



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

MINISTRE DE LA SANTE
DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME



***PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME 2007-2011***

Juillet 2006

SOMMAIRE

PREFACE	3
SIGLES ET ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION	6
1. PROFIL DU PAYS	7
1.1. Aperçu général sur le pays	7
1.2. Cadre institutionnel de la lutte contre le paludisme	10
1.3. Aperçu sur le Cadre du Partenariat	16
2. SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME	17
2.1. Aspects Epidémiologique	17
2.2. Historique de la lutte antipaludique	19
2.3. Situation Actuelle de la Lutte contre le Paludisme	20
3. PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2007-2011	26
3.1. Cadre Logique	26
3.2. Activités budgétisés	27
3.3. Administration et Gestion de la lutte antipaludique	38
4. CONCLUSION	41
5. BIBLIOGRAPHIE	42
6. ANNEXES	43

PREFACE

Le paludisme constitue une des priorités de la politique nationale de santé du Mali. Il est la première cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de 0-5 ans. Il constitue la première cause de consultation dans les centres de santé. C'est la première cause d'absentéisme à l'école et au travail d'où l'importance de ses répercussions socio-économiques.

Au cours de la dernière décennie le Gouvernement de la République du Mali s'est investi afin de diminuer le fardeau du paludisme sur les populations.

Depuis 1997, le Gouvernement du Mali a adhéré aux différents engagements internationaux notamment l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » lancée en 1998 par l'OMS, l'UNICEF, le PNUD et la Banque Mondiale d'une part, et les différents sommets africains des Chefs d'Etat et de Gouvernement tenus à Abuja.

Le chef de l'Etat du Mali a concrétisé cette adhésion par la signature de la Déclaration d'Abuja et du plan d'action lors du sommet des chefs d'Etat à Abuja le 25 avril 2000. Cet engagement s'est traduit par l'élaboration d'un plan national de lutte contre le paludisme 2001-2005 dont les interventions ont appuyées par les différents partenaires au développement dans le cadre du partenariat Faire reculer le paludisme. Arrivé à échéancier, le plan 2001-2005 a bénéficié d'une évaluation finale en juin 2006, ce qui a permis de mettre en exergue les forces et les faiblesses observées lors de son exécution et dégager les opportunités qui s'offrent pour le développement du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2007-2011.

Le Plan Stratégique Nationale de Lutte contre le Paludisme 2007-2011 représente une nouvelle occasion pour réitérer l'engagement du Gouvernement du Mali en faveur de la lutte contre le paludisme, notamment l'adhésion aux stratégies novatrices basée sur l'introduction des CTAs et la promotion de la prévention du paludisme chez la femme enceinte et les enfants de moins de 5 ans.

Le présent plan comporte 8 composantes que sont : I) La prise en charge des cas ; II) la prévention du paludisme pendant la grossesse; III) La lutte anti-vectorielle ; IV) La lutte contre les épidémies de paludisme ; V) La communication et la mobilisation sociale; VI) la recherche opérationnelle; VII) le suivi/évaluation ; VIII) et le renforcement institutionnel du PNLP. Les interventions prévues par le plan ont pour but principal de contribuer à l'atteinte des objectifs du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS II) constituera un outil essentiel pour la mise en œuvre de la politique de lutte contre le paludisme et donc la réduction des méfaits de la pauvreté.

Le présent plan ne saurait atteindre les objectifs assignés sans l'appui des partenaires au développement, de la société civile et des prestataires de services à tous les niveaux.

Enfin, je souhaite que les différentes parties impliquées dans la lutte contre le paludisme trouve à travers ce Plan stratégique la place dévolue à chacun d'eux dans le cadre d'un partenariat concerté permettant d'atteindre les objectifs de réduction de 50% de la mortalité et de la morbidité liées au paludisme d'ici 2010.

Mme MAIGA ZEINABOU MINT CHEIKH YOUBA

Ministre de la Santé

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASC	Agent de Santé Communautaire
BAD	Banque Africaine de Développement
BM	Banque Mondiale
CAP	Connaissances Attitudes et Pratiques
CDC	Centre for Diseases Control
CCM	Comité de Coordination pays
CPN	Consultation Pré natale
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSRéf	Centre de Santé de Référence
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Arthéminisine
CTB	Coopération Technique Belge
DHS	Demographic and Health Surveys (Enquêtes Démographiques et de Santé)
DRS	Direction Régionale de Santé
DSR	Direction de la Santé de la Reproduction
F CFA	Francs de la Confédération Franco - Africaine
FAD	Fonds Africain de Développement
FED	Fonds Européen de Développement
FMSTP	Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
FENASCOM	Fédération Nationale des Centres de Santé Communautaire
FRP	Faire Reculer le Paludisme
GTZ	Coopération Technique Allemande
GFATM	Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria
IBC	Interventions à Base Communautaire
IEC	Information, Education, Communication
IDH	Indice du Développement Humain
JAP	Journée Africaine du Paludisme
JNV	Journées Nationales de Vaccination
Kg	Kilogramme
Km	Kilomètre
Km	Kilomètre carré
LFA	Local Fund Agent (Agent local du Fonds Mondial)
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides

MSF	Médecins Sans Frontières
MILD	Moustiquaires Imprégnées Longue Durée
MTI	Matériaux Traités aux Insecticides
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OUA	Organisation de l'Unité Africaine
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PEC	Prise En Charge des Cas
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
RAOPAG	Réseau Ouest Africain pour la Prévention du Paludisme pendant la Grossesse
RAOTAP	Réseau Ouest Africain pour la Politique du Traitement du Paludisme
RBM	Roll Back Malaria
RGP/H	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SSP	Soins de Santé Primaires
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence américaine de Développement International
USD	Dollar Américain
VIH/SIDA	virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome de l'Immunodéficience Acquis

INTRODUCTION

Au Mali, le paludisme demeure un problème majeur de santé publique de par son impact sur la mortalité, la morbidité et ses répercussions socio-économiques sur la population en général, et les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans en particulier. En 2005, 962 706 cas cliniques ont été enregistrés dans les formations sanitaires publiques, ce qui correspond à 36% du total des motifs de consultations.

A l'instar des pays endémiques de la Région africaine, et suite au 33^{ème} sommet de l'OUA en juin 1997 à Harare où les Chefs d'Etat et de Gouvernement ont manifesté leur volonté de combattre le paludisme, le Gouvernement malien a inscrit parmi ses priorités nationales la lutte contre le paludisme, notamment le renforcement des interventions de lutte contre le paludisme dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le paludisme adoptée. Cet engagement a été renouvelé lors des 2 sommets de Chefs d'Etats et de Gouvernement tenus à Abuja, respectivement en avril 2000 sur l'initiative "Faire Reculer le Paludisme et en mai 2006 sur le Paludisme/SIDA/Tuberculose.

Le présent plan quinquennal 2007-2011, élaboré après l'évaluation finale du Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2001-2005, s'inspire fortement de la politique nationale de santé et des stratégies mondiales de lutte antipaludique basées sur des le développement d'interventions efficaces en matière de prise en charge (CTAs, TRDs), de prévention (MII, TPI, pulvérisation intra-domiciliaire). Aussi, dans le cadre de l'approche multisectorielle décentralisée, tous les niveaux prendront part au partenariat impliquant les services publics, privés et la société civile. Les activités qui seront mises en œuvre permettront en particulier d'améliorer la qualité de la prise en charge précoce et efficace des cas de paludisme, de promouvoir les mesures préventives pendant la grossesse et chez les groupes spécifiques, l'accès aux soins dans le cadre des interventions à base communautaire, le renforcement des capacités nationales, le surveillance, le suivi et l'évaluation des interventions en vue de constituer des bases factuelles sur la morbidité et la mortalité attribuées au paludisme.

Le présent plan, dont le processus d'élaboration a bénéficié de l'appui technique de l'OMS et de la participation des services du ministère de la santé, des partenaires au développement et de la société civile, s'inscrit en droite ligne avec les priorités définies dans le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social 1998-2007 (PDDSS) et dont la mise en œuvre se fait à travers la phase II du Programme de développement sanitaire et social 2005-2009 (PRODESS II).

1. PROFIL / PAYS

1.1. Aperçu général

1.1.1 Situation géographique

Le Mali est un pays continental situé au cœur du Sahel. Il couvre une superficie de 1.241.238 km². Il est limité au nord par l'Algérie, à l'Est par le Niger et le Burkina Faso, au Sud par la Côte d'Ivoire et la Guinée et à l'Ouest par le Sénégal et la Mauritanie.

1.1.2. Données environnementales et climatiques

Le Mali est constitué de 3 zones climatiques : une zone sahélienne 50%, une zone saharienne 25% et une zone soudano-guinéenne 25%. La pluviométrie est faible (200 à 1300mm) avec des périodes de sécheresse très variées. Le relief est peu accidenté et le pays est arrosé par deux grands fleuves : le Niger et le Sénégal. Tout cet écosystème détermine les conditions dans lesquelles les populations vivent dans les zones sahélo sahariennes.

1.1.3. Données démographiques

Partant des résultats du recensement général de la population et de l'habitat de 1998 (RGPH-98), la population du Mali est estimée à 11.419.483 habitants en 2004 dont 49,5% d'hommes et 50,5% de femmes. La densité moyenne est de 9,2 habitants au km². Il y a 73,2% de ruraux pour 26,8% de population urbaine. La population est relativement jeune avec 46,06% de moins de 15 ans et 42,92% entre 15 et 49 ans. Sikasso est la région la plus peuplée suivie de Ségou, Koulikoro, Mopti et Kayes.

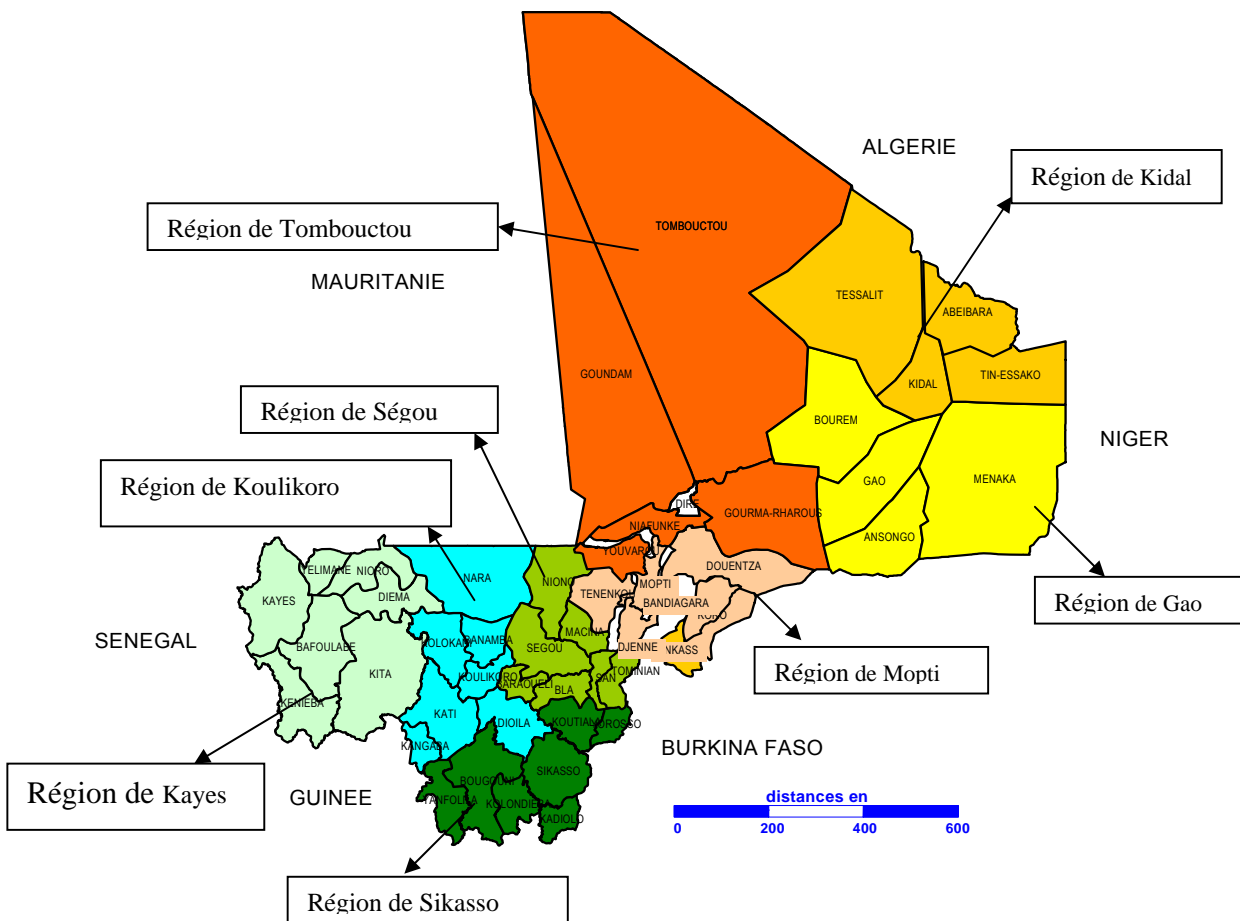
Les principaux groupes ethniques sont les Bambara, Malinké, Sarakolé, Peulh, Dogon, Sonrhäi, Bobo, Bozo, Sorko, Maure, Touareg, Tamasheq et les Arabes.

1.1.4. Données administratives

Sur le plan administratif, le Mali est découpé en 8 Régions administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou et Kidal) et un District (la capitale Bamako) qui a rang de région. Les régions sont subdivisées en 49 préfectures (ex-cercles) qui se répartissent les 289 sous-préfectures (ex-arrondissements). Le district de Bamako est découpé en 6 communes urbaines.

Dans le cadre de la décentralisation, au niveau local, le Mali compte 703 communes dont 684 communes rurales et 19 communes urbaines parmi lesquelles les 6 communes du district de Bamako. Chaque commune est administrée par un conseil communal dirigé par un maire et des conseillers municipaux élus au suffrage universel.

Carte administrative du Mali



1.1.5. Routes, Télécommunications, Infrastructures

Dépourvu de façade maritime, le Mali est dépendant des pays limitrophes ayant un accès à la mer. Les principaux axes de communication avec la côte sont : Bamako-Abidjan 1115 km; Bamako-Dakar 1250 km; Bamako-Conakry 1115 km.

1.1.6.8. Données socio-économiques

Selon le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, l'économie malienne a connu un taux de croissance de 5,2% durant la période 1994-2000. Cette économie, qui reste dominée par le secteur primaire (44,5% du PIB), est tributaire des aléas climatiques et des prix des matières premières sur le marché international.

Avec ses 73% de ruraux, l'économie est essentiellement basée sur le secteur primaire (agriculture, élevage, pêche) malgré le dynamisme du secteur secondaire émergent. L'activité économique est tributaire de l'enclavement intérieur et extérieur du pays.

A l'instar de la plupart des pays en voie de développement, le Mali comptabilise un lourd fardeau de la dette extérieure, ce qui hypothèque son développement. Le pays est classé parmi les pays à revenus faibles, ce qui lui a permis de bénéficier de la réduction de sa dette.

La pauvreté est devenue ces dernières années un phénomène généralisé au Mali : 64 % et 21 % de la population totale vivent respectivement dans la pauvreté et dans l'extrême pauvreté. Le revenu par habitant au Mali est estimé à 240 dollars US (comparé à une moyenne de 510 dollars US pour l'Afrique Subsaharienne en 1998).

Durant la période d'exécution du PRODESS 2005-2009, la mobilisation des ressources supplémentaires devra permettre une augmentation brute de l'ensemble des 7 volets visant l'amélioration de l'accès aux services de santé, la disponibilité des médicaments et consommables essentiels, l'amélioration de la qualité des services, la lutte contre la maladie et le développement du secteur tertiaire. Si la pauvreté est essentiellement rurale, elle touche aussi de plus en plus les grandes villes en raison de la dégradation du marché du travail et des migrations.

Les indicateurs de santé restent préoccupants au regard de l'Afrique subsaharienne et d'importantes disparités existent entre milieu urbain et rural, régions et groupes socioéconomiques. La surmortalité des groupes les plus pauvres reste malgré tout largement due à des affections évitables.

Les indicateurs démographiques et sanitaire essentiels sont :

- Taux de croissance annuel (RGPH-98) : 2,2%
- Taux d'urbanisation (RGPH-98) : 26,8%
- Espérance de vie à la naissance : 64,95 ans
- Indice synthétique de fécondité : 6.8 enfants par femme;
- La prévalence contraceptive pour les méthodes modernes : 5,7% ;
- La prévalence du VIH : 1,7% avec des poches de concentration dans certains milieux (professionnels du sexe, routiers, etc) et une évolution pessimiste prévisible puisque 2 jeunes sur 3 ne croient pas à l'existence du SIDA ;
- Taux de natalité – RGPH 98 = 49 ‰
- Taux de mortalité maternelle (EDSM-III) = 582 pour 100.000 naissances vivantes
- Taux de mortalité infantile (EDSM-III - 2001) = 113 ‰
- Taux de mortalité infanto-juvénile (EDSM-III - 2001) : 229 ‰
- 38% des enfants de moins de 5 ans ont un retard de croissance (EDSM-III) ;
- 11% des enfants de moins de 5 ans souffrent d'émaciation (EDSM-III) ;
- Taux de scolarisation : en 2001 (1er cycle) était de 57,7% ; il est de 64,1% pour les garçons et 50,7% pour les filles.
- Taux d'alphabétisation des adultes est de 21,3%.

1.2. Cadre institutionnel de la lutte contre le Paludisme

1.2.1. Politique sanitaire national

La politique sectorielle de santé et de population a été adoptée en 1990. Elle définit les orientations du développement sanitaire et social du Mali. Elle est fondée sur les principes des SSP et le concept de l'Initiative de Bamako. Elle a été renforcée en 1993 par l'adoption de la politique d'action sociale et de solidarité.

L'objectif majeur de la politique de santé est de réaliser la santé pour tous sur un horizon aussi rapproché que possible. La mise en œuvre de la politique sectorielle de santé population a commencé par l'approche projet en 1992 à travers le projet santé population hydraulique rurale 1992-1998. Celui-ci a permis de redonner confiance au secteur à travers la mise en œuvre de la stratégie des Centres de Santé Communautaires avec la responsabilisation des communautés, le renforcement du partenariat avec les partenaires techniques et financiers, le secteur privé, la société civile (ONG, Associations, FENASCOM) et la disponibilité des médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale.

La priorité de l'action sanitaire reste réservée au milieu rural et périurbain, à la prévention des maladies, à la promotion socio-sanitaire et au bien-être de la famille. La santé étant une composante indissociable du développement socio-économique, elle représente donc un secteur d'investissement et devrait obéir à la loi de l'utilisation rationnelle des ressources et, la garantie de la pérennité du développement socio-sanitaire.

Cette politique fait la différenciation des missions par niveau :

- Le niveau central (Ministère de la Santé et services centraux) se charge de l'élaboration des normes et des procédures au niveau central, de l'appui technique au niveau intermédiaire et de la planification, la gestion et l'évaluation au niveau Cercle (districts sanitaires).
- Le niveau régional est chargé de l'appui technique aux Districts sanitaires ;
- Le niveau District (Cercle),

L'unité de planification opérationnelle est chargée de la mise en œuvre.

Au regard des succès enregistrés dans sa mise en œuvre, la politique sectorielle de santé a été reconduite par le Gouvernement à travers l'adoption en 1998 du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 et son Programme quinquennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) 1998-2002, qui sont les documents de référence définissant les axes stratégiques d'intervention en matière de développement sanitaire et social.

Le PDDSS et le PRODESS ont pour ambition de développer une approche « programme » décentralisée et multisectorielle. C'est dans ce contexte que le Gouvernement a transféré certaines compétences aux collectivités décentralisées des niveaux Commune et cercle.

La politique sanitaire du Mali est conforme aux grands principes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et aux objectifs du Millénaire (2015). Les objectifs prioritaires de santé sont inscrits dans le CSLP, avec un accent particulier pour les zones rurales et périurbaines, pour la prévention, la promotion de la santé et du bien-être.

1.2.2. Organisation du ministère de la santé

La politique sectorielle de santé et population adoptée en 1991 par le gouvernement du Mali est basée sur la décentralisation du recours aux soins et la participation communautaire. Son objectif général est l'extension significative de la couverture sanitaire et la facilité d'accès aux médicaments pour toutes les couches de la population.

Le système sanitaire a trois niveaux de prise en charge :

- ➔ Le niveau central, composé par les 4 hôpitaux nationaux (en plus de l'hôpital mère enfant) qui constituent la 3^{ème} référence,
- ➔ Le niveau intermédiaire regroupe 6 hôpitaux régionaux assurant la 2^{ème} référence,
- ➔ Le niveau opérationnel qui comporte 2 échelons :
 - Le premier échelon et premier niveau de recours aux soins offre le Paquet Minimum d'Activité (PMA) dans les Centres de Santé Communautaires (CSCOM, au nombre de 699). La gestion de ces CSCOM a été confiée à des Associations de Santé Communautaire (ASACO). En plus de cela, il existe des structures de santé parapubliques, confessionnelles, dispensaires et cliniques privées qui complètent le premier échelon avec des éléments du PMA. Certains aspects de l'offre des soins sont complétés par les ONG. Il s'agit notamment de la santé de la reproduction et la lutte contre le VIH/Sida. Il est important aussi de signaler l'existence de lieux de consultation de médecine traditionnelle qui font souvent office de premier recours et dont la coordination avec la médecine moderne est en cours d'organisation.
 - Le deuxième échelon ou deuxième niveau de recours aux soins (première référence) est constitué par les centres de santé de référence de cercle, ou CSREF au nombre de 59 (correspond aux hôpitaux de district sanitaire)

1.2.3. Financement du secteur de la santé

Le financement du secteur de la santé est assuré par les ressources intérieures (dépenses de fonctionnement et contrepartie dans le financement des programmes), les ressources extérieures à travers le budget spécial d'investissement et les autres sources de financement provenant des autres partenaires (hors BSI), du secteur communautaire, des organismes publics et parapublics, les ONG et les ménages.

Le financement intérieur ou la part du budget de la santé dans le budget global de l'Etat est assuré tous les ans sans atteindre l'objectif de 10 % recommandé par l'OMS. Le pourcentage de budget de la santé n'a pas beaucoup varié par rapport au budget global de l'Etat au cours des cinq dernières années même si le ratio de 10% semble atteint comme l'illustre le graphique ci-après.

Ainsi les mesures suivantes sont appliquées :

- Suppression de certaines taxes, notamment la TVA sur certains matériels médicochirurgicaux;
- Exonération au cordon douanier des médicaments essentiels ;
- amélioration de la nomenclature budgétaire par la création d'une ligne de crédit intitulée « *Fournitures techniques* » pour les services ci- après :
 - le Centre National d'Immunisation pour l'achat de vaccins ;
 - le Laboratoire National de la Santé pour les réactifs ;
 - le Centre National de Transfusion Sanguine pour les poches de sang ;

- le Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé, pour le matériel d'IEC ;
 - création et la dotation d'une ligne de crédit « supervision » au niveau de toutes les directions régionales de la santé afin de leur permettre d'apporter les appuis techniques nécessaires aux équipes socio sanitaires de cercle;
 - inscription d'une ligne de crédit « Entretien des bâtiments » au niveau des hôpitaux régionaux et secondaires.

Pour que le financement du secteur santé prenne en compte les besoins des plus pauvres, le Ministère de la Santé a décidé d'allouer la marge budgétaire dans le cadre de la mise en œuvre de son CDMT bâti sur les sept programmes suivants :

- L'allocation équitable des ressources financières, humaines et matérielles sur la base des besoins et des performances en ciblant les régions et les groupes socio-économiques défavorisés ;
- L'allègement des coûts en faveur des pauvres pour les soins en particulier la vaccination, la consultation prénatale, l'imprégnation des moustiquaires ainsi que le prix des services PCIME ;
- L'augmentation de la subvention publique aux régions et groupes les plus vulnérables
- La participation des communes au financement de la santé à au moins 15% de leur budget ;
- L'accélération de la mise en œuvre de l'Initiative Malienne d'Accès aux Anti-rétroviraux ;
- Le renforcement des mécanismes de mobilisation des ressources complémentaires au secteur de la santé aux niveaux interne et externe.

1.2.4. Ressources humaines du secteur de la santé

Le Mali à l'instar de plusieurs pays en développement, s'est engagé en 1983 dans une série de programmes d'ajustement structurel. Tous les secteurs de l'économie sont concernés par les réformes économiques. Les conséquences sur le secteur santé sont entre autres, la limitation des recrutements et les départs (statutaires ou volontaires) à la retraite sans remplacements numériques.

Tableau 1 : Situation des ressources humaines pour la santé, secteur public, 2001 :

Catégories de personnel	Effectif en 2001	Ratio	Normes OMS
Médecins (toutes spécialités)	890	13 478	10 000
Infirmiers d'Etat, techniciens labo. et techniciens sanitaires	1 045	10 022	5 000
Sages femmes d'Etat	491	21 329	5 000
Infirmiers du premier cycle	1 129	9276	1 000
Pharmaciens	364	28 177	-
Dentistes	43	243 553	-

Source : Rapport d'activités du Ministère de la santé, 2001.

L'insuffisance qualitative et quantitative du personnel se caractérise par des ratios observés dans la fonction publique, de loin en dessous de ceux préconisés par l'Organisation Mondiale de la Santé ; ainsi qu'il ressort dans le tableau ci-dessus :

Ce personnel réduit est soumis à des conditions de travail difficiles. Il est faiblement rémunéré, peu motivé et souffre de l'insuffisance de formation et de recyclage. En somme, les effectifs sont peu maîtrisés et en l'absence d'une politique de développement des ressources humaines volontariste, le personnel est mal géré. Il y a un manque total de plan de carrière.

Au même moment, la privatisation des professions sanitaires, sensée améliorer la couverture sanitaire, ne permet pas la résorption du flux de jeunes diplômés dont la majorité reste sans emploi puisque bon nombre ne veulent pas servir en milieu rural.

1.2.5. Organisation des soins de santé au niveau public

La composition des services chargés de la dispensation des soins, déterminant la capacité du pays est donnée dans le tableau ci-dessous :

Tableau n° 2: structures publiques et communautaires de prestation de soins, 2003 :

Structures sanitaires	Nombre
Secteur public :	
- Hôpitaux nationaux	6
- Hôpitaux régionaux	6
- Centre de santé de référence	58
- Centre de transfusion sanguine	1
- Hôpital mère-enfant (de la fondation pour l'Enfance)	1
Secteur Communautaire et Associatif :	
- Centre de santé communautaire	655
- Centre de Prise en charge des PVVIH (CESAC/CERKES)	2

Source : Rapport d'activités du Ministère de la santé, 2003.

Un des objectifs majeurs de la politique sectorielle de santé et de population est d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels (y compris les ARV, les contraceptifs, les vaccins), les réactifs et les consommables médicaux en les rendant accessibles géographiquement et économiquement.

1.2.6. Organisation des soins privés

Autorisé depuis 1985, l'exercice privé des professions sanitaires s'est surtout concentré dans les grandes villes, principalement à Bamako.

Face aux structures de santé publiques et communautaires, le secteur privé à but lucratif et non lucratif a acquis un bon dynamisme avec ses structures de prestation de soins (cabinet de consultation, cliniques et polycliniques, dispensaires et infirmeries confessionnels, professionnels, corporatifs, etc.), ses officines et dépôts pharmaceutiques.

Le nombre des établissements sanitaires privés est passé de 436 en 1985 à 686 en début 2003 ; Il est composé essentiellement de cabinets, de cliniques, d'établissements hospitaliers privés, de dépôts de pharmacie et d'établissements confessionnels.

Tableau n° 3 : Situation des établissements sanitaires privés au Mali, 2003

Désignation	Bamako	Autres régions	Total
Cabinet médical	50	11	61
Cabinet dentistes	15	2	17
Cabinets soins Infirmiers	35	33	68
Cabinets Sages-femmes	7	1	8
Cliniques Accouchement	1	0	1
Cliniques Chirurgicales	18	1	19
Cliniques médicales	16	1	17
Polycliniques	2	0	2
Etablissement hospitalier privés	2	0	2
Officines de pharmacies	181	109	290
Dépôts de pharmacie	0	155	155
Ventes en gros	11	2	13
Laboratoires	4	0	4
Etablissements soins confessionnels épiscopales	1	28	29

Source : répertoire des établissements privés de santé du Mali, Janvier 2003

Il faut ajouter à cette liste une unité privée de production de médicaments traditionnels améliorés, 4 herboristes et plus de 20 cabinets de consultation et de soins traditionnels, reconnus par la tutelle

On note un développement rapide du secteur privé notamment médical et paramédical se répartissant essentiellement entre les cabinets (159), les cliniques (39) et les établissements de soins confessionnels (29). Ce secteur privé est concentré surtout dans les centres urbains : 50% à Bamako, 13% à Sikasso, 11% à Ségou, 9% à Koulikoro et 7% à Kayes.

Les officines de dépôts de produits pharmaceutiques représentent plus de la moitié des structures privées de santé.

Les établissements de soins confessionnels existent pratiquement dans toutes les régions et participent d'une certaine manière à l'augmentation de la couverture en soins.

1.2.7. Médecine traditionnelle

L'exercice de la médecine traditionnelle se fait à travers l'ouverture de cabinets privés agréés de consultations et de soins traditionnels, d'herboristes et d'unités de production de médicaments traditionnels améliorés. La collaboration entre les deux systèmes de médecine doit être renforcée surtout dans les domaines de la référence.

1.2.8. Programme National de lutte contre le paludisme

Face à l'évolution croissante de la situation du paludisme, le Mali a créé un Programme National de Lutte contre le Paludisme en 1993 dont la mission est de formuler la politique nationale, définir les stratégies de lutte et mobiliser les ressources nécessaires pour la mise en œuvre, élaborer et veiller à l'application correcte des directives techniques.

Diverses actions ont été menées au cours des deux dernières décennies pour intensifier la lutte contre le paludisme au Mali, notamment:

- La mise en œuvre du plan d'action quinquennal 1993-1997,
- Le plan accéléré de lutte contre le paludisme 1998,
- L'adhésion du Mali à l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » en 1998,
- L'élaboration des stratégies de lutte antipaludique en 1998,
- La révision de la politique nationale de lutte contre le paludisme en 2000,
- L'élaboration du plan stratégique de lutte contre le paludisme en 2001-2005, dans le cadre de l'initiative FRP et du Cadre Stratégique de la Lutte contre la Pauvreté.

Malgré ces interventions le paludisme demeure encore un problème prioritaire de santé publique au Mali de part sa fréquence, sa gravité particulièrement chez les couches vulnérables (mère et enfant) et son impact socio économique.

Le gouvernement du Mali a exprimé sa volonté de faire de la lutte contre le paludisme l'une de ses priorités essentielles de développement. Le Cadre Stratégique de la Lutte contre la Pauvreté finalisée en 2001 accorde la priorité aux volets sociaux en particulier la santé, la nutrition et les aspects d'hygiène et assainissement.

Le PRODESS I et le PRODESS II en cours d'exécution constituent une contribution à la mise en œuvre des nouvelles stratégies de changement dans le cadre de la lutte la maladie en général et spécifiquement contre le paludisme.

Au regard des récents déploiements du partenariat pour la lutte contre le paludisme et d'autres stratégies nouvelles, une révision de la politique nationale de lutte contre le paludisme s'impose.

Le PNLN a entrepris diverses actions visant à amorcer le processus d'adaptation des stratégies de lutte antipaludique, notamment :

- la mise en œuvre de la stratégie intégrée de promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticide en 2002 ;
- l'introduction du Traitement Préventif Intermittent (TPI) à la SP chez la femme enceinte en 2003 ;
- l'introduction des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) pour le traitement des accès de paludisme simple en 2004.

1.3. Aperçu sur le cadre du Partenariat

1.3.1. Partenariat communauté, société civile, bi et multilatérale

La politique sectorielle de santé et de population est basée sur la participation et la responsabilisation de la communauté à la gestion du système de santé à travers le District sanitaire mais aussi sur la différenciation des fonctions par niveau. La planification sectorielle de la santé, tient compte des ressources disponibles et celles mobilisées auprès de tous les partenaires Etat, Privés, ONG, Bailleurs de fonds, et au premier chef, les populations bénéficiaires. Un guide de partenariat entre le Ministère de la Santé et les ONG/Associations a été élaboré et est en cours de validation.

1.3.2. Secteur privé de la santé

La libéralisation des professions sanitaires et les dispositions réglementaires ont contribué à un développement rapide du secteur privé notamment médical et paramédical se répartissant essentiellement entre les cabinets (159), les cliniques (39) et les établissements de soins confessionnels (29). On note une concentration des structures privées dans les centres urbains et surtout dans le district de Bamako : 50 % à Bamako, 13% à Sikasso, 11% à Ségou, 9% à Koulikoro et 7% à Kayes. Ceci s'explique par le fait que la demande et les forts revenus sont en milieu urbain.

Des partenariats existent avec des structures de santé privées, comme les infirmeries, les centres médicaux interentreprises de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) et les structures du service de santé des armées.

Malgré la croissance du nombre de structures de prestations privées, ce développement n'a probablement pas eu un effet significatif sur l'offre du PMA, car la contribution des structures privées à la couverture et l'utilisation des soins du PMA n'est pas encore suffisamment intégrée dans la collecte des données SLIS. Par ailleurs, en dépit de l'objectif en la matière dans le cadre du PRODESS I, le dialogue et la collaboration avec le secteur privé n'ont pas été suffisamment intensifiés pour aboutir à un cadre de contractualisation. Toutefois, il est nécessaire de redynamiser le partenariat avec les différents ordres professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, sages femmes).

1.3.3. Collaboration sous-régionale

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

- ❖ RAOTAP : Plaidoyer, suivi de la résistance du *Plasmodium falciparum* aux antipaludiques usuels, renforcement des capacités des prestataires de services;
- ❖ RAOPAG : Plaidoyer, suivi de la stratégie de prévention du paludisme pendant la grossesse, renforcement des capacités des prestataires de services;
- ❖ UEMOA : cadre adéquat d'échange en matière de santé, approvisionnement en médicaments essentiels et élaboration des textes réglementaires de détaxe ;
- ❖ OOAS : à travers la fusion des anciennes structures de lutte contre les grandes endémies, l'organisation constitue un cadre nouveau offrant des possibilités de coopération en matière de lutte contre le paludisme notamment les financements des réseaux RAOTAP et RAOPAG.
- ❖ Commissions mixtes de coopération bilatérales avec les pays amis, en particulier ceux frontaliers.

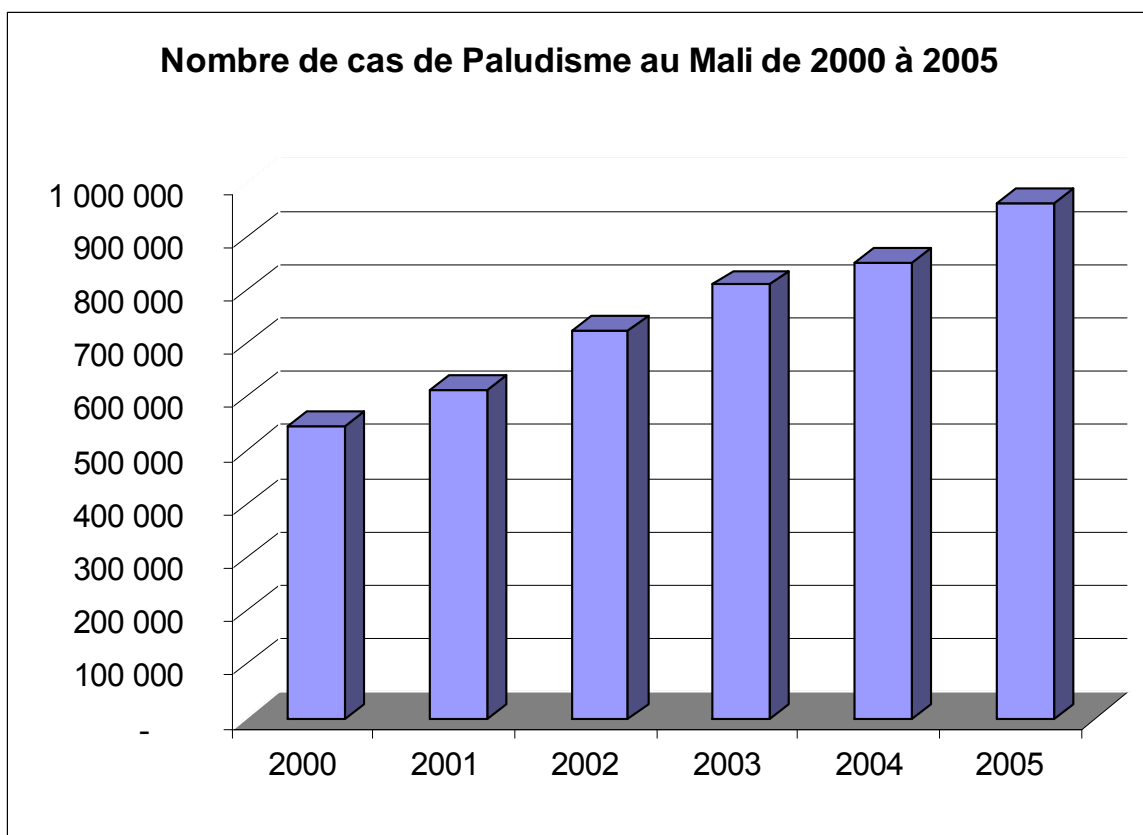
2. SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

2.1. Aspects épidémiologiques

Le paludisme constitue l'une des premières causes de morbidité et de mortalité au Mali. En effet, il représente la première cause de morbidité et de mortalité dans le SLIS en 2004 (45%), suivi des infections respiratoires aiguës (27,4%) et des diarrhées (8%).

Bien que toute la population malienne soit exposée au paludisme, la maladie est particulièrement endémique dans les régions du centre et du sud, et épidémique dans les régions du nord.

Chaque année, il est notifié en moyenne 850000 cas de paludisme au niveau des formations sanitaires.



Au Mali, il y a une extrême variabilité de la situation épidémiologique en fonction des faciès géoclimatiques (Dumbo et, al., 1989 ; Dumbo 1992) :

- Une zone soudano guinéenne à transmission saisonnière longue de ≥ 6 mois. Dans cette zone, l'indice plasmodique chez les enfants est $\geq 80\%$. L'état de prémunition est acquis vers l'âge de 5-6 ans ;
- Une zone sahélienne à transmission saisonnière courte ≤ 3 mois. Dans cette zone l'IP se situe entre 50-70%. L'état de prémunition est rarement atteint avant l'âge de 9-10 ans ;

- Une zone de transmission sporadique voire épidémique correspondant aux régions du Nord et certaines localités des régions de Koulikoro et de Kayes (Nara, Nioro, Diéma, Yélimané, Kayes). L'IP est en dessous de 5%. Tous les groupes d'âge sont à risque de paludisme grave. Une précaution particulière doit être prise chaque fois que ces populations migrent vers le Sud du pays.
- Des zones de transmission bi ou plurimodale comprenant le delta intérieur du fleuve Niger et les zones de barrage et de riziculture : Niono, Sélingué, Manantali et Markala. L'IP se situe entre 40-50%. L'anémie reste un phénotype clinique important ;
- Des zones peu propices à l'impaludation particulièrement les milieux urbains comme Bamako et Mopti où le paludisme est hypo endémique. L'IP est $\leq 10\%$ et les adultes peuvent faire des formes graves et compliquées de paludisme. D'ici 2020, cette population urbaine et péri-urbaine constituerait environ 50% de la population Africaine au Sud du Sahara. Ce qui augmenterait la « masse » de population cible.

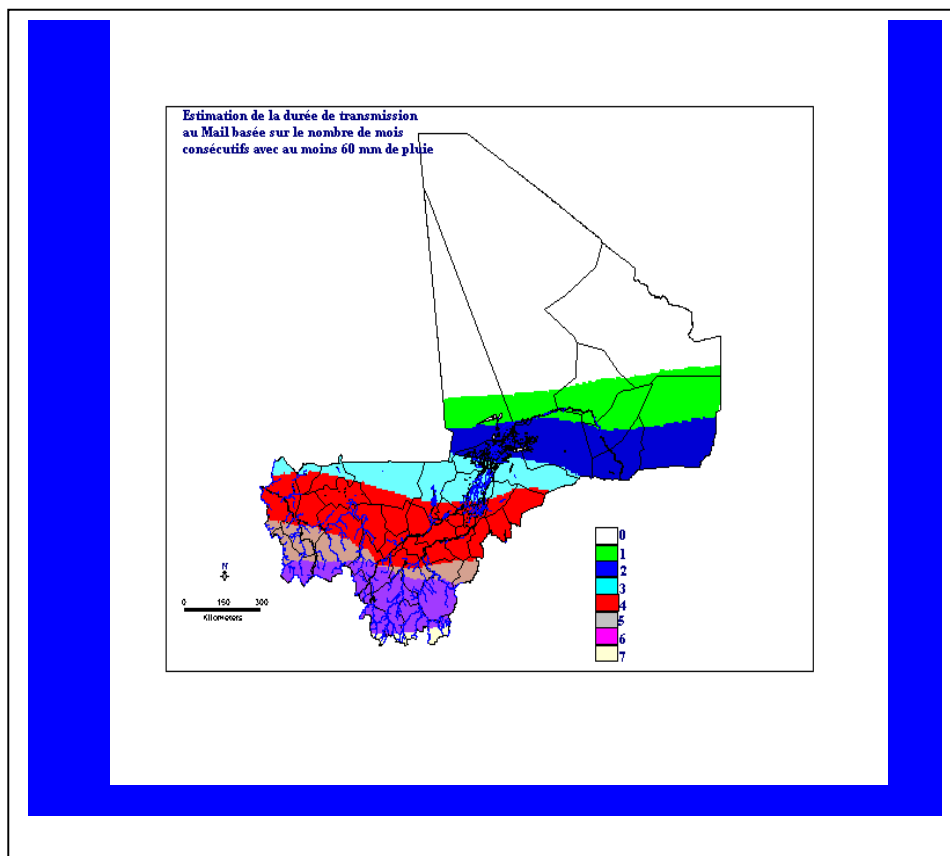


Figure N° XX : Strates épidémiologiques selon le nombre de mois

Les agents pathogènes les plus courants sont (Dumbo et al., 1991, 1992) :

- *Plasmodium falciparum* contribue de 85 à 90% de la formule parasitaire, et est responsable des formes létales, graves et compliquées du paludisme au Mali.
- *Plasmodium malariae*, contribue pour 10-14% de la formule parasitaire
- *Plasmodium ovale*, contribue pour 1% de la formule parasitaire.

Les principaux vecteurs du paludisme au Mali sont (Touré et al, 1986, 1998) :

- Complexe *Anophèles gambiae* *sl* avec ses formes chromosomiques (*An. Gambiae* ss forme chromosomique Mopti, Bamako, Savana) et *Anophèles arabiensis*
- *Anophèles funestus*

Les différentes formes chromosomiques et *Anophèles arabiensis* et la forme Mopti d'*Anophèles gambiae* se rencontrent surtout dans les zones arides au Nord et les zones inondées centrales tandis que les formes Bamako et Savane se rencontrent dans les zones humides au Sud.

Du point de vue variations saisonnières, les fréquences d'*Arabiensis* et de Mopti prédominent avant et après la saison des pluies tandis que celles des formes Bamako et Savane prédominent pendant la saison des pluies.

Toutes ces espèces sont d'excellents vecteurs de la transmission du paludisme au Mali et réalisent une transmission « dite en relais » dans les zones de sympathrie (Traoré 1989, Sangaré 2000).

Ces vecteurs majeurs sont actuellement sensibles aux pyréthrinoïdes de synthèse (Perméthrine, Deltaméthrine)

2.2. Historique de la lutte contre le paludisme

De 1960 à 1980, la lutte antipaludique était basée essentiellement sur la démoustication par la pulvérisation intra et extra domiciliaire et par le traitement médicamenteux des cas de paludisme. L'objectif visé était d'interrompre la transmission de la maladie. Les campagnes d'éradication bien organisées exécutées par les services verticaux avec l'appui financier des partenaires internationaux se sont soldés par des échecs.

De 1978 à 1980, la lutte antipaludique entrait dans le cadre des soins de santé primaire (SSP), dont l'objectif visé était la réduction du paludisme de moitié pour la décennie à venir afin d'atténuer les effets de la maladie prioritairement sur la mère et l'enfant, mais aussi sur les adultes dont l'incapacité pèse lourdement sur l'économie du pays. Les stratégies de lutte basées sur l'IEC, le dépistage précoce des malades et leur traitement, le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte et l'assainissement du milieu ont montré leur limite pour les raisons suivantes :

- Les risques de résistance des parasites aux antipaludiques chez les enfants ;
- Les risques de résistance des vecteurs aux insecticides.

En 1993, le premier document sur la lutte antipaludique a vu le jour en même temps que le programme national de lutte contre le paludisme. De façon régulière, le PNLN a élaboré des plans d'action qui ont été appuyés par les partenaires au développement et dont le dernier est le Plan stratégique 2001-2005.

2.3. Situation actuelle de la lutte contre le paludisme

Le Mali compte parmi les 42 pays endémiques du paludisme du continent Africain. Le phénomène de la résistance est réel mais mal appréhendé ; on l'estime de nos jours sur des études parcellaires effectuées à 12% environ.

Le nombre de cas de paludisme recensé dans les formations sanitaires publiques se chiffre à 850 723 en 2004 mais ne reflète en rien la réalité car la couverture sanitaire n'est que de 47% sans oublier que la médecine traditionnelle est un réel atout pour nos communautés.

Le paludisme est un problème majeur de santé publique rien que par les constats suivants :

- Il occupe le premier rang des pathologies courantes dans les districts sanitaires du pays ;
- L'absentéisme sur les lieux de travail et dans les écoles ;
- Le nombre moyen de crises par enfant de moins de 5 ans : 5 à 8 par an ;
- Le nombre moyen de journées perdues en hospitalisation d'un malade : 6 jours ;
- Les pertes économiques qui peuvent en découler tant sur le plan de la production que de manque à gagner ;
- Le rapport coût de la prise en charge d'un cas de paludisme grave ;
- Coût de dépenses de santé de l'Etat par habitant (1495/capital).

Le document de politique nationale en matière de lutte contre le paludisme a été révisé en 2005, ce qui a conduit au remplacement de la chloroquine par les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine pour le traitement des cas simples de paludisme et à l'introduction du traitement préventif intermittent avec la sulfadoxine pyriméthamine chez la femme.

2.3.1. Objectif de la lutte antipaludique

La lutte antipaludique au Mali a pour objectif de contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité du paludisme chez les enfants et les femmes enceinte, conformément au Programme de Développement Socio-sanitaire 2005-2009 (PRODESS II) qui s'inspire fortement du Cadre Stratégique National de Lutte contre la Pauvreté et des Objectifs du Millénaire.

2.3.2. Stratégies de lutte antipaludique

Les stratégies de lutte contre le paludisme appliquées par le PNLP sont issues du document de politique nationale de lutte antipaludique révisé en mars 2005 et s'inspirent fortement des stratégies mondiales de lutte contre le paludisme. Il s'agit notamment de :

2.3.2.1. Stratégies majeures

Prise en charge des cas de paludisme

Pour la prise en charge des cas, le Mali a conservé la quinine pour le traitement des cas de paludisme grave et introduit les combinaisons à base de dérivés d'artémisinine en comprimé pour le traitement du paludisme simple (Artésunate-Amodiaquine comprimés et Artémether-Luméfantine comprimés). Il est précisé dans le dit document que tout cas de paludisme chez la femme enceinte doit être considéré comme un cas grave et traité en conséquence avec la quinine.

➤ *Prévention du paludisme pendant la grossesse*

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

Aussi, il est précisé dans le document de politique que des directives spéciales seront appliquées aux femmes enceintes séropositives et aux autres groupes spécifiques (sujets neufs, immunodéprimés, drépanocytaires).

➤ *Lutte antivectorielle*

Les directives nationales en matière de lutte antivectorielle visent à développer la Lutte Intégrée contre les Vecteurs (LIV) en se basant sur les actions simultanées suivantes :

- Promotion des moustiquaires imprégnées, notamment chez les femmes enceintes et les enfants ciblées par la vaccination ;
- Traitement ciblé des gîtes larvaires ;
- Pulvérisation intra et extradomiciliaire dans des zones ciblées ;
- Promotion de l'hygiène et de l'assainissement.

➤ *Prédiction, Prévision, Prévention et Gestion des épidémies de paludisme*

Il est signalé dans les directives du document de politique de lutte antipaludique que la surveillance épidémiologique du paludisme dans les districts à risque sera renforcée dans le cadre du système de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR). De même la gestion des épidémies déclarées se fera conformément aux directives de la SIMR, en particulier :

- Pour la prise en charge des cas : les CTAs seront utilisées pour le traitement des cas simples et la quinine pour les cas graves ;
- Pour la prévention : la pulvérisation intra domiciliaire sera généralisée dans les zones de l'épidémie de paludisme.

2.3.2.2. Stratégies de soutien

➤ *Communication et Mobilisation sociale*

Conformément aux directives du document de politique de lutte contre le paludisme, et dans le cadre d'un large partenariat avec les structures spécialisées, les actions seront développées dans le cadre des composantes suivantes :

- Plaidoyer en direction des leaders politiques et des partenaires ;
- Mobilisation sociale en direction de tous les intervenants dans la LAP ;
- Communication pour le changement de comportement (CCC) à différents niveaux.

➤ *Recherche opérationnelle*

Il existe au Mali plusieurs institutions de recherche qui mènent des activités sur la thématique du paludisme, notamment :

- l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) à travers ses départements de médecine traditionnelle et de santé communautaire ;
- le Département de l'Epidémiologie et des Affections Parasitaires (DEAP) et le centre de Formation et de Recherche (MRTC) de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie ;

Dans le cadre du partenariat du PNLP avec ces institutions, des études sont régulièrement réalisées sur divers thèmes dont les principaux sont : la sensibilité des vecteurs aux insecticides, l'efficacité des antipaludiques, l'application des supports imprégnés d'insecticides, l'implication des mères ou des guérisseurs traditionnels dans la lutte contre le paludisme au niveau communautaire.

Il est noté dans le document de politique que des recherches opérationnelles seront conduites sur différentes thématiques se rapportant au paludisme, notamment des études sur la pharmacovigilance des antipaludiques, la chimio-sensibilité des antipaludique, l'efficacité des insecticides, l'entomologie, le TPI chez l'enfant ...etc .

➤ *Suivi et évaluation*

Il est dit dans le document de politique que le suivi/évaluation est du ressort du cabinet du ministère de la santé et qu'il se fera à travers une collaboration étroite avec les écoles de formation en santé et les instituts de recherche.

En plus du monitoring des activités par les différents niveaux du système de santé, 10 sites sentinelles ont été mis en place depuis plus de 5 années et permettent d'assurer la surveillance de la résistance du parasite aux antipaludiques et des vecteurs aux insecticides en collaboration avec le MRTC/DEAP/FMPOS (Sirakoro Méguétan, Kolondièba, Yanfolila, Kita, Bougouni, Bandiagara, Djenné, Niono, Gao et Kita).

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

2.3.4. Partenariat pour la lutte antipaludique

Il existe une tradition d'organisation communautaire pour résoudre les problèmes de la communauté dans plusieurs domaines. Dans le domaine de la santé la participation communautaire consiste surtout à la création de structures de santé communautaire et à la mise en place des agents communautaires.

Dans la dynamique de la mise en œuvre de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme / Roll Back Malaria (FRP/RBM), le cadre du partenariat est bien tracé au Mali. Le processus de décentralisation, en cours depuis une décennie a permis d'obtenir des structures communautaires (CSCOM) sont la démonstration de l'engagement de la collectivité/participation communautaire.

Au Mali, il existe une coordination d'action des partenaires à travers des rencontres mensuelles qui permettent d'échanger sur l'appui apporté au pays.

Les ONG/Associations sont réunies au sein du groupe dénommé Groupe Pivot/Santé population, une soixantaine d'ONG/Associations collaborent avec le département de la santé.

Des ONG travaillent avec le Programme national de Lutte contre le Paludisme depuis plus de trois ans dans la promotion des matériaux traités aux insecticides. Dès lors l'Initiative FRP/RBM constitue un réel creuset pour l'implication d'un éventail plus grand d'intervenants et d'interventions au niveau communautaire.

2.3.4.1. Partenaires de la lutte antipaludique, de 2001 à 2005

Durant la période 2001-2005, les principaux financements ont été mobilisés auprès de budget Etat et des partenaires au développement.

Les partenaires du PNLP ont appuyé différemment les interventions de lutte contre le paludisme comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

Partenaires	OMS	UNICEF	FMSTP	USAID	GTZ	BM	CTB	PSI	PLAN
Administration et Gestion	+++	+++	+++	+++	+		++	++	
Prise en charge des cas	++	+	+++		+		++		
Prévention du paludisme pendant la grossesse	++	++	++	+++	+	+	++	++	+
Lutte contre les vecteurs	++		+	++	+		++	++	+
Lutte contre les épidémies de paludisme	++		+		+		+		
Communication et Mobilisation sociale	+	++	+	++	+	+	++	++	+
Recherche opérationnelle	++	+	+		+		+		
Suivi et Evaluation	++	+	++	++	+		++	++	+

Légende : + : appui moyen ; ++ : Appui important; +++ : Appui très important.

2.3.6. Principaux résultats du Plan stratégique 2001-2005

Les interventions mises en œuvres au cours de la période 2001-2005, avec l'appui des partenaires au développement (OMS, UNICEF, USAID, GTZ, BM, Coopération technique belge, PSI, FMSTP), ont permis globalement de mettre en place les bases fondamentales des différentes stratégies de lutte antipaludiques et d'améliorer les couvertures nationales en matière de prise en charge et de prévention.

Les activités développées ont permis en particulier de :

- Réviser le document de politique nationale de lutte antipaludique Développer des outils didactiques sur la prise en charge et les mesures préventives du paludisme ;
- Concevoir et diffuser de façon large des supports éducatifs sur les différentes stratégies de lutte antipaludique ;
- Renforcer les compétences du personnel au niveau sanitaire et communautaire sur les interventions de lutte antipaludique, notamment la prise en charge des cas et les mesures préventives ;
- Acquérir et distribuer gratuitement des quantités de moustiquaires imprégnées longue durée ;
- Acquérir d'importantes quantités d'insecticides pour l'imprégnation et la ré-imprégnation des moustiquaires au niveau communautaire ;

- Sensibiliser les communautés des cercles endémiques sur les mesures de lutte contre le paludisme à travers l'organisation de journées africaines de paludisme et les journées nationales de mobilisation sociale sous l'égide des autorités politico-administratives ;
- Mettre en place 10 sites sentinelles pour la surveillance épidémiologique, l'efficacité des antipaludiques et la sensibilité des vecteurs ;
- Assurer le monitoring et l'évaluation des interventions développées dans le cadre plan national développé par le ministère de la santé ;
- Réaliser des recherche opérationnelles sur différentes thématiques se rapportant au paludisme (enquêtes entomologiques, études de chimio-sensibilité, TPI chez la femme enceinte, utilisation et efficacité des moustiquaires imprégnées, ...etc) ;
- Renforcer les capacités managériales et logistique de la lutte antipaludique aussi bien au niveau central que périphérique ;
- Mobiliser davantage de ressources financières sur budget Etat et différents partenaires dans le cadre d'un partenariat en faveur de la lutte contre le paludisme.

Bien que le pays ait adopté en 2005 la nouvelle politique thérapeutique introduisant les CTAs et le TPI à la SP pendant la grossesse, la prise en charge des cas de paludisme simple se fait encore avec la chloroquine comprimé.

Enfin, il ressort de l'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme réalisée en juin 2006, une amélioration par rapport à 2001 du niveau des indicateurs d'Abuja comme indiqué ci-dessous:

- ❖ Le pourcentage des enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement pris en charge avec la chloroquine comprimé dans les 24 heures après le début des symptômes est de 48% en 2006 ;
- ❖ Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide est passé de 5% en 2001 à 38% en 2006 ;
- ❖ Le pourcentage de femmes enceintes dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide est passé de 5% en 2001 à 36% en 2006 ;
- ❖ Le pourcentage des femmes enceintes suivant un traitement présomptif intermittent est passé de 0% en 2001 à 37% en 2006 ;
- ❖ Le pourcentage des cas de paludisme simple correctement pris en charge au niveau des formations sanitaires est de 67% en 2005 ;
- ❖ Le pourcentage des cas de paludisme grave correctement pris en charge au niveau des formations sanitaires est de 93% en 2005.

2.3.7. Contraintes/difficultés

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

Il s'agit notamment de :

- Insuffisance de ressources humaines qualifiées dans la gestion des interventions de lutte antipaludique à différents niveaux du système de santé ;
- Non disponibilité des CTA malgré le changement de politique thérapeutique ;
- Faible capacité d'accueil et du plateau technique pour la prise en charge des cas de paludisme grave ;

- Faible couverture des laboratoires et des moyens de diagnostic du paludisme ;
- Faiblesse du système de référence/recours entre les différents niveaux du système de santé ;
- Faible utilisation des MII et des autres mesures préventives par les communautés ;
- Obstacles socioculturels dans la population quant à l'épidémiologie réelle du paludisme (cause souvent non lié aux moustiques) ;
- Faible observance du TPI malgré les conseils lors des CPNs ;
- Rupture des stocks de SP et de MII ;
- Insuffisance dans le suivi et évaluation des interventions de lutte antipaludique ;
- Faible implication des structures privées dans la promotion des stratégies de prévention, notamment l'acquisition en MII et l'utilisation du TPI pendant la grossesse.

2.3.8. Opportunités pour le renforcement de la lutte antipaludique

- Engagement politique au plus haut niveau en faveur de la lutte antipaludique ;
- Révision et adoption en juillet 2006 de la politique thérapeutique antipaludique avec introduisant les CTAs et le TPI ;
- Perspectives de financement auprès du FMSTP et d'autres partenaires ;
- Décision officielle de porter à l'échelle la prévention du paludisme chez la femme enceinte et de manière gratuite ;
- Détaxe sur les produits et matériels destinées à la lutte contre le paludisme ;
- Existence d'un Programme de Développement Sanitaire et Social 2005-2009 avec prise en compte des interventions de lutte contre la maladie en général et le paludisme en particulier ;
- Extension d'un important réseau communautaire (Relais, CSCOM) contribuant significativement dans la lutte contre la maladie en général et le paludisme en particulier ;
- Existence d'un plan national de suivi et évaluation avec une approche intégrée pour
- Existence d'un cadre de coordination fonctionnelle à travers le CCM.

3. PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2007-2011

3.1. Cadre logique

3.1.1. Objectif général

D'ici fin 2011, contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité générale, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

3.1.2. Objectifs spécifiques

D'ici fin 2011 :

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

3.1.3. Orientations stratégiques

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

3.1.4. Résultats attendus

La mise en œuvre des différentes interventions de lutte antipaludique devrait conduire d'ici 2011 aux résultats suivants :

- ❖ Au moins 80 % des enfants de moins de cinq ans auront été protégés contre le paludisme en dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) ;
- ❖ Au moins 80 % des femmes enceintes auront été protégées contre le paludisme en dormant sous MII ;
- ❖ Au moins 80 % des femmes enceintes auront bénéficié d'un traitement préventif intermittent durant les consultations prénatales ;
- ❖ Au moins 80% des enfants de moins de 5 ans avec fièvre/paludisme auront bénéficié d'un traitement correct dans les 24 heures suivant l'apparition des premiers symptômes ;
- ❖ Au moins 80 % des sujets atteints de paludisme simple auront bénéficié d'un diagnostic précoce et d'un traitement efficace aux Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) dans les structures sanitaires ;
- ❖ Au moins 80 % des sujets atteints de paludisme grave auront bénéficié d'une prise en charge adéquate conformément aux directives de la politique nationale de lutte antipaludique ;
- ❖ Au moins 80 % des populations exposées des districts sanitaires à risque de paludisme auront bénéficié des mesures adéquates de prévention et de prise en charge correcte lors des éventuelles épidémies de paludisme ;
- ❖ Au moins 80% des besoins du PNLP pour le renforcement de la gestion des interventions de lutte contre le paludisme auront été exécutées.

3.2. Activités budgétisées

3.2.1. Description des interventions prévues

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

Il s'agira en particulier de : renforcer les compétences du personnel des formations sanitaires et communautaires sur la prise en charge des cas y compris sur le diagnostic parasitologique, acquérir des moyens matériels et logistiques suffisants (CTAs, SP, MII, véhicules, fournitures diverses spécifiques pour les laboratoires et la lutte antivectorielle), renforcer le système de surveillance épidémiologique du paludisme dans le cadre de la SIMR, élaborer et reproduire en quantités suffisantes les outils didactiques et de communication, assurer la formation du staff PNLN dans les aspects de management de la lutte antipaludique (communication, épidémiologie, paludologie, ...etc), mettre en place un système de suivi & évaluation de proximité, améliorer le cadre de collaboration avec les partenaires y compris la société civile et les autres secteurs ministériels.

3.2.2. Chronogramme des activités planifiées

3.2.2.1. Prise en charge des cas de paludisme

N°	ACTIVITES	ANNEE						RES-PON-SABLE	PARTE-NAIRES POTEN-TIELS
		2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL		
3.2.2.1.1	Acquérir tous les ans des CTA pour les structures de santé à tous les niveaux.	740 336 100	885 605 000	989 044 000	918 646 400	1 031 488 500	4 565 120 000		
3.2.2.1.2	Acquérir tous les ans des kits pour la prise en charge des cas de paludisme grave (quinine, glucosé 5 ou 10% ou 30%, perfuseur, cathéter, seringue, antipyrétiques).	2 115 246 000	2 530 300 000	2 825 840 000	2 624 704 000	2 947 110 000	13 043 200 000		
3.2.2.1.3	Acquérir des kits essentiels de consultation (thermomètres, stéthoscopes, otoscopes, lampes torches, balances, abaisses langue).	243 960 000			340 260 000		584 220 000		
3.2.2.1.4	Acquérir tous les ans le petit matériel et consommable pour les laboratoires des structures sanitaires.	418 750 000	418 750 000	418 750 000	418 750 000	418 750 000	2 093 750 000		
3.2.2.1.5	Acquérir tous les ans des Tests de Diagnostic Rapide (TDR) pour les structures de santé.	582 710 700	623 510 700	664 310 700	705 110 700	745 910 700	3 321 553 500		
3.2.2.1.6	Réviser et reproduire les guides thérapeutiques de formation sur la PEC des cas de paludisme.	120 950 000		60 000 000			180 950 000		
3.2.2.1.7	Réviser, reproduire et diffuser algorithmes sur la PEC du paludisme (sous main plastifié).	20 000 000			10 000 000				
3.2.2.1.8	Mettre à niveau un pool de 15 formateurs centraux sur la PEC des cas de paludisme.	900 000		855 000			1 755 000		
3.2.2.1.9	Former/recycler 45 formateurs régionaux sur les nouvelles directives thérapeutiques du paludisme.	27 000 000					27 000 000		
3.2.2.1.10	Former/recycler 150 personnels de laboratoire du secteur public et privé au diagnostic biologique du paludisme.	30 000 000	30 000 000	30 000 000			90 000 000		
3.2.2.1.11	Former/recycler 3600 prescripteurs du secteur public/privé sur la PEC du paludisme.	450 000 000	450 000 000	60 000 000	60 000 000	60 000 000	1 080 000 000		
3.2.2.1.12	Assurer le suivi post-formation des prestataires de soins	11 250 000	11 250 000	1 575 000	1 575 000	1 575 000	27 225 000		

3.2.2.1. Prise en charge des cas de paludisme (siute)

N°	ACTIVITES	ANNEE						RES-PON-SABLE	PARTE-NAIRES POTEN-TIELS
		2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL		
3.2.2.1.13	Organiser tous les ans au moins 2 journées d'information au profit des pharmaciens et agents de comptoirs des officines/dépôts de pharmacie sur les directives thérapeutiques.	36 000 000	24 000 000		12 000 000		72 000 000		
3.2.2.1.14	Former/recycler 3000 relais communautaires sur la prise en charge des cas simple et la référence précoce des cas graves de paludisme.	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	225 000 000		
3.2.2.1.15	Elaborer et reproduire des cartes conseils à usage communautaire.	900 000	900 000	900 000	900 000	900 000	4 500 000		
3.2.2.1.16	Former/recycler 1000 tradi-thérapeutes sur la reconnaissance des symptômes du paludisme et la référence précoce des cas graves.	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000		
TOTAL PEC		4 853 002 800	5 029 315 700	5 106 274 700	5 146 946 100	5 260 734 200	25 366 273 500		

3.2.2.2. Prévention du paludisme pendant la grossesse

N°	ACTIVITES	ANNEE					TOTAL	RESPON-SABLE	PARTENAIRE POTENTIELS
		2007	2008	2009	2010	2011			
3.2.2.2.1	Acquérir tous les ans de la SP pour le TPI chez les femmes enceintes vues en CPN	85 111 000	93 014 200	94 874 400	96 771 800	105 287 800	475 059 200		
3.2.2.2.2	Acquérir et distribuer tous les ans des MILD aux femmes enceintes vues en CPN	1 914 997 500	2 092 819 500	2 134 674 000	2 177 365 500	2 368 975 500	10 688 832 000		
3.2.2.2.3	Adapter et reproduire 1500 guides techniques sur la prévention du paludisme pendant la grossesse	10 425 000			6 000 000		16 425 000		
3.2.2.2.4	Former/recycler 2600 personnels en charge des activités préventives pendant la grossesse	360 000 000	360 000 000	72 000 000	72 000 000	72 000 000	936 000 000		
TOTAL PFE		2 370 533 500	2 545 833 700	2 301 548 400	2 352 137 300	2 546 263 300	12 116 316 200		

3.2.2.3. Lutte Antivectorielle

N°	ACTIVITES	ANNEE					MONTANT TOTAL (FCFA)	RESPONSABLE	PARTENAIRES POTENTIELS
		2007	2008	2009	2010	2011			
3.2.2.3.1	Acquérir tous les ans des Kits insecticides en comprimé pour imprégnation	192 665 200	217 340 900	251 960 800	287 898 100	253 312 500	1 203 177 500		
3.2.2.3.2	Acquérir tous les ans des produits insecticides pour les campagnes d'imprégnation de masse	109 200 000	98 800 000	94 900 000	88 400 000	80 600 000	471 900 000		
3.2.2.3.3	Acquérir 2000 Kits de matériels d'imprégnation pour les sites fixes (bassines, seau, bocal gradué, mètre ruban, masque, gants, blouse, registres, nappe imperméable, ...etc.)	37 500 000			55 000 000		92 500 000		
3.2.2.3.4	Acquérir tous les ans 300000 MILD pour les populations à risque autres que les femmes enceintes	Campagne Intégrée Rougeole/MII	1 350 000 000	1 350 000 000	1 350 000 000	1 350 000 000	5 400 000 000		
3.2.2.3.5	Réviser et reproduire le guide et les outils sur les techniques d'imprégnation des moustiquaires	12 855 000			6 000 000		18 855 000		
	Former/recycler 90 formateurs régionaux aux techniques de lutte anti larvaire basée sur les larvicides biologiques.	16 200 000		16 200 000		16 200 000	48 600 000		
3.2.2.3.7	Former/recycler 90 formateurs régionaux aux techniques d'imprégnation de moustiquaires.	16 200 000			16 200 000		32 400 000		
3.2.2.3.9	Organiser tous les ans une campagne nationale d'imprégnation de masse des moustiquaires à l'occasion de la période de forte transmission du paludisme.	330 000 000	330 000 000	330 000 000	330 000 000	330 000 000	1 650 000 000		
2.2.3.11	Acquérir 590 kits de destruction des gîtes larvaires pour les districts sanitaires	354 000 000			354 000 000		708 000 000		
2.2.3.12	Acquérir tous les ans 900 litres d'insecticides larvicides pour le traitement ciblé de gîtes larvaires	25 200 000	25 200 000	25 200 000	25 200 000	25 200 000	126 000 000		
3.2.2.3.3	Organiser tous les ans des campagnes d'assainissement dans les zones urbaines.	180 000 000	180 000 000	180 000 000	180 000 000	180 000 000	900 000 000		
TOTAL LUTTE ANTIVECTORIELLE		1 257 620 200	2 201 340 900	2 232 060 800	2 692 698 100	2 219 112 500	10 602 832 500		

3.2.2.4. Lutte contre les épidémies de paludisme

N°	ACTIVITES	ANNEE					MONTANT TOTAL (FCFA)	RESPONSABLE	PARTENAIRES POTENTIELS
		2007	2008	2009	2010	2011			
3.2.2.5.1	Constituer et rendre opérationnel un pool de formateurs centraux sur la lutte contre les épidémies de paludisme	855 000	300 000	300 000	300 000	300 000	2 055 000		
3.2.2.5.2	Elaborer, valider et diffuser le plan national de lutte contre les épidémies de paludisme.	9 000 000					9 000 000		
3.2.2.5.3	Elaborer, adopter et diffuser le guide technique sur la lutte contre les épidémies de paludisme.	10 500 000			3 000 000		13 500 000		
3.2.2.5.4	Former/recycler les équipes des districts à risque épidémique de paludisme.	40 800 000			40 800 000		81 600 000		
3.2.2.5.5	Recycler tous les ans Les relais des districts à risque épidémique de paludisme sur le système de surveillance épidémiologique à base communautaire	17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	85 000 000		
3.2.2.5.6	Appuyer tous les ans les districts à risque épidémique dans la collecte et l'analyse des données de surveillance hebdomadaire.	8 500 000	8 500 000	8 500 000	8 500 000	8 500 000	42 500 000		
3.2.2.5.7	Appuyer tous les ans les investigations des éventuelles épidémies de paludisme au niveau des 6 régions ciblées	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	90 000 000		
3.2.2.5.8	Acquérir tous les ans des antipaludéens et autres produits comme stocks pré positionnés en réponse aux éventuelles épidémies de paludisme	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	250 000 000		
3.2.2.5.9	Acquérir 140 kits de pulvérisation intradomiciliaire pour le niveau central et les 17 districts sanitaires à risque d'épidémie de paludisme	15 750 000			5 250 000		21 000 000		
3.2.2.5.10	Acquérir tous les ans 1700 litres d'insecticides pour la pulvérisation intradomiciliaire au niveau des 17 districts à risque d'épidémie de paludisme	42 500 000	42 500 000	42 500 000	42 500 000	42 500 000	212 500 000		
3.2.2.5.11	Organiser tous les ans une campagne de pulvérisation intra domiciliaires au niveau de zones ciblées des 17 districts à risque d'épidémie de paludisme	17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	85 000 000		
TOTAL LCEP		229 050 000	153 000 000	153 000 000	202 050 000	153 000 000	890 100 000		

3.2.2.5. Communication et Mobilisation sociale sur le paludisme

N°	ACTIVITES	ANNEE					TOTAL	RESPON- SABLE	PARTENAIRES POTENTIELS
		2007	2008	2009	2010	2011			
3.2.2.5.1	Réviser, adopter et reproduire le plan national de communication sur le paludisme	13 950 000					13 950 000		
3.2.2.5.2	Constituer et rendre fonctionnel un groupe de travail multidisciplinaire pour coordonner le processus de conception des outils de communication sur le paludisme.	1 710 000	600 000	600 000	600 000	600 000	4 110 000		
3.2.2.5.3	Impliquer les acteurs de la médecine traditionnelle dans la communication et la mobilisation sociale sur le paludisme	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	15 000 000		
3.2.2.5.4	Réviser et reproduire les différents supports de communication sur le paludisme (boite à image, livret d'information, affiches, dépliants)	318 500 000	190 500 000	190 500 000	190 500 000	190 500 000	1 080 500 000		
3.2.2.5.5	Commémorer tous les ans la journée africaine du paludisme	57 000 000	57 000 000	57 000 000	57 000 000	57 000 000	285 000 000		
3.2.2.5.6	Inscrire et développer tous les ans des thèmes sur le paludisme dans le cadre des festivités événementielles nationales (mois de la solidarité, maternité à moindre risque, journée de la population, journées des associations et des ordres socioprofessionnels...)	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000		
3.2.2.5.7	Organiser tous les ans au niveau de chaque région une campagne nationale de mobilisation sociale sur le paludisme à l'occasion de la saison de forte transmission	75 000 000	75 000 000	75 000 000	75 000 000	75 000 000	375 000 000		
3.2.2.5.8	Concevoir tous les ans 60 grands panneaux sur la prévention du paludisme (MII, TPI, hygiène du milieu)	30 000 000	30 000 000	30 000 000			90 000 000		
3.2.2.5.9	Acquérir des Kits multimédias pour les activités de sensibilisation (Téléviseur, magnétoscope, caméra, dictaphone, mégaphone)	21 850 000					21 850 000		
3.2.2.5.10	Acquérir 10 appareils photos numériques pour le niveau central et régional	2 500 000			1 250 000		3 750 000		
3.2.2.5.11	Concevoir et diffuser tous les ans au niveau de la télévision nationale et des radios locales au moins 300 spots, sketches et autres messages sur le paludisme en langues nationales et en français	60 000 000	60 000 000	60 000 000	60 000 000	60 000 000	300 000 000		
3.2.2.5.12	Former/recycler tous les ans au niveau des districts 590 relais communautaires et représentants d'ONG/Associations/autres groupements sur les mesures de lutte contre le paludisme	70 800 000	70 800 000	70 800 000	70 800 000	70 800 000	354 000 000		
3.2.2.5.13	Apporter tous les ans un appui financier à 590 ONG/Associations impliquées dans la mise en œuvre des interventions à base communautaire axées sur la lutte contre le paludisme	590 000 000	590 000 000	590 000 000	590 000 000	590 000 000	2 950 000 000		
TOTAL C & MS		1 254 310 000	1 086 900 000	1 086 900 000	1 058 150 000	1 056 900 000	5 543 160 000		

3.2.2.6. Recherche Opérationnelle

N°	ACTIVITES	ANNEE					MONTANT TOTAL (FCFA)	RESPON-SABLE	PARTENAIRE POTENTIELS
		2007	2008	2009	2010	2011			
3.2.2.6.1	Former un pool de 20 formateurs centraux sur la méthodologie de la recherche en système de santé appliquée au paludisme.	12 000 000					12 000 000		
3.2.2.6.2	Former 40 agents des équipes cadre des régions/Districts sur la méthodologie de recherche en système de santé	12 000 000	12 000 000				24 000 000		
3.2.2.6.3	Réaliser au moins 2 études CAP sur le paludisme.		36 000 000		36 000 000		72 000 000		
3.2.2.6.4	Réaliser au moins 2 études sur la qualité de la PEC du paludisme au niveau des structures sanitaires		20 000 000		20 000 000		40 000 000		
3.2.2.6.5	Réaliser au moins 2 étude de chimiosensibilité des antipaludiques dans 2 sites.			20 000 000		20 000 000	40 000 000		
3.2.2.6.6	Réaliser 3 études sur l'application du TPI chez l'enfant	50 000 000	50 000 000	50 000 000			150 000 000		
3.2.2.6.7	Réaliser une étude sur l'application de la PEC des cas de paludisme avec les CTAs au niveau communautaires.	70 000 000	70 000 000						
3.2.2.6.8	Réaliser une étude sur l'apport de la médecine traditionnelle (tradipraticiens) dans la PEC des cas de paludisme au niveau communautaire.	15 000 000			15 000 000		30 000 000		
3.2.2.6.9	Réaliser en deux temps une étude nationale paludométrique prenant en comptes les différents paramètres épidémiologiques.		50 000 000				50 000 000		
3.2.2.6.10	Appuyer tous les ans au moins 5 Thèses et Mémoires d'étudiants sur le paludisme	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000		
TOTAL RECHERCHE OPERATIONNELLE		164 000 000	243 000 000	75 000 000	76 000 000	25 000 000	443 000 000		

2.2.7. Suivi et Evaluation

N°	ACTIVITES	ANNEE					MONTANT TOTAL (FCFA)	RESPONSABLE	PARTENAIRES POTENTIELS
		2007	2008	2009	2010	2011			
3.2.2.7.1	Elaborer un plan PNLP de suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme.	9 000 000					9 000 000		
3.2.2.7.2	Constituer et rendre un mécanisme de coordination du Suivi/Evaluation des interventions de lutte contre le paludisme.	855 000	600 000	600 000	600 000	600 000	3 255 000		
3.2.2.7.3	Former/Recycler les équipes régionales/Districts sur le système de Suivi & Evaluation des interventions de lutte antipaludique.	19 440 000			19 440 000		38 880 000		
3.2.2.7.4	Former/recycler les chargés SLIS au niveau régional	10 800 000			10 800 000		21 600 000		
3.2.2.7.5	Former/recycler les chargés SLIS au niveau des districts	35 400 000			10 800 000		46 200 000		
3.2.2.7.6	Assurer tous les ans au moins 2 supervisions intégrées du niveau régional par l'équipe du niveau central	11 827 800	11 827 800	11 827 800	11 827 800	11 827 800	59 139 000		
3.2.2.7.7	Appuyer tous les ans au moins 4 supervisions intégrées formatives des équipes Districts en charge des activités de lutte antipaludique par les équipes cadres des régions sanitaires.	13 824 000	13 824 000	13 824 000	13 824 000	13 824 000	69 120 000		
3.2.2.7.8	Appuyer tous les ans au moins 6 supervisions intégrées formatives des agents des formations sanitaires par les équipes cadres de Districts.	87 154 800	87 154 800	87 154 800	87 154 800	87 154 800	435 774 000		
3.2.2.7.9	Réaliser tous les ans au moins un test de sensibilité des vecteurs aux insecticides.	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000		
3.2.2.7.10	Réaliser tous les ans au moins un contrôle de qualité des moustiquaires imprégnées et des insecticides	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000		
3.2.2.7.11	Assurer tous les ans au moins deux contrôles de qualité des antipaludiques situés dans les dépôts et les formations sanitaires.	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000		
3.2.2.7.12	Acquérir tous les ans des réactifs et petits matériels pour les 10 sites sentinelles de surveillance.	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000		

N°	ACTIVITES	ANNEE					MONTANT TOTAL (FCFA)	RESPONSABLE	PARTENAIRES POTENTIELS
		2007	2008	2009	2010	2011			
3.2.2.7.13	Evaluer tous les ans l'impact des campagnes de mobilisation sociale sur le paludisme	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	100 000 000		
3.2.2.7.14	Assurer tous les 6 mois le suivi des sites sentinelles de surveillance.	4 663 200	4 663 200	4 663 200	4 663 200	4 663 200	23 316 000		
3.2.2.7.15	Assurer tous les ans le suivi de la pharmacovigilance des antipaludiques du PNL (CTAs, SP)	29 500 000	29 500 000	29 500 000	29 500 000	29 500 000	147 500 000		
3.2.2.7.16	Réaliser tous les ans un contrôle de la qualité du diagnostic biologique du paludisme (TDRs, GE/Frottis)	7 000 000	7 000 000	7 000 000	7 000 000	7 000 000	35 000 000		
3.2.2.7.17	Assurer tous les ans au moins une réunion nationale de revue des interventions de lutte antipaludique.	4 800 000	4 800 000	4 800 000	4 800 000	4 800 000	24 000 000		
3.2.2.7.18	Realiser une evaluation à mi-parcours des interventions du plan stratégique de LAP 2007-2011.			30 000 000			30 000 000		
3.2.2.7.19	Realiser l'evaluation finale du plan stratégique de LAP 2007-2011.					50 000 000	50 000 000		
TOTAL SUIVI & EVALUATION		279 264 800	204 369 800	234 369 800	245 409 800	254 369 800	1 217 784 000		

3.2.2.8. Renforcement institutionnel du PNLP

N°	ACTIVITES	ANNEES						RESPON- SABLE	PARTE- NAIRES POTEN- TIELS
		2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL		
3.2.2.8.1	Organiser les réunions trimestrielles du comité de pilotage du PNLP	6 420 000	6 420 000	6 420 000	6 420 000	6 420 000	32 100 000		
3.2.2.8.2	Appuyer tous les ans les interventions sur le paludisme des services spécialisés des ministères partenaires et le Parlement	120 000 000	120 000 000	120 000 000	120 000 000	120 000 000	600 000 000		
3.2.2.8.3	Organiser tous les ans une table ronde nationale pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000		
3.2.2.8.4	Organiser tous les deux ans un cours national de paludologie pour 20 agents		135 000 000		135 000 000		270 000 000		
3.2.2.8.5	Former 5 personnels du PNLP en gestion et communication	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000		
3.2.2.8.6	Développer des programmes en milieu scolaire sur le paludisme	18 950 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	90 950 000		

3.2.2.8.7	Acquérir 8 véhicules double cabines Pick-up, 2 Véhicules et 1 mini bus.	6 420 000	6 420 000	6 420 000	6 420 000	6 420 000	32 100 000	DAF	
3.2.2.8.8	Assurer la participation de l'équipe PNLP aux voyages d'études et conférences internationales.	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	75 000 000	DAF	
3.2.2.8.9	Acquérir tous les ans du matériel médical pour au moins 70 CSCOM dans le cadre des contrats de performance dans la lutte contre le paludisme.	350 000 000	350 000 000	350 000 000	350 000 000	350 000 000	1 750 000 000	DAF	
3.2.2.8.10	Organiser des voyages d'études.	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000	CCM	
3.2.2.8.11	Contribuer tous les ans au fonctionnement du Secrétariat Permanent du CCM.	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	60 000 000	CCM	
3.2.2.8.12	Recruter tous les ans un staff de soutien pour le PNLP (chauffeurs, secrétaires, comptable, administrateur).	7 680 000	7 680 000	7 680 000	7 680 000	7 680 000	38 400 000		
3.2.2.8.13	Assurer tous les ans le Fonctionnement du PNLP	8 400 000	8 400 000	8 400 000	8 400 000	8 400 000	42 000 000	PNLP	
TOTAL STRATEGIE RI/PNLP		558 450 000	882 500 000	603 500 000	692 500 000	557 500 000	3 294 450 000		

RECAPITULATIF DU FINANCEMENT DU PLAN STRATEGIQUE 2007-2011 PAR INTERVENTION ET PAR ANNEE

STRATEGIES	ANNEE					MONTANT TOTAL (FCFA)	MONTANT TOTAL (\$US)	%
	2007	2008	2009	2010	2011			
PEC	4 853 002 800	5 029 315 700	5 106 274 700	5 146 946 100	5 260 734 200	25 366 273 500	49 737 791	42,66%
PFE	2 370 533 500	2 545 833 700	2 301 548 400	2 352 137 300	2 546 263 300	12 116 316 200	23 757 483	20,38%
LAV	1 257 620 200	2 201 340 900	2 232 060 800	2 692 698 100	2 219 112 500	10 602 832 500	20 789 868	17,83%
LCEP	229 050 000	153 000 000	153 000 000	202 050 000	153 000 000	890 100 000	1 745 294	1,50%
C&MS	1 254 310 000	1 086 900 000	1 086 900 000	1 058 150 000	1 056 900 000	5 543 160 000	1 254 310 000	9,30%
RO	164 000 000	243 000 000	75 000 000	76 000 000	25 000 000	443 000 000	868 627	0,75%
S&E	279 264 800	204 369 800	234 369 800	245 409 800	254 369 800	1 217 784 000	2 387 812	2,05%
RI/PNLP	558 450 000	882 500 000	603 500 000	692 500 000	557 500 000	3 294 450 000	6 459 706	5,54%
TOTAL FCFA	10 963 231 300	12 343 260 100	11 789 653 700	12 462 891 300	12 069 879 800	59 458 916 200	116 586 110	100%
TOTAL \$US	21 496 532	24 202 471	23 116 968	24 437 042	23 666 431			

1 \$ = 510 Fcfa

PEC: Prise En Charge des cas de paludisme

PFE: Prévention du paludisme chez la Femme Enceinte

LAV: Lutte Anti-Vectorielle

LCEP: Lutte Contre les Epidémies de Paludisme

C&MS: Communication & Mobilisation Sociale

RO: Recherche Opérationnelle

S&E: Suivi & Evaluation

RI/PNLP: Renforcement Institutionnel du PNLP

3.3. Administration et gestion de la lutte antipaludique

3.3.1. Cadre institutionnel, *gestionnaire et de collaboration*

La gestion du PNLN est sous la responsabilité d'un Médecin Coordonnateur National formé en santé publique, assisté d'une équipe composée de médecins et de techniciens de la santé.

La coordination, le suivi et l'évaluation des interventions de lutte antipaludique se feront à travers les organes et instances créées dans le PRODESS II, notamment :

- Le Comité de suivi du PRODESS II : présidé par le Ministre de la Santé (MS), avec comme vice-présidents un représentant des partenaires techniques et financiers et un représentant de la société civile. Il est composé des représentants des services de la superstructure administrative, des services centraux, des services rattachés, des services personnalisés, des représentants des autres départements et des collectivités territoriales et des partenaires techniques et financiers (au plus haut niveau). Il se réunit une fois par an selon les besoins. Il est l'organe de suivi du PRODESS II.
- Le Comité technique du PRODESS II : présidé par le Secrétaire Général du MS est composé des représentants de tous les services centraux et des partenaires techniques et financiers du PRODESS. Il se réunit une fois par semestre. Il est l'organe technique de coordination du programme sectoriel.
- Le comité de pilotage : présidé par le Secrétaire Général du MS, regroupe les services techniques centraux et les représentants de la Société Civile. Il se tient tous les deux mois, pour suivre la mise en œuvre du programme afin de lever régulièrement les goulots d'étranglements, les contraintes et les obstacles.
- Le Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS II (CROCEP) : présidé par le Gouverneur, il est chargé essentiellement d'examiner et de valider les plans et programmes de développement sanitaire de la région et aussi d'assurer le suivi de leur exécution. Il regroupe les autorités politiques et administratives de la région et les autres acteurs intervenants dans la mise en œuvre du PRODESS II.
- Le Conseil de Gestion : est surtout chargé de l'adoption et la validation des plans de développement et plans opérationnels des districts sanitaires au niveau cercle. Il est présidé par le Préfet et composé des autorités politiques, administratives locales, les médecins-chefs, la société civile et les autres acteurs du PRODESS. Il se réunit deux fois par an.
- Les journées d'évaluation et de planification : présidées par le Ministre de la Santé, regroupent les représentants des services de la superstructure administrative, les services centraux, les services rattachés, les services personnalisés. Elles ont lieu une fois par an avant la deuxième réunion du comité technique.

3.3.2. Suivi/Evaluation du Plan stratégique

Le système du suivi sera essentiellement basé sur les supervisions régulières du niveau central à raison d'une supervision par semestre, le niveau régional le fera à un rythme semestriel et le niveau district à un rythme trimestriel. Les supervisions pourront se faire de manière intégrée avec les autres programmes de lutte contre les maladies. Les outils de supervision existant vont être revus pour permettre de prendre en compte tous les indicateurs de suivi et évaluation de la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludique. Pour chaque supervision un rapport sera produit et transmis à l'échelle supérieure.

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

Les principaux indicateurs de suivi/évaluation du Plan stratégique 2007-2011 et adaptés lors des planifications opérationnelles seront issus du cadre logique suivant tiré du Guide OMS pour le Monitoring et l'évaluation :

CADRE LOGIQUE DES INDICATEURS DE SUIVI/EVALUATION DU PNLP MALI :

Indicateurs	Sources des données de base	Méthodes de collecte des données	Période de collecte des données	Responsables
Pourcentage des enfants de moins de cinq ans (et autres groupes) ayant le paludisme / fièvre et bénéficiant d'un traitement approprié dans les 24 heures.	Evaluation, PNLP 2006	Enquête SLIS	Tous les 2 ou 3 ans	PNLP/ SNIS
Pourcentage des enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) atteints de paludisme simple et correctement pris en charge dans les structures sanitaires.	Evaluation, PNLP 2005	Enquête SLIS	Tous les 2 ou 3 ans	PNLP/ SNIS
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) hospitalisés pour paludisme grave et correctement pris en charge dans les structures sanitaires.	Evaluation, PNLP 2005	Enquête SLIS	Tous les 2 ou 3 ans	PNLP/ SNIS
Pourcentage de structures sanitaires n'ayant pas connu pendant une semaine une rupture en antipaludiques.	Evaluation, PNLP 2006	Enquête SLIS	Tous les 2 ou 3 ans	PNLP/ SNIS
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII).	Evaluation, PNLP 2006	Enquête SLIS	Tous les 2 ou 3 ans	PNLP/ SNIS
Pourcentage de femmes enceintes (ou autres groupes cibles) dormant sous MII.	Evaluation, PNLP 2006	Enquête SLIS	Tous les 2 ou 3 ans	PNLP/ SNIS
Pourcentage de foyers ayant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticides	Evaluation, PNLP 2006	Enquête SLIS	Tous les 2 ou 3 ans	PNLP/ SNIS
Pourcentage de femmes enceintes sous Traitement Préventif Intermittent (TPI).	Evaluation, PNLP 2006	Enquête SLIS	Tous les 2 ou 3 ans	PNLP/ SNIS
% d'épidémies de paludisme détectées dans les deux semaines de l'apparition et correctement maîtrisées.	Données SIMR, 2005	Monitoring, Rapport	Tous les ans	PNLP/ SNIS
Pourcentage du budget total PNLP convenu au niveau national et mobilisé auprès de l'Etat et des partenaires.	Rapport annuel PNLP, 2005	Monitoring, Rapport	Tous les ans	PNLP/ SNIS

4. CONCLUSION

Le plan stratégique de lutte contre le paludisme 2007-2011 traduit la volonté de l'Etat malien à renforcer les actions déjà engagées et développer des interventions efficaces pour réduire les écarts observés dans l'atteinte des objectifs du plan précédant plan stratégique de lutte contre le paludisme 2001-2005. Il s'agira en particulier d'accélérer la mise en œuvre de stratégies novatrices se rapportant à la prise en charge des cas et à la prévention du paludisme en vue de réduire significativement les effets néfastes socioéconomiques de cette maladie chez les populations les plus à risque, notamment les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

La grande diversité du faciès épidémiologique du paludisme au Mali a été l'élément de base lors de l'élaboration du Plan stratégique 2007-2011, notamment le choix d'activités pertinentes en rapport avec les stratégies majeures de contrôle du paludisme.

Bien que la phase de mobilisation de ressources constitue habituellement une étape incertaine de bout en bout, plusieurs opportunités de financement s'offrent au PNLP Mali dans le cadre des inscriptions budgétaires annuelles de l'Etat, l'accès aux ressources du FMSTP et les ressources des partenaires multi et bilatéraux (OMS, UNICEF, USAID, BM, autres coopérations).

Enfin, il est important de noter que la mise en œuvre des différentes interventions de lutte antipaludique à différents niveaux se fera dans un environnement favorable aussi bien sur le plan du cadre institutionnel grâce au renforcement du système de santé à travers le PRODESS II que sur le plan du partenariat par l'implication effective du secteur privé, de la société civile et des communautés.

5. BIBLIOGRAPHIE

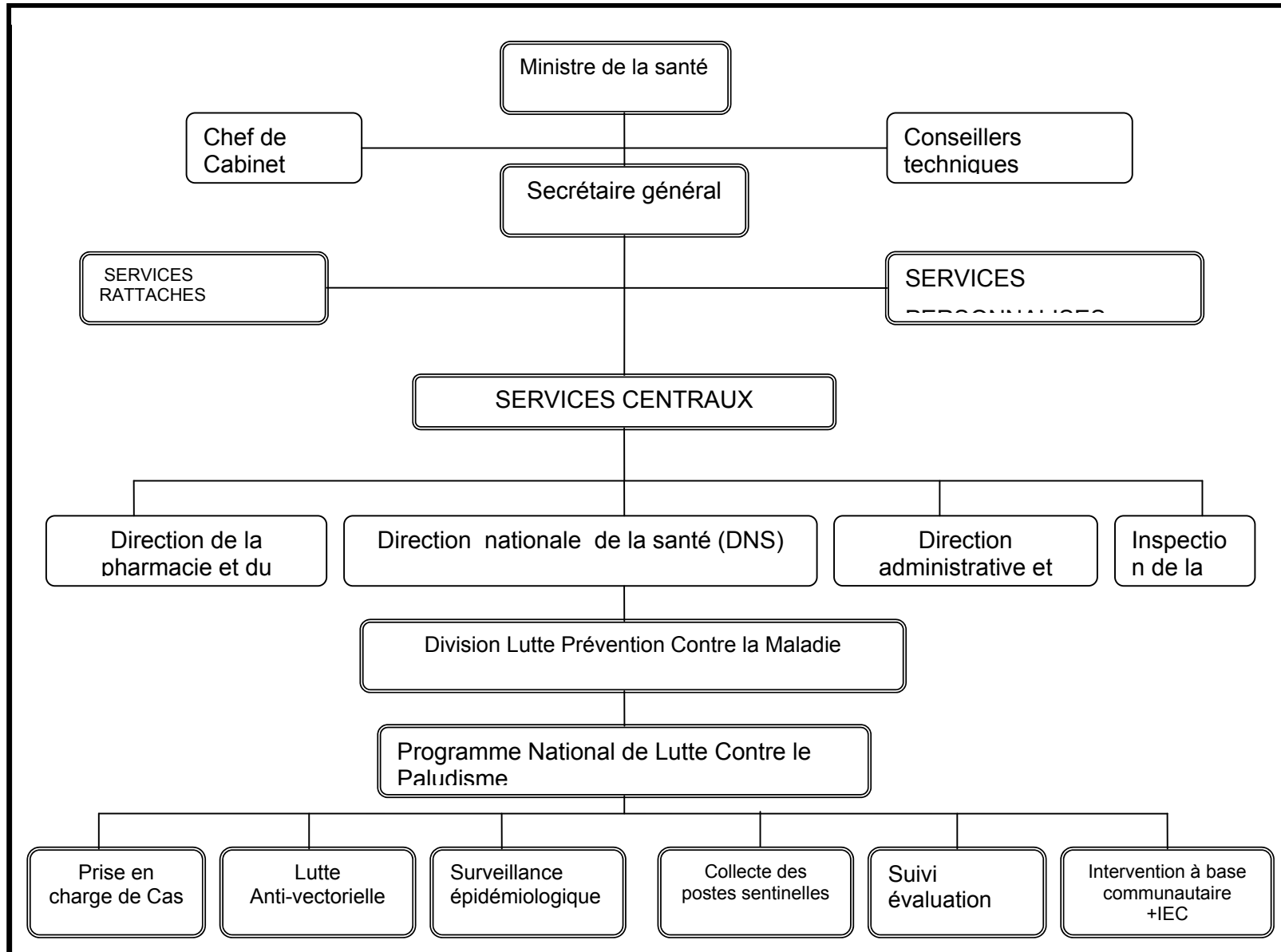
1. Document de politique nationale de lutte antipaludique, juillet 2006
2. Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2001-2005
3. Plan Décennal Sanitaire et social 1998-2007
4. Programme de développement Sanitaire et social 2005-2009
5. Enquête d'évaluation des activités de lutte contre le paludisme au niveau des régions de Ségou, Mopti et le district de Bamako, Juin 2006.
6. Etude sur la qualité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, Novembre 2005.
7. Rapport de la collecte des données de base pour le suivi et l'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme au mali, Mars 2004.
8. Rapport de mission sur le Reaping au Mali, Novembre 2003.
9. Plan national pour les Interventions à Base Communautaire, PNLN, 2004
10. Cadre Stratégique de lutte contre la pauvreté au Mali, 2002-2007
11. Global Malaria WHO. Draft 3.16 March 2006. Position statement .The indoor residual spraying in malaria Control
12. Initiative Faire Reculer le Paludisme dans la Région Africaine. Directives de Suivi et d'Evaluation. OMS. Bureau Régional de l'Afrique Harare 2000
13. Utilisation des antipaludiques, Rapport d'une Consultation informelle de l'OMS, (13 – 17 Novembre 2000).
14. Epidémies de Paludisme. Comment les déceler, les combattre, les prévoir et les prévenir. WHO MAL/98.1084
15. Plan stratégique Mondial de lutte contre le Paludisme RBM 2005-2015.
16. Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Mali, 2003-2008
17. Plan de Coopération OMS-Gouvernement 2006-2007 (Biennium).
18. Document sur les objectifs du Millénaire.

6. ANNEXES

Annexe 1 - Liste des personnes ayant participé au processus d'élaboration du plan stratégique de lutte contre le paludisme du Mali 2007-2011 :

N°	Noms et prénoms	Fonction	Provenance	Adresse
1	Mr Mahamadou Traoré	Médecin	Unité/DNS	676 19 78
2	Dr Kaoudo Tangara	Médecin	PNLP/DNS	672 17 75
3	Mlle Djénéba Simaga	Socio-anthro	PNLP/DNS	647 37 31
4	Mr Mohamed Touré	Communicateur	KC/USAID	672 46 58
5	Mme Haoua Diallo	Sage femme	DSR/DNS	672 79 49
6	Dr Mahamadou Sissoko	Médecin	MRTC/DEAP	672 22 66
7	Dr Dakono Georges	Coordonnateur	PNLP/DNS	672 29 66
8	Mme Fanta Coulibaly	Assistante médicale	DSR/DNS	672 98 15
9	Dr Touré Fatoumata Diani	MCH/A	PSI/MALI	679 98 15
10	Mr Ignace Traoré	Data Manager	PNLP/DNS	631 78 15
11	Dr Cheick Mohamed Mansour Sy	Chef de Projet	Santé Sud	612 98 86
12	Dr Sindy Berthé	Pharmacien	LNS	643 25 17
13	Dr Kandian Ibrahim Diallo	Coordonnateur terrain	MSF	676 19 19
14	Dr Broulaye Traoré	Pédiatre	HGT	678 50 09
15	Mr Oumar Ouologuem	Chargé IEC	PNLP/DNS	679 68 67
16	Mme Mariamou K. Cissé	Chargé des IBC	PNLP/DNS	643 26 41
17	Dr Idrissa Koné	Pédiatre	CSREF CV	674 58 52
18	Mr Souleymane Doumbia	Secrétaire Permanent	CCM/MALI	602 22 68
19	Dr Kéïta Diakité Marie	Médecin	CNIECS	633 64 93
20	Dr Mamadou Sima	Médecin	CHU/HPG	679 04 42
21	Dr Seydou Coulibaly	Médecin	CNAM	909 69 83
22	Dr Diarra Aminata Sidibé	Assistante Médicale	CNAM	679 56 16
23	Dr Aliou Kayo	Médecin	Groupe Pivot	679 55 36
24	Mme Malado N'Gada	Assistant Médical	PNLP/DNS	630 70 03
25	Dr Souleymane Sacko	Médecin	Ministère Santé	623 41 92
26	Mr Siaka Coulibaly	Médecin	HGT	673 64 30
27	Mr Oumar Diarra	Médecin	HPG	220 06 55
28	Dr Sory Ibrahima Bamba	Chef Division DLM	DNS	917 81 42
29	Mr Aly Diop	Gestionnaire	DAF/Santé	-
29	Dr Cheick Oumar Coulibaly	NPO/MAL	OMS Mali	614 01 20
30	Dr Abderhamane Oud kharchi	Point focal suivi et évaluation.	ICP/MAL Burkina Faso.	c/o WR Mali

Annexe 2 – Organigramme du PNLP Mali



Annexe 3 – Organigramme du Ministère de la santé

