les capacités du PNLP en vue d'une meilleure gestion de la lutte antipaludique : planifications, appuis techniques, coordination, mise en oeuvre des activités, suivi/évaluation.

➤ **Renforcement de la coordination du PNLP**

Les activités prévues sont :

- Réhabiliter les locaux de la coordination du PNLP ;
- Acquérir des équipements complémentaires pour la coordination du PNLP ;
- Renforcer l'équipe de coordination du PNLP en ressources humaines qualifiées (épidémiologiste, entomologiste, pharmacien,) ;
- Appuyer la coordination du PNLP avec une assistance technique nationale et internationale (économiste, statisticien, auditeur financier, chargé de suivi évaluation, communicateur);
- Acquérir une logistique complémentaire pour les activités de suivi sur le terrain ;
- Assurer le fonctionnement régulier des matériels et équipements ;
- Acquérir du matériel complémentaire informatique et bureautique;
- Renforcer les compétences des personnels impliqués dans la lutte contre le paludisme en paludologie et autres formations continues spécialisées ;
- Doter la Coordination d'une bibliothèque.

➤ **Renforcement du partenariat**

Le renforcement du partenariat s'articulera autour des actions suivantes :

- Renforcer les capacités de fonctionnement des instances de coordination (CCM, CNP, RP, RS) ;
- Organiser les réunions du CNP et des groupes thématiques sur le paludisme ;
- Organiser des rencontres de concertation avec les partenaires du PNLP (secteur privé, associations/groupements communautaires, collectivités territoriales, coopérations multi et bilatérales,) ;
- Renforcer le cadre de collaboration entre le PNLP et les universités/instituts/centres de recherche/écoles de formation impliqués dans les activités de recherche opérationnelle ;
- Renforcer la collaboration avec les réseaux et institutions sous régionaux et internationaux intervenant dans la lutte contre le paludisme.
- Organiser des voyages d'échanges d'expérience sur la lutte contre le paludisme.

3.3. Budgétisation des activités et Chronogramme

Les activités découlent des interventions retenues et sont répertoriées dans les tableaux ci-dessous. Les coûts estimés des activités sont présentés par intervention stratégique et par année (Voir tableau ci-dessous).

1- AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME

N°	ACTIVITES	PERIODE DE REALISATION ET COUT/AN				COUT TOTAL CFA	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
		2006	2 007	2 008	2 010			
PRISE EN CHARGE DES CAS A DOMICILE								
1.1	Former 191 formateurs des agents de santé communautaires sur la prévention et la prise en charge du paludisme pendant 3 jours			38 677 500		38 677 500	PNLP	DRS/DS
1.2	Former/recycler 12000 agents de santé communautaires (AV, ASV) dans les 55 districts du pays sur la prévention et la prise en charge du paludisme au niveau communautaire pendant 2 jours			60 564 000	60 564 000	121 128 000	DS	PNLP/DRS/ONG/Associations
1.3	Former/recycler 1 100 tradithérapeutes sur la reconnaissance des symptômes du paludisme et le système de référence des cas pendant 2 jours.				5 551 700	11 103 400	DS	PNLP/DRS/ONG/Associations
1.4	Elaborer le manuel de formation des agents de santé communautaires sur la prévention, la prise en charge et le suivi des activités à base communautaire (prenant en compte les CTA).		20 250 000			20 250 000	PNLP	CNRFP/PCIME/DRS/DS
1.5	Organiser un atelier d'adoption du manuel de formation des agents de santé communautaires sur la prévention, la prise en charge et le suivi des activités à base communautaire (ACT compris) pendant 2 jours		6 750 000			6 750 000	PNLP	CNRFP/PCIME/DRS/DS
1.6	Reproduire et diffuser le manuel de formation des agents de santé communautaires (usage des CTA au niveau communautaire)			11 640 000		11 640 000	PNLP	DHPES, DRS, DS
	Total prise en charge à domicile	-	27 000 000	110 881 500	66 115 700	209 548 900		
PERIODE DE REALISATION ET COUT/AN								
		2006	2 007	2 008	2 009	2 010	RESPON-SABLES	COLLABORATEURS
PRISE EN CHARGE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES								
1.7	Reproduire et diffuser 3 000 manuels de formation et les 1000 directives sur la prise en charge et à la prévention du paludisme selon la nouvelle politique de traitement		8 140 000	8 140 000		16 280 000	PNLP	Imprimerie, DRS, DS
1.8	Former/recycler 123 formateurs régionaux sur la prévention et la prise en charge du paludisme pendant 5 jours.			41 512 500		41 512 500	PNLP	PCIME/DRS/DS/Universités
1.9	Former 6000 agents de santé de toutes les catégories du secteur public à la prise en charge et à la prévention du paludisme selon la nouvelle politique de traitement		365 235 000	365 235 000		730 470 000	DS	PNLP/DRS/PCIME/Universités/
1.10	Former 800 agents de santé des cliniques et cabinets privés à la prise en charge et à la prévention du paludisme selon la nouvelle politique de traitement			60 872 500	18 261 750	79 134 250	DGHSP	PNLP/DRS/PCIME/Universités
1.11	Former/recycler 300 techniciens de laboratoire en diagnostic du paludisme pendant 10 jours		13 500 000	135 000 000	54 000 000	202 500 000	Centres de recherche	PNLP/DGPMIL
1.12	Assurer le suivi intégrés post formation des agents de santé formés à la PEC/TPI du paludisme au niveau des centres de référence communautaire)		10 762 746	10 762 746		32 288 238	PNLP	DRS/PCIME/Universités
1.13	Acquérir 9 578 700 traitements CTA (FS et communautaire)		1 190 001 570	1 349 230 410	1 332 995 300	5 124 605 035	MS	PNLP/OMS/UNICEF/CAMEG
1.14	Acquérir 599 337 kits de médicaments antipaludiques d'urgence pour les enfants de moins de 5 ans	424 124 506	443 951 936	456 825 508	470 071 676	2 278 679 274	PNLP	DGHSP/DGPMIL/CAMEG
1.15	Acquérir des microscopes pour les formations sanitaires de référence			64 800 000		64 800 000	Centres de recherche	PNLP/DGPMIL/CAMEG/OMS
1.17	Acquérir des réactifs et consommables de laboratoire pour les formations sanitaires de référence		2 700 000	2 700 000	2 700 000	10 800 000	Centres de recherche	PNLP/DGPMIL/CAMEG/OMS
1.18	Acquérir 2 477 967 TDR pour les formations sanitaires périphériques (5-9 ans)			120 162 500	383 698 500	1 238 964 000	Centres de recherche	PNLP/DGPMIL/CAMEG/OMS
	Total prise en charge dans les formations sanitaires	424 124 506	2 034 291 252	2 615 241 164	2 272 489 972	9 820 053 297		
	TOTAL PRISE EN CHARGE	424 124 506	2 061 291 252	2 726 122 664	2 338 605 672	10 029 602 197		

2- PREVENTION DU PALUDISME CHEZ LA FEMME ENCEINTE

N°	ACTIVITES	PERIODE DE REALISATION ET COUT/AN					COUT TOTAL CFA	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
		2006	2007	2008	2009	2010			
2.1	Acquérir MILD pour les femmes enceintes : Voir LAV						0 PNLN	OMS, UNICEF, PNUD, BM, PSI	
2.2	Acquérir 5 723 871 doses de SP pour les femmes enceintes	61 889 702	64 782 531	67 494 761	70 309 887	73 231 508	337 708 389 DSF	PNLP, DGPML, CAMEG, UNICEF, OMS, UNFPA	
2.3	Reviser/adapter les outils de formation (manuel de référence, cahier du formateur, cahier du participant, fiche de suivi-supervision)		16 200 000				16 200 000 PNLN	UNICEF, OMS, UNFPA, DSF, JHPIEGO	
2.4	Former 20 facilitateurs centraux sur la prévention du paludisme chez la femme enceinte			6 750 000			6 750 000 PNLN	UNICEF, OMS, UNFPA, DSF, JHPIEGO	
2.5	Former 178 formateurs régionaux sur la prévention du paludisme chez la femme enceinte			60 075 000			60 075 000 PNLN	DRS, JHPIEGO, DSF	
2.6	Former 3000 prestataires de soins sur la prévention du paludisme chez la femme enceinte			58 437 600	160 703 400		219 141 000 DS	DRS	
2.7	Reproduire et diffuser le manuel sur la prévention du paludisme chez la femme enceinte			22 000 000		5 500 000	27 500 000 PNLN	Imprimerie, DRS, DS	
2.8	Organiser des séances de causeries sur le paludisme : Voir CCC					768 000 000	768 000 000 DS	PNLP, DRS, Partenaires	
2.9	Organiser dans chaque DS 2 journées d'informations sur la prévention du paludisme chez la femme enceinte à l'intention des groupements/organisations féminines : Voir CCC					16 500 000	16 500 000 DS	DRS, partenaires locaux	
	TOTAL PREVENTION DU PALUDISME CHEZ LA FEMME ENCEINTE	61 889 702	80 982 531	214 757 361	231 013 287	846 731 508	1 451 874 389		

3- LUTTE ANTI VECTORIELLE

N°	ACTIVITES	PERIODE DE REALISATION ET COUT/AN					COUT TOTAL CFA	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
		2006	2007	2008	2009	2010			
3.1	Acquérir 7 715 682 MILD (< 5 ans, + de 5ans et femmes enceintes)	3 226 818 080	6 079 758 800	10 139 687 040	4 046 752 480	1 814 420 560	25 307 436 960	PNLP	OMS, UNICEF, PNUD, BM, PSI
3.2	Acquérir 613 508 kits d'imprégnation	145 386 000	136 298 760	122 669 376	107 335 704	92 002 032	603 691 872	PNLP	OMS, UNICEF
3.3	Organiser tous les ans des campagnes de traitement des gîtes larvaires			110 000 000	110 000 000	110 000 000	330 000 000	DRS	Gouvernat, PNLN, Communes, Préfectures, Ministère de l'Environnement
3.4	Organiser tous les ans des campagnes de pulvérisations intradomiciliaires dans 30 DS			300 000 000	300 000 000	300 000 000	900 000 000	Cellule entomologique	secteur privé, CLAV, DHPES, DRS, Mairies, Ministère de l'Environnement, Centres de recherche
	TOTAL LAV	3 372 204 080	6 216 057 560	10 672 356 416	4 564 088 184	2 316 422 592	27 141 128 832		

4-LUTTE CONTRE LES EPIDEMIES DE PALUDISME

N°	ACTIVITES	PERIODE DE REALISATION ET COUT/AN					COUT TOTAL CFA	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
		2006	2 007	2 008	2 009	2 010			
4.1	Collecter et analyser les données épidémiologiques du paludisme au cours des 5 dernières années pour la détermination des seuils épidémiologiques	2 150 000					2 150 000		
4.2	Organiser pendant 2 jours un atelier national pour la présentation des résultats de l'étude rétrospective sur la morbidité palustre dans les 5 districts épidémiologiques des régions du Sahel et du Nord		6 750 000				6 750 000	CNRFP	PNLP, OMS, DGSPASEI, DLM, DRS, DS,
4.3	Elaborer un plan national et des directives pour la lutte contre les épidémies de paludisme			8 100 000			8 100 000	PNLP	OMS, Centres de recherche, PASEI, DLM
4.4	Organiser un atelier national d'adoption du plan et des directives pour la lutte contre les épidémies de paludisme			10 800 000			10 800 000	PNLP	MS, OMS, UNICEF, PASEI, DGS, DLM, directions centrales
4.5	Reproduire et diffuser le plan national et les directives pour la lutte contre les épidémies de paludisme			1 148 000			1 148 000	PNLP	Imprimerie, DRS, DS
4.6	Former les responsables CISSE et PEV des DRS, DS, CHR concernés sur la lutte contre les épidémies de paludisme			1 606 380			1 606 380	PNLP	DEP, PASEI, DPV, DLM, DRS, DS, CHR/CHU
4.7	Former les responsables des CSFS/Maternités/Dispensaires sur la lutte contre les épidémies de paludisme			7 012 512			7 012 512	DS	DRS
4.8	Organiser 2 rencontres par an avec les services de météorologie, de la cartographie et de l'hydraulique pour le renforcement du partenariat dans les régions concernées (au début et à la fin de la saison des pluies)			2 141 840			2 141 840	DRS	Gouvernorat, PNL, Ministère de l'eau, de l'hydraulique, de l'environnement, DS
4.9	Acquérir des stocks d'antipaludiques (ACT, quinine injectable) et autres matériels (solutés, antipyrétiques,) pour la riposte aux éventuelles épidémies			187 500 000			187 500 000	MS	PNLP, DEP, OMS, UNICEF, CAMEG, DGPML
4.10	Acquérir des stocks supplémentaires en MILD (30000) par an pour la population des zones concernées			102 180 000			102 180 000	PNLP	OMS, UNICEF, PNUD, BM, PSI
4.11	Acquérir des insecticides pour la PID			25 000 000			25 000 000	PNLP	OMS, UNICEF, PNUD, BM, PSI
4.12	Acquérir du matériel pour la PID			6 250 000			6 250 000	PNLP	OMS, UNICEF, PNUD, BM, PSI
4.13	Organiser des campagnes de PID au début de la saison de transmission			125 000 000			125 000 000	DRS	secteur privé, CLAY, Mairies, Ministère de l'Environnement
4.14	Appuyer les investigations des éventuelles épidémies de paludisme			2 900 000			2 900 000	PNLP	DLM, Centres de recherche, DEP
	TOTAL LUTTE CONTRE LES EPIDEMIES	2 150 000	6 750 000	479 638 732	444 721 840	450 971 840	1 384 232 412		

5-COMMUNICATION

N°	ACTIVITES	PERIODE DE REALISATION ET COUT/AN					COUT TOTAL CFA	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
		2006	2007	2008	2009	2010			
5.1	Concevoir et valider une brochure de plaidoyer sur le paludisme		3 240 000				3 240 000	PNLP	Agence de communication, DHPES, DCPM, DRS, DS, Partenaires
5.2	Reproduire et diffuser en 1 000 exemplaires la brochure sur le plaidoyer			5 000 000			5 000 000	PNLP	Imprimerie, DRS, DS
5.3	Produire 1 film d'information sur le paludisme en vidéo				5 000 000		5 000 000	Agences de communication	PNLP, Partenaires
5.4	Reproduire et diffuser 250 exemplaires du film d'information sur le paludisme				1 750 000		1 750 000	Agence de communication	DRS/DS, DHPES, DCPM
5.5	Former 660 relais communautaires membres d'associations et de radios sur la communication de proximité axée sur le paludisme (10/associations et 02/radio par DS) pendant 3 jours			48 211 020			48 211 020	DS	DRS, PNL, DHPES, DCPM, Partenaires
5.6	Appuyer tous les 2 ans l'organisation de journées d'information sur les mesures de lutte contre le paludisme au niveau communautaire à l'intention des enseignants du primaire lors de la conférence pédagogique		35 000 000				70 000 000	DS	DRS/ DS/Ministère de l'éducation de base
5.7	Reproduire et diffuser tous les ans 30 000 exemplaires de dépliant sur le paludisme	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	75 000 000	Imprimeur	PNLP, DRS, DS
5.8	Reproduire et diffuser tous les 2 ans 20 000 exemplaires petit format de l'affiche sur la MII et TPI au niveau communautaire en 3 langues nationales			10 000 000			20 000 000	Imprimeur	PNLP, DRS, DS
5.9	Reproduire et diffuser tous les 2 ans 20 000 exemplaires petit format de l'affiche sur la MII et TPI au niveau communautaire en 3 langues nationales			10 000 000			20 000 000		
5.10	Reproduire et diffuser tous les 2 ans 2 000 exemplaires grand format de chacune des affiches PEC, MII et TPI en français			6 000 000			12 000 000	Imprimeur	PNLP, DRS, DS
5.11	Produire 04 sketches éducatifs sur le paludisme			10 000 000			20 000 000	Agence de communication	PNLP
5.12	Reproduire et diffuser en 1700 exemplaires la boîte à images			51 000 000			51 000 000	Agence de communication	PNLP, DRS, DS
5.13	Reproduire et diffuser 1000 exemplaires les cassettes/CD des 4 sketches produits			3 500 000			7 000 000	Agence de communication	PNLP, DRS, DS
5.14	Produire et diffuser tous les ans 100 jeux de gadgets de sensibilisation		12 875 000	12 875 000	12 875 000	12 875 000	51 500 000	Fournisseur	PNLP, DRS, DS
5.15	Concevoir 2 affiches panneaux (synthétique 4 mx 3m) sur le TPI et l'utilisation des MI			160 000			160 000	Agence de communication	PNLP, DHPES

N°	ACTIVITES	PERIODE DE REALISATION ET COUT/AN						COUT TOTAL CFA	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
		2006	2007	2008	2009	2010				
5.16	Reproduire et diffuser tous les ans 40 exemplaires des affiches panneaux sur le TPI et l'utilisation des MI			7 400 000	7 400 000	7 400 000	22 200 000	Agence de communication	PNLP, DRS, DS	
5.17	Fixer les affiches panneaux pendant 4 mois de chaque année (Juin à Septembre)			16 000 000	16 000 000	16 000 000	48 000 000	PNLP	DRS, DS, communes	
5.18	Produire 4 magazines radio sur le paludisme (français et 3 langues nationales)			600 000			600 000	RTB	PNLP, DCPM, DHPES, Partenaires	
5.19	Produire 4 magazines TV sur le paludisme (français et 3 langues nationales)			1 000 000			1 000 000	RTB	PNLP, DCPM, DHPES, Partenaires	
5.20	Organiser dans chaque district 2 journées d'information sur la lutte contre le paludisme à l'intention des établissements du secondaire			8 800 000	8 800 000	8 800 000	26 400 000	DS	PNLP, DCPM, DHPES, Partenaires	
5.21	Diffuser par mois les 4 magazines TV sur le paludisme de Juin à septembre (Français et langues Nationales)		3 200 000	3 200 000	3 200 000	3 200 000	12 800 000	Agences de communication	PNLP, DCPM, DHPES, Partenaires	
5.22	Produire 1 spot radio/TV sur le TPI et 1 spot radio/TV sur la PEC précoce du paludisme (français et 3 langues nationales)			4 600 000			4 600 000	Agences de communication	PNLP, DCPM, DHPES, Partenaires	
5.23	Diffuser 36 fois/mois les spots TV sur TPI, la prise en charge et l'utilisation de la MI pendant 04 mois sur les 03 chaînes du pays		16 416 000	16 416 000	16 416 000	16 416 000	65 664 000	Agences de communication	PNLP, DCPM, DHPES, Partenaires	
5.24	Publier 12 encarts/mois dans les quotidiens pendant 04 mois (Juin à septembre)		5 280 000	5 280 000	5 280 000	5 280 000	21 120 000	Journaux	PNLP, DCPM, DHPES, Partenaires	
5.25	Organiser tous les ans des journées de sensibilisation à travers le théâtre forum dans 55 DS		46 750 000	46 750 000	46 750 000	46 750 000	187 000 000	DS	PNLP	
5.26	Apporter un appui financier tous les ans à 110 associations et 55 radios communautaires pour la réalisation d'activités de communication de proximité		132 810 000	132 810 000	132 810 000	132 810 000	531 240 000	PNLP	DRS, DS	
5.27	Célébrer tous les ans la Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme (JMLP)	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000	PNLP	DRS, DS, DHPES, DCPM, partenaires	
	TOTAL COMMUNICATION	25 002 006	280 573 007	424 604 028	316 283 009	314 033 010	1 360 485 020			

6-RENFORCEMENT DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE

N°	ACTIVITES	PERIODE DE REALISATION ET COUT/AN					COUT TOTAL CFA	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
		2006	2007	2008	2009	2010			
6.1	Organiser une réunion nationale pour la définition des axes prioritaires de recherche opérationnelle sur le paludisme			10 125 000			10 125 000	PNLP	Centres/Instituts de recherche
6.2	Réaliser une étude sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations par rapport au paludisme			30 000 000			30 000 000	PNLP	Partenaires.Centre/ Instituts de recherche, DRS, DS
6.3	Réaliser une étude sur la qualité de la prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire				30 000 000		30 000 000	PNLP	Partenaires.Centre/ Instituts de recherche, DRS, DS
6.4	Réaliser une étude de base sur l'apport des thérapeutes dans la prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire			10 000 000			10 000 000	PNLP	DGPMI, Partenaires.Centre/ Instituts de recherche, DRS, DS
6.5	Organiser tous les ans une réunion nationale de dissémination des résultats de recherche sur le paludisme au niveau national et international	20 250 000	20 250 000	20 250 000	20 250 000	20 250 000	101 250 000	MS	PNLP, partenaires, centres/instituts de recherche, personnes ressources
	TOTAL BUDGET RENFORCEMENT DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE	20 250 000	20 250 000	70 375 000	50 250 000	20 250 000	181 375 000		

7-SUIVI-EVALUATION

N°	ACTIVITES	PERIODE DE REALISATION ET COUT				COUT TOTAL CFA	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
		2006	2007	2008	2009			
7.1	Organiser un atelier d'adaptation/révision et de validation des outils de suivi (outils de monitoring)		8 100 000			8 100 000	PNLP	DEP, Centres de Recherche, OMS, UNICEF
7.2	Reproduire et diffuser le guide et les outils de suivi à tous les niveaux du système de santé		6 000 000			6 000 000	PNLP	DHPES, DRS, DS, CHR/CHU
7.3	Elaborer un guide de gestion des achats et des stocks de CTA, MTI, TDR, produits d'imprégnation		11 137 500			11 137 500	PNLP	DGPMIL, CAMEG, DRS, DS, CNP, partenaires
7.4	Appuyer la distribution des antipaludiques et autres matériels médicaux (CTA, TDR, kits d'urgence, SP, microscopes et consommables) dans les formations sanitaires					-	PNLP	CAMEG, DGPMIL, DRS, DS, CHR, CHU
7.5	Appuyer la distribution des MTI et autres matériels d'imprégnation (insecticides, matériel d'imprégnation) dans les formations sanitaires					-	PNLP	CAMEG, DGPMIL, DRS, DS, CHR, CHU, partenaires
7.6	Former/recycler 1500 gérants des dépôts MEG des formations sanitaires sur les nouveaux outils de gestion des CTA			73 047 000		73 047 000	DS	DRS, partenaires locaux
7.7	Mettre en place une base des données sur les interventions du paludisme au niveau central (conception et formation)			16 860 000		16 860 000	PNLP	DEP, PASEI, DPV, OMS, DLM
7.8	Mettre en place des bases de données sur les interventions du paludisme au niveau régional et district			36 588 875		36 588 875	PNLP	DEP, PASEI, DPV, OMS, DLM, DRS, DS, CHR, CHU
7.9	Assurer tous les ans la fourniture en consommables informatiques pour la gestion des données dans 13 DRS, 55 districts et 12 CHR/CHU		16 000 000		16 000 000	16 000 000		
7.10	Acqu岸ir des équipements pour les 6 sites sentinelles chargés de la collecte des données sur l'efficacité thérapeutique /pharmacovigilance des antipaludéens, la sensibilité des vecteurs et la morbi-mortalité palustre			12 000 000		12 000 000	PNLP	DAF, DEP, fournisseur
7.11	Appuyer le système de collecte de données de morbidité et de mortalité palustre dans 3 sites de surveillance démographique		15 000 000		15 000 000	15 000 000	EDS	PNLP
7.12	Appuyer le contrôle de qualité des antipaludiques		4 000 000		4 000 000	4 000 000	DGPMIL	LNSP, PNL
7.13	Former/recycler les 175 responsables du SNIS au niveau régional et district (DRS, DS, CHR et CHU) sur le monitoring et la collecte des données de paludisme			14 055 825		14 055 825	PNLP	DLM, DEP, DPV, PASEI, DRS, DS
7.14	Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan national de pharmacovigilance des médicaments y compris des antipaludiques		10 000 000		3 000 000	19 000 000	PNLP	DGPMIL, DEP, Centres de recherche, OMS, UNICEF
7.15	Organiser des missions semestrielles d'appui aux régions sanitaires par l'équipe du PNL		20 000 000		20 000 000	80 000 000	PNLP	DRS, DS, CHR, CHU

N°	ACTIVITES	PERIODE DE REALISATION ET COUT					COUT TOTAL CFA	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
		2006	2007	2008	2009	2010			
7.16	Appuyer le suivi trimestriel des activités de lutte contre le paludisme du niveau district par les équipes DRS		22 000 000	22 000 000	22 000 000	22 000 000	88 000 000	DRS	DS
7.17	Appuyer le suivi semestriel des activités de lutte contre le paludisme du niveau CSPS par les équipes cadres des districts sanitaires		33 000 000	33 000 000	33 000 000	33 000 000	132 000 000	DS	DRS, COGES
7.18	Appuyer le suivi des activités communautaires de lutte contre le paludisme par les responsables des CSPS		120 000 000	120 000 000	120 000 000	120 000 000	480 000 000	DS	COGES
7.19	Appuyer la supervision des techniciens de laboratoire formés en diagnostic du paludisme	19 980 000	16 200 000	19 980 000	16 200 000	19 980 000	92 340 000	CNRFP, IRSS, centre Muraz	PNLP, DRS, DS, CHR, CHU
7.20	Réaliser une enquête pour la cartographie des gîtes larvaires à traiter			15 000 000		15 000 000	30 000 000	Cellule entomologique	PNLP, CLAV, Centres de Recherche, DRS
7.21	Assurer le reporting régulier des gîtes larvaires			6 252 000		6 252 000	18 756 000	Cellule entomologique	PNLP, CLAV, Centres de Recherche, DRS
7.22	Evaluer l'efficacité thérapeutique des antipaludiques (SP, CTA)	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	90 000 000	Centres de recherche	PNLP, OMS, UNICEF
7.23	Réaliser des tests de sensibilité des vecteurs du paludisme aux insecticides	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	30 000 000	Cellule entomologique	Centres de recherche, PNL
7.24	Réaliser une enquête annuelle pour la détermination des indicateurs de résultats au niveau du système de santé et dans la communauté		20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	80 000 000	PNLP	Centres de recherche, DRS, DS
7.25	Réaliser une revue annuelle de bilan et de planification des activités de lutte contre le paludisme	18 900 000	18 900 000	18 900 000	18 900 000	18 900 000	94 500 000	PNLP	Directions centrales, DRS, DS, CHR, CHU, centres de recherche, partenaires
7.26	Concevoir, multiplier et diffuser le bulletin trimestriel de rétro information du PNL		3 200 000	3 200 000	3 200 000	3 200 000	12 800 000	PNLP	DEP, DLM, OMS, UNICEF, DRS, DS, CHR, CHU
7.27	Réaliser une évaluation à mi-parcours du plan stratégique			40 000 000			40 000 000	PNLP	DEP, DLM, OMS, DRS, DS, CHR, CHU
7.28	Réaliser une évaluation finale du plan stratégique					70 000 000	70 000 000	PNLP	DEP, DLM, OMS, DRS, DS, CHR, CHU
	TOTAL BUDGET SUIVI EVALUATION	62 882 006	347 539 507	532 885 708	321 554 009	424 389 835	1 689 241 025		

8- RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL ET PARTENARIAT

N°	ACTIVITES	PERIODE DE REALISATION ET COUT/IAN				COUT TOTAL CFA	RESPONSABLES	COLLABORATEURS
		2006	2007	2008	2009			
8.1	Tenir 2 réunions trimestrielles du Comité National de Pilotage (CP) du PNL P	12 925 050	12 925 050	12 925 050	12 925 050	64 625 250	SG	PNLP et structures impliquées dans le comité
8.2	Tenir 4 réunions trimestrielles des 5 groupes thématiques du Comité national de pilotage du PNL P	32 400 000	32 400 000	32 400 000	32 400 000	162 000 000	Présidents des groupes thématiques	PNLP et personnes impliquées dans les groupes
8.3	Organiser chaque année une rencontre de concertation élargie aux partenaires du PNL P (secteur privé, ONG/associations coopération bilatérale et multilatérale)	12 475 050	12 475 050	12 475 050	12 475 050	62 375 250	SG	Partenaires
8.4	Renforcer le PNL P en ressources humaines (médecin épidémiologiste = 1, médecin entomologiste = 1, pharmacien = 1, gardien = 1, agent de liaison = 1, secrétaire = 1)	-	-	-	-	-	SG	DRH, PNL P
8.5	Appuyer le PNL P par une assistance technique nationale (recrutement d'1 économiste, 1 statisticien, 1 auditeur financier)	54 000 000	54 000 000	54 000 000	54 000 000	162 000 000	SG	PNLP, DRH
8.6	Participer à 3 rencontres annuelles sous régionales sur le paludisme	8 550 000	8 550 000	8 550 000	8 550 000	42 750 000	PNLP	Partenaires
8.7	Participer annuellement à 2 conférences internationales sur le paludisme	8 500 000	8 500 000	8 500 000	8 500 000	42 500 000	PNLP	Partenaires
8.8	Rénover/construire le bâtiment de la coordination du PNL P	150 000 000	150 000 000	150 000 000	150 000 000	150 000 000	PNLP	DGIEM, DEP, DAF
8.9	Equiper le nouveau local réhabilité de la coordination du PNL P	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	PNLP	Fournisseur
8.10	Acquérir 3 véhicules 4 x 4 pour le suivi des activités de terrain (PNLP-3)	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	60 000 000	PNLP	DAF, DEP, fournisseur
8.11	Acquérir 1 véhicule de liaison pour PNL P	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	15 000 000	PNLP	DAF, DEP, fournisseur
8.12	Acquérir 2 motos pour le PNL P	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	4 000 000	PNLP	DAF, DEP, fournisseur
8.13	Assurer l'entretien du parc automobile du PNL P (8 véhicules dont 4 véhicules existants et 4 à acquérir avant 2010)	2 050 000	2 050 000	2 050 000	2 050 000	10 250 000	PNLP	DAF, partenaires
8.14	Assurer l'entretien des autres équipements (13 ordinateurs, 2 photocopieurs, 8 climatiseurs, spots)	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	PNLP	DAF, DEP, fournisseur
8.15	Equiper le PNL P en matériel informatique et accessoires	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	PNLP	DAF, DEP, fournisseur
8.16	Equiper le PNL P en matériel bureautique et accessoires	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	PNLP	DAF, DEP, fournisseur
8.17	Equiper le PNL P en matériel de communication et accessoires	14 400 000	14 400 000	14 400 000	14 400 000	72 000 000	PNLP	DAF, partenaires
8.18	Acquérir des fournitures de bureau (rames, spirales, transparents, stylo divers)	960 000	960 000	960 000	960 000	4 800 000	PNLP	DAF, partenaires
8.19	Acquérir des produits d'entretien et de nettoyage (savon, serpillière, ...)	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	90 000 000	PNLP	Partenaires
8.20	Organiser 2 cours nationaux de paludologie de 4 semaines chacun au niveau du centre Muraz de Bobo (30 participants par cours)	16 000 000	16 000 000	16 000 000	16 000 000	64 000 000	PNLP	Partenaires
8.21	Assurer par an la participation de 2 membres du PNL P à deux formations pertinentes de courte durée (paludologie, informatique, épidémiologie, Management, communication, recherche...)	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	40 000 000	PNLP	DEP, OMS, Bibliothèque du ministère
8.22	Mettre en place une bibliothèque au niveau du PNL P	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	40 000 000	PNLP	DEP, OMS, Bibliothèque du ministère
8.23	Organiser par an 2 voyages d'échanges d'expérience sur la lutte contre le paludisme	94 262 106	120 262 107	260 762 108	434 262 109	221 262 110	1 130 800 500	
TOTAL RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL/PARTENARIAT								

Le coût total du plan stratégique 2006-2010 de lutte contre le paludisme au Burkina Faso est de **44 352 269 495 F CFA**. La répartition par intervention et par an se présente comme suit :

INTERVENTIONS	COUTS PAR AN EN FRANCS CFA					COUT TOTAL en francs CFA	%
	2006	2007	2008	2009	2010		
Amélioration de la prise en charge des cas de paludisme	424 124 506	2 061 291 252	2 726 122 664	2 338 605 672	2 479 458 103	10 029 602 197	22.61
Prévention du paludisme chez la femme enceinte	61 889 702	80 982 531	214 757 361	231 013 287	846 731 508	1 435 374 389	3.24
Lutte antivectorielle	3 372 204 080	6 216 057 560	10 672 356 416	4 564 088 184	2 316 422 592	27 141 128 832	61.19
Lutte contre les épidémies de paludisme	2 150 000	6 750 000	479 638 732	444 721 840	450 971 840	1 384 232 412	3.12
Communication	25 002 006	280 573 007	424 604 028	316 283 009	314 033 010	1 360 495 060	3.07
Renforcement de la recherche opérationnelle	20 250 000	20 250 000	70 375 000	50 250 000	20 250 000	181 375 000	0.41
Suivi évaluation	62 882 006	347 539 507	532 885 708	321 554 009	424 389 835	1 689 251 065	3.81
Renforcement institutionnel et partenariat	94 262 106	120 262 107	260 762 108	434 262 109	221 262 110	1 130 810 540	2.55
COUT DU PLAN PAR AN	4 062 764 406	9 133 705 964	15 381 502 017	8 700 778 110	7 073 518 998	44 352 269 495	100

3.4. Administration et Gestion du plan stratégique 2006-2010

La mise en œuvre du plan stratégique se fera de façon synergique avec l'implication de tous les acteurs de la lutte contre le paludisme à différents niveaux et selon leurs domaines d'intervention. Elle se fera en deux phases à travers 2 plans opérationnels respectivement pour la période 2006-2007 et la période 2008-2010.

3.4.1. Cadre institutionnel de gestion et de concertation

La Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) est la structure d'ancrage du programme national de lutte contre le paludisme qui est en charge de la Coordination de la lutte contre le paludisme.

La gestion du PNLP est sous la responsabilité d'un Médecin Coordonnateur National, assisté d'une équipe de 13 personnes dont 3 médecins, 1 conseiller de santé, 6 attachés de santé, 1 technicien d'hygiène et assainissement, 2 agents administratifs et financiers.

La coordination du PNLP est composée des 5 services suivants :

- Service Prise en charge des cas et prévention médicamenteuse ;
- Service Lutte antivectorielle ;
- Service Mobilisation sociale et plaidoyer ;
- Service Planification, suivi/évaluation et documentation ;
- Service Administratif et financier de la coordination.

Le programme national de lutte contre le paludisme est appuyé par le comité national de pilotage de la lutte contre le paludisme, avec ses 5 commissions spécialisées qui sont :

- Prise en charge des cas
- Lutte anti-vectorielle
- Mobilisation des ressources
- Mobilisation sociale, plaidoyer et partenariat
- Suivi/évaluation, surveillance épidémiologique et appui à la recherche

Le comité national de pilotage de la lutte contre le paludisme 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 démembrements
- Ministère de l'Environnement et du Cadre de vie
- Ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources Halieutiques
- Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation
- Ministère de l'Enseignement Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique
- Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation
- Ministère de l'Information
- Ministère de la Promotion de la Femme
- Ministère de l'Economie et du Développement
- Ministère des Finances et du Budget
- ONG et Associations
- Secteur privé (syndicat des pharmaciens, cliniques privées)
- Partenaires au développement (multilatéraux du système des Nations Unies, bilatéraux et autres).

La mise en oeuvre des différentes activités se fera selon les procédures de gestion financière définies dans le manuel unique élaboré par le Ministère de la santé dans le cadre de la 2^{ème} tranche du PNDS 2001-2010.

Au niveau national, la coordination de la mise en œuvre des activités est assurée par la l'équipe du PNLP avec l'appui de la DLM, la DGS et du Comité National de Pilotage et des 5 Commissions thématiques.

Au niveau périphérique (régions, districts, formations sanitaires), la coordination et la mise en œuvre des activités de lutte antipaludique sont assurées par les équipes d'encadrement et de gestion des différents niveaux.

3.4.2. Suivi/évaluation du plan stratégique

Le suivi de l'exécution de la mise en oeuvre du plan 2006-2010 se fera en droite ligne avec le cadre de suivi/évaluation défini dans la 2^{ème} tranche du PNDS 2001-2010.

Au niveau du PNLP, la cellule de suivi/évaluation sera responsable du suivi du niveau de mise en oeuvre des activités et des progrès des indicateurs conformément au cadre logique de suivi/évaluation du présent Plan stratégique 2006-2010.

.La diffusion de l'information sur la mise en oeuvre des différentes interventions sera faite à travers le bulletin trimestriel du PNLP aux partenaires techniques et financiers, aux autorités sanitaires centrales, aux régions et districts sanitaires et aux communautés.

Les principaux indicateurs de suivi/évaluation du Plan stratégique 2006-2010 sont adaptés de la liste des principaux indicateurs de la 2^{ème} tranche du PNDS 2001-2010 et de ceux définis dans le Guide OMS pour le monitoring et l'évaluation.

Voir ci-dessous le cadre logique du Suivi/évaluation du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2006-2010.

CADRE LOGIQUE DES INDICATEURS DE SUIV/EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE 2006-2010

INDICATEURS	Base			2006	2007	2008	2009	2010	Source/Méthode de collecte et rythme
	Valeur	Année	Source						
Indicateurs d'impact									
Taux brut de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans	184 ‰	2003	EDS		-	175‰	-	-	EDS/Enquête (5 ans)
Létalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans en milieu hospitalier	8,76 %	2004	DEP	7%	6%	5,5%	5%	4,38%	DEP/SNIS (par an)
Morbidité imputable au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans en milieu hospitalier	47,89%	2004	DEP	40%	35%	30%	25%	23,94%	DEP/SNIS (par an)
Morbidité imputable au paludisme chez les femmes enceintes en milieu hospitalier				ND	ND	ND	ND	ND	DEP/SNIS (par an)
Taux d'incidence des cas cliniques de paludisme (déclarée)	14.5%	2005	DEP	17.6%	17.6%	21%	23%	21%	DEP/SNIS (par an)
Indicateurs de résultats									
Proportion 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.	0%	2005	PNLP	10%	20%	30%	40%	80%	PNLP/ Enquête dans les ménages (tous les 2 ans)
Pourcentage des enfants de moins de 5 ans présentant un paludisme simple ayant été correctement traités dans les formations sanitaires	73%	2005	PNLP	73,5%	74%	75%	77%	80%	PNLP/ Enquête dans les FS (tous les 2 ans)
Proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant un paludisme grave ayant été correctement traités dans les formations de référence.	82,6%	2005	PNLP	85%	85%	88%	88%	90%	PNLP/ Enquête dans les FS (tous les 2 ans)

CADRE LOGIQUE DES INDICATEURS DE SUIV/EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE 2006-2010

(Suite et Fin)

INDICATEURS	Base			2006	2007	2008	2009	2010	Source/Méthode de collecte et rythme
	Valeur	Année	Source						
Indicateurs de résultats (suite)									
Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticides la nuit précédente.	24%	2005	PNLP	30%	50%	60%	70%	80%	PNLP/ Enquête dans les ménages (tous les 2 ans)
Proportion des femmes enceintes qui ont dormi sous des moustiquaires imprégnées aux insecticides la nuit dernière.	27,50%	2005	PNLP	35%	60%	65%	75%	80%	PNLP/ Enquête dans les ménages (tous les 2 ans)
Proportion de femmes enceintes ayant suivi un traitement préventif intermittent (2 doses TPI) au cours des 2 dernières années.	0%	2005	PNLP	25%	50%	60%	70%	80%	PNLP/ Enquête dans les ménages (tous les 2 ans)
Proportion d'épidémies de paludisme décédées dans les deux semaines qui suivent leur éclaement et correctement maîtrisées	ND	2005	PNLP	80%	100%	100%	100%	100%	PNLP/ Enquête dans les ménages (tous les 2 ans)

CONCLUSION

La lutte contre le paludisme est une priorité pour le Burkina Faso dans le contexte de l'initiative Faire Reculer le Paludisme et de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. De par la morbidité, la mortalité et les pertes économiques qu'il engendre, le paludisme constitue une véritable entrave au développement socio-économique de notre pays.

Ce plan quinquennal qui couvre la période 2006-2010, élaboré à partir de l'analyse de la situation, prend en compte les domaines prioritaires de lutte contre le paludisme dans un contexte de réforme du système de santé et de la décentralisation administrative.

L'atteinte des objectifs fixés dans le présent plan dépendra de la volonté politique suivie d'une mobilisation conséquente des ressources et 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 2002-2005 (mise en œuvre du Fonds Mondial, contribution de l'Etat et des partenaires), 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

1. **Comité de Gestion du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (CG/ FM-STP)**, juin 2006, Requête du Burkina Faso au Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, sixième (6^{ème}) Appel : composante Paludisme, Burkina Faso, 86p ;
2. **Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ORC MACRO-2004** : Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003, 183p ;
3. **Ministère de la santé**, juillet 2000, Document de politique sanitaire nationale, Burkina Faso, 27p ;
4. **Ministère de la santé**, juillet 2001, Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010 (PNDS), Burkina Faso, 56p ;
5. **Ministère de la santé**, 2003, Détection des formes résistantes de P.F aux antimalariques au Burkina Faso, 18p ;
6. **Ministère de la santé**, décembre 2004 : Plan stratégique 2005-2007 pour la mise à l'échelle nationale des interventions à base communautaire, Burkina Faso, 52p ;
7. **Ministère de la santé**, Août 2001, Rapport de l'enquête base zéro sur le suivi-évaluation de l'initiative « Faire reculer le Paludisme au Burkina Faso », 48p ;
8. **Ministère de la santé**, décembre 2001 : Plan stratégique pour la lutte contre le paludisme au Burkina Faso 2002-2005, Burkina Faso, 34p ;
9. **Ministère de la santé**, novembre 2005 : Rapport de l'évaluation du plan stratégique 2002-2005 pour la lutte contre le paludisme au Burkina Faso, Burkina Faso, 16p ;
10. **Ministère de la santé**, juin 2006 : Annuaire statistique 2005, Burkina Faso, 209p ;
11. **Ministère de la santé**, juillet 2005 : Plan Intégré de Communication pour la lutte contre le paludisme au Burkina Faso 2006-2008, Burkina Faso, 65p ;
12. **Ministère de la santé**, septembre 2005, 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 le paludisme (FMSTP), Burkina Faso, 37p ;
13. **Ministère de la santé**, septembre 2005, Rapport de suivi-évaluation 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, 16p ;

14. **Organisation Mondiale de la Santé, Plan stratégique mondial Faire reculer le Paludisme 2005-2015**, 52p.

ANNEXES

1. Liste de personnes ayant participé à la révision du Plan stratégique 2006-2010
2. Liste de personnes ayant participé à l'élaboration du document initial du Plan stratégique 2006-2010
3. Analyse des FFOM du Plan stratégique 2002-2005
4. Organigramme du PNLP
5. Organigramme du Ministère de la santé
6. Carte sanitaire du Burkina Faso

Annexe 1 : Liste de personnes ayant participé à la révision du Plan stratégique
2006-2010 de lutte contre le paludisme

N° d'ordre	NOMS ET PRENOMS	SERVICE
1.	Pr Jean G. OUANGO	SG
2.	Dr Souleymane SANOU	DGS
3.	Dr Sylvestre TIENDREBEOGO	DLM
4.	Dr Sosthène ZOMBRE	OMS/Appui paludisme
5.	Dr Jean Eric OUEDRAOGO	PNLP
6.	Clark BOB	PSI/ Burkina
7.	Fernand TOE	UNICEF
8.	Dr Abderhamane KARCHI	OMS / Equipe inter pays
9.	Dr Xavier PITROIPA	Cellule entomologie /DLM
10.	Mathias DOAMBA	PNLP
11.	Monique SAWADOGO	PNLP
12.	Modeste YERBANGA	CAMEG
13.	Dr Wamarou TRAORE	PNUD /F.Mondial
14.	Dr Moussa OUEDRAOGO	DGPLM
15.	Dr Séni KOANDA	IRSS
16.	Cécile BELOUM	AMMIE
17.	Adama GUINGANE	CREDO
18.	Siaka TRAORE	DLM
19.	Dr Yorba SOURA	Personne ressource
20.	Dr Victor NANA	PNLP
21.	Dr Clarisse BOUGOUMA	PNLP
22.	Idrissa ZEBA	PNLP
23.	Bali BAKO	PNLP
24.	Béatrice KONSEIBO	PNLP
25.	Dr Laurent MOYENGA	PNLP
26.	Aïssatou LALLE	PNLP
27.	Pascal J. SANDWIDI	PNLP
28.	Lessi TRAORE	PNLP
29.	Séraphine SANDWIDI	PNLP

Annexe 2 : Liste de personnes ayant participé à l'élaboration du document initial du Plan stratégique 2006-2010 de lutte contre le paludisme

N° d'ordre	NOMS ET PRENOMS	SERVICE
1	Pr Jean G. OUANGO	SG
2	Dr Sosthène ZOMBRE	DGS
3	Dr Sylvestre TIENDREBEOGO	DLM
4	Dr Léon G.B SAWADOGO	PNUD
5	Dr Arnold AHLATSI	PNUD
6	Dr Issaka YAMEOGO	DS Gourcy
7	Dr Michaël W. ZOUNDI	DS Saponé
8	Dr Sayouba TINTO	DS Nanoro
9	Dr Joël YAMEOGO	DS Tenkodogo
10	Dr Jean Ludovic Kambou	DS Toma
11	Dr Arzouma OUEDRAOGO	DS Kaya
12	Mr Hassan BARRY	CHR Koudougou
13	Dr Marius LOMPO	IRSS/CNRST
14	Mr Saïdou OUEDRAOGO	Mairie /Ouaga
15	Dr Lambert SIMPORE	DAS/ Ouaga
16	Dr François Y. LOMPO	DSS /Ouaga
17	Dr Adama OUATTARA	DS /Diebougou
18	Mr Pascal OUEDRAOGO	DS /Banfora
19	Dr Ida SAMADOULGOU	DS/ Ziniaré
20	Dr Philbert DEMBELE	DS/ Djibo
21	Dr Olga S. KOMBASSERE	DS sect 15 Bobo
22	Cornelia VAN ZYL	PSI/ Burkina
23	Yaya GANOU	DHPES
24	S. Michel NASSA	DRS /CE
25	Prospero SCARAVILLI	PA/ PNDS. Coop. Italienne
26	Habibou OUEDRAOGO	DRS/Cascades
27	Dr Sylvain TOE	DRS/ HB
28	Yann DERVENNIC	Consultant Banque Mondiale
29	Fernand TOE	UNICEF
30	Dr Celestin TRAORE	UNICEF
31	Dr Etienne D. TRAORE	GMS/ Ouaga
32	Jan VAN DER MORST	Amb. Des Pays- Bas
33	Dr Jackson SILLAH	OMS
34	Cheick Salia TRAORE	IGSS
35	Dr Stéphane TOHON	OMS
36	Tim JOHNSTON	BM
37	Arlette SANOU/ IRA	DGHSP
38	Dr Xavier PITROIPA	CNRFP
39	Dr HIEN Sié	DEP
40	Jocelyne VOKOUMA	SG/ MPF
41	Dr Mathieu S. BOUGMA	DRS Sud Ouest
42	Dr Hamidou OUEDRAOGO	DRS Sahel
43	Dr Mamadou SOKE	DRS Plateau Central
44	Dr Philippe COMPAORE	DRS Centre

45	Dr Sylvain DIPAMA	DRS Centre Nord
46	Dr Emmanuel SENI	DRS BHN
47	Dr Moussa DADJOARI	DRS Nord
48	Dr Boureima OUEDRAOGO	DRS CS/Manga
49	Dr Karim BONANE	CHR Dédougou
50	Korotoumou OUATTARA	CHR Ouahigouya
51	Dr Gervais SANOU	CHR Banfora
52	Dr Zéparé MARE	CHR /Gaoua
53	Dr Saïdou SAWADOGO	DPV
54	Dr Patrice Ali COULIBALY	DRS CO
55	Dr Ousmane BADOLO	DRS EST
56	Dr Thierry OUEDRAOGO	DLM/ cel. entomo
57	Dr Narcisse NARE	DSF/MS
58	Guillaume BADOIT	SPONG
59	. Georges ZOPOULA B	ADDE /Léo
60	Salifou OUEDRAOGO	OCADES/ BOBO
61	virginie DALA	Ministère infomation
62	Raki KIEMA	MAHRH
63	Salifou ZERBO	IDR /Bobo
64	Kalifa SABOUE	ACCEDES/BOBO-DSPO
65	Rasmané OUEDRAOGO	CREDO/ Bobo
66	Sanoussa GANAME	IDR/BOBO
67	Patrice SAMBARE	DS/Banfora
68	Fatoumata OUEDRAOGO	Minist. Enseig. de base
69	Valentin BADIEL	ZFSI: Gourcy
70	Mickael KINDA	AMMIE/OHG
71	Mathias DOAMBA	PNLP
72	Monique SAWADOGO	PNLP
73	JoséphineTAPSOBA	ST/PNDS/DEP
74	Lassina DAO	CHUP- CDG
75	Dr Amadou KOUMARE	DPM/DGPML
76	Désiré NEZIEN	LNSP
77	Ali SIE	CRSN
78	Modeste YERBANGA	CAMEG
79	Madina TALL	SP/CNLS. IST
80	Dr Wamarou TRAORE	PNUD /F.Mondial
81	Pr. Robert T. GUIGUEMDE	Centre Muraz
82	Adama KARAMBIRI	CHR/ Dori
83	Dr Corneille TRAORE	CADSS
84	J. Gabriel COMPAORE	CHR /Kaya
85	Seydou BARRO	DS/ Fada
86	Yirbat SOME	CHR / Fada
87	David LOMPO	DGHPES/ouaga
88	Dr Patrice COMBARY	DRS Centre Ouest
89	Dr Moussa OUEDRAOGO	DGPLM
90	Idrissa ZEBA	PNLP
91	Bali BAKO	PNLP
92	Béatrice KONSEIBO	PNLP
93	Aïssatou LALLE	PNLP
94	Pascal J. SANDWIDI	PNLP
95	Hilaire ZON	PNLP

96	Laure Esther KABORE	DLM
97	Lessi TRAORE	DLM
98	Zakarie NEBIE	DLM
99	Hamadou BARRY	DLM
100	Dr Jean Eric OUEDRAOGO	PNLP

**Annexe 3 : Analyse des FFOM des différentes interventions du plan
stratégique 2002-2005 de lutte contre le paludisme**

▪ **Organisation et gestion du PNLP**

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêté de création du PNLP • Organigramme • Renforcement personnel, matériel • Comité pilotage et commissions techniques • Existence partenaires spécifiques • Existence d'un potentiel de personnel de santé formés • Existence d'un plan IBC • Existence d'un système de santé à 3 niveaux avec des rôles respectifs. • Existence d'organes de gestion communautaires. • Existence de cadres de concertation fonctionnels au niveau intermédiaire et périphérique. • Système de monitoring en place dans les Régions et les Districts sanitaires • Existence d'évaluation des plans d'action des DS. • Existence de l'annuaire statistique. • Existence du CEDIM. • Existence de bulletin de rétro info au niveau DRS. • Existence d'une politique d'approche sectorielle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible durée moyenne des Coordonnateurs à leur poste. • Insuffisance de compétences au sein de l'équipe du PNLP • Faible statut institutionnel du PNLP au sein du MS (Direction) • Absence de budget (national) pour le fonctionnement du PNLP • Faible taux d'utilisation des services de santé. • Faiblesse et mauvaise répartition des ressources humaines. • Absence d'un plan de définition des besoins du PNLP en matière de recherche • Existence d'un système parallèle de collecte des données. • Site web du MS non actualisé. • Prise en compte partielle du secteur privé dans la collecte des données. • Implication des ONGs/associations dans la lutte reste limitée dans le temps et l'espace 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de centres/Instituts de recherche • Volonté politique • Engouement des partenaires techniques et financiers • Décentralisation • Existence financement PPTE • Existence des plans de développement sanitaire • Adoption de la politique de décentralisation. • Existence d'une direction chargée du secteur privé. • Paludisme figure comme priorité dans OMD et NEPAD. • Existence circuit distribution de médicaments/CAMEG • Existence de stratégie mondiale • Existence d'un cadre de concertation des centres de recherche. • Suivi évaluation des projets. • Opportunité de financement du SNIS à travers certains programmes/projets. • Existence du PASEI 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt des financements et/ou dépendance des financements • Risque de non prise en compte du financement du paludisme en priorité au niveau décentralisé. • Risque de non atteinte des objectifs d'Abuja. • Non fiabilité des données

▪ **Prise en charge des cas de paludisme**

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Définition d'un PMA et d'un PCA. • Existence de politique et directives de PEC • Existence de document de mise à l'échelle des IBC • Existence d'un PIC • Existence d'une commission PEC (Formateurs) • Existence du personnel formé • Circuit de distribution de MEG performant • Réseaux de laboratoire performants • PEC gratuite de l'urgence en cas de paludisme grave pour les groupes cibles • Autonomie de la CAMEG. • Révision régulière de la liste des MEG • Existence de système de contrôle des médicaments. • Existence d'une politique pharmaceutique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût élevé de la PEC • Mise en oeuvre limitée (MEO) de la PEC au niveau communautaire • Faible fréquentation sanitaire • Faible mise en oeuvre des directives de PEC au niveau des formations sanitaires privées 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la couverture sanitaire • Existence du RAOTAP • Existence de la PCIME • PEC sans prépaiement des urgences • Existence d'une commission de fixation des prix de MEG • Capacité de prise en charge disponible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Non disponibilité et non accessibilité des CTA • non implication du privé dans la distribution des CTA • Pratique de la monothérapie aux dérivés de l'artémisinine • Mauvaise application de la gratuité des traitements antipaludiques

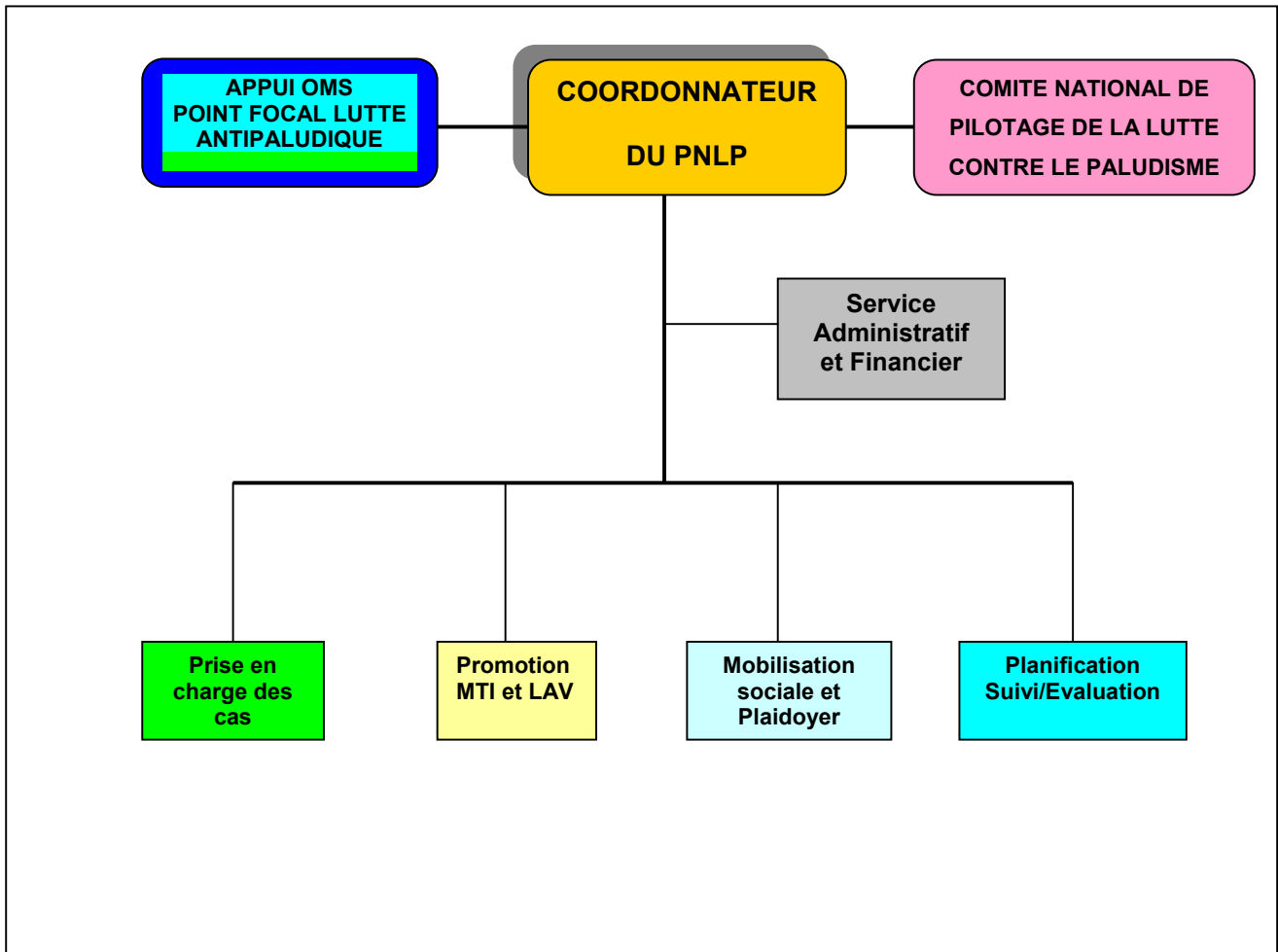
▪ **Prévention du paludisme**

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Existence de politique et directives de prévention • Existence d'un PIC • Existence d'une commission LAV • Existence du personnel formé et de sites d'imprégnation • Existence d'ONG et partenaires • Gratuité des soins préventifs à la femme enceinte • Existence d'une politique de distribution des MTI • Forte demande des MTI de la part des populations • Gratuité des soins préventifs chez la femme enceinte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût élevé des MTI • Faible disponibilité des MTI • Le TPI n'est pas généralisé • la non application de la détaxe des MTI et insecticides • Faible mise en oeuvre des activités de plaidoyer • Faible mise en oeuvre des activités d'assainissement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence du RAOPAG • Intégration de la distribution des MTI aux autres programmes (PEV, PNEFL..) 	<ul style="list-style-type: none"> • Résistance des vecteurs aux insecticides • Résistance des parasites à la SP

▪ **Financement et partenariat**

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Nombreux partenaires • Existence de cadre de concertation (CP) • Existence d'une ligne budgétaire paludisme dans le cadre du PPTTE • Place prioritaire de la lutte contre le paludisme dans le CDMT. • Contribution de l'Etat dans la lutte contre le paludisme. • Existence de plusieurs centres de recherche. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible coordination des interventions des partenaires • Faible mobilisation des ressources • Faiblesse de la part du budget de l'Etat allouée à la santé. • Insuffisance de l'engagement politique en faveur du paludisme. • Sous estimation du rôle potentiel du secteur privé (prestataire, partenaire). • Faiblesse dans l'organisation des interventions à base communautaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'initiatives nationales et internationales • Existence du partnership RBM 	<ul style="list-style-type: none"> • La compétition avec d'autres programmes prioritaires

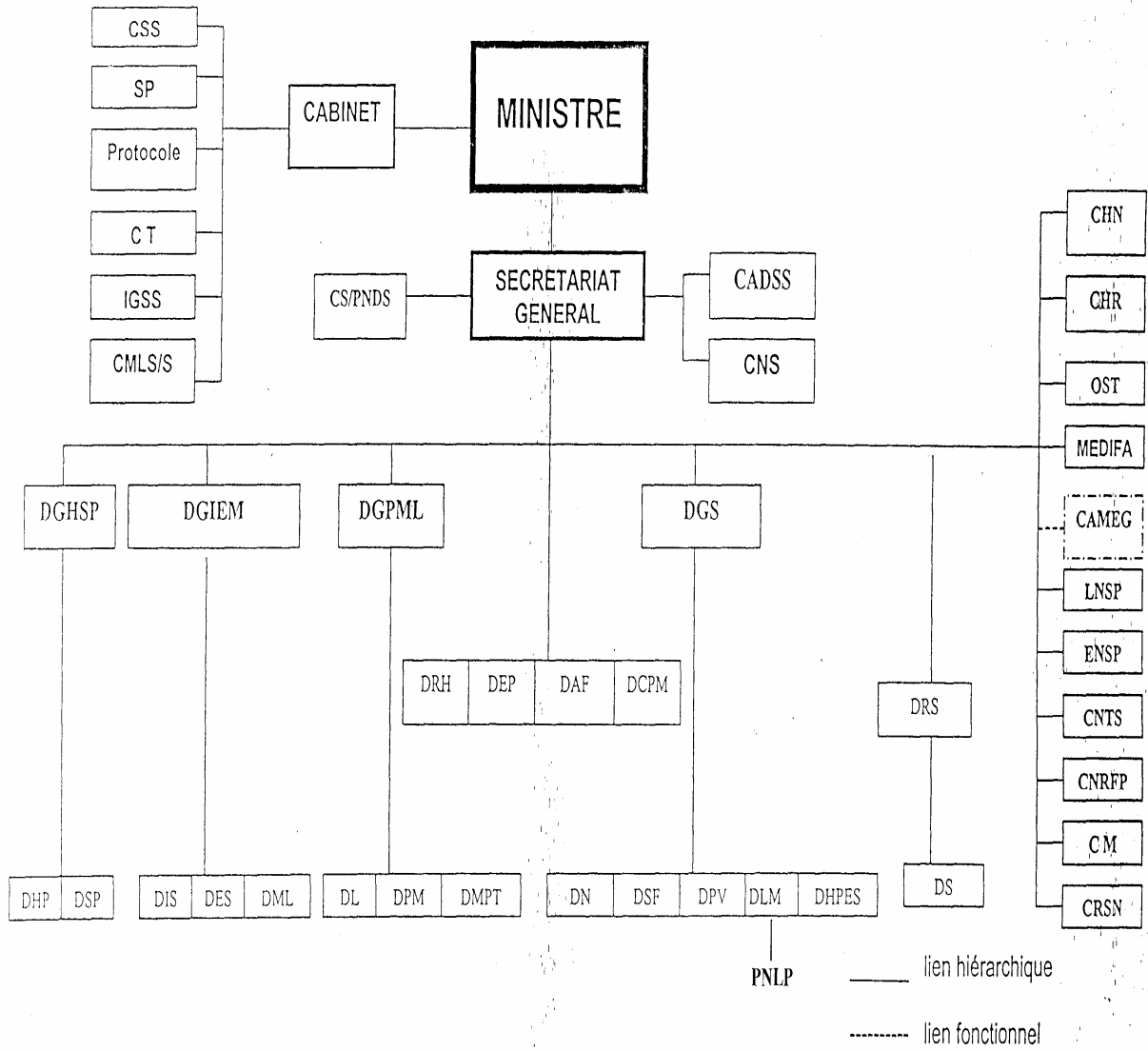
Annexe 4 : Organigramme du PNLP



Organigramme du Ministère de la Santé

ANNEXE 1 : DIAGRAMME DE L'ORGANIGRAMME

MINISTERE DE LA SANTE



Carte du Burkina Faso

