

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO

SECRETARIAT GENERAL

UNITE-PROGRES- JUSTICE

**DIRECTION GENERALE
DE LA SANTE**

**DIRECTION DE LA LUTTE
CONTRE LA MALADIE**

**PROGRAMME NATIONAL
DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME**



**RAPPORT DE LA REVUE DE
PERFORMANCES DU PROGRAMME
NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE
PALUDISME**

Version finale

Septembre 2016

Table des matières

RESUME	5
LISTE DES ABREVIATIONS.....	8
LISTE DES TABLEAUX, CARTES ET GRAPHIQUES	10
CHAPITRE 1: INTRODUCTION	11
1.1 Contexte de la lutte contre le paludisme.....	11
1.1.1 Situation géographique, Climat et transmission du paludisme	11
1.1.2 Situation démographique	16
1.2 Système national de santé et lutte contre le paludisme	17
1.2.1 Organisation du système de santé.....	17
1.2.2 Place de la lutte contre le paludisme dans les priorités nationales de	18
développement.....	18
1.2.3 Programme National de Lutte contre le Paludisme	18
CHAPITRE 2: PROGRES VERS LES OBJECTIFS D'IMPACT EPIDEMIOLOGIQUE ET ENTOMOLOGIQUE DU PALUDISME	22
2.1 Résultats.....	22
2.1.1. Progrès vers l'impact épidémiologique du PSN 2011-2015	22
2.1.2. Progrès vers l'impact entomologique du PSN	25
2.2 Conclusion et recommandations	26
2.2.1 Conclusion.....	26
2.2.2 Recommandations	26
CHAPITRE 3: FINANCEMENT DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	26
3.1 Résultats.....	26
3.1.1. Analyse du paysage du financement de la lutte contre le paludisme	26
3.1.2 Analyse des dépenses du paludisme dans le contexte des besoins budgétaires.....	28
3.2 Conclusion et recommandations	29
3.2.1 Conclusion.....	29
3.2.2 Recommandations	29
CHAPITRE 4 : CAPACITES DU PROGRAMME A METTRE EN OEUVRE LES ACTIVITES PLANIFIEES EN 2011-2015.....	30
4.1 Résultats.....	30
4.1.1 Etat de mise en œuvre des activités du PSN.....	30

4.2 Conclusion et recommandation	33
4.2.1 Conclusion.....	33
4.2.1 Recommandations	34
CHAPITRE 5: EFFICACITE DU SYSTEME DE SANTE A OFFRIR DES SERVICES DU PALUDISME	34
5.1 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la lutte anti vectorielle	34
5.1.1 Résultats	34
5.1.2 Conclusion et recommandations.....	38
5.2 Niveau d'atteinte des cibles des résultats du TPI	38
5.2.1 Résultats	39
5.2.2 Conclusion et recommandations.....	40
5.3.1 Résultats	40
5.3.2 Conclusion et recommandations.....	42
5.4 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la prise en charge des cas de paludisme	42
5.4.1 Résultats	43
5.4.2 Conclusion et recommandations	45
5.5 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la Gestion des Achats et Stocks	46
5.5.1 Résultats	46
5.5.2 Conclusion et recommandations	49
5.6 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la communication sociale et le changement de comportement (CCC)	50
5.6.1 Résultats	50
5.6.2 Conclusion et recommandations	53
5.7 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de préparation et de la riposte aux épidémies de paludisme (Lutte contre les épidémies).....	54
5.8 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la surveillance, Suivi / Evaluation et Recherche Opérationnelle (SS&E/RO).....	54
5.8.1 Résultats	55
5.8.2 Conclusion et recommandations	57
5.9 Fonctionnalité du système d'appui à la gestion du programme	57
5.9.1 Résultats	57
5.9.2 Conclusion et recommandations	59

CHAPITRE 6: IMPLICATIONS PROGRAMMATIQUES DES LECONS APPRISES LORS DE LA MISE EN OEUVRE DU PSN 2011-2015.....	59
6.1 Leçons apprises de la mise en œuvre du PSN 2011-2015	59
6.1.1. Lutte antivectorielle.....	59
6.1.2 Chimio prévention	60
6.1.3 Prise en charge des cas	60
6.1.4 GAS	60
6.1.5 CCC	60
6.1.6 Suivi-évaluation	61
6.1.7 Financement/Gestion du programme	61
6.2 Orientations stratégiques du PSN 2016-2020	61
6.2.1 Lutte anti vectorielle.....	61
6.2.2 Chimio prévention et prise en charge des cas).....	62
6.2.3 GAS	62
6.2.4 CCC	62
6.2.5 Suivi-évaluation	62
6.2.6 Gestion du programme.....	62
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES	63
ANNEXES	66

RESUME

La revue du programme est une évaluation finale de la performance du programme. Elle est conduite à la fin du cycle du plan stratégique national de lutte contre le paludisme et constitue la base pour l'élaboration du prochain plan stratégique de lutte contre le paludisme.

L'objectif général de la revue est d'évaluer la performance du programme national de lutte contre le paludisme au Burkina Faso pour la période 2011- 2015.

Ses Objectifs Spécifiques sont de:

1. Faire la revue du progrès de la mise en œuvre technique et financière du plan stratégique national de paludisme 2011-2015 ;
2. Faire la revue de l'atteinte des performances du PSN 2011-2015;
3. Apprécier les modalités opérationnelles de mise en œuvre des interventions ;
4. Formuler des recommandations et des orientations du PSN 2016-2020.

La méthodologie utilisée pour la revue a consisté en une évaluation interne et externe ayant suivi les étapes suivantes:

- Planification
- Revue documentaire thématique;
- Validation des résultats;
- Renforcement du PNLP avec la révision des documents.

Les principaux résultats sont les suivants:

Concernant les progrès vers l'impact sur les cibles Epidémiologie et entomologie du PSN, on note une multitude d'indicateurs de morbidité et de mortalité à renseigner dans le plan stratégique 2011-2015. Les indicateurs épidémiologiques se sont améliorés de 2010 à 2015 mais les cibles de 2015 n'ont pas été atteintes à l'exception de celles portant sur la létalité du paludisme grave et le nombre de décès de paludisme chez les femmes enceintes.

Aucun indicateur d'impact entomologique n'a été défini dans le PSN. Cependant, les centres et instituts de recherche œuvrant dans le cadre de la lutte contre le paludisme mènent des enquêtes périodiques permettant de recueillir des indicateurs entomologiques.

Concernant le financement du programme national de lutte contre le paludisme, la contribution de l'Etat est estimée à 16,1% du montant total des financements mobilisés au cours de la période 2011-2015. Les financements mobilisés auprès des partenaires pour la lutte contre le paludisme représentent environ 83.9% du financement total mobilisé.

Il existe un écart important de financement estimé à 41.3% avec une variation de 6.4% à 80.8%, traduisant ainsi un faible niveau de financement du PSN. Toutefois, les données présentées ne sont pas exhaustives liées à la non complétude des informations collectées auprès de certains partenaires.

Concernant les capacités du PNLP à mettre en œuvre les activités planifiées, le taux de performance pour l'ensemble des activités du plan est de 50% et correspond à un faible niveau de mise en œuvre des activités.

Ce faible taux de performance pourrait s'expliquer par la faiblesse du montant mobilisé et le gap financier de 41,3% pour la période 2011-2015 ainsi que l'exécution partielle de certaines activités.

Concernant l'efficacité du système de santé pour l'offre des services de lutte contre le paludisme :

- Pour l'atteinte des cibles de la lutte contre les vecteurs, l'évaluation des indicateurs de la promotion et de l'utilisation des MILDA, a été faite à travers deux enquêtes réalisées en 2011 et

en 2014 respectivement par le CNRFP et l'INSD dans des conditions différentes avec des méthodologies différentes ne permettant pas de faire une analyse comparée des résultats pour dégager les tendances de l'évolution des indicateurs dans la période du PSN.

Les PID a permis de protéger 96% de la population de Diébougou contre le paludisme, de traiter 36 870 structures éligibles et d'atteindre un taux de couverture de 99,3%.

La LAL dans la ville de Ouagadougou a permis d'appliquer 6 400 traitements aux bio-larvicides (Bt) sur 1 221 gîtes larvaires dénombrés, de traiter une superficie totale de gîtes de 3 500 000 m².

- Pour l'atteinte des cibles de la prévention du paludisme chez la femme enceinte, on constate des écarts négatifs entre les femmes vues en CPN1 et le nombre de femmes ayant reçu le TPI1 (-12, 82% en 2015). Il en est de même entre celles ayant reçu les TPI2 et TPI3 par rapport au TPI1 (-20,51% en 2015 pour le TPI2 et -51,71% pour le TPI3). Cela dénote d'une insuffisance dans la régularité des femmes aux activités préventives et aussi à la consultation tardive des services de CPN, posant ainsi le problème de suivi global de la femme enceinte. Les ruptures en SP dans les FS peuvent aussi expliquer ces écarts constatés.

- Pour l'atteinte des cibles de la chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS), les couvertures administratives moyennes annuelles sont de 83,89% en 2014 et de 105,91% en 2015. Les écarts positifs de couverture administrative entre passages et les taux supérieurs à 100% s'expliquent en partie par le fait que le dénominateur est fixe alors qu'au numérateur des enfants rentrent à chaque cycle. A cela, on peut ajouter les difficultés liées à l'estimation de l'âge des enfants et les problèmes liés aux mouvements des populations.

- Pour l'atteinte des cibles du diagnostic et du traitement des cas de paludisme, les niveaux des indicateurs sont en deçà des cibles dans la plupart des cas, même si une évolution notable a été constatée pour le taux de confirmation (87% en 2015). Ce constat pourrait s'expliquer par le non-respect des directives dans certains cas entravant ainsi l'efficacité et l'efficience du traitement. La PECADO a été effective pendant la période de mise en œuvre du PSN avec des difficultés liées à la faible qualité des données communautaires.

- Pour l'atteinte des cibles de la Gestion des Achats et des Stocks (GAS), quelques insuffisances ont été constatées dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement tant au niveau périphérique qu'au niveau central. Par ailleurs il a été noté une inadéquation de certains indicateurs de résultats et la quasi absence d'autres indicateurs relatifs au système GAS notamment le délai de livraison des commandes, le taux de perte des stocks...

Aussi, les activités de contrôle de qualité et de pharmacovigilance des intrants de lutte contre le paludisme ont été le plus souvent intégrées aux activités de la DGPML avec parfois des insuffisances dans la coordination de leur mise en œuvre ou de leur capitalisation.

- Pour l'atteinte des cibles du plaidoyer, mobilisation sociale et de la communication pour le changement de comportement (CCC), certains indicateurs définis dans le plan de communication n'ont pas été mesurés car ne figurant pas dans le cadre de performance de suivi/évaluation. Néanmoins, on note que la mise en œuvre du plan de CCC en appui au plan stratégique 2011-2015 de lutte contre le paludisme a permis d'accroître le niveau de connaissance des populations, d'améliorer les attitudes facilitant l'adoption des comportements en matière de prévention et prise en charge du paludisme.

- Pour la préparation et de la riposte contre les épidémies de paludisme, aucune intervention n'a été prévue dans le plan stratégique 2011-2015.

- Pour l'atteinte des cibles de la Surveillance, Monitoring et Evaluation, la mise en œuvre de la stratégie a été confrontée à la difficulté de renseigner une multitude d'indicateurs et l'absence de certains indicateurs, notamment entomologiques dans le plan de suivi-évaluation. La faible qualité des données et l'absence de capitalisation des interventions dans ce domaine ont également été des facteurs limitant la bonne mise en œuvre de cette stratégie. Par ailleurs, de bonnes pratiques en matière de gestion des données, n'ont pas été étendues à d'autres districts.

- Pour l'atteinte des cibles de la fonctionnalité de la gestion du Programme, le pays dispose d'un cadre réglementaire pour la lutte contre le paludisme et des documents normatifs actualisés pour une meilleure harmonisation des interventions à tous les niveaux du système de santé. Il existe un cadre de partenariat fonctionnel permettant un suivi et une orientation du programme de lutte contre le paludisme. Toutefois on relève une insuffisance dans la tenue des rencontres statutaires des organes de comité de pilotage. Des ressources qualifiées sont disponibles au sein de la coordination du PNLP avec cependant l'insuffisance de certains profils. L'ancrage institutionnel actuel ne permet pas une célérité dans la mise en œuvre des activités de gestion et de coordination. Par ailleurs le positionnement actuel du PNLP dans l'organigramme, ainsi que son statut limite fortement la création d'une ligne budgétaire.

Ces résultats portant sur la mise en œuvre du PSN 2011-2015 ont permis de dégager des Leçons apprises et des orientations stratégiques pour le futur PSN 2016-2020.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACT	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
AL	Artéméther/luméfantrine
AS	Agent de santé
ASAQ	Artésunate/amodiaquine
ASBC	Agent de santé à base communautaire
CAMEG	Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et de consommables médicaux
CCC	Communication pour le changement de comportement
CHN	Centre hospitalier national
CHU	Centre hospitalier universitaire
CM	Centre médical
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CNRFP	Centre national de recherche et de formation sur le paludisme
CPN	Consultation pré natale
CSC	Conseil supérieur de la communication
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DGESS	Direction générale des études et des statistiques sectorielles
DGPML	Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires
DLM	Direction de la lutte contre la maladie
DMEG	Dépôt de médicaments essentiels génériques
DQA	Data quality assesement
DS	District sanitaire
EDS	Enquête démographique et de santé
EIP	Enquête sur les indicateurs du paludisme
ENDOS	Entrepôt des données sanitaires
FE	Femme enceinte
FONRID	Fonds National pour la Recherche et l'Innovation pour le Développement
FS	Formation sanitaire
GAS	Gestion des achats et des stocks
GP	Gestion du programme
IEC	Information, éducation, communication
INSO	Institut national de la statistique et de la démographie
IRSS	Institut de recherche en sciences de la santé
JMLP	Journée mondiale de lutte contre le paludisme
LAL	Lutte anti larvaire
LAV	Lutte anti vectorielle
MILDA	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
MIS	Malaria indicator survey
OBC	Organisation à base communautaire
ODD	Objectifs de développement durable
OMD	Objectifs de développement pour le millénaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PEC	Prise en charge
PECADO	Prise en charge à domicile
PG	Paludisme grave
PIC	Plan intégré de communication

PID	Pulvérisation intra domiciliaire
PMA	Paquet minimum d'activités
PNL	Programme national de lutte contre le paludisme
PNS	Politique nationale de santé
PNSD	Plan national de développement sanitaire
PSN	Plan stratégique national
PTF	Partenaire technique et financier
SCADD	Stratégie de croissance accélérée pour le développement durable
SMART	Spécifique, mesurable, accessible, reproductible et dans le temps
SNIS	Système national d'information sanitaire
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
TDR	Test de diagnostic rapide
TIE	Taux d'inoculation entomologique
TIC	Technologie de l'information et de la communication
TLOH	Télégramme lettre officielle hebdomadaire
TPI	Traitement préventif intermittent

LISTE DES TABLEAUX, CARTES ET GRAPHIQUES

TABLEAUX	Pages
Tableau I : Niveaux d'atteinte des indicateurs de morbidité et de mortalité	20
Tableau II : Tendances des crédits budgétaires alloués au secteur de la santé	24
Tableau III : Tendances de la contribution de l'état au financement du PSN 2011-2015	25
Tableau IV : Ecart des financements du PSN 2011-2015	26
Tableau V : Etat de mise en œuvre du PSN 2011-2015	28
Tableau VI : Performance de la mise en œuvre du PSN 2011-2015	29
Tableau VII : Etat de mise en œuvre des défis/orientations stratégiques de la revue à mi-parcours du PSN 2011-2015	30
Tableau VIII : Acquisition des MILDA	32
Tableau IX : Distribution des MILDA	33
Tableau X : Evolution des indicateurs relatifs aux MILDA par années	34
Tableau XI : Indicateurs des indicateurs relatifs à la LAL par années	34
Tableau XI : Situation des couvertures CPN1 et TPI de 2011 à 2015	37
Tableau XIII : Situation des indicateurs de résultats de la CPS de 2014 à 2015	38
Tableau XIV : Evolution des indicateurs de résultats de la prise en charge des cas de paludisme de 2011 à 2015	41
Tableau XV : Evolution des indicateurs CCC de 2011 à 2015	48
CARTES	Pages
Carte n°1 : Faciès épidémiologiques de transmission du paludisme au Burkina Faso	12
Carte n°2 : prévalence parasitaire du paludisme par région chez les enfants de 6-59 mois (EIPBF 2014)	13
Carte n°3 : prévalence parasitaire du paludisme par région chez les enfants de 6-59 mois (EDS en 2010)	13
GRAPHIQUES	Pages
Graphique 1: Evolution du nombre de cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans de 2012-2015	12
Graphique 2 : Evolution de l'incidence du paludisme dans les formations sanitaires de 2011 à 2015	14
Graphique 3 : Evolution de la létalité du paludisme dans les formations sanitaires de 2011 à 2015	14
Graphiques 4 & 5 : Variations annuelles des espèces de plasmodium dans un village du plateau central du Burkina Faso	22
Graphique 6: Tendances des financements du plan stratégique 2011-2015	26
Graphique 7 : Evolution du taux de confirmation des cas de paludisme de 2011 à 2015	41

CHAPITRE 1: INTRODUCTION

1.1 Contexte de la lutte contre le paludisme

1.1.1 Situation géographique, Climat et transmission du paludisme

1.1.1.1. Situation géographique y compris les aspects administratifs et la situation socio-économique

Le Burkina Faso est un pays sahélien enclavé, situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest et couvre une superficie d'environ 272 960¹ 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.

Depuis juin 1991, le Burkina Faso s'est doté d'une constitution qui consacre, le multipartisme, la séparation des pouvoirs. Des efforts sont faits par le pays en matière de promotion de l'Etat de droit et des principes de la bonne gouvernance. Le territoire national est divisé en 13 régions, 45 provinces, 351 communes dont 49 communes urbaines, 8 895 villages environ, et des hameaux de culture.

La région et la commune sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Le pays est dans la phase de décentralisation administrative qui a abouti à la communalisation intégrale dont l'un des objectifs est le transfert de compétences et des ressources du département ministériel aux collectivités locales.

Le Burkina Faso occupe le 183^{ème} rang sur 188 pays (Rapport PNUD, 2015) avec un Indice de développement humain (IDH) qui est passé de 0,343 en 2013 à 0,402 en 2014.

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

L'état du logement au Burkina Faso est caractérisé par la prédominance des habitats précaires, construits à base de matériaux non définitifs comme le banco et la paille. Ainsi, 70,1% de la population vit dans ces types de constructions (SCADD).

Le pays présente une très grande diversité culturelle avec plus d'une soixantaine de groupes ethniques. Les religions sont dominées par l'islam (60,50%), le christianisme (23,2%) et l'animisme (15,3%)².

Le taux brut de scolarisation, il est passé de 48,7% à 76%. Les différents indices de parité, en progrès, atteignent respectivement 0,96 et 0,91 en 2009/2010 pour les niveaux d'admission et de scolarisation

Dans les autres ordres d'enseignement, les taux de scolarisation se sont améliorés, en particulier pour l'enseignement secondaire dont le taux a quasiment doublé entre 2000 (11,4%) et 2010 (22,2%) avec un gain de 10,8 points de pourcentage, en dix (10) ans.

¹ Annuaire statistique 2015

² INSD, RGPH 2006

Le taux brut de scolarisation au primaire (6-12 ans) est passé de 74,8% en 2009-2010 à 83,7% en 2014-2015. Dans les autres ordres d'enseignement (post primaire et secondaire), les taux de scolarisation se sont améliorés. Ainsi, le taux brut de scolarisation est passé de 23,9% en 2010-2011 à 29,5% en 2013-2014.

Le Burkina Faso est desservi par un réseau routier classé d'une longueur totale de 15304,4 km dont 3437,8 km de route bitumée (source INSD, annuaire statistique 2014, décembre 2015).

Les structures chargées des télécommunications offrent une gamme variée de produits et de services : téléphone, télégraphe, télex, télécopie, téléphone mobile, nœud national d'interconnexion avec Internet etc.

1.1.1.2. Ecosystème, Environnement et Climat

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 (novembre à mai) et une courte saison humide (juin à octobre). On distingue trois zones climatiques : i) une zone soudanienne, entre 1000 et 1300 mm sur une période qui s'étale sur au moins 5 mois; ii) une zone soudano-sahélienne, entre 600 et 1000 mm sur une période de 3 à 4 mois ; iii) une zone sahélienne entre 400 et 600 mm sur une période de 3 à 4 mois.

Le réseau hydrographique du Burkina s'organise autour de trois principaux fleuves, le Mouhoun, le Nazinon et le Nakambé, qui drainent annuellement environ 8 milliards de m³ d'eau. Les températures moyennes varient de 16°C à 45°C dans le pays.

Les changements climatiques actuels pourraient modifier certains paramètres (pluviométrie, température,...) et entraîner une augmentation des gîtes larvaires ; ce qui modifierait l'incidence des cas de paludisme.

1.1.1.3. Transmission du paludisme

➤ Parasites du paludisme

Au Burkina Faso, trois espèces sympatriques de plasmodium circulent dans la population.

Ce sont le *Plasmodium falciparum* (dans plus de 90% des cas, responsable des formes graves et mortelles du paludisme), le *P. malariae* et le *P. ovale*. L'infection à *P. falciparum* est largement répandue à travers le pays et pendant toute la période de l'année, tandis que le *P. malariae* et le *P. ovale* culminent individuellement à la fin de la saison des pluies³.

La prévalence de la parasitémie palustre chez les enfants de 6 à 59 mois est de 65,9%. En dehors de la région du Centre (27%), toutes les autres régions du Burkina Faso sont au-dessus de 59%, (carte n°1). Par ailleurs, elle est 2,4 fois plus élevée en milieu rural (72,9%) qu'en milieu urbain (29,8%) (EDS 2010; p.161-163, annexe 3).

Cependant, on a observé une baisse de la létalité du paludisme (1,5%) pendant la même période (Fig.3) variant d'une région à une autre (0,7% dans la région du Centre à 2,4% dans la région des Hauts Bassins). Cette baisse de la létalité s'explique essentiellement par l'amélioration de la qualité de la prise en charge grâce à la révision des directives, à la formation/supervision des

³Gnémé A, et al.(2015) Equivalent susceptibility of *Anopheles gambiae* M and S molecular forms and *Anopheles arabiensis* to *Plasmodium falciparum* infection in Burkina Faso. *Malar J.* 2013 Jun 14;12:204

agents et à l'accessibilité au traitement du paludisme grave (en moyenne 200 000 kits de traitement gratuits /an n'incluant pas le diagnostic).

➤ Vecteurs du paludisme

Le complexe vectoriel est dominé par les membres du complexe *Anophèles gambiae sl* avec une prédominance importante d'*An. gambiae ss* à l'Ouest et *Anophèles coluzzi* au Centre et au Centre-Est. *L'An. arabiensis* est mieux implantée dans la zone soudano-sahélienne et relativement peu fréquente à l'Ouest du pays 4. La zone sahélienne est caractérisée par une forte présence d'anophèles coluzzi dans les zones suburbaines due à l'installation des collections d'eau permanentes à semi-permanentes. *A. Funestus* est le second groupe de vecteur après *A. gambiae sl*. qui assure la transmission à la fin des saisons de pluie.

En ce qui concerne le Taux d'inoculation entomologique (TIE), une étude réalisée par R. Dabiré et Al5 dans les districts de Diébougou et de Dano en 2011 sur le taux d'inoculation entomologique (TIE) calculé en regroupant les espèces intérieures et extérieures de *An. gambiae S.l.* de *An. Funestus* a montré que le contributeur majeur au TIE, à la fois dans les zones de contrôle et d'intervention, était *An. gambiae S.l.* (70% par *An. Gambiae S-forme*).

Le TIE intérieur a atteint 192 piqûres infectantes / personne au cours de la période d'enquête de six mois dans la zone de contrôle.

Le TIE rapporté à l'extérieur était important dans la zone d'intervention avec 15 piqûres infectantes / personne sur la période de six mois (contribuant 16,5% vs 6,4% de l'ensemble TIE pour chaque zone), bien plus proche de la valeur absolue du contrôle (13 piqûres infectantes / personne).

Une étude6 menée en 2011 par le Centre national de recherche et de formation, dans le district sanitaire de Saponé dans la région du Centre, a rapporté que le TIE était de 18 piqûres infectantes/mois.

An. funestus a également contribué à la transmission, mais surtout par les piqûres à l'intérieur dans les deux zones, même s'il a été constaté qu'il pique plus souvent à l'extérieur qu'à l'intérieur, dans la zone d'intervention. Sa contribution dans la transmission ne différait pas entre les deux zones.

Pour la résistance des vecteurs du paludisme en l'occurrence *An. gambiae* en Afrique de l'Ouest et particulièrement au Burkina Faso, l'étude (IRSS, Centre Muraz, 2012) indique que celle-ci augmente d'année en année ce qui pourrait constituer à moyen terme un facteur limitant à l'utilisation des insecticides en lutte antivectorielle. En effet *An. gambiae s.l.* au Burkina Faso et globalement en Afrique de l'Ouest présente un niveau de résistance (sinon une baisse de sensibilité notoire) surtout vis-à-vis du DDT/pyrethrinoides. Les taux de mortalité sont encore acceptables au niveau opérationnel pour les zones du Centre et de l'Est du pays pour la deltaméthrine 0.05% mais avec un statut de sensibilité modérée à l'Ouest suggérant une surveillance entomologique régulière. Par ailleurs les niveaux de résistance au bendiocarb 0.1% montrent que cet insecticide est encore efficace pour la plupart des sites du pays mais doit être utilisé avec prudence à l'Ouest du pays où une baisse de sensibilité a été reportée. En alternative, l'étude a révélé que le fenithrothion 1% et surtout le chlorpyrifos methyl 0.4% restent efficaces contre les populations d'*Anopheles gambiae* quelle que soit leur provenance géographique. Cet insecticide pourrait remplacer le bendiocarb dans les zones où celui-ci pourrait présenter des baisses importantes de sensibilité.

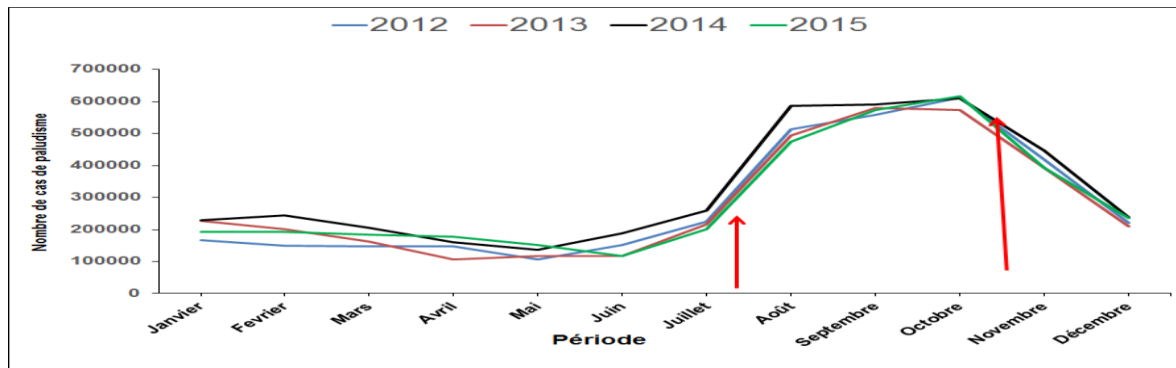
⁴ IRSS, Centre Muraz 2012, Statut de sensibilité des populations d'*Anophèles gambiae sl*. dans les zones pilotes du PNLP au Burkina Faso

⁵

⁶ Tiono AB, **Guelbeogo WM**, Sagnon NF, Nébié I, Sirima SB, Mukhopadhyay A, Hamed K. (2013) Dynamics of malaria transmission and susceptibility to clinical malaria episodes following treatment of *Plasmodium falciparum* asymptomatic carriers: results of a cluster-randomized study of community-wide screening and treatment, and a parallel entomology study. BMC Infect Dis. Nov 12;13:535.

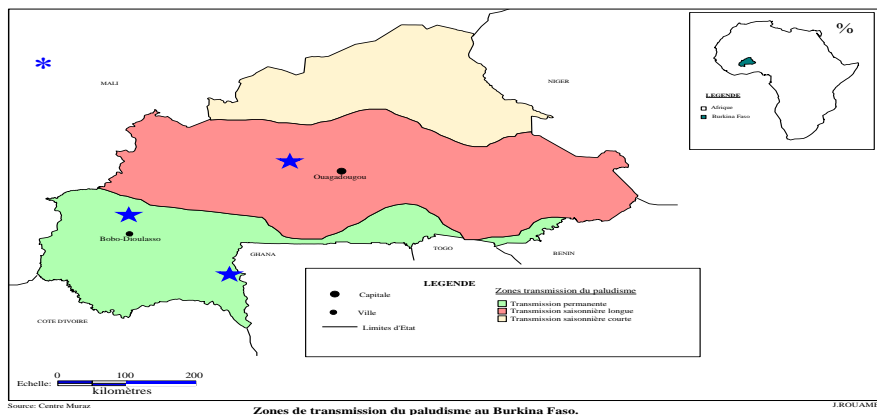
➤ Dynamique de la transmission du paludisme et niveaux d'endémicité

La transmission du paludisme est stable dans tout le pays, avec une recrudescence saisonnière durant la période de juillet à octobre.



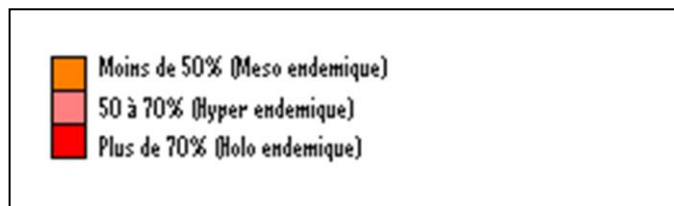
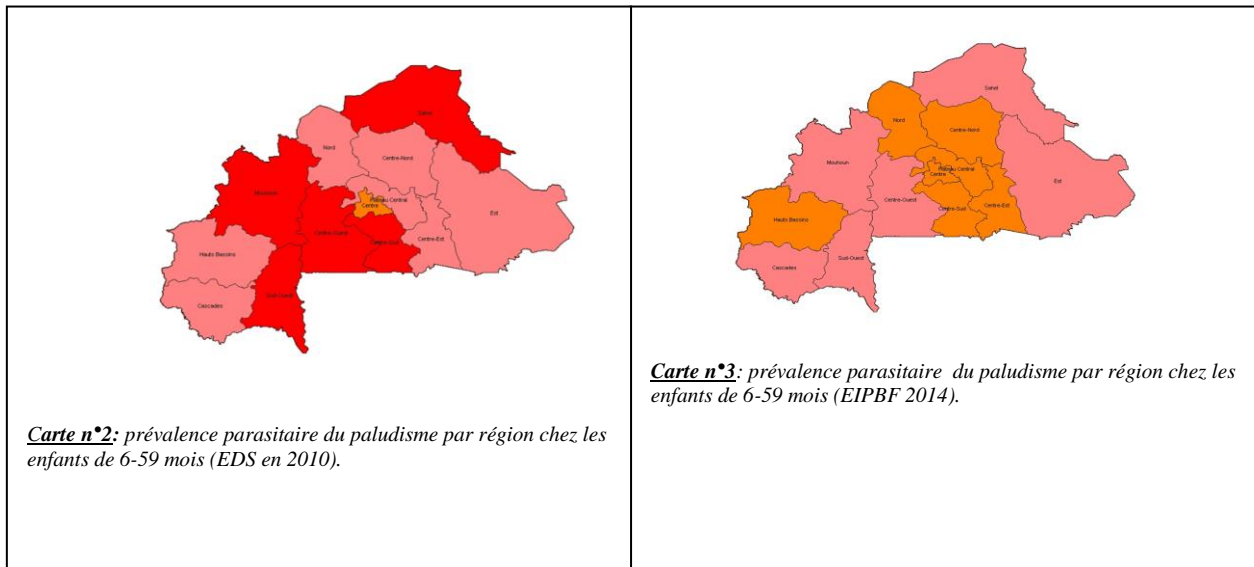
Graphique 1: Evolution du nombre de cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans de 2012-2015

Au cours des quatre (4) dernières années, environ 60% des cas de paludisme ont été enregistrés entre les mois de juillet et de novembre, d'où la mise en œuvre progressive de la chimio prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de moins de 5 ans.



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

Trois faciès de transmission du paludisme avaient été identifiés avant 2003 (carte n°1), d'où la nécessité d'une mise à jour des données épidémiologiques, entomologique, biologique et climatique pour réactualiser les strates épidémiologiques au Burkina Faso.



Les cartes n°2 et n°3 donnent respectivement la prévalence parasitémiq ue du paludisme par région chez les enfants de 6-59 mois fournie par l'EDS- 2010 et L'EIPBF 2014. Au cours des deux périodes, toutes les régions qui étaient dans la zone à prévalence élevée sont passées à une zone à prévalence moyenne et ceux qui étaient dans la zone à prévalence moyenne ont évolué pour devenir zone à prévalence faible à l'exception de la région du centre qui y était déjà depuis 2010. Il faut noter que la prévalence parasitémiq ue moyenne est passée de 65,9% en 2010 à 45,7% en 2014.

Les écarts entre les régions selon les données de 2014 vont de 8,2% dans la région du Centre à 61,4% dans la région du Sud-Ouest. Le paludisme est donc hyper endémique dans la quasi-totalité du pays bien que la région du centre présente une prévalence parasitémiq ue relativement basse par rapport à la moyenne nationale.

➤ Stratification du paludisme et Cartographie

Selon les résultats de la prévalence parasitaire évaluée en 2014 lors de l'Enquête sur les indicateurs du paludisme au Burkina Faso (EIPBF-2014), le pays se subdivise en deux strates : une zone à transmission modérée ou méso-endémique (moins de 50%) et une zone à transmission haute ou hyper-endémique (50-70%).

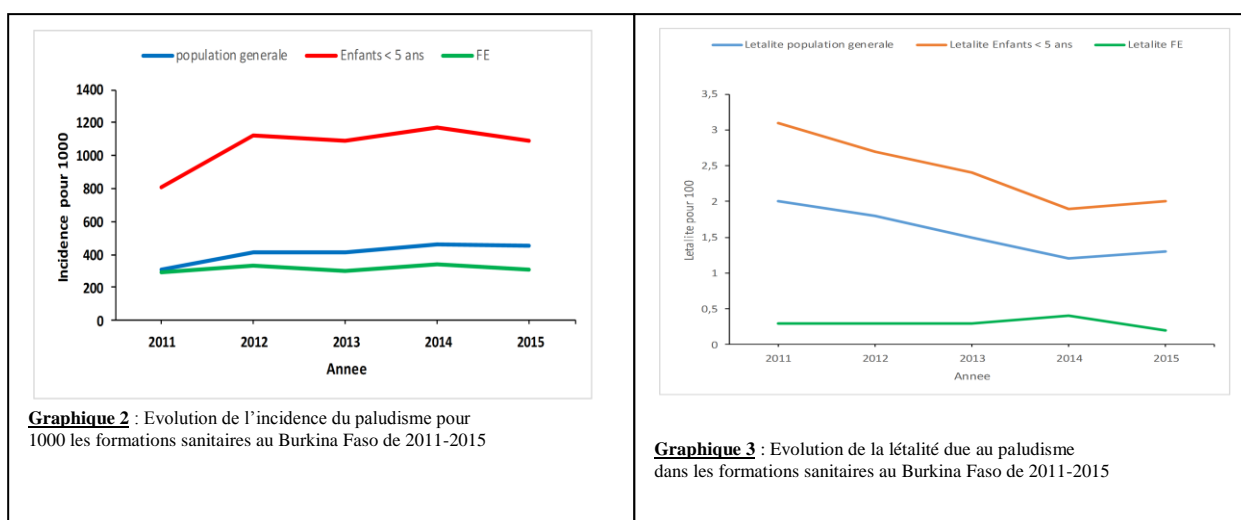
L'OMS recommande que s'il n'y a qu'une strate (PP>50% dans tout le pays) ou deux, alors la stratification pour le pays sera alors basée sur l'incidence et le taux de positivité des tests.

Etant donné qu'au Burkina Faso, l'une des strates a une prévalence parasitaire supérieure à 50%, la stratification du paludisme est faite sur l'incidence et le taux de positivité. Ainsi, tout le pays se retrouve dans une seule strate à savoir la haute transmission d'où la planification des interventions de lutte uniformes à l'ensemble du pays.

➤ Morbidité et Mortalité du paludisme

Au Burkina Faso, le paludisme est une maladie d'intérêt en santé publique. Il représente le premier motif de consultation, d'hospitalisation et de décès. En effet, de 2010 à 2015, on observe une augmentation de l'incidence des cas rapportés par les formations sanitaires comme le présente le graphique 2 ci-dessous. Les populations les plus vulnérables sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Les graphiques suivants montrent l'évolution annuelle de l'incidence et la létalité du paludisme grave dans la population générale, chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.



L'analyse de l'incidence entre 2011 à 2015 montre une tendance à l'augmentation. Elle pourrait s'expliquer par une augmentation de la couverture sanitaire (ouverture de 435 nouvelles formations sanitaires), de la fréquentation (0,68 contacts/habitant/an en 2011 à 0,87 en 2015) et l'amélioration du système de rapportage des données. Cependant, on a observé une légère baisse de la létalité du paludisme pendant la même période.

Il n'y a pas de différence d'incidence au niveau du sexe. Par contre les enfants de moins de 5 ans ont fait près de trois fois plus de paludisme que la population générale. Les enfants de moins de 5 ans payent le plus lourd tribut en terme de mortalité que le reste de la population. D'où la nécessité de mettre un accent sur la prévention et la prise en charge du paludisme dans cette tranche d'âge.

Les outils actuels de rapportage ne permettent pas de désagréger les informations selon la zone de résidence ou le revenu.

1.1.2 Situation démographique

La population résidente du Burkina Faso est estimée à 18 450 494 habitants en 2015. Le taux d'accroissement naturel est estimé à 3,1%. Les femmes représentent 51,8%. Pour certaines interventions spécifiques du plan stratégique 2011-2015, les cibles prioritaires sont les enfants de moins de cinq (5) ans et les femmes enceintes. Les enfants de moins de 5 ans représentent 18,33%

de la population et les grossesses attendues représentent 5,48% de la population totale (projections démographiques de 2007-2020 par région et province, août 2009, INSD).

Selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH-2006), le taux brut de natalité est estimé à 46,0‰, celui de la mortalité générale est de 11,8‰ et l'espérance de vie à la naissance de 56,7 ans. L'indice synthétique de fécondité est de 6,2 enfants par femme.

Le pays connaît **des flux migratoires** importants :

- ✓ **Migration interne** : on constate des flux saisonniers des régions arides vers les régions arrosées et des afflux de populations vers les sites aurifères.
- ✓ **Migration externe** : Ces dix dernières années, avec les crises socio-politiques dans la sous-région, le Burkina a accueilli d'importants flux de réfugiés surtout dans les régions du sahel, des hauts-bassins et du centre. Au total, 33 069 réfugiés ont été accueillis à travers divers sites dans ces trois régions (source HCR).

1.2 Système national de santé et lutte contre le paludisme

1.2.1 Organisation du système de santé

Sur le plan administratif, le système de santé comprend trois (3) niveaux : i) le niveau central qui comprend les directions centrales et les structures rattachées ; ii) le niveau intermédiaire composé de 13 directions régionales et iii) le niveau périphérique qui comprend 70 districts sanitaires fonctionnels.

Le système de soins est organisé en trois sous-secteurs qui sont : public, privé et médecine traditionnelle.

Le sous-secteur sanitaire public est structuré en trois niveaux : le 1er niveau représenté par le district sanitaire ; le 2ème niveau est composé des centres hospitaliers régionaux ; le 3ème niveau représenté par les centres hospitaliers universitaires.

❖ Le 1^{er} niveau, représenté par le district sanitaire, est subdivisé en deux échelons:

- Le 1^{er} échelon, le centre de santé et de promotion sociale (1698 CSPS) et le centre médical (43 CM), constituent la porte d'entrée du système de santé. On y dispense un paquet minimum d'activités (PMA) composé de soins curatifs, préventifs, réadaptatifs et promotionnels. Depuis l'élaboration et l'adoption de la politique nationale de santé communautaire, la composante communautaire fait partie intégrante du premier échelon.
- Le 2^{ème} échelon, le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (47 CMA) ou hôpital de district, vient en complément au 1^{er} échelon en dispensant le paquet complémentaire d'activités (chirurgie, examens para cliniques, consultations médicales et spécialisées, etc.).

❖ Le deuxième niveau comprend les centres hospitaliers qui sont les structures de référence pour les CMA ;

❖ Le troisième niveau composé des centres hospitaliers nationaux (9 CHU) et universitaires (4 CHN/CHU) est le niveau le plus élevé de soins de référence et des prestations spécialisées;

En 2015, le rayon moyen d'action théorique des CSPS est de 6,8 Km, le ratio habitant par CSPS de 9 856 habitants et le nombre de contacts par habitant et par an de 0,87 avec cependant des disparités d'une région à l'autre.

La politique nationale de santé (PNS) se fonde sur les principes des soins de santé primaires et les valeurs d'équité, de justice sociale, de solidarité, de redevabilité, d'éthique, de probité, de respect

de l'identité culturelle des communautés et des droits des patients ainsi que de l'approche genre et de la bonne gouvernance. La vision de la santé s'y décline comme « le meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système national de santé performant »

La part du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat est de 12,6% en 2015. Malgré cet effort consenti par l'Etat, la dépense de santé par habitant est toujours en deçà des 30 à 40 \$US que recommande l'OMS.

La bonne gouvernance et le leadership dans le secteur de la santé sont des orientations stratégiques du plan national de développement sanitaire 2011-2020 (PNDS).

1.2.2 Place de la lutte contre le paludisme dans les priorités nationales de développement

Le paludisme est pris en compte dans le PNDS 2011-2020 dans son orientation stratégique 4 à savoir « la promotion de la santé et la lutte contre la maladie ». Ce plan répond aux objectifs de la Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD), élaboré par le Gouvernement du Burkina Faso pour accélérer l'atteinte des Objectifs de développement durable (ODD).

Au sein du secteur de la santé, le paludisme est une priorité parce qu'il y a une politique en matière de lutte contre le paludisme. Il y a un engagement ministériel fort, un appui gouvernemental continu avec les autres départements ministériels. Des plans stratégiques sont élaborés sans discontinuité avec la mise en œuvre d'actions fortes. Environ \$ 30 millions ont été investis ces 5 dernières années dans la lutte contre le paludisme. Ces montants ont été investis essentiellement dans l'achat des MILDA, des médicaments et des tests de diagnostic rapide. Cependant, on note la faiblesse des financements de l'Etat par rapport aux ressources extérieures.

Dans le cadre des accords internationaux, le Burkina Faso a souscrit aux résolutions et initiatives mondiales suivantes :

- ✓ l'Initiative « Faire Reculer le Paludisme » ;
- ✓ la déclaration d'Abuja ;
- ✓ les OMD à travers son objectif 6 qui est de combattre le paludisme ;
- ✓ la SCADD.
- ✓ ODD
- ✓ GTS

Pour la mise en œuvre de ces accords et initiatives, le pays a développé les stratégies suivantes :

- ✓ la subvention des ACT;
- ✓ la gratuité des MILDA pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans;
- ✓ la gratuité de la PEC du paludisme grave pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ;
- ✓ la gratuité SP pour le TPI ;
- ✓ la distribution universelle des MILDA ;
- ✓ la gratuité des TDR.

1.2.3 Programme National de Lutte contre le Paludisme

1.2.3.1. Structure organisationnelle de la lutte contre le paludisme

Le PNLP a été créé en 1991 et 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 PNLP est chargé de coordonner les activités, de favoriser les activités de recherche, d'assurer l'approvisionnement régulier en intrants et d'établir les protocoles thérapeutiques.

La coordination du PNLP est dirigée par un coordonnateur nommé par arrêté ministériel. Le PNLP comporte sept (7) unités : PEC et prévention médicamenteuse, lutte anti vectorielle, communication, approvisionnement et logistique, planification-suivi-évaluation-recherche, administration et finances et secrétariat. Chaque unité est dirigée par un responsable.

Les régions et les districts sanitaires élaborent et mettent en œuvre des plans d'action annuels qui intègrent les activités de lutte contre le paludisme et prennent en compte le secteur public, le secteur privé et la société civile. Ces activités s'inspirent des orientations stratégiques et des cibles contenues dans le plan stratégique de lutte contre le paludisme.

La lutte contre le paludisme est coordonnée au niveau intermédiaire par les équipes des directions régionales de la santé et au niveau district par les équipes cadres de district qui appuient les formations sanitaires dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme. En plus des structures techniques nationales, des ONG appuient le PNLP dans la mise en œuvre des interventions au niveau communautaire, en particulier dans la promotion de l'utilisation des MILDA, la mobilisation sociale, la sensibilisation de la population et la PECADO.

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, le comité de suivi de l'utilisation des intrants et la réunion périodique des partenaires de la lutte contre le paludisme. Les niveaux intermédiaire et périphérique disposent de cadres de concertation dont une des missions est l'appui et la coordination de la lutte contre le paludisme : Comité technique régional de santé, Conseil de santé du district, Assemblée générale du comité de gestion des formations sanitaires de base.

1.2.3.2. Plan Stratégique de lutte contre le paludisme 2011-2015

Le plan stratégique 2011-2015 a été révisé en fin 2013 et prolongé jusqu'en 2017 pour la mobilisation des ressources.

Vision: La vision du pays en matière de lutte contre le paludisme est "Un Burkina Faso sans paludisme pour un développement humain durable".

Mission: Le plan stratégique révisé de lutte contre le paludisme pour la période 2011-2015 devait permettre au PNLP de renforcer le contrôle de la maladie, dans un contexte de coordination des actions des partenaires, de renforcement du leadership national.

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

Objectifs:

1. D'ici fin 2015, 100 % des cas suspects de paludisme sont confirmés et traités avec des antipaludiques adaptés dans tous les établissements publics, privés et au niveau communautaire
2. D'ici fin 2015, 100% de la population est protégée du paludisme, spécifiquement chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.
3. D'ici fin 2015, au moins 80% des populations observent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme.
4. D'ici fin 2015, la capacité du PNLN dans la gestion de la lutte contre le paludisme est renforcée.

1.2.3.3 Revue de performance du programme de lutte contre le paludisme en 2016

- **Définition**

La revue du programme est une évaluation finale de la performance du programme. Elle est conduite à la fin du cycle du plan stratégique national de lutte contre le paludisme et constitue la base pour l'élaboration du prochain plan stratégique 2011-2015 de lutte contre le paludisme.

- **Justification**

Afin de mesurer l'impact de tous ces financements et leur effet en termes de résultats et d'atteinte d'indicateurs, le Burkina Faso a souscrit à une méthode d'évaluation qui permet d'apprécier l'influence de la lutte contre le paludisme sur le système de santé et sur la réduction de la pauvreté. Ainsi les autorités nationales ont planifié une revue du programme de lutte contre le paludisme de façon générale et en particulier de son plan stratégique 2011-2015 de lutte contre le paludisme. Cette revue est destinée à informer les acteurs et utilisateurs du programme, les responsables politiques ainsi que les partenaires techniques et financiers sur les réalisations, les besoins et les insuffisances dans la poursuite de la lutte contre le paludisme au niveau du pays.

- **Objectifs**

Objectif Général :

Evaluer la performance du programme national de lutte contre le paludisme au Burkina Faso pour la période 2011- 2015.

Objectifs Spécifiques :

1. Faire la revue du progrès de la mise en œuvre technique et financière du plan stratégique national de paludisme 2011-2015 ;
2. Faire la revue de l'atteinte des performances du PSN 2011-2015;
3. Apprécier les modalités opérationnelles de mise en œuvre des interventions ;
4. Formuler des recommandations et des orientations du PSN 2016-2020.

- **Méthodologie**

Il s'agit d'une évaluation interne et externe qui utilise les méthodes suivantes :

- **Phase I : Planification**

Le but de la phase de planification de la revue du programme est de rechercher le consensus entre tous les partenaires et les parties prenantes sur les objectifs, le coût de la revue, les sources de financement.

Cette phase a été conduite et mise en œuvre par le programme national de lutte contre le paludisme.

Les principales étapes de cette phase ont été les suivantes:

- ✓ Le développement des termes de référence de la revue;
- ✓ L'information des autorités du ministère de la santé sur l'organisation de la revue;

- ✓ La désignation d'une équipe de coordination, des membres des commissions thématiques et d'un consultant;
- ✓ La tenue d'une réunion des parties prenantes pour établir un consensus sur la revue;
- ✓ La mobilisation des ressources nécessaires.

- ***Phase II : Revue documentaire thématique***

L'objectif de la phase II de la revue est de procéder à un examen documentaire thématique.

Les principales étapes de la phase II ont été les suivantes:

- ✓ La collecte des informations à partir des rapports et des documents;
- ✓ L'examen des documents du programme;
- ✓ La planification de la validation externe (Phase III).

- ***Phase III: Validation des résultats***

Le but de cette phase est de valider les rapports des groupes thématiques et d'identifier les éventuelles informations complémentaires à collecter par le biais de visites sur de terrain.

Le résultat de ce processus est un rapport finalisé de la revue et un aide-mémoire.

- ***Phase IV : Elaborer ou renforcer le Plan stratégique du PNL***

Après approbation du rapport de la revue par le ministère de la Santé et les partenaires, les étapes suivantes devraient être entreprises vers la mise en œuvre des recommandations:

- ✓ Diffusion du rapport de la revue approuvé;
- ✓ Elaboration du plan stratégique et du plan de suivi/évaluation;
- ✓ Production et diffusion du plan stratégique et du plan de suivi/évaluation.

Les techniques utilisées étaient:

- l'exploitation documentaire à travers l'analyse des données du PNL, les rapports d'enquêtes (EDS 2010, MIS 2014,...), les publications, les plans stratégiques, les rapports de revue, les plans d'action annuels, les rapports de recherche, les documents de requêtes, les annuaires statistiques/tableaux de bord etc.
- les entretiens individuels ou de groupe.

Les Outils de collecte des données utilisés étaient :

- les grilles d'exploitation documentaire,
- les guides d'entretiens individuels,
- les questionnaires,
- les listes de contrôles.

Pour la mise en œuvre de la revue, il a été mis en place les équipes suivantes :

- ✓ Une équipe de coordination,
- ✓ Un secrétariat,
- ✓ Six (06) équipes thématiques pour la revue documentaire (LAV, PEC, CCC, GAS, Suivi-évaluation, gestion des programmes),
- ✓ Six (6) équipes de collecte de données complémentaires sur le terrain,
- ✓ Une équipe de synthèse.

Les membres de la revue étaient des personnes ressources ayant des compétences dans la lutte contre le paludisme : épidémiologie, clinique, médecine interne, pédiatrie, obstétrique/gynécologie, parasitologie, pathologie, entomologie/lutte anti-vectorielle, gestion des achats/logistique, communication, économie de la santé, suivi/évaluation, administration/gestion du programme.

Un consultant national a été identifié pour accompagner tout le processus de la revue du début à la fin.

Les partenaires ont également appuyé le programme au cours de toutes les étapes du processus d'élaboration de la revue.

1.2.3.4. Plan de présentation du document

La structuration du rapport est conforme au canevas de rédaction proposé dans le guide générique OMS pour la revue des performances des programmes de lutte contre le paludisme. Après l'introduction sur la justification et la méthodologie de la revue, il a été abordé successivement :

- le contexte de la lutte contre le paludisme au Burkina Faso qui a traité de la situation géographique, climatique et la transmission du paludisme, la situation démographique;
- le système national de santé et la lutte contre le paludisme qui a analysé l'organisation du système de santé, la place de la lutte contre le paludisme dans les priorités nationales ;
- le programme national de lutte contre le paludisme qui décrit l'organisation structurelle de la lutte, le plan stratégique et la revue de performance ;
- les progrès vers les objectifs d'impact épidémiologique et entomologique du paludisme. A ce niveau, les aspects épidémiologiques du paludisme au Burkina Faso, la performance du programme où la thématique en rapport avec les différentes interventions de lutte contre le paludisme ont été décrits et analysée ;
- la synthèse des conclusions et la formulation des principales recommandations en vue d'améliorer les performances du programme dans l'optique d'élaboration du futur plan stratégique 2016-2020.

CHAPITRE 2: PROGRES VERS LES OBJECTIFS D'IMPACT EPIDEMIOLOGIQUE ET ENTOMOLOGIQUE DU PALUDISME

2.1 Résultats

2.1.1. Progrès vers l'impact épidémiologique du PSN 2011-2015

Le plan de suivi-évaluation du plan stratégique national 2011-2020 comporte des indicateurs d'impact épidémiologique avec des cibles. Ces indicateurs sont formulés de manière appropriée et SMART. Les niveaux de base étaient renseignés.

▪ Indicateurs d'impact épidémiologique et cibles du PSN

Les indicateurs d'impact épidémiologique de morbidité et de mortalité et leurs cibles à atteindre en 2015 sont représentés dans le tableau I ci-après. Ils sont au nombre de 13 et sont renseignés soit par des rapports soit par des enquêtes.

▪ Progrès des indicateurs de morbidité et de mortalité du paludisme

Les progrès des indicateurs de morbidité et de mortalité sont décrits dans le tableau ci-dessous :

Tableau I : Niveaux d'atteinte des indicateurs de morbidité et de mortalité

Indicateurs	Niveau	Niveau	Cible	Ecart	Sources
-------------	--------	--------	-------	-------	---------

	de base (2010)	en 2015			
Taux brut de mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans (pour mille)	129	-	-	-	rapport EDS 2010
Taux de mortalité par paludisme parmi les enfants de moins de 5 ans (Mortalité proportionnelle)	79,76%	61,87%	40%	+ 21,87%	Rapport SNIS, DGESS
Incidence des cas cliniques de paludisme déclarés par les formations sanitaires (mille)	364	449	300	+ 149	Rapport SNIS, DGESS
Pourcentage des cas de paludisme parmi les autres causes de consultation dans les formations sanitaires	48,10%	45,7%	30%.	+ 15,70%	Rapport SNIS, DGESS
Létalité du paludisme grave	3,3%	1,2%	1,5%	- 0,30%	Rapport SNIS, DGESS
Nombre de décès de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	4 910	4005	3462	+ 543	Rapport SNIS, DGESS
Nombre de décès de paludisme chez les femmes enceintes	51	42	50	-8	Rapport SNIS, DGESS
Nombre de cas de paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans	178 028	204 416	76 911	+ + 127 505	Rapport SNIS, DGESS
Nombre de cas de paludisme grave chez les femmes enceintes	18 276	25 787	6 814	+ +18 973	Rapport SNIS, DGESS
Nombre de cas de paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans	2 709 408	3 483 661	939 424	+ +2 544 237	Rapport SNIS, DGESS
Nombre de cas de paludisme simple chez les femmes enceintes	149 099 (An 2009)	287 099	66 156	+ + 220 943	Rapport SNIS, DGESS
Prévalence parasitaire chez les enfants de 6-59 mois	65,9%	45,7%*	-	-	EDS 2010
prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois	11,1%	25,9%*	-	-	EDS 2010

* MIS 2014

Dans ce tableau, on note une multitude d'indicateurs de morbidité et de mortalité à renseigner dans le plan stratégique 2011-2015. Par ailleurs, certains d'entre eux ne permettent d'apprécier l'ampleur exacte au sein de la population (notamment les indicateurs formulés sous forme de nombre absolu

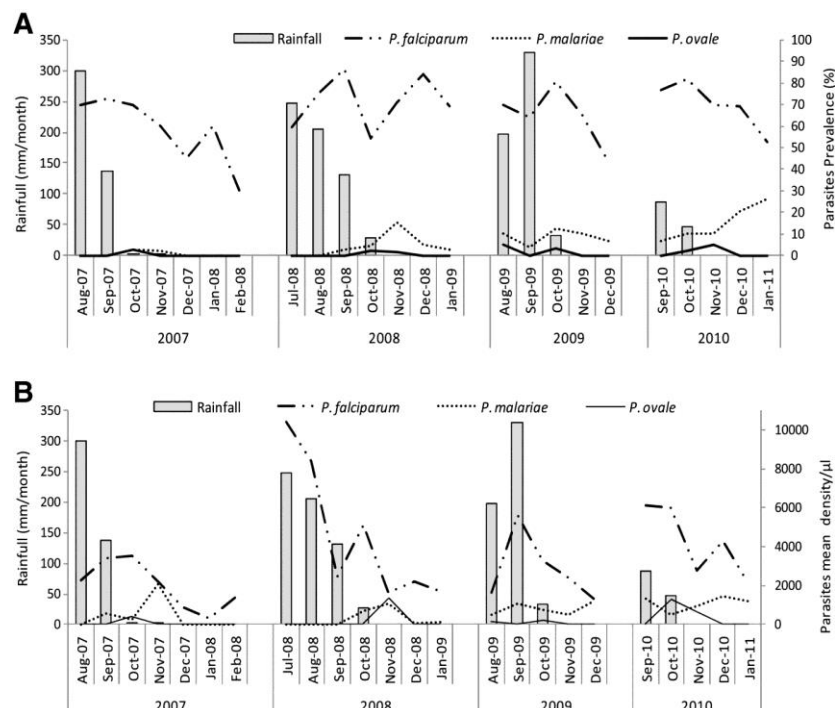
L'analyse de ces indicateurs montre que même si le niveau d'atteinte de la plupart d'entre eux s'est amélioré de 2010 (niveau de base) à 2015, les cibles de 2015 n'ont pas été atteintes à l'exception de celles portant sur la létalité du paludisme grave et le nombre de décès de paludisme chez les femmes enceintes.

▪ **Changement/évolution dans la distribution des espèces de parasites**

Au Burkina Faso, trois espèces sympatriques de plasmodium circulent dans la population. Ce sont le *Plasmodium falciparum*, le *P. malariae* et le *P. ovale*. L'infection à *P. falciparum* est largement répandue à travers le pays et pendant toute la période de l'année, certains fluctuent mensuellement tandis que le *P. malariae* et le *P. ovale* culminent individuellement à la fin de la saison des pluies.

Une étude réalisée dans la région du plateau centrale a rapporté la présence effective des trois espèces plasmodiales que sont le *Plasmodium falciparum*, le *P. malariae* et le *P. ovale* avec le *P. falciparum* étant les espèces prédominantes (Gnemé et al. 2012). La prévalence moyenne de l'infection par le Plasmodium était de 70,7%. Le *P. falciparum* était l'espèce prédominante avec une prévalence de 68,19% suivie par le *P. malariae* (6,51%) et *P. ovale* (1,08%). Plusieurs infections mixtes ont été rapportées avec la co-infection de *P. falciparum* et *P. malariae* (4,34%) et la co-infection de *P. falciparum* avec *P. ovale* (0,72%). Aucune co-infection de *P. malariae* avec *P. ovale* n'a été observée.

La distribution temporelle des espèces est différente au cours de l'année. Le *P. falciparum* est présent tout au long de l'année tandis que le *P. malariae* et le *P. ovale* s'observent après la fin de la saison des pluies (Graphique 4). En outre, le *P. falciparum* atteint sa densité maximale pendant la saison des pluies, tandis que *P. malariae* et *P. ovale* atteignent souvent leurs pics vers la fin de la saison de pluies (Graphique 5).



Graphiques 4 & 5

1 : Variation annuelle des espèces plasmodium dans un village du plateau central du Burkina Faso
Source : Gnémé A, Guelbéogo WM, Riehle MM, Sanou A, Traoré A, Zongo S, Eiglmeier K, Kabré GB, Sagnon N, Vernick KD. (2015) Equivalent susceptibility of *Anopheles gambiae* M and S molecular forms and *Anopheles arabiensis* to *Plasmodium falciparum* infection in Burkina Faso. *Malar J.* 2013 Jun 14;12:204

- **Cartographie du risque de transmission du paludisme et stratification**

Le risque de transmission du paludisme et sa stratification ont été présentés dans la situation géographique, Climat et transmission du paludisme.

2.1.2. Progrès vers l'impact entomologique du PSN

- **Indicateurs d'impact entomologique et cibles du PSN**

Dans le PSN, aucun indicateur d'impact entomologique n'a été défini. Cependant, les centres et instituts de recherche œuvrant dans le cadre de la lutte contre le paludisme mènent des enquêtes périodiques permettant de recueillir des indicateurs entomologiques.

- **Progrès des indicateurs entomologiques du PSN**

Aucun progrès ne peut être mesuré du fait de l'absence d'indicateurs entomologiques dans le PSN.

- **Evolution/tendances de la bionomie des vecteurs du paludisme**

Dans le rapport de l'étude réalisée par l'IRSS et le Centre MURAZ en 2012 sur le « Statut de sensibilité des populations d'*Anophèles gambiae sl.* dans les zones pilotes du PNLP au Burkina Faso », il ressort que la résistance d'*An. gambiae* aux insecticides augmente d'année en année. Cela pourrait constituer à court et moyen terme un facteur limitant à l'utilisation des insecticides dans la lutte anti vectorielle. En effet, *An. gambiae sl.* au Burkina Faso et globalement en Afrique de l'Ouest présente un niveau de résistance (sinon une baisse de sensibilité notoire) surtout vis-à-vis du DDT 4% et pyrethrinoid 0,75%. Les taux de mortalité sont encore acceptables au niveau opérationnel pour les zones du Centre et de l'Est du pays pour la deltaméthrine 0.05% mais avec un statut de sensibilité modérée à l'Ouest suggérant une surveillance entomologique régulière. Par ailleurs les niveaux de résistance au bendiocarb 0.1% montrent qu'il est encore efficace pour la plupart des sites du pays mais doit être utilisé avec prudence à l'Ouest du pays où une baisse de sensibilité a été rapportée (ref).

- **Cartographie vectorielle et distribution des espèces**

Globalement le complexe vectoriel est dominé par les membres du complex *An. gambiae sl* avec une prédominance importante d'*An. gambiae ss* à l'Ouest et *Anophèles coluzzi* au Centre et au Centre-Est. L'*An. arabiensis* est mieux implantée dans la zone soudano-sahélienne et relativement peu fréquente à l'Ouest du pays.

La zone sahéenne est caractérisée par une forte présence d'*anophèles coluzzi* dans les zones suburbaines due à l'installation des collections d'eau permanentes à semi-permanentes (ref).

- **Evolution/tendances des variations du taux d'inoculation entomologique des vecteurs**

Une étude réalisée par R. Dabiré et Al dans les districts de Diébougou et de Dano en 2011 sur le taux d'inoculation entomologique (TIE) calculé en regroupant les espèces intérieures et extérieures de *An. gambiae S.l.* de *An. Funestus* a montré que le contributeur majeur au TIE, à la fois dans les

zones de contrôle et d'intervention, était *An. gambiae S.l.* (70% par *An. Gambiae S-forme*). Le TIE intérieur a atteint 192 piqûres infectantes / personne au cours de la période d'enquête de six mois dans la zone de contrôle.

Le TIE rapporté à l'extérieur était important dans la zone d'intervention avec 15 piqûres infectantes / personne sur la période de six mois (contribuant 16,5% vs 6,4% de l'ensemble TIE pour chaque zone), bien plus proche de la valeur absolue du contrôle (13 piqûres infectantes / personne).

An. funestus a également contribué à la transmission, mais surtout par les piqûres à l'intérieur dans les deux zones, même s'il a été constaté qu'il pique plus souvent à l'extérieur qu'à l'intérieur, dans la zone d'intervention. Sa contribution dans la transmission ne différait pas entre les deux zones.

2.2 Conclusion et recommandations

2.2.1 Conclusion

Les indicateurs d'impact épidémiologiques ont connu au cours de la période 2011-2015 pour la plupart d'entre eux une non atteinte des cibles. Les indicateurs d'impact entomologique quant à eux n'ont pu être appréciés du fait qu'ils n'ont pas été définis dans le PSN. Cependant, les centres et instituts de recherche œuvrant dans le cadre de la lutte contre le paludisme mènent des enquêtes périodiques permettant de recueillir des indicateurs entomologiques.

2.2.2 Recommandations

- Définir des indicateurs entomologiques dans le futur PSN.

CHAPITRE 3: FINANCEMENT DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

3.1 Résultats

3.1.1. Analyse du paysage du financement de la lutte contre le paludisme

Les tendances des crédits budgétaires alloués au secteur de la Santé dans le budget national sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau II : Tendances des crédits budgétaires alloués au secteur de la santé

	2011	2012	2013	2014	2015
Total budget Ministère de la Santé (millions F CFA)	105 813	122 160	160 169	185 752	166 453
Budget Etat (millions F CFA)	1 166 340	1 400 781	1 654 957	1 816 193	1 804 114
% budget du Ministère de la Santé/budget de l'Etat	9,1	12,5	12,5	12,7	12,6

Source : Comptes nationaux de la santé (CNS)

On note que la proportion du budget du ministère de la santé par rapport au budget de l'Etat a connu une augmentation entre 2011 et 2012 et une stabilisation de 2012 à 2015. Bien que des efforts aient été fournis par le Burkina Faso pour consacrer davantage des ressources à la santé, on

relève que le pays n'a pas atteint l'objectif de 15% recommandé par le Sommet d'Abuja sur le paludisme tenu en 2000.

Le financement du PSN a été assuré par l'Etat et ses partenaires au développement. La contribution de l'Etat est estimée à 16,1% du montant total des financements mobilisés au cours de la période 2011-2015. L'évolution de la contribution de l'Etat au financement du PSN est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau III : Tendances de la contribution de l'état au financement du PSN 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015	Total
A. Montant total mobilisés (millions F CFA)	4 174	8 348	31 402	10 411	43 668	98 003
B. Montant mobilisé Etat (millions F CFA)	697	1 903	3 301	3 200	6 714	15 815
C. % Mobilisation (B/A)	16.7%	22.8%	10.5%	30.7%	15.4%	16.1%
D. Montant alloué Etat (millions F CFA)	697	1 903	1 508	1 668	316	6 092
E. % Allocation Etat (D/B)	100.0%	100.0%	45.7%	52.1%	4.7%	38.5%
F. % contribution de l'Etat/Financement total mobilisé (B/A)	16.7%	22.8%	10.5%	30.7%	15.4%	16.1%

Source : Programme national de lutte contre le paludisme

Montant mobilisé : ensemble des promesses financières

Montant alloué : montant réellement accordé

Les crédits budgétaires alloués à la lutte contre le paludisme ont été consacrés à l'acquisition et la distribution des intrants, la mise en œuvre des interventions telles que la campagne de distribution de MILDAs, la chimio prévention saisonnière du paludisme (CPS). La faible contribution de l'Etat en 2015 s'explique par la crise socio politique consécutive à l'insurrection de 2014.

Le montant total des financements mobilisés auprès des partenaires pour la lutte contre le paludisme s'élève à 40 555 millions F CFA soit environ 83.9% du financement total mobilisé. Les deux sources majeures de financement sont le Fonds Mondial (55.1%) et l'USAID (23.6%). Cette tendance traduit une faible mobilisation des financements domestiques et une forte dépendance de la lutte contre le paludisme aux financements extérieurs.

Bien que les autres ministères et institutions participent à la lutte contre le paludisme, des données sur leurs contributions financières ne sont pas disponibles.

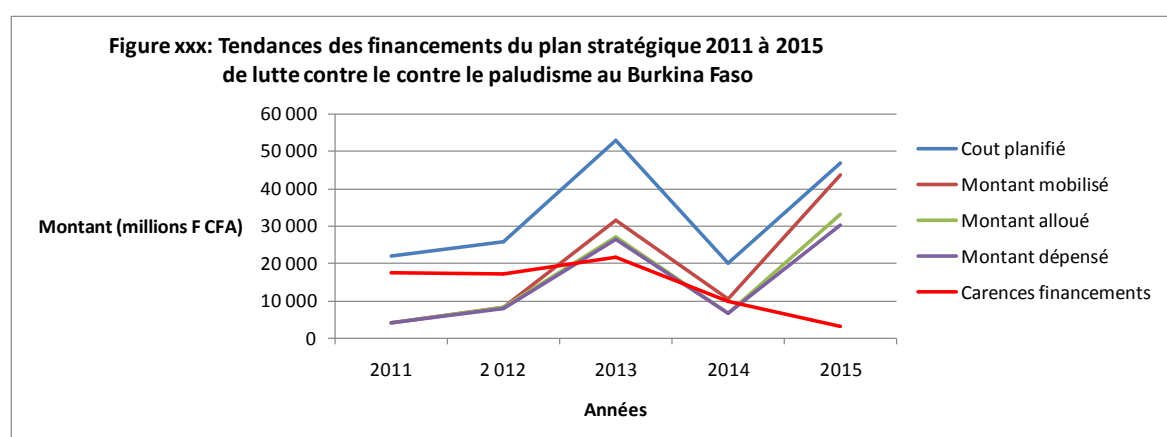
3.1.2 Analyse des dépenses du paludisme dans le contexte des besoins budgétaires

Sur un budget prévisionnel de 167 053 millions F CFA, le montant mobilisé est de 98 003 millions F CFA soit un taux global de mobilisation de 58,7%. La proportion du budget allouée est de 80.3% et la proportion du budget dépensé (absorption) est de 96%. L'écart financier global est de 69 050 millions F CFA soit 41.3% du budget prévisionnel du PSN.

Tableau IV : Ecart des financements du PSN 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015	Total
A. Coût planifié PSN (millions F CFA)	21 749	25 616	52 976	20 045	46 667	167 053
B. Financement mobilisé (millions F CFA)	4 174	8 348	31 402	10 411	43 668	98 003
C. % Mobilisation (B/A)	19.2%	32.6%	59.3%	51.9%	93.6%	58.7%
D. Montant alloué (millions F CFA)	4 133	8 062	26 882	6 695	32 908	78 680
E. % Allocation (D/B)	99.0%	96.6%	85.6%	64.3%	75.4%	80.3%
F. Montant dépensés	4 087	7 884	26 358	6 685	30 269	75 283
G. % Absorption (F/D)	99%	98%	98%	100%	92%	96%
H. Carence de financement (A-C)	17 575	17 268	21 574	9 634	2 999	69 050
I. % Gap financier par an (H/A)	80.8%	67.4%	40.7%	48.1%	6.4%	41.3%

Source : Programme national de lutte contre le paludisme, 2016



Graphique 6 : Tendence des financements du plan stratégique 2011-2015

L'analyse du tableau révèle un écart important de financement estimé à 41.3% avec une variation de 6.4% à 80.8%, traduisant ainsi un faible niveau de financement du PSN. Les interventions qui ont connu une carence élevée de financement sont la communication pour le changement de

comportement (CCC), la lutte anti vectorielle (LAV), la gestion des intrants et le suivi-évaluation. Le niveau élevé de financement observé en 2015 est dû à la subvention du Fonds Mondial qui a représenté 59.63% du financement mobilisé au cours de cette année. Toutefois, les données présentées ne sont pas exhaustives liées à la non complétude des informations collectées auprès de certains partenaires.

Il est à noter que le PNLN rencontre également des difficultés dans la gestion des ressources financières, notamment la lenteur dans le déblocage des ressources du fait qu'il ne gère pas directement les fonds à travers des accords avec les partenaires financiers.

3.1.3. Facteurs favorables et facteurs contraignants

✓ *Facteurs favorables*

- Forte volonté politique du gouvernement en faveur de la lutte contre le paludisme ;
- Engagement des partenaires au niveau national et international ;
- Mobilisation de ressources propres par l'Etat pour le financement de la lutte contre le paludisme ;
- Mobilisation des ressources financières des partenaires ;
- Existence de procédures/manuels de gestion des financements à tous les niveaux du système de santé.

✓ *Facteurs contraignants*

- Insuffisance dans la stratégie de mobilisation et de sécurisation des ressources financières
- Retard de décaissement lié à la lourdeur des procédures de certains partenaires
- Faible prédictibilité des financements des partenaires
- Baisse/arrêt de financement de certains partenaires extérieurs.

3.2 Conclusion et recommandations

3.2.1 Conclusion

La proportion du budget du ministère de la santé par rapport au budget de l'Etat oscille autour de 12,5% pour la période de 2012 à 2015 et demeure en dessous de l'objectif de 15% fixé lors du sommet d'Abuja. La mobilisation des ressources pour la lutte contre le paludisme a été faible au cours de la période de mise en œuvre du PSN, ce qui s'est traduit par des écarts de financement importants pour l'ensemble des interventions de lutte contre le paludisme. La mobilisation des ressources domestiques, notamment de l'Etat reste encore faible.

La lutte contre le paludisme au Burkina Faso a une forte dépendance aux financements extérieurs qui ont représenté 83.38% du total des financements mobilisés au cours de la période 2011-2015.

3.2.2 Recommandations

- Améliorer la collecte et l'analyse des informations financières ;
- Elaborer une stratégie de mobilisation des ressources pour le financement de la lutte contre le paludisme ;
- Renforcer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources domestiques, en particulier auprès de l'Etat.

CHAPITRE 4 : CAPACITES DU PROGRAMME A METTRE EN OEUVRE LES ACTIVITES PLANIFIEES EN 2011-2015

4.1 Résultats

4.1.1 Etat de mise en œuvre des activités du PSN

L'analyse des activités du PSN, planifiées et mises en œuvre, figurent dans les tableaux V et VI ci-dessous :

Tableau V : Etat de mise en œuvre du PSN 2011-2015

OBJECTIFS PSN	DESCRIPTION	Activités complètement réalisées	Activités partiellement réalisées	Activités non réalisées	Nombre total d'activités
Objectif 1:	Nombre d'activités planifiées	36	20	27	83
	% d'activités planifiées	43	24	33	
Objectif 2:	Nombre d'activités planifiées	29	14	44	87
	% d'activités planifiées	33	16	51	
Objectif 3:	Nombre d'activités planifiées	75	13	83	171
	% d'activités planifiées	44	8	49	
Objectif 4:	Nombre d'activités planifiées	144	19	57	220
	% d'activités planifiées	65	9	26	

TOTAL PSN	Nombre d'activités planifiées	284	66	211	561
	% d'activités planifiées	51	12	38	

Pour la période 2011-2015, 561 activités ont été planifiées dans le plan stratégique et 350 ont été mises en œuvre soit complètement (51%), soit partiellement (12%).

Tableau VI : Performance de la mise en œuvre du PSN 2011-2015

OBJECTIFS PSN	Activités planifiées	Activités mises en œuvre	Performance technique Brut (%)	Performance technique Ajustée (%)
Objectif 1: D'ici fin 2015, 100 % des cas suspects de paludisme sont confirmés et traités avec des antipaludiques adaptés dans tous les établissements publics, privés et au niveau communautaire	83	56	68	57
Objectif 2: D'ici fin 2015, 100% de la population est protégée du paludisme, spécifiquement chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans	87	43	49	48
Objectif 3: D'ici fin 2015, au moins 80% des populations observent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme	171	88	52	40
Objectif 4: D'ici fin 2015, la capacité du PNLP dans la gestion de la lutte contre le paludisme est renforcée.	220	163	70	54
TOTAL PSN	561	350	65	50

Le taux de performance ajusté pour l'ensemble des activités du plan est de 50% et correspond à un faible niveau de mise en œuvre des activités.

Ce faible taux de performance pourrait s'expliquer par la faiblesse du montant mobilisé et le gap financier de 41,3% pour la période 2011-2015 ainsi que l'exécution d'activités non conformes à leurs modalités initiales de mise en œuvre.

Les objectifs 3 et 4 comportaient le plus grand nombre d'activités planifiées dans le plan stratégique 2011-2015. Les objectifs ayant eu les taux de performance ajustés les plus élevés sont les objectifs 1 et 4 avec respectivement 57 et 54%.

4.1.2 Etat de la mise en œuvre des recommandations de la revue à mi-parcours du programme

Le rapport de la revue à mi-parcours du plan stratégique réalisée en 2013 ne comporte pas de recommandations. Nous avons utilisé les défis/orientations stratégiques pour faire le bilan.

Tableau VII : Etat de mise en œuvre des défis/orientations stratégiques de la revue à mi-parcours du PSN 2011-2015

Défis/orientations stratégiques	Etat de mise en œuvre			Observations
	R	PR	NR	
La mise à l'échelle de la confirmation des cas au niveau communautaire			X	
L'application des directives de PEC dans le secteur privé		X		
Le renforcement de l'application des directives au niveau du secteur public	X			
Le traitement des cas de paludisme simple chez les femmes enceintes avec les ACT	X			
L'utilisation de l'artésunate et artémether injectable pour le traitement des cas de paludisme grave	X			Il s'agit de l'artésunate ou de l'artémether
La mise en œuvre de la CPS	X			
L'administration de la SP aux femmes enceintes dès le 2 ^e trimestre jusqu'à l'accouchement (au moins trois doses)	X			
Le maintien de la couverture en	X			

MILDA				
Le renforcement de la communication dans le cadre de l'utilisation des MILDA	X			
l'extension du traitement de anti larvaire à la commune de Bobo-Dioulasso			X	
La sécurisation des intrants de lutte contre le paludisme		X		
Le renforcement de l'assurance qualité des intrants	X			
Le renforcement de la pharmacovigilance des intrants	X			
La validation, la diffusion et la mise en œuvre du plan intégré de communication	X			
La révision et la mise en œuvre du plan de suivi évaluation	X			
La mobilisation des ressources financières	X			
Le renforcement de la collaboration avec la société civile et le secteur privé		X		
L'amélioration de l'organisation des interventions à base communautaire		X		
La promotion de la bonne gouvernance		X		
Le renforcement du partenariat	X			
TOTAL	13	5	2	
Pourcentage	65 %	25 %	10%	

Vingt défis/orientations stratégiques ont été dégagées dans la revue à mi-parcours du plan stratégique réalisée en 2013.

Globalement, il y a eu une bonne mise en œuvre des défis/orientations stratégiques (90%) avec 65% totalement mise en œuvre et 25% partiellement mises en œuvre.

4.2 Conclusion et recommandation

4.2.1 Conclusion

Le taux de performance ajusté pour l'ensemble des activités du plan est de 50% ce qui dénote d'un faible niveau de mise en œuvre des activités dans la période 2011-2015.

La mise en œuvre des activités selon les objectifs du PSN varie entre 40 et 54% avec des taux supérieurs à 50% pour les Objectifs 1 et 4.

La revue à mi-parcours du plan stratégique 2011-2015 réalisée pour 2011-2013 n'a pas formulé de recommandations. Seuls des défis/orientations ont été dégagées dans cette revue et ont été en grande partie mises en œuvre (90%), ce qui dénote d'un bon niveau de performance.

4.2.1 Recommandations

- Lors de la prochaine revue de performance du PSN 2016-2020 formuler des recommandations.

CHAPITRE 5: EFFICACITE DU SYSTEME DE SANTE A OFFRIR DES SERVICES DU PALUDISME

5.1 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la lutte anti vectorielle

La LAV constitue une stratégie majeure dans la politique de lutte contre le paludisme au Burkina Faso. Elle vise à réduire de façon significative le contact homme vecteur, la densité et la longévité des vecteurs à travers la promotion de l'utilisation des MILDA, la PID, la LAL et l'assainissement du milieu.

5.1.1 Résultats

- **Indicateurs de résultats et Cibles de la lutte anti vectorielle**

- Accès universel aux MILDA :

La promotion de l'utilisation des MILDA, basée sur une distribution universelle se fait à travers des campagnes et en routine aux groupes cibles. La distribution aux groupes cibles (femmes enceintes, enfants de moins d'un an) se fait de façon intégrée aux prestations de soins dans les formations sanitaires (CPN, PEV, consultation préventive de l'enfant).

- ✓ L'acquisition des MILDA

Tableau VIII : Acquisition des MILDA (campagne et enfants<1, FE)

Interventions	Quantités planifiées 2011-2015	Quantités acquises 2011-2015	Taux d'acquisition 2011-2015 (%)
MILDA Routine FE	4 726 157	1 080 230	23%
MILDA Routine Enf<1	3 524 534	440 000	12%
MILDA Campagne	9435820	9435820	100 %
Autres canaux	-	-	-
Total	17 686 511	10 956 050	62%

Au total, 10 956 050 MILDA ont été acquises. Les taux d'acquisition sont respectivement de 100%, 23% et 12%. Le taux d'acquisition des MILDA pour toutes les interventions pour la période concernée est de 62%.

✓ La distribution des MILDA

Pour la période couvrant le plan stratégique, l'objectif était de distribuer :

- 4 726 157 MILDA en routine aux femmes enceintes
- 3 524 534 MILDA en routine aux enfants <1 an
- 9 435 820 MILDA en campagne de masse

La distribution des MILDA en campagne de masse et en routine aux groupes cibles (enfants < 1 an et FE) a donné les résultats ci-dessous :

Tableau IX : Distribution des MILDA

Interventions	Années					Total	Taux de distribution
	2011	2012	2013	2014	2015		
MILDA Routine FE	28 970	196 190	323 479	259 773	240 997	1 049 409	9,85%
MILDA Routine Enfants <1 an	22 216	61 102	29 772	28 289	13 303	154 682	1,45%
Autres groupes	6 312	7 140	NA	NA	NA	13 452	0,13%
MILDA Campagne de masse	NA	NA	9 435 820	NA	NA	9 435 820	88,57%
Total	51 186	257 292	9 789 071	288 062	254 300	10 653 453	100%

On note une forte distribution de MILDA en 2013, correspondant à la campagne de distribution de masse.

Les indicateurs de résultats des MILDA étaient les suivants:

- 100% de ménages avec au moins une MILDA ;
- 100% des enfants de moins de 5 ans dormant sous MILDA ;
- 100% de femmes enceintes dormant sous MILDA ;
- 100% de la population utilisant des MILDA.

➤ Autres interventions de LAV : PID, LAL

La PID et la LAL ont été mises en œuvre dans le cadre de la lutte intégrée contre les vecteurs en fonction de contextes particuliers et selon les priorités définies avec l'appui de partenaires intervenant dans ces domaines :

- la PID a été réalisée dans le district sanitaire de Diébougou avec comme objectif de traiter 36 870 structures éligibles (campagne 2011-2012);

Pour la PID, le résultat attendu était de couvrir au moins 85% des structures éligibles du district sanitaire de Diébougou.

- la LAL avec comme objectif de traiter 1 221 gîtes larvaires dans la ville de Ouagadougou.

Pour la lutte anti larvaire, les résultats attendus étaient les suivants:

- 100% des communes urbaines ciblées mettent en œuvre des activités de LAL ;
- 100% des gîtes larvaires des zones ciblées soient couvertes par la LAL.

▪ **Progrès vers l'atteinte des indicateurs de résultats de la LAV**

Dans le plan stratégique 2011-2015, 62 activités LAV ont été planifiées. 36 d'entre elles ont été réalisées soit un taux de performance brut de 64% et un taux de performance ajusté de 48%.

○ Tendances des indicateurs de résultats

L'évaluation des progrès des indicateurs de la promotion et de l'utilisation des MILDA, a été faite à travers deux enquêtes réalisées en 2011 et en 2014 respectivement par le CNRFP et l'INSD. Ces enquêtes ayant été réalisées dans des conditions différentes avec des méthodologies différentes, on ne peut pas faire une analyse comparée des résultats pour dégager les tendances de l'évolution des indicateurs dans la période du PSN.

Les résultats de ces enquêtes sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau X : Evolution des indicateurs relatifs aux MILDA par année

Indicateurs	2011*	2012	2013	2014**	2015
% de ménages avec au moins une MILDA	96%	NA	NA	90%	NA
% des enfants de moins de 5 ans dormant sous MILDA	93%	NA	NA	75%	NA
% de femmes enceintes dormant sous MILDA	93%	NA	NA	77%	NA
% de la population utilisant des MILDA	78%	NA	NA	67%	NA

*résultats de l'enquête CNRFP, 2011

**résultats de l'enquête INSD, 2014

La couverture administrative de la population en MILDA en 2015 est de 119%. Ce taux est imputable à la distribution de MILDA en campagne de masse en 2013.

✓ La Pulvérisation intra domiciliaire

La PID a été mise en œuvre sous forme pilote dans le district sanitaire de Diébougou au cours de 2011 et 2012. Par manque de financement, elle n'a pas été mise en œuvre dans les autres districts sanitaires de la région.

Les résultats de l'évaluation réalisée en 2013, montrent que la PID a permis de protéger 96% de la population de Diébougou contre le paludisme (rapport final de la PID), de traiter 36 870 structures éligibles et d'atteindre un taux de couverture de 99,3%.

✓ La LAL

La LAL dans la ville de Ouagadougou a permis d'appliquer 6 400 traitements aux bio-larvicides (Bt) sur 1 221 gîtes larvaires dénombrés, de traiter une superficie totale de gîtes de 3 500 000 m².

Les indicateurs relatifs à la LAL figurent dans le tableau ci-dessous:

Tableau XI : Indicateurs relatifs à la LAL par années

Indicateurs	2011	2012	2013	2014	2015
% de communes urbaines ciblées qui mettent en œuvre les activités de lutte anti larvaire	62,5%	62,5%	NA	NA	NA
% des gîtes larvaires des zones couvertes par la LAL	100%	100%	NA	NA	NA

*NA: La LAL a été réalisée entre 2011 et 2012

La lutte anti larvaire, prévue dans le plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011-2015 pour deux régions sanitaires (Centre et Hauts-Bassins), n'a pas été réalisée. Cependant la mise en œuvre du projet pilote sous financement UEMOA, dans la ville de Ouagadougou a permis une réduction larvaire anophélienne de 97.5% dans les gîtes traités entre décembre 2011 et novembre 2012 (rapport LAL Ouagadougou).

Encadré 1 : Synthèse des résultats de terrain : volet LAV

- De 2011 à 2015, 495 688 MILDA ont été distribuées en CPN/PEV. Cependant en 2011 et 2012 certains districts ne possèdent pas de données;
- La couverture administrative des MILDA est de 55,49%. Elle varie de 55,23% dans le DS de Batié à 10% dans celui de Saponé ;
- Le pourcentage de FE vues en CPN ayant reçu 1 MILDA entre 2011 et 2015 a varié de 17,16% en 2011 à 57,60% en 2015. Les pourcentages les plus faibles ont été observés en 2014 dans le DS de Dano (0,36%) et les plus élevés en 2013 dans le DS de Séguénéga (93,46%) ;
- 4 097 FE ont reçu des MILDA en CPN entre 2011 et 2015.

▪ Facteurs facilitants et contraignants

✓ Facteurs facilitants :

- Forte adhésion de la population aux différentes interventions de la LAV ;
- Forte mobilisation des ressources pour la campagne de distribution de masse ;
- Implication des autorités suite à une bonne communication ;
- Expériences acquises au cours de la mise en œuvre des interventions (PID et distribution de MILDA);
- Appui des partenaires techniques et financiers ;
- Existence de projets de construction d'usines de bio-larvicides dans la sous-région
- Efficacité des produits utilisés pour la PID et la LAL ;
- Suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides par les centres de recherche ;
- Disponibilité des textes réglementaires régissant la gestion de l'environnement.

✓ Facteurs contraignants :

- Absence d'enquête sur le suivi de l'utilisation des MILDA par la population ;
- Tests d'efficacité non réalisés avant la distribution des MILDA ;
- Risque de l'apparition de la résistance aux insecticides ;
- Faible couverture de la PID et de la LAL (un seul district et une seule ville) ;
- Absence d'évaluation épidémiologique, entomologique et environnementale avant, pendant et après la mise en œuvre des interventions ;

- Cout élevé de certaines interventions tel que la PID ;
- Risques environnementaux liés à l'utilisation des insecticides.

5.1.2 Conclusion et recommandations

5.1.2.1 Conclusion

La Lutte anti vectorielle constitue une stratégie majeure dans la politique de lutte contre le paludisme au Burkina Faso. Cependant, dans la mise en œuvre du plan stratégique 2011-2015, la LAV a été confrontée à des problèmes de mobilisation de ressources pour la réalisation des interventions. En effet, hors mis la promotion des MILDA qui a enregistré des résultats forts appréciables grâce aux campagnes de distribution de masse des MILDA, la PID et la LAL n'ont pas pu être mises en œuvre selon les prévisions du plan stratégique. Pour une mise en œuvre réussie de la lutte anti vectorielle dans notre pays, il est impératif qu'un plaidoyer fort soit fait pour une mobilisation conséquente des ressources pour la PID et la LAL qui sont des interventions complémentaires à la promotion de l'utilisation des MILDA.

5.1.2.2 Recommandations

- Renforcer les compétences des acteurs chargés de la mise en œuvre de la lutte anti-vectorielle ;
- Mutualiser les ressources et les efforts pour un assainissement approprié du cadre de vie ;
- Prévoir des indicateurs de suivi des stratégies de la LAV dans le plan de suivi évaluation ;
- Poursuivre les campagnes de distribution de masse tous les trois ans ;
- Renforcer la dotation des MILDA de routine pour les enfants de moins d'un an et les femmes enceintes pour pérenniser la stratégie ;
- Revoir la méthodologie de dénombrement des ménages pour éviter les écarts entre les estimations et les données du dénombrement ;
- Prévoir des contrôles de la qualité des MILDA avant leur distribution (excepté les commandes de l'OMS/FM) ;
- Prévoir au niveau national des tests d'efficacité pendant et après la distribution.
- Identifier les zones d'intervention de la PID ;
- Réinscrire la PID dans le prochain plan en ciblant les zones appropriées.
- Identifier les zones d'intervention de la LAL ;
- Suivre l'évolution des variations du taux d'inoculation entomologique des vecteurs dans les faciès épidémiologiques ;
- Cartographier de façon exhaustive les gîtes larvaires.

5.2 Niveau d'atteinte des cibles des résultats du TPI

Le traitement préventif intermittent (TPI) chez la femme enceinte est réalisé lors de la consultation prénatale. Le médicament recommandé pour le TPI est la sulfadoxine 500 mg-pyriméthamine 25 mg (SP). Le TPI débute au deuxième trimestre après apparition des mouvements actifs du fœtus. Il consiste à administrer 3 comprimés de SP en une prise orale à partir du deuxième trimestre de la grossesse jusqu'à l'accouchement en respectant un intervalle minimum d'un mois entre deux prises. Au Burkina Faso, il est recommandé au moins trois doses de SP pendant la grossesse. De 2011 à 2013, deux doses de SP étaient administrées pour le TPI. A partir de 2014, au moins trois doses doivent être administrées.

La prise de la SP doit être supervisée au niveau de la formation sanitaire par un agent qualifié.

5.2.1 Résultats

▪ Indicateurs de résultats et cibles du TPI

L'indicateur de résultat du TPI chez la femme enceinte dans le plan stratégique est le pourcentage des femmes ayant bénéficié du TPI 2 au cours de leur dernière grossesse avec une cible de 100% de disponibilité du service.

▪ Progrès vers les indicateurs de résultats du TPI dans le PSN

Le tableau suivant présente les indicateurs de résultats du TPI chez la femme enceinte:

Tableau XII : Situation des couvertures CPN1 et TPI de 2011 à 2015

Items	2011	2012	2013	2014	2015
(a)-CPN1	564 007	774 831	789 712	828 854	831 751
(b)-TPI 1	434 150	532 565	604 737	675 674	725 133
Ecart TPI-CPN1	-129 857	-242 266	-184 975	-153 180	-106 618
Ecart TPI-CPN1 (%)	-23,02%	-31,27%	-23,42%	-18,48%	-12,82%
Couverture TPI1	76,98%	68,73%	76,58%	81,52%	87,18%
(c)-TPI 2	348 505	418 211	432 470	553 928	554 524
Ecart TPI-TPI2	-85 645	-114 354	-172 267	-121 746	-170 609
Ecart TPI-TPI2 (%)	-15,19%	-14,76%	-21,81%	-14,69%	-20,51%
Couverture TPI2 (c/a)	61,79%	53,97%	54,76%	66,83%	66,67%
(d) TPI 3	NA*	NA*	NA*	111 921	295 002
Couverture TPI3 (d/a)	NA*	NA*	NA*	13,50%	35,47%
Ecart TPI-TPI3	NA*	NA*	NA*	-563 753	-430 131
Ecart TPI-TPI3 (%)	NA*	NA*	NA*	-68,02%	-51,71%

Source : *Annuaire statistiques du ministère de la santé 2011 à 2015*

* le TPI 3 a été introduit dans la politique de lutte contre le paludisme à partir de 2014

On constate des écarts négatifs entre les femmes vues en CPN1 et le nombre de femmes ayant reçu le TPI1. Il en est de même entre celles ayant reçu les TPI2 et TPI3 par rapport au TPI1. Cela dénote d'une insuffisance dans la régularité des femmes aux activités préventives et aussi à la consultation tardive des services de CPN, posant ainsi le problème de suivi global de la femme enceinte. Les ruptures en SP dans les FS peuvent aussi expliquer ces écarts constatés.

Encadré 2 : Synthèse des résultats de terrain : volet TPI

- 161 075 FE ont reçu le TPI2 entre 2011 et 2015 dans les DS ciblés pour la revue de terrain ;
- L'utilisation du TPI2 est stable, avec 65,70% en 2011 et 68,51% en 2015.
- 21 541 FE ont reçu le TPI3 en 2014 et 2015

- L'utilisation du TPI3 est encore faible dans les formations sanitaires (2,92% en 2014 et 24,03% en 2015).

- **Facteurs facilitants et contraignants**

- ✓ Facteurs facilitants :
 - Fort engagement politique
 - Accompagnement des partenaires
 - Mise en œuvre du TPI pendant la CPN
- ✓ Facteurs contraignants :
 - Insuffisance dans la mobilisation des ressources

5.2.2 Conclusion et recommandations

5.2.2.1 Conclusion

L'évaluation de la performance du TPI a révélé que la couverture du TPI2 reste faible. On observe une insuffisance dans la prise supervisée et la régularité des femmes entre différentes doses de TPI. Cette régularité des femmes en grossesse aux consultations préventives reste un défi pour améliorer les couvertures en TPI. Les écarts constatés mettent en exergue les difficultés dans la complétude des CPN et par ricochet sur l'intervention TPI pour le suivi individuel de chaque femme.

5.2.2.2 Recommandations

- Rendre disponibles la SP dans les formations sanitaires ;
- Envisager l'administration de la TPI au niveau communautaire ;
- Mettre en place un système de recherche des femmes enceintes absentes aux RDV ;
- Mettre les ASBC à contribution pour la recherche des absentes aux RDV.

5.3 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la Chimio Prévention saisonnière du paludisme (CPS)

La chimio prévention est une stratégie d'intervention qui comprend la chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de 3 à 59 mois. La CPS consiste en "l'administration intermittente de traitement complet par une combinaison de médicament antipaludique au cours de la période de haute transmission du paludisme pour éviter le paludisme", l'objectif étant de maintenir des concentrations thérapeutiques en médicaments antipaludiques dans le sang pendant cette période où le risque palustre est le plus élevé. Les médicaments utilisés pour la CPS sont l'administration mensuelle de l'Amodiaquine + Sulfadoxine-Pyriméthamine (AQ+SP) jusqu'à 4 mois pendant la saison de haute transmission du paludisme chez les enfants âgés de 3 à 59 mois. La mise en œuvre de l'intervention CPS à l'AQ+SP se fait sous forme de campagne et dure 4 jours par mois au cours des mois d'août, septembre, octobre et novembre de chaque année.

5.3.1 Résultats

- **Indicateurs de résultats et cibles de la CPS**

Pour la CPS, deux activités avaient été planifiées dans le plan stratégique. Toutes les deux ont été réalisées soit un taux de performance théorique de 100% et un taux de performance corrigé de 80%.

Le nombre d'activités du TPI planifiées dans le plan stratégique est de 8 dont 3 ont été réalisées soit un taux de performance technique de 50% et un taux de performance corrigé de 30%.

Les indicateurs de résultat de la CPS sont les couvertures administratives enregistrées lors de chacun des 4 passages. Les cibles sont de 100% pour chaque passage.

- **Progrès vers les indicateurs de résultats de la CPS dans le PSN**

La situation des indicateurs de la CPS est présentée dans le tableau ci-dessous :

Tableau XIII : Situation des indicateurs de résultats de la CPS de 2014 à 2015

Indicateurs	Résultats	
	2014	2015
Nombre d'enfants prévus au 1 ^{er} passage	363 007	900 842
<i>Couverture administrative du 1^{er} passage</i>	<i>8,70%*</i>	<i>101,24%</i>
Nombre d'enfants prévus au 2 ^{ème} passage	363 007	900 842
<i>Couverture administrative du 2^{ème} passage</i>	<i>98,88%</i>	<i>105,02%</i>
Nombre d'enfants prévus au 3 ^{ème} passage	363 007	900 842
<i>Couverture administrative du 3^{ème} passage</i>	<i>111,8%</i>	<i>108,10%</i>
Nombre d'enfants prévus au 4 ^{ème} passage	363 007	900 842
<i>Couverture administrative du 4^{ème} passage</i>	<i>116,1%</i>	<i>109,26%</i>
Couverture administrative moyenne annuelle	83,89%	105,91%

Source : Rapport de la campagne CPS du PNL

* Seul le district de Boussé, sur les 7 districts prévus a pu mettre en œuvre le 1^{er} passage de la CPS en 2014. Les autres ont commencé au 2^{ème} passage à cause du retard dans l'acquisition des médicaments.

Les écarts positifs de couverture administrative entre passage et les taux supérieurs à 100% s'expliquent en partie par le fait que le dénominateur est fixe alors qu'au numérateur des enfants rentrent à chaque cycle. A cela, on peut ajouter les difficultés liées à l'estimation de l'âge des enfants et les problèmes liés aux mouvements des populations.

▪ Facteurs facilitants et contraignants

- ✓ Facteurs facilitants :
 - Fort engagement politique
 - Accompagnement des partenaires
 - Forte adhésion de la communauté à la CPS
 - Bonne satisfaction (enthousiasme) des populations de la CPS

- ✓ Facteurs contraignants :
 - Forte dépendance des stratégies du financement extérieur
 - Insuffisance dans la mobilisation des ressources
 - Insuffisance d'expérience dans la mise en œuvre de la CPS en tant que nouvelle intervention
 - Difficulté d'accès à certaines zones (saison de pluie)

5.3.2 Conclusion et recommandations

5.3.2.1 Conclusion

L'évaluation de la performance de la chimio prévention du paludisme a révélé que les taux de couvertures administratives de la CPS sont au-delà de 100%.

Le défi majeur est sa mise à l'échelle et sa pérennisation.

5.3.2.2 Recommandations

- Mobiliser les ressources pour la mise à l'échelle et assurer la pérennité de la CPS ;
- Assurer la mise à jour régulière des enseignants des écoles de base sur les nouvelles directives.

5.4 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la prise en charge des cas de paludisme

La prise en charge précoce et efficace des cas est l'une des stratégies majeures de la lutte contre le paludisme. Elle consiste à poser un diagnostic précis et à administrer un traitement adéquat.

La prise en charge du paludisme se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire conformément aux directives nationales qu'il s'agisse de cas simples ou de cas graves. Le traitement des cas simples se fait avec les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine en comprimés (artésunate/amodiaquine ou artémether/Luméfantrine). Chez la femme enceinte, elle se fait avec la quinine par voie orale ou les ACT après le premier trimestre de la grossesse. Les formes graves de paludisme sont traitées avec l'artésunate, l'artémether ou la quinine injectable.

Dans le cadre du diagnostic du paludisme, tout cas suspect de paludisme sera confirmé par la microscopie ou un test de diagnostic rapide (TDR) avant le traitement à tous les niveaux de prise en charge. Les TDR devront avoir une sensibilité suffisamment élevée pour éviter de passer à côté des cas de paludisme, surtout au niveau communautaire.

La microscopie est l'examen recommandé et devra toujours être effectuée pour confirmer les cas au niveau des structures de référence.

Les TDR seront utilisés en priorité partout où la microscopie n'est pas disponible.

L'assurance qualité des services de laboratoire est assurée par la DGPMML.

5.4.1 Résultats

▪ Indicateurs de résultats et cibles de la prise en charge des cas

Les activités de prise en charge incluant le diagnostic et le traitement sont au nombre de 60 dans le plan stratégique. 37 d'entre elles ont été réalisées soit un taux de performance brut de 61,66% et un taux de performance ajusté de 49,55%.

Les indicateurs de résultats de la prise en charge des cas dans le PSN sont :

- Taux de confirmation des cas de paludisme,
- % des enfants de moins de 5 ans souffrant de paludisme,
- % de patients confirmés qui reçoivent un traitement antipaludique correct dans les FS,
- % des patients hospitalisés pour PG qui reçoivent un traitement antipaludique correct.

▪ Progrès vers les indicateurs de résultats de la prise en charge des cas

Les progrès des indicateurs de résultats de la prise en charge des cas sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau XIV : Evolution des indicateurs de résultats de la prise en charge des cas de paludisme de 2011 à 2015

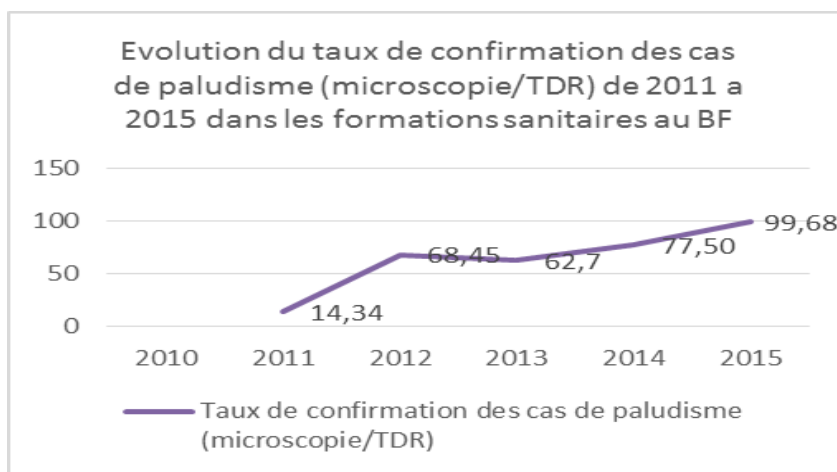
Item	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Nombre de cas suspects paludisme	5 265 180	7 853 983	7 857 296	9 265 664	9 783 385	40 025 508
Nombre cas testés par TDR	370 350	4 516 716	4 296 350	6 224 055	8 290 188	23 697 659
Nombre cas testés par GE	213 501	247 985	183 971	191 204	222 190	1 058 851
Total cas testés TDR+GE	583 851	4 764 701	4 480 321	6 415 259	8 512 378	24 756 510
Taux de confirmation * (% de cas testés)	11,1	60,7	57,0	69,2	87,0	61,9
Total TDR+GE positifs (Total confirmé)	343 368	3 881 418	3 769 051	5 428 003	7 015 446	20 437 286
Taux de positivité**	58,8	81,5	84,1	84,6	82,4	82,6
Nombre de cas notifiés	5 024 697	6 970 700	7 146 026	8 278 408	8 286 453	35 706 284

Source : *Annuaire statistiques du ministère de la santé 2011 à 2015*

* Total cas testés TDR+GE/ Nombre de cas suspects paludisme

** Total TDR+GE positifs / Nombre cas testés TDR+GE

Le taux de confirmation s'est amélioré de 2011 à 2015 passant respectivement de 11,1% à 87%. A contrario, les autres indicateurs de résultats de la prise en charge ne connaissent pas d'amélioration.



Graphique 7: Evolution du taux de confirmation des cas de paludisme de 2011 à 2015

Encadré 3 : Synthèse des résultats de terrain : volet prise en charge des cas

- L'incidence du paludisme notifié dans les DS a augmenté en moyenne de 377 cas pour 1000 à 501 cas pour 1000 de 2011 à 2012 dans les DS ciblés. En 2013, l'incidence moyenne dans ces DS a baissé à 420 cas pour 1000 et a augmenté en 2014 (483 pour 1000) et en 2015 (465 pour 1000). La plus faible incidence a été observée en 2011 dans le DS de Séguénéga (197 pour 1000) et la plus élevée dans ce même DS en 2012 (720 cas pour 1000);
- Le pourcentage de malades hospitalisés pour paludisme grave entre 2011 et 2015 dans les DS ciblés a baissé en moyenne de 71% en 2012 et 57% en 2014 et a légèrement augmenté en 2015 (61%). Le taux le plus élevé est de 96,93% en 2012 dans le DS de Séguénéga et le plus bas de 35,37% en 2015 dans le même DS;
- La létalité du paludisme dans les DS a baissé en moyenne de 3% en 2011 à 0,9% en 2015 dans les DS ciblés. Le taux le plus élevé est de 4,10% en 2011 dans le DS de Batié et le plus bas de 0,42% en 2015 dans le même DS Séguénéga ;
- La mortalité par paludisme dans les DS a baissé en moyenne de 3,11 pour 1 000 en 2011 à 1,26 pour 1 000 en 2015. Le taux le plus élevé est de 9,1% en 2011 dans le DS de Batié et le plus bas de 0,01% en 2015 dans le DS de Manga.
- Le pourcentage de cas de paludisme correctement pris en charge dans les FS pendant le mois de septembre 2015 est de 48% dans les FS des DS ciblés. Il varie de 0% au CHR de Ouahigouya et au niveau de certains CSPS (Oufre dans le DS de Ouahigouya, Samtenga dans le DS de Manga) à 100% au CMA de Batié et dans les CSPS de Dankana, Gondolo, Sittogo et de Inou ;
- Le pourcentage de cas positifs ayant reçu un antipaludique recommandé en octobre 2015 est de 98,28%. Le pourcentage le plus faible de 92% a été noté au CSPS de Oufre et le plus élevé de 100% au CMA de Batié et au CSPS de Boussoukoura ;
- Le pourcentage de cas négatifs ayant reçu un antipaludique recommandé en octobre 2015 est de 12,52%. Le pourcentage le plus faible de 0% a été noté au CSPS de Samtenga et le plus élevé de 38,4% dans le cabinet de soins privés Cabinet Elzo (DS de Ouahigouya).

La PECADO est une intervention de la prise en charge des cas de paludisme. Elle s'effectue au niveau communautaire par des ASBC. Ceux-ci administrent le traitement et réalisent des activités

de sensibilisation. Depuis 2014, dans un certain nombre de DS, les ASBC font le diagnostic du paludisme avec des TDR.

Encadré 4 : Synthèse des résultats de terrain : volet PECADO

- Tous les ASBC connaissent le paludisme ;
- 100% des ASBC disposent de documents et matériels ;
- 100% des ASBC utilisent des TDR et administrent le traitement ;
- 80% des ASBC ont connu des ruptures en intrants ;
- Faible concordance entre le nombre d'enfants de moins de 5 ans traités et le nombre de traitements ACT sortis ;
- Faible concordance entre le nombre d'enfants de moins de 5 ans traités et le nombre de TDR positifs notifiés.

▪ **Facteurs facilitants et contraignants**

- ✓ Facteurs facilitants :
 - Existence d'agents de santé formés à l'échelle nationale sur les nouvelles directives de prise en charge du paludisme ;
 - Disponibilité des directives nationales de PEC dans les formations sanitaires publiques ;
 - Disponibilité des intrants de PEC (TDR, ACT) ;
 - Approche PCIME effective dans la plupart des FS ;
 - Effectivité de la prise en charge des cas de paludisme simple au niveau communautaire ;
 - Bonne collaboration entre l'ASBC et le personnel du CSPS ;
 - Engagement politique dans la lutte contre le paludisme ;
 - Existence de plans stratégiques de lutte contre le paludisme ;
 - Appuis techniques et financiers des partenaires ;
 - Disponibilité de guide de PEC et des outils au niveau communautaire ;
 - Dotation de kits d'urgence pour la prise en charge du paludisme grave chez femmes enceintes ;
 - et enfants de moins de 5 ans.

- ✓ Facteurs contraignants :
 - Insuffisance du nombre d'agents formés sur la PEC du paludisme;
 - Absence de documents et directives au niveau des formations sanitaires privées ;
 - Insuffisance de motivation des ASBC ;
 - Insuffisance dans la prise en charge du paludisme au niveau communautaire;
 - Insuffisance dans le suivi des stocks d'intrants à tous les niveaux ;
 - Difficultés dans la mobilisation des ressources ;
 - Non existence de traitement pré transfert au niveau communautaire ;
 - Risque d'apparition des résistances aux médicaments.

5.4.2 Conclusion et recommandations

5.4.2.1 Conclusion

L'évaluation de la performance de la prise en charge du paludisme a montré des niveaux d'atteinte des indicateurs en deçà des cibles dans la plupart des cas, même si une évolution notable a été notée pour le taux de confirmation.

Bien que de nombreux agents de santé aient été formés et que les directives nationales de PEC soient disponibles dans les formations sanitaires publiques et dans certaines du privé, la prise en

charge des cas est confrontée au non-respect de ces directives dans certains cas entravant ainsi l'efficacité et l'efficience du traitement.

La PECADO a été effective pendant la période de mise en œuvre du PSN avec des difficultés liées à la faible qualité des données communautaires.

5.4.2.2 Recommandations

- Elaborer un plan de formation des agents sur la lutte contre le paludisme ;
- Impliquer le secteur privé dans le renforcement des capacités ;
- Renforcer la supervision des équipes des districts sanitaires ;
- Renforcer la supervision des agents des formations sanitaires du secteur privé ;
- Rendre disponibles les documents et directives au niveau des formations sanitaires privées ;
- Améliorer le système de motivation des ASBC ;
- Améliorer l'encadrement des ASBC par les agents de santé (AIS surtout) ;
- Rendre disponible les intrants (SP, ACT, etc.) ;
- Améliorer la gestion des stocks de médicaments à tous les niveaux du système de santé ;
- Instituer le traitement de pré transfert au niveau communautaire à base de l'artésunate suppositoire chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Elaborer et mettre en œuvre des plans de mobilisation de ressources locales ;
- Faire appliquer les directives pour le diagnostic et la PEC des cas ;

5.5 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la Gestion des Achats et Stocks

L'acquisition des intrants (ACT, Kits d'urgence, SP, SP+AQ, TDR, MILDA, Artésunate injectable) se fait à travers un processus qui comprend la quantification des besoins annuels, la présentation des besoins aux partenaires, la mise en œuvre du plan d'approvisionnement, l'achat des intrants selon les procédures recommandées, et la revue trimestrielle pour la mise à jour des besoins.

Les intrants sont acquis grâce à l'appui de l'Etat et de ses partenaires et stockés dans les magasins de la CAMEG.

La distribution se fait à travers le circuit habituel de la CAMEG pour ce qui concerne les ACT.

Concernant les produits de gratuité, un état de répartition est établi par le PNLN chaque trimestre et transmis à la CAMEG pour distribution. Toutefois, les structures bénéficiaires peuvent émettre des requêtes ponctuelles en cas de besoins.

Les ASBC s'approvisionnent en ACT et TDR au niveau des DMEG des formations sanitaires.

Le suivi des intrants se fait à travers des réunions du comité technique de coordination de la gestion des ACT et autres intrants au niveau central, la formation en cascade des acteurs du SIGL, les rencontres de concertation, la supervision des acteurs, le contrôle qualité et la pharmacovigilance en collaboration avec la DGPML.

5.5.1 Résultats

- **Indicateurs de résultats et cible du GAS**
 - Indicateurs de résultats clés et les cibles du GAS

Afin d'apprécier la disponibilité des intrants de lutte contre le paludisme dans les formations sanitaires les indicateurs de résultats suivants ont été définis :

- le pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock en ACT au cours de 3 derniers mois pour des cibles annuelles de 100% ;
- le pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock en quinine

- au cours de 3 derniers mois pour des cibles annuelles de 100% ;
- le pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock en SP au cours des 3 derniers mois pour des cibles annuelles de 100% ;
- le pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock en kits d'urgence au cours de 3 derniers mois ;
- le pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock en TDR au cours de 3 derniers mois pour des cibles annuelles de 100% ;
- le taux d'allocation des ressources financières pour l'acquisition des intrants.

Cependant plusieurs difficultés ont été constatées dans le renseignement des indicateurs GAS définis dans le plan stratégique 2011-2015. Ainsi, il est important de les reformuler pour rendre suffisamment mesurables et faciliter la collecte des données nécessaires.

▪ Progrès vers les indicateurs de résultats du système GAS dans le PSN

La synthèse de l'état de mise en œuvre des interventions portant sur la Gestion approvisionnements/Distribution des intrants antipaludiques montre que sur 117 activités planifiées sur la période d'exécution du plan stratégique, 106 ont été mise en œuvre avec une performance technique théorique de 91%. La performance technique corrigée du bilan physique de la mise en œuvre de la gestion et de l'approvisionnement pour la période 2011-2015 est de 42%.

○ Tendances des ruptures de stocks des intrants (TDR, antipaludiques, MILDA)

Les tendances des ruptures de stocks des intrants sont appréciées à travers le niveau d'atteinte des indicateurs suivants :

- Le pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock en ACT au cours de 3 derniers mois était de 92% en 2011, 63% en 2012, 55% en 2013, 59% en 2014 et non déterminé en 2015 selon la base de données BD Malaria pour des cibles annuelles de 100%.
- Le pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock en quinine au cours de 3 derniers mois était de 100% en 2011, 59% en 2012, 43% en 2013, 71% en 2014 et non déterminé en 2015 selon la base de données BD Malaria pour des cibles annuelles de 100%.
- Le pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock en SP au cours des 3 derniers mois était de 88% en 2011, 56% en 2012, 67% en 2013, 68% en 2014 et non déterminé en 2015 selon la base de données BD Malaria pour des cibles annuelles de 100%.
- Le pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock en kits d'urgence au cours de 3 derniers mois n'est pas renseigné.
- Le pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock en TDR au cours de 3 derniers mois n'est pas renseigné en 2011, est de 6% en 2012, 33% en 2013, 10% en 2014 et 39% en 2015 selon la base de données BD Malaria pour des cibles annuelles de 100%.
- Le taux d'allocation des ressources financières pour l'acquisition des intrants n'a pas été renseigné sur la période d'exécution du plan stratégique.

○ Indicateurs de l'approvisionnement (temps de livraison)

Dans le plan stratégique 2011-2015, il n'avait pas été prévu d'indicateurs spécifiques relatifs au délai de livraison ; cependant l'analyse forces, faiblesses, opportunités, menaces du système

d'approvisionnement fait ressortir le non-respect des délais de livraison des intrants par certains fournisseurs.

- Tendances de la qualité – Suivi post acquisition – taux de perte

Le contrôle de la qualité des intrants de lutte contre le paludisme et les activités de pharmacovigilance ont été réalisées en collaboration avec la DGPML.

Le contrôle qualité des intrants de lutte contre le paludisme a essentiellement concerné les aspects suivants :

- la réalisation des contrôles de qualité à l'entrée et post marketing des intrants ;
- le suivi de l'efficacité thérapeutique et de la pharmaco-résistance des intrants par les centres de recherche et la DGPML.

Quant aux aspects de pharmacovigilance, il s'est agi essentiellement :

- du renforcement des capacités des acteurs sur la pharmacovigilance (formation de 11 agents de santé dont 02 en Suède et 09 au Maroc de 2011 à 2015, 25 agents de santé par district sur la pharmacovigilance des ACT) ;
- de la réalisation d'une investigation sur la qualité des TDR paludisme en 2014;
- de la mise en œuvre des activités de pharmacovigilance lors des campagnes de Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) à partir de 2014.
- de l'appui financier du Budget de l'Etat pour tenir les sessions des comités techniques de pharmacovigilance de 2013 à 2015.

-
- En ce qui concerne le taux de perte, aucun indicateur spécifique n'était prévu pour le mesurer sauf les taux de péremption qui sont collectés au niveau central.

■ **Facteurs facilitants et contraignants**

✓ Facteurs facilitants:

- Existence d'un comité technique de coordination de la gestion des ACT et des autres intrants qui appuie l'Unité chargée spécifiquement de la coordination et du suivi de la gestion logistique des intrants au PNLP;
- Existence de conventions de prestation de service entre l'Etat, les partenaires et la CAMEG pour le stockage et la distribution des intrants (ACT, SP, TDR, MILDA, SP+AQ, Artésunate injectable);
- Existence de mécanisme de suivi de la gestion des intrants à travers des sorties de supervision et contrôle y compris des rencontres de concertation avec les acteurs sur le terrain;
- Existence de collaboration entre le PNLP, la DGPML et les centres de recherche pour la mise en œuvre des activités de contrôle qualité des intrants, la pharmacovigilance, le suivi de l'efficacité thérapeutique et de la pharmaco-résistance ;
- Engagement de l'Etat et de ses partenaires techniques et financiers en matière d'approvisionnement en intrants de lutte contre le paludisme.

✓ Facteurs contraignants:

- Insuffisance dans la gestion les produits distribués gratuitement (SP, TDR, Kits d'urgence et MILDA de routine) au niveau des formations sanitaires ;
- Difficultés de maîtrise de la cible liées au changement de médicament de première intention (ASAQ 2-11 mois à l'AL 3 mois -7ans) pour le traitement du paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans du fait de la mise œuvre de la CPS ;
- Insuffisance dans l'observance du traitement à l'ASAQ par les patients due aux effets indésirables liés à cette molécule ;
- Insuffisance de ressources sur le budget de l'Etat pour l'acquisition des intrants de lutte contre le paludisme ;

- Difficultés de stockage des intrants acquis par certains partenaires en dehors du circuit de la CAMEG ;
- Non respect des délais de livraison par certains fournisseurs ;
- Difficultés de collecte et de transmission des données de consommation des intrants ;
- Insuffisance de financement pour la mise en œuvre des activités de suivi des intrants à tous les niveaux ;
- Insuffisance de financement pour la mise en œuvre des activités de contrôle qualité, de pharmacovigilance et du suivi de l'efficacité thérapeutique et de la pharmaco-résistance des intrants;
- Absence de laboratoire nationale de contrôle qualité des médicaments pré-qualifié OMS pour répondre aux exigences de certains bailleurs ;
- Insuffisance de financement pour la mise en œuvre des activités de renforcement des capacités des acteurs de la chaîne logistique.

5.5.2 Conclusion et recommandations

5.5.2.1 Conclusion

La mise en œuvre du volet GAS du plan stratégique 2011-2015 a contribué à l'atteinte des objectifs stratégiques définis malgré quelques insuffisances constatées dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement tant au niveau périphérique qu'au niveau central. Par ailleurs on a noté une inadéquation de certains indicateurs de résultats et la quasi absence d'autres indicateurs relatifs au système GAS notamment le délai de livraison des commandes, le taux de perte des stocks...

Aussi, les activités de contrôle qualité et de pharmacovigilance des intrants de lutte contre le paludisme ont été le plus souvent intégrées aux activités de la DGPML avec parfois des insuffisances dans la coordination de leur mise en œuvre ou de leur capitalisation. L'existence de facteurs contraignants ou d'insuffisances dans la mise en œuvre du système GAS au cours de période du plan stratégique nécessite la formulation d'importantes recommandations pour relever les défis du futur plan stratégique.

5.5.2.2 Recommandations

- Reformuler certains indicateurs du système GAS ;
- Proposer de nouveaux indicateurs importants pour le système GAS qui n'étaient pas pris en compte dans le précédent plan stratégique ;
- Mettre en place un système d'approvisionnement des intrants cédés gratuitement par expression de besoins au lieu de celui par état de répartition (système de réquisition en lieu et place de celui d'allocation) ;
- Réviser les directives de prise en charge du paludisme pour permettre de passer de l'ASAQ à l'AL pour toutes les tranches d'âge pour la prise en charge du paludisme simple ;
- Augmenter les ressources financières sur le budget de l'Etat pour l'acquisition des intrants de lutte contre le paludisme ;
- Renforcer la collaboration entre la DGPML et le PNLN dans le cadre de mise en œuvre des activités de contrôle qualité et de pharmacovigilance des intrants de lutte contre le paludisme
- Renforcer le système de suivi de la gestion des intrants de lutte contre le paludisme y compris les contrôles qualité et la pharmacovigilance à tous les niveaux.

Encadré 5: Synthèse des résultats de la visite de terrain : volet gestion des achats et des stocks

- 83% des DS disposent d'un système d'approvisionnement en intrants antipaludiques selon

des fréquences précises. Le DS de Dano ne dispose pas de ce système d'approvisionnement;

- 60% des FS n'ont pas eu de rupture de stocks d'ACT entre Août et Octobre 2015. Les ruptures ont été notées dans les FS des DS de Manga et de Dano. Dans ces deux districts toutes les FS ont été concernées par les ruptures ;
- 80% des FS n'ont pas eu de rupture de stocks de Quinine injectable entre Août et Octobre 2015. Les ruptures ont été notées dans les FS du DS de Ouahigouya avec 2% de FS concernées ;
- 60% des FS ciblées FS n'ont pas eu de rupture de stocks d'Artésunate injectable entre Août et Octobre 2015. Les ruptures ont été notées dans les FS des DS de Ouahigouya (60% des FS) et de Dano (98% des FS);
- Toutes les FS ciblées ont eu de rupture de stocks d'Artémether injectable entre Août et Octobre 2015 ;
- 60% des FS n'ont pas eu de rupture de stocks de SP entre Août et Octobre 2015. Les ruptures ont été notées dans les FS des DS de Ouahigouya (10% des FS) et de Dano (100% des FS)

5.6 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la communication sociale et le changement de comportement (CCC)

La politique en matière de CCC a été déclinée dans le plan intégré de communication (PIC) bâti autour de trois stratégies principales: (i) le plaidoyer, (ii) la mobilisation sociale et (iii) la communication pour le changement de comportement (CCC).

Le PIC qui est un outil de référence en matière de communication, a accompagné la mise en œuvre du PSN dont l'objectif est de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme d'ici fin 2015. L'opérationnalisation de cet objectif a été déclinée en des objectifs comportementaux et éducationnels, en ses volets prévention et prise en charge.

La mise en œuvre de ces trois stratégies s'est faite de façon intégrée avec une utilisation d'outils de communication appropriés à travers divers canaux.

5.6.1 Résultats

▪ Indicateurs et cibles de la CCC

La CCC, en tant que stratégie de soutien au développement du PSN s'était fixé comme objectif en fin 2015, qu'au moins 80% des populations observent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme.

Les indicateurs de la CCC du PSN n'ont pas été pris en compte tels que formulés lors des différentes enquêtes.

En effet, les niveaux atteints en 2014 ont surtout concernées les femmes enceintes/gardiennes d'enfants de moins de cinq ans et non la population générale.

Par rapport à la proportion de mères et de personnes ayant la garde d'enfants qui sont capables de reconnaître les symptômes et les signes de danger chez un enfant fébrile de moins de 5 ans (ou autres groupes cibles), cette information n'est pas disponible car elle n'a pas été collectée.

▪ **Progrès vers les indicateurs de résultats de la CCC**

Pour la période 2011-2015, 51 activités de communication pour le changement de comportement ont été planifiées soit un taux de performance brut de 60% et un taux de performance ajusté de 37%.

○ **Proportion de la population cible utilisant les mesures correctes de préventions et de lutte contre le paludisme**

Les proportions de la population cible utilisant les mesures correctes de prévention et de lutte contre le paludisme figurent dans le tableau ci-dessous :

Tableau XV : Evolution des indicateurs CCC de 2011 à 2015

INDICATEURS	BASE 2009	RESULTATS				
		2011	2012	2013	2014	2015
% de mères et de personnes ayant la garde d'enfants qui sont capables de reconnaître les symptômes et les signes de danger chez un enfant fébrile de moins de 5 ans (ou autres groupes cibles)	ND	-	-	-	ND	-
% de personnes qui connaissent la cause du paludisme	94%	-	-	-	85,2% (MIS)*	-
% de personnes qui connaissent au moins trois signes du paludisme	48%	-	-	-	98,3% (TRaC)**	-
% de personnes qui connaissent au moins deux moyens de prévention du paludisme	40%	-	-	-	99,6% (TRaC)	-
Proportion des populations qui connaissent les avantages du recours aux soins dans les 24 h qui suivent l'apparition des signes de paludisme	40%	-	-	-	91,8% (TRaC)	-
Proportion des populations qui font recours aux soins dans les 24 h qui suivent l'apparition des signes de paludisme	50%	-	-	-	58,6% (TRaC)	-
Proportion des populations qui connaissent les avantages de l'utilisation des MILDA	ND	-	-	-	82,6% (MIS)	-

* *Malaria indicateur survey (MIS)* ** *Tracking Results Continuously*

Au regard du tableau ci-dessus, on note que la mise en œuvre du plan de CCC en appui au plan stratégique 2011-2015 de lutte contre le paludisme a permis d'accroître le niveau de connaissance des populations, d'améliorer les attitudes facilitant l'adoption des comportements en matière de prévention et prise en charge du paludisme.

○ **Proportion de personnes dans la population cible touchée par les activités de CCC**

La mise en œuvre des activités de CCC a permis de toucher les cibles initialement retenues à des degrés variables qui s'articulent autour des points ci-dessous :

✓ Les activités de **plaidoyer** réalisées dans toutes les régions ont permis de toucher en moyenne une quarantaine de leaders par région (administratifs, politiques, coutumiers et religieux, autres personnes influentes) pour leur implication dans la lutte contre le paludisme de façon générale. De façon spécifique, le plaidoyer a également accompagné la mise en œuvre d'interventions majeures (campagne de distribution universelle des MILDA en 2013 et campagne de chimio prévention du paludisme saisonnier en 2014 et 2015 dans les districts sanitaires ciblés).

✓ L'implication des membres des organisations à base communautaire (OBC), des agents de santé à base communautaire (ASBC), des hommes et femmes de média et des agents de santé dans

la mobilisation sociale a permis à travers leurs activités opérationnelles de rehausser le niveau de connaissance des populations sur le paludisme et d'accroître la demande des services de prévention et de prise en charge.

Afin de leur permettre de jouer pleinement leur rôle en tant qu'agent de changement, les capacités de ces acteurs ont été aussi renforcées sur la prévention et la prise en charge (conception, reproduction et diffusion dans toutes les régions de supports IEC audiovisuels et imprimés, formation en IEC/Paludisme de 140 hommes et femmes de média, de 302 membres d'OBC et de 8.340 ASBC, appui financier à 151 OBC et 50 radios communautaires).

Les missions de terrain ont permis de se rendre compte du bon niveau de connaissance des animateurs des radios. Cependant, celui des ASBC, bien qu'acceptable, mérite d'être renforcé par la formation continue.

De la disponibilité des supports IEC : même si l'enquête terrain a en a fait l'état (73% des formations sanitaires et 60% des ASBC), il faut cependant souligner la nécessité de réviser les contenus pour prendre en compte les nouvelles directives et d'augmenter les quantités.

Dans le cadre d'événements spéciaux (Journées mondiale de lutte contre le paludisme, lancement de la campagne MILDA 2013, campagne de sensibilisation en milieu scolaire), la mobilisation sociale a permis de toucher les différentes cibles en faveur de la lutte contre le paludisme.

✓ **La communication pour le changement de comportements (CCC)** a consisté essentiellement en des activités de communication de proximité et de masse réalisées en collaboration avec des partenaires d'exécution.

Les activités de communication de proximité réalisées par les agents de santé et les acteurs communautaires (ASBC, OBC) à travers les techniques d'animations (causeries éducatives, théâtres fora, ciné-débats) ont touché respectivement 7 953 246 et 14 606 017 personnes entre 2011 et 2015 à l'échelle de tout le pays selon les rapports du PNLP.

Il est à noter que durant cette période, des cibles ont été soumises de façon itérative aux messages de sensibilisation.

L'enquête terrain a permis de se rendre compte de la contribution des radios dans la sensibilisation des populations en faveur de la lutte contre le paludisme. Au regard de la couverture du pays par ce canal (plus de 90% selon les données du Conseil supérieur de la communication 2015), des millions de personnes ont ainsi été soumis aux messages de sensibilisation. Il est à noter que le rayon moyen d'action de ces radios est de 80 km et la majorité d'entre elles disposent d'une plage santé gratuite pour les actions de santé mais insuffisamment exploitées par les agents de santé.

A cela s'ajoute l'action des chaînes de télévision (publiques et privées) dont l'ensemble couvre, plus de 80% du territoire national selon toujours les données du CSC 2015.

Au regard des difficultés rencontrées dans la collecte des données lors de la revue documentaire, il est nécessaire de revoir le système pour les années à venir.

▪ **Facteurs facilitants et contraignants**

✓ Facteurs facilitants :

- Existence d'un plan de communication 2014-2015 ;
- Existence d'un groupe thématique communication /paludisme ;
- Existence de collaboration avec les médias et les OBC ;
- Commémoration régulière de la JMLP ;
- Réalisation d'activités de communication de proximité par les services de santé, des OBC et certains PTF ;
- Existence d'une banque de données de messages clés ;
- Disponibilité de maquettes validées.

✓ Facteurs contraignants :

- Insuffisances de ressources financières pour la mise en œuvre du plan de communication ;
- Faible mise en œuvre du plaidoyer en faveur de la lutte contre le paludisme de façon générale ;
- Insuffisance dans la capitalisation des interventions de certains partenaires ;
- Insuffisance dans la prise en compte de certaines thématiques dans la production des supports (promotion TDR, recours précoce, assainissement...) ;
- Insuffisances de matériel technique de travail (logiciels spécifiques de conception des matériels et supports IEC, appareil photo, ...) ;
- Faible prise en compte des langues locales dans le développement des supports.

Encadré 6 : Synthèse des résultats de la visite de terrain : volet CCC

Gestion de la lutte contre le paludisme dans les Districts sanitaires

- Tous les districts sanitaires (DS) disposent d'une personne responsable de l'IEC/CCC;
- 83% des DS disposent d'un plan de communication ou un programme d'activités IEC incluant le paludisme;
- Tous les DS ont fait la preuve de l'existence de supports IEC (prévention et traitement du paludisme) et de la mise en œuvre d'activités de mobilisation/communication en 2015 ;
- 83% des DS disposent d'un système de supervision/coordination des activités IEC dans les FS du DS ;
- 33% des DS ont participé aux événements nationaux sur la lutte contre le paludisme ;
- 67% des DS disposent de radios communautaires diffusant des émissions sur le paludisme.

Prestations de service du paludisme dans les Formations sanitaires

- 73% des FS ont fait la preuve de l'existence de supports IEC (prévention et traitement du paludisme) et de la mise en œuvre d'activités de mobilisation sociale en 2015.

Prestations de service du paludisme dans la communauté

Dans le domaine de la PECADO

- Les ASBC ont des connaissances satisfaisantes sur le paludisme ;
- 60% des ASBC disposent de documents et de supports IEC (boîte à images) dont les contenus doivent être révisés.

Au niveau des Radios communautaires

- Bonne connaissance des animateurs des radios communautaires sur le paludisme ;
- Rayon moyen de couverture des radios d'environ 80 km ;
- Tarification des productions abordables ;
- Plages horaires gratuitement réservées à la santé ;
- Développement de thématiques sur la santé dont le paludisme.

5.6.2 Conclusion et recommandations

5.6.2.1 Conclusion

Initialement prévu pour accompagner la mise en œuvre du PSN, le PIC n'a été validé qu'en mars 2014 par manque de financement, justifiant le fait que la CCC s'est résumée à la réalisation d'activités disposant de financements.

Certains indicateurs définis dans le plan de communication n'ont pas été mesurés car ne figurant pas dans le cadre de performance de suivi/évaluation mais la mise en œuvre du volet communication du PSN a cependant contribué à l'atteinte des objectifs du programme à travers une amélioration des connaissances, des attitudes et des comportements des populations dans le domaine du paludisme.

En effet, les activités développées en appui à la prévention et à la prise en charge du paludisme, ont permis d'atteindre des niveaux de connaissances satisfaisants des populations en ce qui concerne les signes, la cause et les moyens de prévention du paludisme. Il en est de même pour certains comportements améliorant la prise en charge du paludisme tels que le recours précoce aux soins en cas de fièvre.

Nonobstant ces résultats encourageants, des insuffisances demeurent et demandent que les actions de communication se poursuivent et se renforcent pour atteindre des niveaux de changement de comportement souhaités à travers une approche multisectorielle et partenariale dans la perspective de l'élimination du paludisme à l'orée 2030.

Dans cette vision, la prise en compte des recommandations suivantes s'avère indispensable:

5.6.2.2 Recommandations

- Doter le PNLP d'un plan de communication en appui à la mise en œuvre du plan stratégique 2016-2020 ;
- Mobiliser des ressources pour la mise en œuvre du plan de communication ;
- Renforcer les capacités de l'ensemble des acteurs (formation/recyclage, suivi/ supervision).
- Rendre disponible les supports IEC dans les structures sanitaires, auprès des ASBC et OBC intervenant dans la lutte contre le paludisme ;
- Améliorer le suivi/évaluation des activités de communication ;
- Renforcer l'implication des acteurs non santé dans la mise en œuvre des activités de communication (AS, leaders coutumiers et religieux, OBC, Hommes et femmes de média, ASBC, etc.) ;
- Assurer la capitalisation des actions des différents intervenants ;
- Prendre en compte les indicateurs définis dans le plan de communication dans le cadre de performance de suivi/évaluation du programme ;
- Intégrer la communication de crise aux interventions du PIC devant accompagner le prochain PSN.

5.7 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de préparation et de la riposte aux épidémies de paludisme (Lutte contre les épidémies)

Au regard du mode holo-endémique de la transmission du paludisme au Burkina Faso, on ne s'attend pas à une poussée épidémique de la maladie. Par conséquent, aucune intervention n'a été prévue dans le plan stratégique 2011-2015.

5.8 Niveau d'atteinte des cibles des résultats de la surveillance, Suivi / Evaluation et Recherche Opérationnelle (SS&E/RO)

La surveillance et le suivi-évaluation des interventions de lutte contre le paludisme sont basés sur le système national d'information sanitaire (SNIS) à travers les sous-systèmes suivants : rapports de routine des services de santé, surveillance épidémiologique, gestion des programmes, administration & gestion des ressources, enquêtes & études périodiques et sous-système à assise communautaire.

La stratégie de la surveillance, Suivi/Evaluation et Recherche Opérationnelle s'est faite à travers:

- La mise à jour des données par la collecte des données, la supervision des acteurs, la réalisation des enquêtes, les rencontres de validation des données et les sorties de contrôle de la qualité des données ;
- Le renforcement des capacités par la formation des acteurs du SNIS, les partages d'expériences et l'octroi de matériel informatique et TIC ;
- La coordination et le partenariat développés à travers des échanges dans le domaine du suivi-évaluation et de la recherche, des journées scientifiques et l'établissement de conventions ;
- Le suivi de la sensibilité des vecteurs, de l'efficacité des MILDA et des antipaludiques au niveau des sites sentinelles par les centres de recherche en collaboration avec les acteurs de terrain.

Dans le cadre de la gestion des données communautaires, le PNLP avec l'appui de Jhpiego a mis en place dans les districts sanitaires de Kaya une approche novatrice appelée ComCare. Il s'agit de l'utilisation du téléphone mobile par les ASBC et les agents de santé pour collecter les données relatives à la PEC communautaire du paludisme. Cette approche a permis d'améliorer la promptitude et la complétude des données communautaires et la prise de décision. Elle a été mise en œuvre en phase pilote dans quelques CSPP du DS Kaya.

5.8.1 Résultats

▪ Indicateurs de résultats et cibles de la SS&E/RO

Les principaux indicateurs du SS&E/RO sont les suivants :

- Le taux de complétude des rapports des formations sanitaires publiques ;
- L'indice de précision des données.

○ *Progrès vers les indicateurs de résultats du SS&E/RO dans le PSN*

Au cours de la période 2011-2015, il a été planifié dans le PSN 86 activités, 51 ont été mises en œuvre soit une performance théorique de 56% et une performance technique corrigée de 41%. L'insuffisance des ressources financières a été la principale barrière qui a limité les performances dans l'exécution du plan.

Le taux de complétude des rapports des formations sanitaires publiques est passé de 94,1% en 2011 à 97,8% en fin 2015. Quant au sous-secteur sanitaire privé, cette complétude est passée de 66% à 81%. La complétude des rapports s'est nettement améliorée entre 2011 et 2015 pour une cible de 100%.

L'indice de précision des données selon le rapport SARA 2014 indiquait un niveau d'homogénéité de 70,4%.

Les rapports mensuels d'activités sont saisis dans l'entrepôt des données sanitaires qui est une plate-forme en ligne développée sur DHIS2. Elle permet une exploitation en ligne par tous les utilisateurs du système de santé.

La lutte contre le paludisme fait partie des priorités nationales en matière de santé. Il existe de nombreux centres de recherche et de bureaux d'études qui s'intéressent à la question. Cependant

les résultats de la recherche opérationnelle dans le domaine ne sont pas suffisamment diffusés dans le pays.

▪ **Facteurs facilitants et contraignants**

✓ Facteurs facilitants

- Intégration des données du programme paludisme dans l'entrepôt national de données sanitaires (ENDOS) et dans le TLOH
- Existence d'un plan de suivi-évaluation
- Organisation des revues à mi-parcours et des bilans de plan d'action
- Existence de système d'évaluation périodique
- Réalisation de l'enquête sur les indicateurs du paludisme (EIP)
- Prise en compte de la recherche dans le Plan stratégique
- Existence de centres et instituts de recherche sur le paludisme
- Existence de partenaires techniques et financiers qui appuient le SNIS
- Existence de cyber stratégie nationale et de la cyber stratégie e-santé.
- Existence de l'unité de suivi-évaluation au niveau du programme
- Existence du Fond d'appui à la recherche en santé (FARES) et du Fonds National pour la Recherche et l'Innovation pour le Développement (FONRID)
- Organisations régulières d'un certain nombre d'enquêtes au niveau national

✓ Facteurs contraignants

- Insuffisance de la qualité des données (DQA 2014) ;
- Faible couverture géographique des réseaux de communication ;
- Insuffisance des outils et moyens de communication pour la transmission des données ;
- Faible complétude des données du privé et du monde communautaire ;
- Non réalisation des enquêtes (prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires, faciès épidémiologique, fardeau du paludisme en milieu de travail...).
- Insuffisance dans la capitalisation des interventions de certains partenaires

Encadré 7: Synthèse des résultats de la visite de terrain : volet suivi-évaluation

Renforcement des compétences

- 83% du personnel est formé sur la gestion des données paludisme. Le DS de Séguénéga n'a pas de membre de son équipe formé;
- Tous les DS disposent de directives et outils sur la gestion des données;
- 55% des FS ont du personnel formé sur la gestion des données paludisme;
- 50% des FS ont des directives et outils sur la gestion des données;

Revue de la qualité des données

- 60% des DS ont fait la preuve de revue de la qualité des données. Les DS de Batié et de Ouahigouya n'ont pas fait cette preuve ;
- 65% des FS ont fait la preuve de revue de la qualité des données ;
- 83% des DS ont fait la preuve de l'analyse et de l'utilisation des données paludisme. Le DS de Batié n'a pu apporter de preuve ;
- Les taux de complétude des rapports mensuels sont de 100% de 2011 à 2015. Seul le district de Séguénéga avait des taux légèrement inférieurs à 100% en 2011 (95, 2%) et 2012 (97%);
- La complétude des rapports mensuels varie de 85% en 2011 à 97% en 2015 avec un maximum de 99% en 2014;
- 44% des FS ont fait la preuve de l'analyse et de l'utilisation des données ;

- Le score de concordance des données rapportées versus données dans le registre est de 79,96% au mois de septembre 2015 et varie d'une FS à l'autre. Il est de 100% au CMA de Batié et de 73% dans le CSPA de Gondologo dans le DS de Ouahigouya ;
- Discordance entre les données des rapports mensuels et les données du registre ou des dossiers cliniques des malades (score < 1)
- Faible concordance entre le nombre d'enfants de moins de 5 ans traités et le nombre de traitements ACT sortis ;
- Faible concordance entre le nombre d'enfants de moins de 5 ans traités et le nombre de TDR positifs notifiés

5.8.2 Conclusion et recommandations

5.8.2.1 Conclusion

La mise en œuvre de la stratégie SS&E/RO du PSN a été confrontée à une multitude d'indicateurs à renseigner et l'absence de certains indicateurs, notamment entomologiques dans le plan de suivi-évaluation. La faible qualité des données et l'absence de capitalisation des interventions dans ce domaine ont également été des facteurs limitant la bonne mise en œuvre de cette stratégie. Par ailleurs, de bonnes pratiques en matière de gestion des données, ayant permis d'améliorer les taux de complétude, de promptitude et la prise de décision, ont été mises en œuvre à travers l'approche ComCare mais n'ont pas été répliquées dans d'autres districts.

5.8.2.2 Recommandations

- Rendre performant le dispositif d'assurance qualité des données du paludisme ;
- Renforcer les capacités du PNLP et des acteurs intervenant dans le domaine du suivi-évaluation;
- Diffuser les données pour la prise de décision ;
- Assurer la mobilisation de ressources en temps réel pour le suivi-évaluation du PSN ;
- Mettre en œuvre les enquêtes prévues dans le plan stratégique ;
- Renforcer la collaboration entre le PNLP et les centres de recherche ;
- Mettre en place un système d'archivage adéquat à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Intégrer les données communautaires du programme paludisme dans l'entrepôt national de données sanitaires (ENDOS) ;
- Assurer l'extension de l'approche ComCare à d'autres DS.

5.9 Fonctionnalité du système d'appui à la gestion du programme

Pour assurer ses missions, le PNLP s'est doté d'une politique nationale de lutte contre le paludisme. La mise en œuvre de cette politique est réalisée à travers un plan stratégique révisé qui couvre la période 2014-2017 et les différents manuels : directives de prise en charge du paludisme, plan de suivi-évaluation, plan intégré de communication, plan de gestion GAS, plan de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides.

5.9.1 Résultats

Les activités de lutte contre le paludisme sont mises en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elles sont coordonnées :

- au niveau national par le PNLP ;
- au niveau régional par les Directions Régionales de la Santé à travers les services de la lutte contre la maladie ;
- au niveau des districts sanitaires par les équipes cadres des districts.

Pour la période 2011.2015, 76 activités de gestion de programme ont été planifiées et 66 réalisées soit un taux de performance brut de 86,84% et un taux de performance ajustée de 72%.

Pour renforcer la collaboration avec les autres départements du Ministère et les partenaires pour un meilleur suivi-orientation du programme, il a été institué un Comité National de Pilotage et des groupes thématiques. Il existe également un cadre régulier de rencontres et d'échanges avec tous les partenaires intervenant dans la lutte contre le paludisme. Il faut cependant relever qu'il ya des insuffisances dans la fonctionnalité de ces cadre d'échanges, notamment l'irrégularité dans la tenue des rencontres de concertation.

Grâce à l'appui des partenaires et de l'Etat, le PNLP a bénéficié d'un bâtiment réhabilité R+2 composé de 22 bureaux. Il en outre bénéficié d'équipements de bureaux (matériels et mobiliers), de matériels informatiques et péri-informatiques, de matériels roulants (véhicules, motos). Ce qui a permis de renforcer les capacités opérationnelles du PNLP, des régions et districts sanitaires, ainsi que les organisations de la société civile.

Pour les ressources humaines, l'effectif du PNLP a connu une augmentation significative passant de 18 personnes en 2011 à 27 personnes en 2015. Cependant certains profils tels que les entomologistes et les chauffeurs sont insuffisants.

Concernant le renforcement de compétences, les agents du PNLP ont bénéficié de formations en suivi évaluation, en gestion données, en paludologie et en management orienté.

Encadré 8: Synthèse des résultats de la visite de terrain : volet gestion de programme

Organisation et gestion de la lutte contre le paludisme

- 67% des équipes cadre de DS ont une personne désignée pour le paludisme. Le DS de Séguénéga n'a désigné aucun agent comme point focal de la lutte contre le paludisme au niveau district;
- Dans tous les DS le paludisme est discuté au cours des réunions organisées par le DS;
- Tous les DS possèdent un Plan d'action du DS prenant en compte le paludisme;
- Tous les DS réalisent des supervisions semestrielles des formations sanitaire;
- Tous les DS organisent des ateliers de validation des données sur le paludisme.

Partenariat paludisme

Dans tous les DS visités, il existe des partenaires locaux pour la lutte contre le paludisme qui ont intervenu entre 2011 et 2015. Cependant, le constat est que leurs appuis restent insuffisants

Les facteurs favorables et facteurs contraignants

- ✓ Facteurs favorables :
 - Existence d'un cadre de travail adéquat pour la coordination du PNLP
 - Existence d'organe de coordination : comité de pilotage et de commissions spécialisées (groupes thématiques)
 - Existence d'un cadre permanent de concertation des partenaires

- Disponibilité des ressources humaine de qualité
- Disponibilité de ressources matérielles et du matériel roulant
- ✓ Facteurs contraignants :
 - Faiblesse de l’ancrage institutionnel du programme
 - Insuffisance de certains profils de ressources humaines au sein de la coordination du PNLN
 - Mobilité du personnel à tous les niveaux du système de santé
 - Insuffisance dans la maintenance du parc informatique et du parc automobile du PNLN
 - Faible fonctionnalité de certains groupes thématiques du comité de pilotage.

5.9.2 Conclusion et recommandations

5.9.2.1 Conclusion

Le pays dispose d’un cadre réglementaire pour la lutte contre le paludisme et des documents normatifs actualisés pour une meilleure harmonisation des interventions à tous les niveaux du système de santé. Il existe un cadre de partenariat fonctionnel permettant un suivi et une orientation du programme de lutte contre le paludisme. Toutefois on relève une insuffisance dans la tenue des rencontres statutaires des organes de comité de pilotage. Des ressources qualifiées sont disponibles au sein de la coordination du PNLN avec cependant l’insuffisance de certains profils.

L’ancrage institutionnel actuel ne permettrait pas une célérité dans la mise en œuvre des activités de gestion et de coordination. Par ailleurs le positionnement actuel du PNLN dans l’organigramme, ainsi que son statut limite fortement la création d’une ligne budgétaire.

5.9.2.2 Recommandations

- Faire un plaidoyer pour l’érection du PNLN en une direction
- Réaliser une évaluation/revue du comité de pilotage et du mécanisme de coordination du partenariat pour la lutte contre le paludisme
- Faire un plaidoyer pour l’affectation des profils de ressources personnelles manquantes au sein du PNLN
- Doter le PNLN en ressources financières pour l’entretien du parc informatique et automobile

CHAPITRE 6: IMPLICATIONS PROGRAMMATIQUES DES LECONS APPRISES LORS DE LA MISE EN OEUVRE DU PSN 2011-2015

6.1 Leçons apprises de la mise en œuvre du PSN 2011-2015

6.1.1. Lutte antivectorielle

Les leçons apprises dans le domaine de la lutte antivectorielle dans le plan stratégique 2011-2015 sont les suivantes :

- Entamer le processus de préparation une année avant la distribution (élaboration du plan de mise en œuvre, révisions des outils et des modules de formation) ;
- Lancer les commandes des MILDA et des outils en temps opportun (une année avant la distribution) ;
- Revoir la méthodologie de dénombrement pour éviter les écarts entre les prévisions et les données du dénombrement ;
- Réaliser les contrôles de qualité des MILDA avant la distribution ;

- Assurer la sécurité du stockage des MILDA à tous les niveaux ;
- Distribuer les MILDA sur toute l'étendue du pays au même moment et avant le début de la saison pluvieuse ;
- Traiter et analyser les données à tous les niveaux pour réduire les risques d'erreurs.
- Déterminer les zones d'intervention en fonction des critères épidémiologiques prédéfinis ;
- réaliser les contrôles de qualité des insecticides.
- mener des évaluations épidémiologiques des interventions PID sur des sites sentinelles.
- déterminer les zones d'intervention en fonction des données épidémiologiques et de l'accessibilité des gîtes larvaires ;
- réaliser les contrôles de qualité des insecticides ;
- mener des évaluations épidémiologiques des interventions de la LAL sur des sites sentinelles.

6.1.2 Chimio prévention

Les leçons apprises dans le domaine de la chimioprévention dans le plan stratégique 2011-2015 sont les suivantes :

- La nécessité d'une planification harmonisée avec l'ensemble des partenaires pour s'accorder sur les éléments de mise en œuvre de la CPS
- La prise supervisée de la première dose n'est pas toujours assurée par certains DC, ce qui peut jouer sur l'efficacité de la prise ;
- La persistance des ruptures en SP influence les couvertures administratives en TPI
- La prise supervisée n'est pas effective à tous les niveaux /la prise supervisée effective à tous les niveaux concourent au succès de la chimio prévention chez la femme enceinte lors des CPN

6.1.3 Prise en charge des cas

Les leçons apprises dans le domaine de la prise en charge des cas dans le plan stratégique 2011-2015 sont les suivantes :

- Une insuffisance dans le respect des directives à tous les niveaux, joue sur la qualité de la prise en charge

6.1.4 GAS

Les leçons apprises dans le domaine de la gestion des achats et des stocks dans le plan stratégique 2011-2015 sont les suivantes :

- des données logistiques de qualité notamment les données de consommation sont nécessaires pour une bonne quantification des besoins en intrants ;
- une bonne disponibilité des intrants dépend d'une mise en œuvre efficace des plans d'approvisionnements;
- un bon suivi de la performance du système GAS nécessite la définition d'indicateurs SMART ;
- une bonne gestion des intrants implique des cadres de concertation périodiques avec les différents acteurs de la chaîne d'approvisionnement.

6.1.5 CCC

Les leçons apprises dans le domaine de la CCC dans le plan stratégique 2011-2015 sont les suivantes :

- le changement de comportement des populations en matière de paludisme s'inscrit dans une perspective à long terme et demande que les activités de communication se mènent de façon continue et soutenue;

- l'efficacité des interventions de communication est liée à la disponibilité des supports IEC en quantité et en qualité auprès des acteurs de mise en œuvre;
- les leaders communautaires (coutumiers, religieux, etc.) et autres acteurs secondaires (OBC, ASBC, Hommes et femmes de média, etc.) s'investissent dans la promotion de comportements favorables à la lutte contre le paludisme si leurs capacités sont renforcées;
- Les radios communautaires constituent des canaux de communication appropriés pour toucher le maximum de populations dans les villes et campagnes ;
- La prise en compte des langues locales dans la conception des messages et supports IEC est fondamentale pour une meilleure promotion des comportements favorables à la lutte contre le paludisme.

6.1.6 Suivi-évaluation

Les leçons apprises dans le domaine du suivi-évaluation dans le plan stratégique 2011-2015 sont les suivantes :

- Suivi des indicateurs de morbidité et de mortalité par le PNLP a permis de résoudre les problèmes de prises en charge dans certains districts ;
- La validation des données au niveau opérationnel;
- Suivi régulier de la qualité des données permet de disposer de données fiables pour la prise de décision;

6.1.7 Financement/Gestion du programme

Les leçons apprises dans le domaine de la gestion du programme dans le plan stratégique 2011-2015 sont les suivantes :

- Les ressources financières demeurent un élément clé dans la mise en œuvre des interventions du PSN. L'absence d'un plan ou d'une stratégie de mobilisation des ressources au cours de la période 2011-2015 a limité la mobilisation des ressources financières. Il est un instrument de plaidoyer pour la mobilisation des ressources, en particulier les ressources domestiques.
- Les ressources qui ont été mobilisées auprès de l'Etat n'ont pas été entièrement allouées à la lutte contre le paludisme, en raison des réaménagements opérés par l'Etat lors des sessions de révision budgétaire. Cette situation traduit les contraintes/difficultés dans la sécurisation des ressources financières allouées par l'Etat à la lutte contre le paludisme
- L'anticipation dans le montage des demandes de déblocage des fonds mobilisés auprès des partenaires a permis de disposer à temps des ressources pour la mise en œuvre des activités du PSN.
- L'absence d'un dispositif de collecte et d'analyse des informations financières n'a pas permis de disposer des données exhaustives pour l'analyse financières du PSN 2011-2015
- L'analyse du coût total prévisionnel du PSN 2011-2015 a révélé que certains coûts ont été surestimés ou sous-estimés. Ce qui a entraîné des difficultés dans l'allocation des coûts, ainsi que les dépenses des montants alloués. Les principales causes sont l'insuffisance dans la détermination des éléments de calcul des coûts de certaines interventions lors du processus de budgétisation du PSN.

6.2 Orientations stratégiques du PSN 2016-2020

6.2.1 Lutte anti vectorielle

Les interventions à retenir pour la LAV dans le nouveau PSN sont les suivantes :

- Maintien de la couverture universelle en MILDA sur la base d'un système de contrôle de qualité réguliers ;
- Réintroduction de la PID et la LAL dans certaines régions

- Suivi de la résistance aux insecticides

6.2.2 Chimio prévention et prise en charge des cas).

Les interventions à retenir pour la prise en charge dans le nouveau PSN sont les suivantes :

- **CPS**
 - Passage à l'échelle de la CPS
- **Prévention du paludisme chez la femme enceinte**
 - Mise en œuvre du TPI au niveau communautaire
- **Diagnostic et traitement des cas**
 - Passage à l'échelle des TDR au niveau communautaire
 - Renforcement de l'application des directives au niveau du secteur public et du secteur privé
 - Introduction Traitement du pré transfert à base d'artésunate suppositoire au niveau communautaire pour les cas de palu grave chez les enfants de moins de 5 ans

6.2.3 GAS

Les principales orientations stratégiques en matière de **GAS** sont:

- Sécurisation de l'approvisionnement en intrants de lutte contre le paludisme ;
- Renforcement du système de suivi de la gestion des intrants de lutte contre le paludisme y compris les contrôles qualité et la pharmacovigilance à tous les niveaux ;
- Renforcement des capacités des acteurs de la chaîne d'approvisionnement des intrants de lutte contre le paludisme.

6.2.4 CCC

En vue de l'élaboration du prochain PSN, le renforcement des actions de communication en faveur de la prévention et de la prise en charge du paludisme est indispensable à travers les orientations stratégiques suivantes :

- Renforcement des activités de sensibilisation de masse et de proximité
- Amélioration du suivi/évaluation des activités de communication ;
- Renforcement de l'implication des acteurs non santé dans la mise en œuvre des activités de communication ;
- Capitalisation des actions des différents intervenants en matière de CCC.

6.2.5 Suivi-évaluation

Les principales orientations stratégiques en matière de suivi-évaluation sont:

- Révision des indicateurs du programme ;
- Prise en compte des indicateurs entomologiques ;
- Renforcement de la qualité des données ;
- Capitalisation des interventions en matière de suivi-évaluation.

6.2.6 Gestion du programme

Les orientations stratégiques proposées pour le nouveau plan stratégique 2016-2020 sont la budgétisation appropriée du PSN, l'élaboration d'une stratégie de mobilisation et de sécurisation des ressources financières, l'accélération des procédures de demandes de déblocage des ressources, la mise en place d'un dispositif de collecte et d'analyse des informations financières.

Pour la gestion du programme, les orientations stratégiques sont :

- Renforcement du partenariat ;
- Mobilisation de ressources adéquates
- Promotion de la bonne gouvernance.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES

- Le plan national de développement sanitaire 2011-2020 ;
- Le plan stratégique 2011-2015 révisé du PNLP ;
- Le plan de suivi-évaluation du PSN révisé ;
- Les annuaires statistiques 2011 à 2015 ;
- Le tableau de bord 2015 ;
- La stratégie de croissance accélérée et de développement durable ;
- Les plans d'actions annuels de 2011 à 2015 du PNLP ;
- Le rapport mondial du paludisme de 2014 ;
- L'enquête démographique et de santé 2010;
- Les enquêtes sur les indicateurs du paludisme 2014 ;
- Le rapport de l'audit de la qualité des données du paludisme de 2014 ;
- Les projections démographiques de 2007-2020 par région et province, août 2009, INSD;
- Le rapport HCR sur les réfugiés ;
- La politique nationale de santé (PNS) ;
- Les Objectifs de développement durable (ODD) ;
- Le rapport de la campagne CPS du PNLP ;
- Le rapport Malaria indicateur survey (MIS) ;
- Tracking Résultats Continuously;
- Rapport LAL Ouagadougou ;
- Etude sur le taux d'inoculation entomologique (TIE) dans les districts de Diébougou et de Dano en 2011 (R. Dabiré et Al)

ANNEXES

Annexe I : Outil d'évaluation RPP sur la performance physique de la mise en œuvre du PSN en 2011-2015

	Stratégies/Interventions	Activités	2011	2012	2013	2014	2015	Performance Technique de la mise en œuvre en 2011-2015				
								Nbre d'activités planifiées (2011-2015)	Nbre d'activités mises en œuvre (Janvier 2011 à Décembre 2015)	% Activités mises en œuvres (Janvier 2011 à Décembre 2015)	Score de la complétude de la mise en œuvre de l'activité	Performance de la mise en œuvre par activité (%)
Objectif 1: D'ici fin 2015, 100 % des cas suspects de paludisme sont confirmés et traités avec des antipaludiques adaptés dans tous les établissements publics, privés et au niveau communautaire								83	56	68%		57%
Intervention 1.1:Prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire								36	26	72%		64%
1		Organiser un atelier de consensus sur l'introduction des TDR au niveau communautaire.(120 personnes, 3 jours, au niveau central) An 1.	X					1	1	100%	5	100%

2		Organiser 2 ateliers d'élaboration d'un plan d'introduction des TDR au niveau communautaire (40 personnes ,pdt 6j , au niveau central).An 1	X					1	1	100%	5	100%
3		Organiser un atelier de validation du plan d'introduction des TDR au niveau communautaire (80 personnes, 1 jour, au niveau central). An1	X					1	1	100%	5	100%
4		Organiser un atelier d'élaboration des directives sur l'utilisation des TDR au niveau communautaire.(30 personnes, 3 Jour, au niveau central).An 1	X					1	1	100%	5	100%
5		Organiser un atelier de validation des directives sur l'utilisation des TDR au niveau communautaire (80 personnes, 1 jour, au niveau central). An 1	X					1	1	100%	5	100%
6		Reproduire/diffuser le plan d'introduction et les directives sur l'utilisation des TDR au niveau communautaire. An 1	X					1	1	100%	5	100%
7	1.1.1	<u>Approvisionner le niveau communautaire en TDR (3 165 740 TDR)</u>		X	X	X	X	4	3	75%	3	45%
8	1.1.2	Approvisionner le niveau communautaire en ACT (7 007 817 traitements)	X	X	X	X	X	5	5	100%	4	80%
9	1.1.3	Former les ICP pour la formation des ASBC sur la prise en charge et la prévention du paludisme (1655 ICP)		X	X		X	3	3	100%	4	80%

10	1.1.4	Former les ASBC sur la prise en charge du paludisme (8 895 ASBC)		X		X	2	1	50%	5	50%
11	1.1.5	Former les ASBC sur la prévention du paludisme (8 895 ASBC)		X		X	2	1	50%	1	10%
12	1.1.6	Doter les ASBC en materiel de travail pour la prise en charge du paludisme (impermeables, lampe torches, sacs, boite à medicaments, stylos, registres, gants) (8 895)				X X	2		0%		0%
13	1.1.7	Réaliser la supervision mensuelle des ASBC par les ICP	X	X	X	X X	5	4	80%	4	64%
14	1.1.8	Assurer la motivation des ASBC pour la réalisation des activités				X X	2	0	0%	1	0%
15	1.1.9	Monitorer une fois par semestre les activités communautaires de lutte contre le paludisme (pm)	X	X	X	X X	5	3	60%	3	36%
		Intervention 1.2 : Prise en charge des cas de paludisme au niveau des formations sanitaires publiques et privées					47	30	64%		50%
16		Acquérir 100 microscopes au profit des centres de référence en T2 An2		X			1	0	0%		0%

17		Sensibiliser les responsables des laboratoires des centres de référence à l'importance de la GE dans la PEC des cas de paludisme		X	X				2	0	0%		0%
18	1.2.1	Approvisionner les formations sanitaires en TDR (40 042 544 TDR)	X	X	X	X	X		5	5	100%	3	60%
19	1.2.2	Approvisionner les formations sanitaires en ACT (30 724 741 traitements)	X	X	X	X	X		5	5	100%	4	80%
20	1.2.3	Former 5 845 agents de santé du public et 716 agents du privé à la PEC des cas de paludisme		X		X	X		4	4	100%	4	80%
21	1.2.4	Recycler 520 pharmaciens de laboratoire et technologistes biomédicaux sur les techniques de diagnostic biologique du paludisme		X			X		2		0%		0%
22	1.2.5	Superviser semestriellement les technologistes biomédicaux sur les techniques de diagnostic biologique du paludisme	X	X	X	X	X		5		0%		0%

23	1.2.6	Approvisionner les formations sanitaires en kits d'urgence pour la PEC des cas de paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans (833 270 kits)	X	X	X	X	X	5	4	80%	3	48%
24	1.2.7	Approvisionner les formations sanitaires en kits d'urgence pour la PEC des cas de paludisme grave chez les femmes enceintes (100 287 kits)	X	X	X	X	X	5	4	80%	3	48%
25	1.2.8	Approvisionner les formations sanitaires en Artesunate injectable pour le traitement des cas de paludisme grave chez les patients de 5 ans et plus (1 845 670 ampoules)					X	1	0	0%		0%
26	1.2.9	Réaliser la supervision post-formation des agents de santé sur la PEC des cas de paludisme				X	X	2	2	100%	5	100%

27	1.2.10	Organiser une journée d'orientation de 1800 responsables de structure de santé du public et 400 du privé sur les nouvelles directives de PEC du paludisme				X			1	1	100%	4	80%
28	1.2.11	Acquérir des kits de consommables et de réactifs pour la réalisation de la goutte épaisse au profit de 76 centres de référence	X	X	X		X		4	0	0%		0%
29	1.2.12	Organiser des rencontres de mise à niveau de 75 enseignants des écoles de formations de base du personnel médical et paramédical sur la lutte contre le paludisme au Burkina.			X		X		2	2	100%	5	100%
30	1.2.13	Réviser les directives de PEC et les modules de formation sur la PEC des cas de paludisme en 2016			X				1	1	100%	5	100%
31	1.2.14	Reproduire les nouvelles directives nationales de lutte contre le paludisme au profit de toutes les formations sanitaires publiques et privées			X		X		2	2	100%	5	100%
Objectif 2 : D'ici fin 2015, 100% de la population est protégée du paludisme, spécifiquement chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans									87	43	68%		48%
Intervention 2.1 : TPI chez les femmes enceintes									8	8	100%		60%
1	2.1.1	Approvisionner les formations sanitaires en doses de SP pour le TPI chez la femme enceinte (10 463 196 doses)	X	X	X	X	X		5	5	100%	3	60%

2	2.1.2	Former 6 561 agents de santé(AA, AB, SFE, ME) du secteur public et privé sur le TPI (intégrée à l'activité 1.2.3)		X		X	X	3	3	100%	3	60%
Intervention 2.2 : TPI chez les nourrissons								12	2	17%		25%
3		Organiser un atelier de consensus sur l'introduction du traitement préventif intermittent du paludisme chez les enfants . (30 personnes , 3 jours, au niveau central).An1 PM	X					1	1	100%	5	100%
4		Organiser un atelier d'élaboration des directives sur la mise en œuvre du traitement préventif intermittent du paludisme chez les enfants au niveau central (120personnes, 3 jours, au niveau central). An1 (PM)	X					1	1	100%	5	100%
5		Reproduire et diffuser 6550 exemplaires de directives sur la mise en œuvre de la chimioprophylaxie du paludisme chez les enfants		X				1	0	0%	1	0%
6		Former 153 formateurs régionaux et des DS (1pers/ 13DRS et 1 pers/ 70 DS sur la chimioprophylaxie du paludisme chez les enfants et l'utilisation des TDR au niveau communautaire (6 sessions , 5 jours) An2, An3		X				1	0	0%	1	0%
7		Former 6561 agents de santé sur la chimioprophylaxie du paludisme chez les enfants .(intégré à la formation à la PEC) (PM)		X				1	0	0%	1	0%
8		Former 18000 agents de santé communautaires sur la chimioprophylaxie du paludisme chez les enfants de 3 à 59		X				1	0	0%	1	0%

		mois An2, An4 PM .										
9		Acquérir 8 517 176 doses de SP pour le TPI chez les enfants (intégré à l'activité 1.1)	X	X	X			3	0	0%	0%	
10		Superviser mensuellement les agents de santé communautaires sur la mise en œuvre de la chimioprophylaxie	x	x	x			3	0	0%	1	0%
Intervention 2.3 : Chimio-prévention du paludisme saisonnier chez les enfants de 3-59 mois								4	4	100%		80%
11	2.2.1	Approvisionner les formations sanitaires en doses de SP+AQ pour la CPS chez les enfants de 3 à 59 mois (1 586 011 doses de 3-11 mois et 5 630 460 doses de 12-59 mois)				X	X	2	2	100%	4	80%
12	2.2.2	Organiser des campagnes de mise en œuvre de la CPS dans les zones ciblées une fois par an				X	X	2	2	100%	4	80%

Intervention 2.4 : Distribution de MILDA en routine aux FE et aux nourrissons de moins d'un an								10	9	90%		28%
13	2.3.1	Approvisionner les formations sanitaires en MILDA pour la distribution en routine aux femmes enceintes (4 730 416 MILDA)	X	X	X	X	X	5	5	100%	2	40%
14	2.3.2	Approvisionner les formations sanitaires en MILDA pour la distribution en routine aux enfants de moins d'un an (3 525 534 MILDA)	X	X	X	X	X	5	4	80%	1	16%
Intervention 2.5 : Distribution de MILDA en campagne de masse								4	4	100%		70%

16	2.4.1	Approvisionner les formations sanitaires en MILDA pour la campagne de masse (9 623 776 MILDA et et 10 574 665 en 2016)			X	x	2	2	100%	4	80%
17	2.4.2	Organiser une campagne de distribution universelle de MILDA			X		2	2	100%	3	60%
Intervention 2.6 : Lutte anti larvaire (LAL)							26	0	0%		0%

18	2.5.1	Mener des études de base (épidémiologique, entomologique, environnementale et sociale) du traitement anti larvaire à Bobo-Dioulasso				X			1	0	0%		0%
19	2.5.2	Réaliser la cartographie des gîtes larvaires à Bobo-Dioulasso				X			1	0	0%		0%
20	2.5.3	Actualiser chaque année la cartographie des gîtes larvaires à Ouagadougou et à Bobo Dioulasso			X	X	X		3	0	0%		0%
21	2.5.4	Approvisionner les districts sanitaires en intrants pour la LAL			X	X	X		3	0	0%		0%
22	2.5.5	Former les acteurs sur le traitement anti larvaire			X	X	X		3	0	0%		0%
23	2.5.6	Assurer une large communication sur l'opération de la LAL			X	X	X		3	0	0%		0%
24	2.5.7	Effectuer l'opération de traitement des gîtes larvaires			X	X	X		3	0	0%		0%
25	2.5.8	Effectuer le suivi entomologique			X	X	X		3	0	0%		0%
26	2.5.9	Assurer la supervision des acteurs de la LAL			X	X	X		3	0	0%		0%
27	2.5.10	Evaluer la campagne de traitement anti-larvaire			X	X	X		3	0	0%		0%
Intervention 2.7 : Pulvérisation intra domiciliaire (PID)									23	16	70%		71%

28	Identifier les structures à pulvériser dans les zones d'intervention de la PID. (1/10)	X	X	X			3	2	67%	5	67%
29	Acquérir les intrants. (3,5/10)		X	X			2	2	100%	5	100%
30	Planifier l'opération. (0,25/10)	X	X	X			3	2	67%	5	67%
31	Former les acteurs (1/10)	X	X	X			3	2	67%	5	67%
32	Effectuer l'opération de pulvérisation des structures éligibles (2/10)	X	X	X			3	2	67%	5	67%
33	Effectuer le suivi entomologique (1/10)	X	X	X			3	2	67%	5	67%
34	Réaliser la restitution des résultats de l'opération (0,25/10)	X	X	X			3	2	67%	5	67%
35	Superviser les activités (1/10)	X	X	X			3	2	67%	5	67%
Objectif 3: D'ici fin 2015, au moins 80% des populations observent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme							171	88	52%		40%
Intervention 3.1 : Communication pour la prévention							120	61	51%		40%

1	Organiser deux ateliers d'élaboration du plan de communication de 06 jours chacun réunissant 25 personnes		X				1	1	100%	4	80%
2	Organiser un atelier d'élaboration des messages et de définition des types de supports en 05 jours réunissant 20 personnes		X				1	1	100%	5	100%
3	Organiser un atelier de validation du plan de communication en 01 jour réunissant 50 personnes		X				1	1	100%	5	100%
4	Reproduire le plan de communication en 400 exemplaires		X				1	0	0%	1	0%
5	Organiser un atelier national de diffusion du plan de communication regroupant 50 personnes à Ouaga en un jour		X				1	0	0%	1	0%
6	Organiser des ateliers de conception et de validation des différents supports imprimés en lien avec les activités de routine et la PID (affiches, dépliant, boîte à images) et les scénarii des supports audio visuels (spots, sketches)		X				1	1	100%	3	60%
7	Réaliser une enquête CAP		X				1	1	100%	4	80%
8	Evaluer le PIC			X			1	0	0%	1	0%

	3.1.1	Réaliser des activités de communication pour le changement de comportements										
9		Organiser 01 fois/an une campagne de sensibilisation en milieu scolaire sur la prévention du paludisme dans 35 DS		X	X	X	X	4	1	25%	2	10%
10		Réaliser 02 causeries éducative par mois/CSPPS sur la prévention du paludisme		X	X	X	X	4	4	100%	5	100%
11		Réaliser 01 causerie par semestre au sein de la communauté par les ASBC sur la prévention du paludisme		X	X	X	X	4	4	100%	5	100%
12		Réaliser 10 VAD/mois/ASBC pour le suivi de l'utilisation des MILDA et de l'assainissement du cadre de vie pendant la période de haute transmission		X	X	X	X	4	1	25%	2	10%
13		Réaliser 01 théâtre forum/semestre sur la prévention du paludisme		X	X	X	X	4	0	0%	1	0%
14		Réaliser 01 ciné-débat/semestre sur le paludisme et les moyens de prévention		X	X	X	X	4	4	100%	5	100%
15		Réaliser 04 spots TV sur les moyens de prévention du paludisme: MILDA (02) le TPIg (01) l'assainissement du cadre de vie (01) en français		X	X	X		3	3	100%	4	80%
16		Doubler les 04 spots TV sur les moyens de prévention du paludisme: MILDA (02) le TPIg (01) l'assainissement du cadre de vie (01) dans 03 langues nationales		X	X	X		3	3	100%	4	80%

17	Réaliser 16 magazines TV sur la prévention du paludisme (assainissement du cadre de vie, MILDA, TPIg...) en 08 langues nationales (mooré, dioula, fulfudé, bisssa, gourmatché, dagara, lyélé, bwamou)		X	X	X		3	1	33%	2	13%
18	Diffuser 150 fois par an les spots TV sur les moyens de prévention du paludisme sur la RTB/télé et 06 chaînes privées/confessionnelles		X	X	X	X	4	4	100%	5	100%
19	Rediffuser les 16 magazines TV sur la prévention du paludisme (assainissement du cadre de vie, MILDA, TPIg...) en 08 langues nationales (mooré, dioula, fulfudé, bisssa, gourmatché, dagara, lyélé, bwamou)		X	X		X	3	0	0%	1	0%
20	Diffuser 3 fois par an, des messages électroniques sur les téléphonies mobiles sur la prévention du paludisme		X	X	X	X	4	0	0%	1	0%
21	Diffuser 3 fois par an, des messages de prévention sur 03 organes de presse en ligne sur la prévention du paludisme		X	X	X	X	4	0	0%	1	0%
22	Réaliser une caravane de presse sur les actions de lutte contre le paludisme dans les 13 régions		X	X		X	3	0	0%	1	0%
23	Organiser une caravane de sensibilisation avec des artistes musiciens sur les problèmes spécifiques du paludisme dans 07 régions, pendant la période de haute transmission		X	X	X		3	0	0%	1	0%
24	Réaliser/diffuser 03 émissions de « Burkina variétés » sur la prévention du paludisme en langues nationales		X	X		X	3	0	0%	1	0%
25	Réaliser/diffuser 02 émissions télévisuelles sur le paludisme à la RTB		X	X	X		3	0	0%	1	0%

		/télé										
26		Organiser une semaine de sensibilisation sur le paludisme dans le cadre de la commémoration de la Journée mondiale de lutte contre le paludisme	X	X	X	X	4	4	100%	4	80%	
27		Organiser des activités de communication de proximité par les OBC-E (causeries, projection de films) sur la prévention du paludisme	X	X	X	X	4	4	100%	3	60%	
28		Organiser des activités de communication de proximité avec les radios locales (Emissions radios) sur la prévention du paludisme	X	X	X	X	4	4	100%	3	60%	
	3.1.2	Réaliser des activités de mobilisation sociale										
29		Mettre à niveau en 01 jour les formateurs des acteurs de la lutte contre le paludisme (13 SPS, 63 BPS, 1500 AIS) en IEC palu	X		X		1	0	0%	1	0%	
30		Former en 03 jours les acteurs communautaires (8895 ASBC) sur la sensibilisation de la population sur le paludisme	X				1	1	100%	3	60%	
31		Former/mettre à niveau en 03 jours les acteurs communautaires (189 membres des OBC-E, 03/OBC-E/DS) en IEC paludisme			X		1	1	100%	3	60%	
32		Organiser 04 sessions d'informations en 02 jours avec 140 hommes et femmes de médias, en IEC/paludisme			X		1	1	100%	5	100%	
33		Former en 01 jour les points focaux des entreprises (20) et des autres			X		1	0	0%	1	0%	

		départements ministériels (20) en IEC palu										
34		Organiser quatre rencontres de sensibilisation de 400 TPS inscrits et reconnus sur le paludisme: a ramener à CCC PEC				X	1	0	0%	1	0%	
35		Elaborer les contenus des supports IEC sur les thématiques retenues				X	1	1	100%	5	100%	

36	Reproduire les exemplaires des supports IEC sur les thématiques retenues			X	X	2	2	100%	2	40%
37	Appuyer le fonctionnement de 189 OBC-E				X	X	2	2	4	80%
38	Appuyer le fonctionnement de 50 radios				X	X	2	2	5	100%

39		Appuyer 20 départements ministériels pour la réalisation d'activités de sensibilisation sur la prévention du paludisme				X	X	2	0	0%	1	0%
40		Doter les acteurs à base communautaire et les services de santé en supports IEC sur les thématiques retenues					X	1	1	100%	3	60%
41		Organiser une fois par semestre le suivi des activités des radios et des OBC-E		X	X	X	X	4	0	0%	1	0%
42		Concevoir/reproduire et diffuser le bulletin trimestriel d'information « PALU-INFO »	X	X	X	X	X	5	4	80%	4	64%
43		Participer aux grands événements nationaux pour la diffusion de messages sur la prévention du paludisme (Tour du Faso, Fespaco, SIAO, SNC, ...)				X	X	2	0	0%	1	0%
44		Doter le PNLP de kits audio visuels		X				1	0	0%	1	0%
45		Acquérir et doter 70 districts sanitaires en kits audiovisuels (Lecteur CD/DVD, Data Show, Ecran de projection géant, régulateur de tension, ensemble sono, Appareil photo numérique, Mégaphone) au profit des districts sanitaires		X				1	0	0%	1	0%

46		Réaliser une enquête rapide sur la réceptivité des messages IEC			X	X	2	1	50%	4	40%
	3.1.3	Réaliser des activités de plaidoyer									
47		Tenir 01 rencontre de plaidoyer par CSPPS à l' intention des leaders coutumiers, religieux et communautaires pour obtenir leur soutien aux activités de prévention et de PEC du paludisme (sur l'importance de la prévention du paludisme, TPI chez la femme enceinte, consultation précoce, référence des cas de fièvre vers ASBC/AS, observance du traitement ACT).			X	X	2	1	50%	3	30%
48		Organiser 01 rencontre de plaidoyer à l'endroit des 49 conseils municipaux des communes urbaines pour l'augmentation du nombre de structures de promotion de l'assainissement du cadre de vie et leur allocation en ressources			X		1	1	100%	3	60%
49		Organiser une rencontre de plaidoyer à l'endroit de l'Assemblée nationale en faveur de l'augmentation du montant de la ligne budgétaire pour la lutte contre le paludisme			X	X	2	0	0%	1	0%
50		Organiser des rencontres de plaidoyer auprès des entreprises pour leur implication dans la lutte contre le paludisme			X	X	2	0	0%	1	0%
51		Organiser des rencontres de plaidoyer et d'information avec les responsables des départements ministériels non santé et les responsables des entreprises/organisations faitières identifiés	X	X			2	1	50%	4	40%
	Intervention 3.2 : Communication sur la prise en charge						51	27	53%		40%

	3.2.1	Réaliser des activités de communication pour le changement de comportements										
52		Réaliser 02 causeries éducatives/mois/CSPS sur la PEC du paludisme	X	X	X	X	4	4	100%	5	100%	
53		Réaliser 01 causerie par semestre au sein de la communauté par les ASBC sur la PEC du paludisme	X	X	X	X	4	4	100%	5	100%	
54		Réaliser 01 théâtre forum/semestre sur la PEC du paludisme	X	X	X	X	4	4	100%	5	100%	
55		Réaliser 01 ciné-débat/semestre sur la PEC du paludisme	X	X	X	X	4	4	100%	5	100%	
56		Réaliser 04 spots TV sur la PEC: diagnostic (01) et traitement (03) en français	X	X	X		3	1	33%	2	13%	
57		Doubler les 04 spots TV sur la PEC: diagnostic (01) et traitement (03) dans 03 langues nationales	X	X	X		3	1	33%	2	13%	
58		Réaliser 16 magazines TV sur la PEC (TDR, consultation précoce, PECADO...) du paludisme en 08 langues nationales (mooré, dioula, fulfudé, bissa, gourmatché, dagara, lyélé, bwamou)	X	X	X		3	0	0%	1	0%	
59		Diffuser 150 fois par an les spots TV sur la PEC: diagnostic et traitement sur la RTB/télé et 06 chaines privées/confessionnelles	X	X	X	X	4	1	25%	2	10%	
60		Rediffuser les 16 magazines TV la PEC (TDR, consultation précoce, PECADO...) du paludisme en 08 langues nationales (mooré, dioula, fulfudé, bissa, gourmatché, dagara, lyélé, bwamou)	X	X		X	3	0	0%	1	0%	

61		Diffuser 3 fois par an, des messages électroniques sur les téléphonies mobiles sur la PEC du paludisme	X	X	X	X	4	0	0%	1	0%
62		Diffuser 3 fois par an, des messages de prévention sur 03 organes de presse en ligne sur la PEC du paludisme	X	X	X	X	4	0	0%	1	0%
63		Organiser des activités de communication de proximité par les OBC-E (causeries, projection de films) sur la PEC du paludisme	X	X	X	X	4	4	100%	3	60%
64		Organiser des activités de communication de proximité avec les radios locales (Emissions radios) sur la PEC du paludisme	X	X	X	X	4	4	100%	3	60%
65		Réaliser/diffuser 02 émissions de « Burkina variétés » sur la PEC du paludisme en langues nationales	X	X		X	3	0	0%	1	0%
	3.2.2	Réaliser des activités de mobilisation sociale (INTEGREES A LA PREVENTION)									
	3.2.3	Réaliser des activités de plaidoyer (INTEGREES A LA PREVENTION)									
Objectif 4 : D'ici fin 2015, la capacité du PNLN dans la gestion de la lutte contre le paludisme est renforcée.							220	163	70%		54%
	Intervention 4.1 : Gestion des intrants						52	47	90%		65%

1	4.1.1	Organiser des ateliers annuels de quantification des besoins en intrants de lutte contre le paludisme.	X	X	X	X	X	5	5	100%	5	100%
2	4.1.2	Réaliser la revue trimestrielle de la quantification des besoins en intrants et de la planification des achats.	X	X	X	X	X	5	5	100%	5	100%
3	4.1.3	Assurer le transport des intrants (ne suivant pas le circuit CAMEG) vers les districts sanitaires	X	X	X	X	X	5	5	100%	3	60%

4	4.1.4	Organiser des rencontres de concertation semestrielles entre acteurs du SIGL à tous les niveaux	X	X	X	X	X	5	5	100%	3	60%
5	4.1.5	Organiser les réunions trimestrielles du sous comité de suivi de l'utilisation des ACT.	X	X	X	X	X	5	5	100%	5	100%
6		Organiser un atelier de validation du guide de formation en gestion des intrants de lutte contre le paludisme.		X				1	0	0%		0%
7		Reproduire 3000 guides de formation en gestion des intrants de lutte contre le paludisme (AN2) pour les formations sanitaires.		X				1	0	0%		0%
8	4.1.6	Elaborer/adapter les modules de formation sur le SIGL des intrants de lutte contre le paludisme		X				1	1	100%	4	80%
9	4.1.7	Organiser une sessions de formation 26 formateurs (2 par région) sur la gestion des intrants de lutte contre le paludisme					X	1	1	100%	4	80%
10	4.1.8	Organiser en cascade des sessions de formation des acteurs du SIGL sur la gestion des intrants de lutte contre le paludisme		X				1	1	100%	4	80%

11	4.1.9	Organiser des sorties annuelles pour le suivi de la gestion des intrants dans les formations sanitaires	X	X	X	X	X	5	5	100%	3	60%
12	4.1.10	Réaliser le contrôle de la qualité des intrants de lutte contre le paludisme à l'entrée du pays	X	X	X	X	X	5	5	100%	3	60%
13	4.1.11	Réaliser le contrôle post marketing de la qualité des intrants de lutte contre le paludisme une fois par an	X	X	X	X	X	5	5	100%	4	80%
14	4.1.12	Apporter un appui financier au système national de pharmacovigilance afin d'assurer la surveillance des effets indésirables des intrants de lutte contre le paludisme.	X	X	X	X	X	5	2	40%	2	16%
15	4.1.13	Organiser des sorties trimestrielles d'évaluation de la disponibilité et de l'utilisation des intrants de lutte contre le paludisme sur le terrain				X	X	2	2	100%	5	100%
Intervention 4.2 : Suivi évaluation et recherche								86	50	58%		43%
	4.2.1	Assurer la gestion des données										
16		Elaborer le plan de suivi-évaluation du plan stratégique 2011-2015	X					1	1	100%	5	100%

17	Organiser un atelier de révision de l'outil de collecte de données		X			X	2	2	100%	4	80%
18	Organiser des supervisions intégrées des acteurs de lutte contre le paludisme aux différents niveaux du système de santé (DRS, DS, Hôpitaux et centre de santé périphériques) chaque semestre	X	X	X	X	X	5	5	100%	3	60%
19	Organiser des supervisions intégrées des agents de santé à base communautaire sur la lutte contre le paludisme par les équipes des CSPS chaque mois	X	X	X	X	X	5	5	100%	4	80%
20	Organiser des rencontres d'échanges avec l'ensemble des acteurs et des partenaires au niveau régional sur le circuit et les délais de transmission des données, An1	X					1	1	100%	3	60%
21	Réaliser une enquête au niveau des formations sanitaires pour la détermination des indicateurs de résultats (qualité de la prise en charge) chaque deux ans	X	X	X			3	0	0%		0%
22	Réaliser une enquête MIS (utilisation des MILDA, PECADO, CAP,.....)	X			X		2	1	50%	4	40%
23	Réaliser une étude pour la mise à jour de la stratification des faciès épidémiologiques du paludisme (épidémiologie, entomologie,	X					1	0	0%		0%

		biologie et climatique)										
24		Organiser des rencontres de collecte et de validation des données au niveau des districts sanitaires chaque trimestre	X	X	X	X	X	2	2	100%	2	40%
25		Organiser des rencontres de collecte et de validation des données au niveau des régions sanitaires chaque trimestre				X	X	5	5	100%	4	80%
26		Réaliser une évaluation à mi-parcours du plan stratégique, An3			X			1	1	100%	4	80%
27		Evaluer le plan stratégique 2011-2015					X	1	1	100%	2	40%
28		Elaborer le rapport annuel de mise en œuvre des plans d'actions chaque année	X	X	X			3	1	33%	1	7%
29		Conduire un audit de la qualité des données (DQA) du paludisme à tous les niveaux	X	X	X	X	X	2	2	100%	4	80%
30		Réaliser la mise à jour de la base de données	X	X	X	X	X	5	5	100%	5	100%
31		Evaluer la base de données du paludisme, An2, An4		X		X		2	2	100%	4	80%
32		Appuyer des « recherches actions » une fois par an sur le paludisme au niveau de trois (03) districts sanitaires et deux (02) DRS chaque année	X	X	X		X	4	0	0%		0%
33		Réaliser une étude sur le fardeau du paludisme en milieu de travail				X		1	0	0%		0%
34		Elaborer le plan stratégique 2016-2020 de lutte contre le paludisme					X	1	0	0%		0%

35	4.2.2	Renforcer les capacités des acteurs										
36		Former les responsables du SNIS (DRS, DS, CHR, CHU, CSPS, privés et confessionnels) sur la collecte, l'analyse et le monitoring des données,	X			X		2	2	100%	5	100%
37		Organiser des voyages d'études des agents du PNL, pour renforcer leur capacité dans la gestion de données chaque année	X	X	X	X	X	5	0	0%		0%
38		Doter les CISSE des régions, des districts et des hôpitaux en matériel informatique (Micro ordinateurs portables, disque durs externes, antivirus)	X			X		2	0	0%		0%
39	4.2.3	Renforcer la collaboration et le partenariat										
40		Etablir des conventions de partenariat avec les centres de recherche et les instituts de formations	X			X		2	0	0%		0%
41		Apporter un appui financier aux centres de recherche pour la réalisation d'études sur le paludisme	X	X	X		X	4	3	75%	4	60%
42		Organiser des journées scientifiques de restitution des résultats de recherche sur le paludisme chaque année	X	X	X	X	X	5	0	0%		0%
43	4.2.4	Assurer le suivi de la pharmacorésistance aux antipaludiques										
44		Réaliser la surveillance de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques chaque année dans les sites sentinelles	X	X	X	X	X	5	4	80%	4	64%
45	4.2.5	Assurer le suivi de la résistance aux insecticides et l'efficacité des MILDA										

46		Réaliser la surveillance de la sensibilité des vecteurs aux insecticides tous les 2 ans dans les sites sentinelles		X		X	X	2	2	100%	4	80%
47		Réaliser chaque année un contrôle pré et post marketing des moustiquaires distribuées en routine				X	X	2	0	0%		0%
48		Réaliser tous les deux ans un test d'efficacité des moustiquaires de campagne	X	X	X	X	X	2	1	50%	5	50%
49	4.2.6	Réaliser le contrôle de la qualité et de l'utilisation des TDR sur le terrain										
50		Réaliser chaque année des tests de fiabilité des TDR				X	X	2	0	0%		0%
51	4.2.7	Assurer la diffusion et l'utilisation de l'information										
52		Diffuser une fois/semestre les rapports périodiques de supervision/appui aux structures visitées				X	X	2	2	100%	4	80%
53		Publier au moins une fois par an un article dans les revues scientifiques				X	X	2	0	0%		0%
54		Organiser chaque année des journées régionales d'information des acteurs et des autorités administratives et politiques sur la situation de la lutte contre le paludisme dans la région				X	X	2	2	100%	3	60%
Intervention 4.3 : Développement des capacités								35	28	80%		58%

55	4.3.1	Récruter du personnel pour appuyer le PNLP (01 Entomologiste, 01 spécialiste en passation de marché, , un contrôleur interne, 2 médecins spécialistes santé publique/épidémiologie, 1 pharmacien, 1 communicateur, 2 comptables, 2 chauffeurs, 1 secrétaire)	X	X	X		X		4	4	100%	4	80%
56	4.3.2	Faire un pladoyer pour l'affectation du personnel au profit du PNLP (1 Pharmacien, agent de soutien...)	X	X	X		X		4	4	100%	4	80%
57	4.3.3	Former 33 acteurs de lutte contre le paludisme au cours international de paludologie	X	X	X	X	X		5	4	80%	3	48%
58		Mettre en place un cours national de paludologie		X					1	1	100%	1	20%
59	4.3.4	Former 25 acteurs de lutte contre le paludisme par an au cours national de paludologie		X	X	X	X		4	1	25%	2	10%
60	4.3.5	Renforcer les compétences de 5 agents du PNLP chaque année	X	X					2	2	100%	4	80%
61	4.3.6	Former 25 agents du PNLP en management de la qualité des services	X	X					2	2	100%	5	100%
62	4.3.7	Renforcer les capacités logistiques et matérielles du PNLP	X	X	X	X	X		5	5	100%	4	80%
63	4.3.8	Assurer une fois par trimestre la maintenance préventive de la logistique du PNLP	X	X	X	X	X		5	5	100%	4	80%
64		Superviser les agents du PNLP une fois par trimestre	X	X	X				3	0	0%		0%

Intervention 4.4 : Mobilisation des ressources financières								3	3	100%		80%
65	4.4.1	Organiser des ateliers d'élaboration des requêtes de financement du plan stratégique				X		1	1	100%	5	100%
66		Faire un plaidoyer pour la création d'une ligne budgétaire spécifique pour l'acquisition des intrants dans le budget de l'Etat	X	X				2	2	100%	3	60%
Intervention 4.5 : Planification, coordination et promotion de la bonne gouvernance								38	35	92%		78%
67	4.5.1	Elaborer les plans d'action annuels du PNLP	X	X	X	X	X	5	5	100%	5	100%
68		Assurer la participation de 4 agents du PNLP aux sessions annuelles de financement des plans d'actions	X	X	X			3	3	100%	5	100%
69		Réviser les textes relatifs aux différents cadres de concertation	X					1	1	100%	4	80%
70	4.5.2	Tenir 2 fois par an la réunion du comité de pilotage de la lutte contre le paludisme	X	X	X	X	X	5	2	40%	3	24%
71	4.5.3	Tenir 4 rencontres par an de chaque commission spécialisée du comité de pilotage	X	X	X	X	X	5	5	100%	3	60%
72	4.5.4	Tenir trimestriellement les réunions du comité technique de coordination de la gestion des ACT et autres intrants de lutte contre le paludisme	X	X	X	X	X	5	5	100%	4	80%
73	4.5.5	Tenir trimestriellement la réunion des partenaires de la lutte contre le paludisme	X	X	X	X	X	5	5	100%	3	60%
74	4.5.6	Assurer une assistance technique au PNLP	X	X	X	X	X	5	5	100%	5	100%
75		Tenir 48 réunions de coordination	X	X	X			3	3	100%	4	80%

76		Organiser un atelier de 5 jrs pour la révision de la structure organisationnelle du PNLP (Organigramme, description des postes et répartition des tâches)	X					1	1	100%	5	100%
		Intervention 4.6 : Gestion des urgences et des catastrophes						6	0	0%		0%
77	4.6.1	Acquérir 150 000 MILDA au bénéfice des populations concernées (réfugiés, déplacés, victimes d'inondations,...)				X		1	0	0%		0%
78	4.6.2	Acquérir 90 000 traitements ACT au bénéfice des populations concernées (réfugiés, déplacés, victimes d'inondations,...)				X		1	0	0%		0%
79	4.6.3	Acquérir 150 000 TDR au bénéfice des populations concernées (réfugiés, déplacés, victimes d'inondations,...)				X		1	0	0%		0%
80	4.6.4	Acquérir 6000 kits d'urgence au bénéfice des populations concernées (réfugiés, déplacés, victimes d'inondations,...)				X		1	0	0%		0%
81	4.6.5	Organiser des missions dans les régions sanitaires concernées				X		1	0	0%		0%
82	4.6.6	Organiser des rencontres de concertation				X		1	0	0%		0%
		TOTAL PS 2011-2015						561	350	65%		50%

