



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2018-2022 ETENDU A 2023



Organisation
mondiale de la Santé



LeFonds mondial



Partnership
To End Malaria

hosted by



UNOPS

PREFACE

En République Centrafricaine (RCA), le paludisme est au premier rang des causes de morbidité et de mortalité. Selon les données du Système National d'Information Sanitaire, on constate que l'ampleur de cette maladie ne cesse d'augmenter. En 2017, le paludisme a représenté 63% des motifs de consultation contre 40% en 2001. Et parmi les personnes vues en consultation, plus de la moitié est représentée par les enfants de moins 5 ans (soit 52%). Les données sanitaires 2017 indiquent que la majorité des cas (51,7%) a été enregistrée à Bangui et dans les préfectures de l'Ouham et l'Ombella-Mpoko. On remarque également que depuis les cinq (5) dernières années, les décès liés au paludisme sont en augmentation progressive passant de 17 à 72 cas pour 100.000 habitants respectivement en 2013 et 2017. Les enfants de moins de 5 ans représentent, à eux seuls, 58,80% de décès dus à cette maladie. La ville de Bangui et les préfectures de l'Ouham-Pende, de la Mambere-Kadei, de la Haute-Kotto, de l'Ouham, de la Kemo, de la Sangha-Mbaéré contribuent à la hauteur de 80% aux décès liés au paludisme en RCA.

Le présent plan stratégique 2018-2022 étendu à 2023, s'aligne sur les Objectifs de Développement Durable (ODD) 2020-2030 et accorde la priorité pour les prochaines années à :

- L'accès universel aux méthodes de prévention, de diagnostic et de traitement du paludisme ;
- L'accélération des efforts vers l'élimination ;
- La surveillance du paludisme comme intervention de base.

Ainsi, ce Plan stratégique est le cadre de référence pour les interventions de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme pour les cinq années à venir et réaffirme l'ambition de la RCA à maintenir la couverture universelle des interventions pour aller vers l'élimination du paludisme.

L'approche inclusive et multisectorielle de l'élaboration de ce document, basée sur le genre est un gage de succès à la mobilisation des ressources nécessaires et à son financement afin d'atteindre les objectifs ambitieux que s'est fixé le pays.

J'invite l'ensemble des partenaires au développement et tous les professionnels de la santé à se mobiliser autour de ce plan pour une meilleure synergie d'action contre ce fléau du paludisme.

Aussi, j'adresse toutes mes félicitations au nom du Gouvernement, à tous les partenaires nationaux et internationaux, notamment l'OMS, l'UNICEF, le RBM, le Fonds mondial qui ont bien voulu apporter un appui technique, financier et matériel, au développement de cet important outil de travail.

Enfin, mes félicitations vont également à l'endroit des membres du Groupe de travail qui, en dépit des conditions de travail difficiles, ont su conduire le processus à terme.

Le ministre de la santé et de la population

Dr Pierre SOMSE

Table des matières

PREFACE	2
LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES FIGURES.....	6
SIGLES ET ABREVIATIONS	7
REMERCIEMENTS	9
RÉSUMÉ D'ORIENTATION	10
1 INTRODUCTION.....	12
2 PROFIL PAYS	13
2.1 Contexte géographique et administratif	13
2.2 Ecosystème, environnement et climat.....	13
2.3 Contexte politique.....	14
2.4 Situation socioéconomique	15
2.5 Système de santé, situation sanitaire et système communautaire.....	16
III. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME	25
3.1. Épidémiologie	25
3.2. Efficacité du programme de lutte contre le paludisme	31
IV. CADRE STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2018-2022.....	44
4.1. Vision	44
4.2. Mission	44
4.3. Principes directeurs.....	44
4.4. Orientations stratégiques et les priorités.....	44
4.5. But et objectifs	46
V. INTERVENTIONS ET MODALITES DE MISE EN OEUVRE	47
5.1. Description des interventions	47
5.2. Modalités opérationnelles de mise en œuvre en zones de conflits	52
5.3. Cadre institutionnel de mise en œuvre.....	52
5.4. Activités clés et chronogramme de la mise en œuvre	57
VI. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION	69
6.1. Cadre de performance	69
6.2. Surveillance épidémiologique	75
6.3. Suivi et évaluation	75
VI. FINANCEMENT DU PLAN STRATÉGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 77	
7.1. Méthode d'estimation des coûts du plan	77
7.2. Synthèse du budget	78

b.1. Budget par objectif spécifique.....	79
b.2. Budget par stratégie.....	82
7.3. <i>Analyse des écarts financiers</i>	86
VIII. ANNEXES	87
7 .1 : REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	87
7 .2 ORGANIGRAMME DU SERVICE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....	88
7.2. Liste des participants à l'élaboration du PSN.....	88

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Indicateurs de croissance	15
Tableau II : Les principaux secteurs économiques.....	15
Tableau III : Types de structures par Région Sanitaire en RCA en 2016.....	19
Tableau IV : Répartition des structures sanitaires par secteur en 2016	19
Tableau V : Ressources Humaines au niveau des Formations Sanitaires par Région en 2016	21
Tableau VI : Forces, Faiblesses, Recommandations.....	23
Tableau VII : Evolution des indicateurs de performance du programme de lutte contre le Paludisme entre 2012 et 2017	36
Tableau VIII : Analyse Forces, Faiblesses, Menaces et Opportunités	38
Tableau IX : Recommandations.....	40
Tableau X : Parties prenantes et leurs rôles.....	54
Tableau XI : Répartition des partenaires intervenant dans la lutte contre le paludisme selon leurs domaines et zones d'interventions en 2017	55
Tableau XII : Liste des partenaires pour le volet MILD.....	55
Tableau XIII : Activités clés et le chronogramme de mise en œuvre	57
Tableau XIV : Cadre de performance	71
Tableau XV : Répartition des coûts par objectif spécifique (en FCFA)	80
Tableau XVI : Répartition des coûts par stratégie	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XVII : GAP de financement du PSN 2018 – 2022 en FCFA	86

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Les régions administratives de la RCA	13
Figure 2 : Stratification du pays en fonction de nombre de jours de pluies	14
Figure xxx3 : Cartographie des PDI dans les sites et hors sites en RCA en Janvier 2018	14
Figure 4 : Prévalence parasitaire du paludisme chez les moins de 5 ans en RCA	25
Figure 5 : Evolution de nombre de cas testés par les TDR et la microscopie de 2012 à 2017	28
Figure 6: Taux d'incidence annuelle du paludisme confirmé en RCA de 2012 à 2017	28
Figure 7 : Pourcentage de cas confirmés du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans entre 2012 et 2017.....	28
Figure 8 : Proportions de cas confirmés du paludisme simple par tranche d'âge entre 2012 et 2017.....	28
Figure 9 : Distribution de cas confirmés du paludisme par district sanitaire en 2017.....	29
Figure 10 : Evolution de nombre de décès dus au paludisme par tranche d'âge entre 2012 et 2017	30
Figure 11 : Taux d'incidence annuelle de décès dus au paludisme de 2012 à 2017	30
Figure 12 : Nombre de décès dus au paludisme par district sanitaire en 2017	31
Figure 13 : Nombre des femmes enceintes vues en CPN ayant reçues le TPI1, TPI2, TPI3 entre 2014 et 2016.....	32
Figure 14 : Evolution de la quantité des TDR et CTA acquise en RCA entre 2012 et 2016	34
Figure 15 : Évolution annuelle du budget du plan	78
Figure 16 : Proportion du budget par objectif spécifique	79

SIGLES ET ABREVIATIONS

AL	: Artéméther-Luméfantrine
AQ	
ASAQ	: Artésunate-Amodiaquine
BM	: Banque Mondiale
CAP	: Connaissances, Attitudes et Pratiques
CICR	: Comité International des sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge
CN/CNLS	: Coordination Nationale du Comité National de Lutte contre le Sida
CNLS	: Comité National de Lutte contre le SIDA
CPN	: Consultation Prénatale
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DCS	: Direction de la Communication en matière de la Santé
DSC	: Direction de la Santé Communautaire
DEP	: Direction des Etudes et de la Planification
DS	: District Sanitaire
DSFP	: Direction de la Santé Familiale et de la Population
DSPLMT	: Direction des Services Pharmaceutiques et de la Médecine Traditionnelle
DSRP	: Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
FFOM	: Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces
FICR	: Fédération Internationale de la Croix Rouge et du Croissant Rouge
FMSTP	: Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
FOSA	: Formation Sanitaire
GAS	: Gestion des Achats et des Stocks
GE	: Goutte Epaisse
IEC	: Information, Education et Communication
IEC/CCC	: Information Education Communication / Communication pour un changement de comportement
JMLP	: Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme
LAV	: Lutte Antivectorielle
LNBCSP	: Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique
MAPI	.
MICS	: Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
MILD	: Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide de Longue Durée
MIS	: Enquête sur les indicateurs du paludisme
MSP	: Ministère de la Santé et de la Population
OBC	: Organisation à Base Communautaire
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PBO	: Butoxyde de pipéronyle
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEC	: Prise en Charge
PEC-ci	: Prise en Charge communautaire intégrée

PENTA	, Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Héphilus, Hépatite
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PIC	: Plan Intégré de Communication
PID	: Pulvérisation Intra-Domiciliaire
PIS	; Plan intérimaire de Santé 2019-2020
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PSN	: Plan Stratégique National
RBM/FRP	: Roll Back Malaria/Faire Reculer le Paludisme
RCA	: République Centrafricaine
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RMP	: Revue à Mi-parcours
RPP	: Revue des Performances du Programme
S&E	: Suivi et Evaluation
SLP	: Service de Lutte contre le Paludisme
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SP	: Sulfadoxine-Pyriméthamine
SR	: Santé de la Reproduction
RSSH	; Renforcement du Système de Santé et des ressources Humaines
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
TPIg	: Traitement Préventif Intermittent chez la femme enceinte
TPI_n	: Traitement Préventif Intermittent chez le nourrisson
UCM	: Unité de Cession des Médicaments
UE	: Union Européenne
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

REMERCIEMENTS

Le présent document est le fruit de la volonté politique du Gouvernement, de l'appui technique et financier des partenaires au développement que sont l'OMS, RBM, UNICEF, FMSTP et du travail multisectoriel des cadres et acteurs de terrain.

Le Ministère de la Santé et de la Population (MSP) remercie très sincèrement ces organisations internationales et tous ceux qui de près ou de loin ont bien voulu apporter leur contribution inestimable à la réalisation de ce travail.

C'est aussi l'occasion d'adresser notre profonde gratitude à tous les acteurs grâce auxquels la relecture et l'extension sur 2023 du Plan Stratégique National (PSN) 2018-2022 de lutte contre le paludisme ont pu être effectuées. Il s'agit particulièrement :

- Des ministères connexes (Plan, Finances, Fonction Publique, Jeunesse et Sports)
- Des consultants nationaux et internationaux ;
- Des représentants des Organisations Non Gouvernementales (ONG) nationales et internationales ;
- Des représentants de la société civile et du secteur privé.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Le plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2015-2017 est arrivé en fin de mise en œuvre. Le processus de révision a démarré au dernier trimestre de 2017 par une revue finale du programme au niveau du pays. Les leçons apprises ont permis la rédaction du PSN 2018-2022 basé sur les évidences et adaptée au contexte actuel du pays marqué par un relèvement post conflit, mais ponctué de situation sécuritaire fragile et volatile avec une crise humanitaire chronique dans certaines zones. Ce plan a pour but de contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité liées au paludisme en vue de tendre vers l'élimination de cette maladie.

De façon spécifique, les objectifs pour la période 2018-2022 étendu à 2023, sont les suivants :

- Protéger au moins 80% de la population à risque avec des interventions de lutte anti vectorielle efficaces d'ici fin 2023;
- Assurer la couverture en chimio prévention à au moins 80% des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans d'ici fin 2023.
- Assurer la prise en charge correcte d'au moins 80% des cas de paludisme selon les directives nationales d'ici fin 2023.
- Rendre disponible les médicaments antipaludiques et autres intrants de qualité dans au moins 95% des formations sanitaires (publiques, privées et confessionnelles) fonctionnelles
- Rendre disponible les médicaments antipaludiques et autres intrants de qualité chez au moins 100% agents de santé communautaires impliqués d'ici fin 2023, y compris d'un stock de contingence pour des situations d'urgence complexe et des épidémies.
- Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme d'ici fin 2023.
- Améliorer les performances du système de surveillance du Paludisme y compris le système de Suivi évaluation (promptitude de 46% à au moins 80% et la complétude qui passerait de 66 % à 95%), ainsi que la recherche Opérationnelle d'ici fin 2023.
- Renforcer les capacités managériales institutionnelles et opérationnelles du programme en vue d'accroître le taux de réalisation des activités du PSN de 36 % en 2017 à au moins 90 % d'ici fin 2023.

Pour atteindre les objectifs et les résultats escomptés, ce PSN 2018-2022 qui a été étendu sur 2023 avec l'implication de tous les acteurs de la lutte contre le paludisme, prend en compte : le contexte d'urgence complexe, de transmission intensive du paludisme et une prévalence encore élevée.

Les activités sont planifiées autour de 24 interventions développées sous 7 axes stratégiquesci-après :

- Stratégie 1 : Lutte antivectorielle :
- Stratégie 2 : Chimio prévention :
- Stratégie 3 : Prise en charge des cas
- Stratégie 4. : Gestion des approvisionnements et des stocks
- Stratégie 5: Promotion de la santé
- Stratégie 6 : Surveillance, suivi et évaluation
- Stratégie 7 : Gestion du programme

Le budget prévisionnel du PSN 2018-2022 [étendu sur 2023](#) est estimé à [419 823 058 379](#) (Quatre cent dix-neuf milliards huit cent vingt-trois millions cinquante-huit mille trois cent soixante-dix neufs) FCFA, soit [640 071 746](#) €.

1 INTRODUCTION

Le paludisme constitue un problème majeur de Santé Publique dans le monde. Selon l'OMS, on estime à 219 millions le nombre de cas de paludisme dans le monde avec 435.000 cas de décès en 2017 selon le rapport mondial publié par l'OMS en 2018. Parmi ces cas de décès 93% surviennent dans la Région Afrique de l'OMS. Il demeure l'une des principales causes de mortalité infantile, tuant un enfant toutes les deux minutes. En effet, les enfants de moins de 5 ans représentent à eux seuls 61 % (266000) des cas de ces décès (OMS 2018).

En République Centrafricaine (RCA), le paludisme est au premier rang des causes de morbidité et de mortalité. Selon les données du Système National d'Information Sanitaire, on constate que l'ampleur de cette maladie ne cesse d'augmenter. En 2017, le paludisme est responsable de motifs de consultation de 63%, contre 40% en 2001. Parmi ces personnes vues en consultation, plus de la moitié est représentée par les enfants de moins 5 ans (soit 52%). Les données sanitaires 2017 indiquent que la majorité des cas (51,7%) a été enregistrée à Bangui et dans les préfectures de l'Ouham et de l'Ombella-Mpoko. On remarque également que depuis les cinq (5) dernières années, les décès liés au paludisme sont en augmentation progressive passant de 17 à 72 cas pour 100.000 habitants respectivement en 2013 et 2017. Les enfants de moins de 5 ans représentent, à eux seuls, 58,80% de décès dus à cette maladie. Seules, la ville de Bangui et les préfectures de l'Ouham-Pende, de la Mambere-Kadei, de la Haute-Kotto, de l'Ouham, de la Kemo, de la Sangha-Mbaéré contribuent à la hauteur de 80% aux décès liés au paludisme en RCA.

2 PROFIL PAYS

2.1 Contexte géographique et administratif

La RCA est un pays enclavé avec une superficie de 623.000 Km² et située au cœur de l'Afrique. Elle est limitée au Nord par le Tchad, à l'Est par le Soudan et le Soudan du sud, à l'Ouest par le Cameroun et au Sud par la République Démocratique du Congo et la République du Congo. Elle est située en zone tropicale où l'on enregistre jusqu'à 9 mois de pluies au Sud, 7 mois au Centre et 5 mois au Nord¹.

Le pays est divisé en sept régions administratives (RS1, RS2, RS3, RS4, RS5, RS6 et RS7 qui représente la capitale Bangui) A part la Région de Bangui, qui compte huit arrondissements, les autres Régions sont subdivisées en 16 préfectures, 72 sous-préfectures, 2 postes de contrôle administratif, 175 communes, dont 6 communes d'élevages, environ 10 896 villages et quartiers².

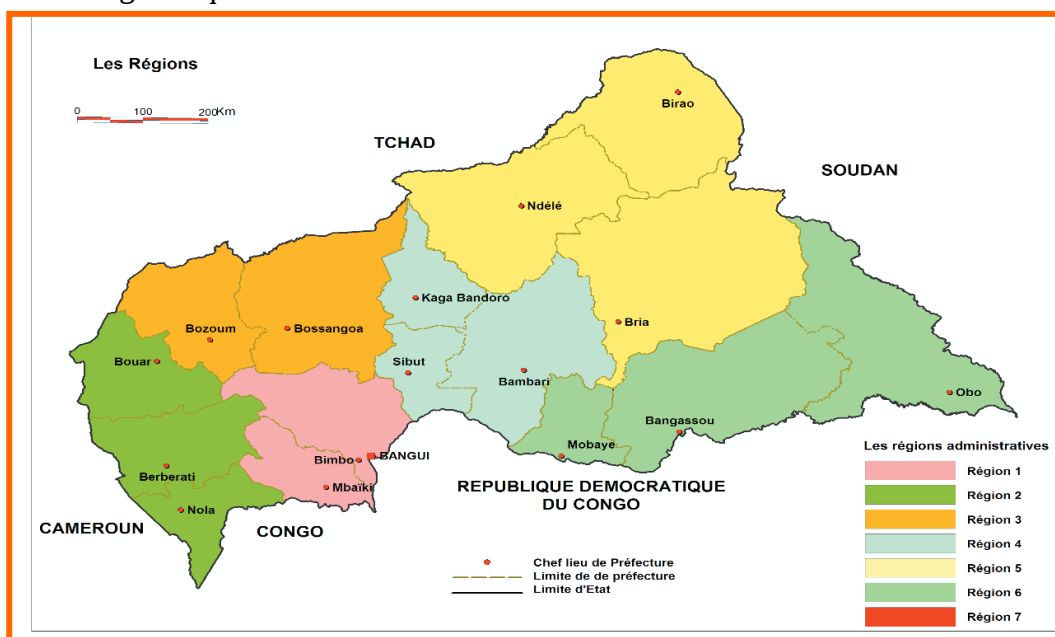


Figure 1 : Les régions administratives de la RCA

Selon les projections du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2003), la population centrafricaine est estimée en 2019 à 5.388.046 habitants avec un taux d'accroissement naturel de 2,5 %. La proportion de la population de moins de 5 ans est de 17,3 %, celle des femmes enceintes de 4% et des enfants de moins d'1 an de 3,5%. Un recensement général de la population est en cours de réalisation.

Du point de vue milieu de résidence, 37,9% de la population vit en milieu urbain contre 62,10% en milieu rural.

2.2 Ecosystème, environnement et climat

La RCA est située en zone tropicale pluvieuse. La végétation est constituée d'environ 3,5 millions d'hectares de forêt au sud et d'une zone de savane boisée au nord. Le relief est peu accidenté avec une altitude moyenne qui varie entre 650 et 850 m, et un réseau hydrographique très dense provenant de la dorsale oubanguienne. La moyenne annuelle des températures avoisine 26°C. La pluviométrie indique en moyenne : pour la saison pluvieuse 226 mm en juillet et pour la saison sèche 5 mm en décembre. Ce contexte physique est l'un

¹ Indiquer la source

² Cartographie électorale (UNDP PACEC 2015)

des facteurs qui favorisent le développement de nombreuses maladies transmissibles dont le paludisme. La situation en latitude et la continentalité agissent sur les éléments du climat et font de la RCA un pays intertropical à climat très diversifié comme le montre la figure 3.

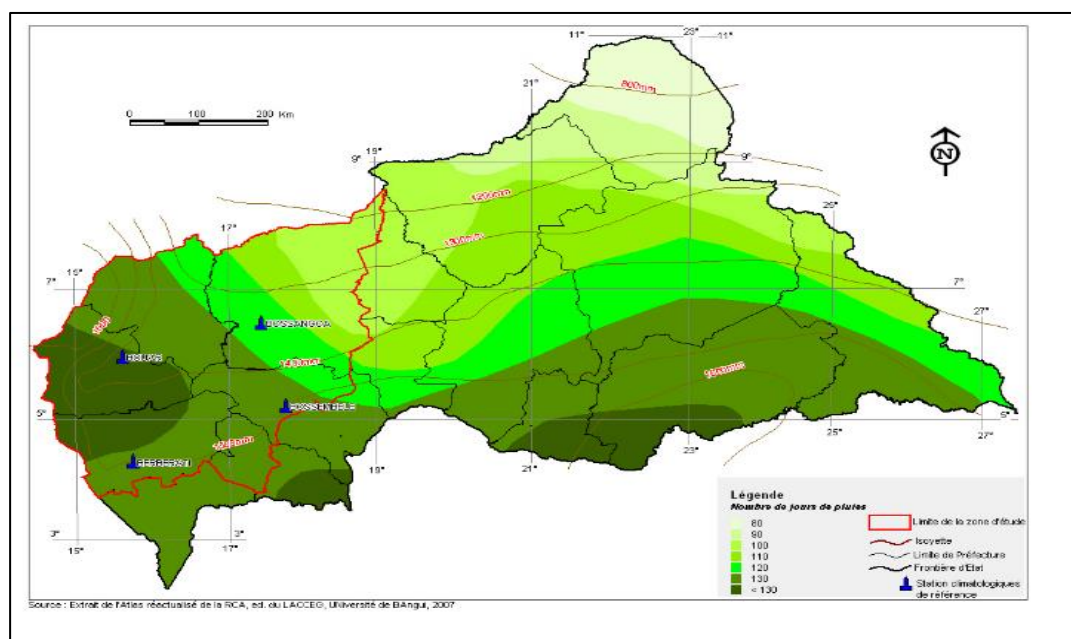


Figure 2 : Stratification du pays en fonction de nombre de jours de pluies

2.3 Contexte politique

En RCA depuis décembre 2012, une crise militaro-politique a secoué le pays. La situation sécuritaire dans de nombreuses parties du pays est devenue catastrophique en raison des atrocités commises par les groupes armés. On note une instabilité politique marquée par des changements fréquents des institutions de l'Etat. Cette situation n'a pas favorisé la mise en œuvre optimale des programmes de santé.

Dans le contexte de la crise militaro-politique, on note un mouvement de populations vers les localités qui semblent plus en sécurité. Selon le plan de la réponse humanitaires de 2019 en RCA, 643 000 personnes victimes de la crise sont des déplacées internes dont 238 996 sur les sites et 403 846 dans les familles d'accueil.

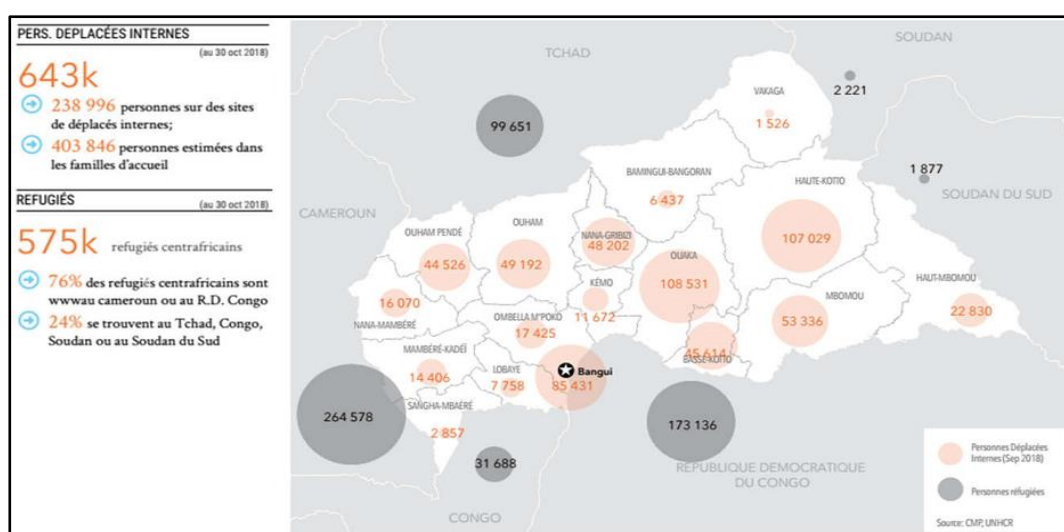


Figure 3 : Cartographie des PDI dans les sites et hors sites en RCA en Janvier 2018

L'organisation des élections libres et démocratiques tenues en décembre 2015, a permis le retour progressif de la sécurité. Cette restauration de la démocratie et d'un Etat de droit devra

garantir la stabilité sociopolitique, un relèvement post conflit, une paix durable et la reconstruction du pays après la longue période de crise.

2.4 Situation socioéconomique

Après s'être effondrée sous l'effet d'une longue crise politique et sécuritaire, l'activité économique de la République Centrafricaine a connu une reprise timide en 2014, qui s'est renforcée en 2015 (+5,5%), essentiellement grâce aux aides internationales. Selon la Banque mondiale, la croissance a atteint 4,5% en 2016. Ce résultat inférieur aux prévisions s'explique notamment par une nouvelle dégradation de la situation sécuritaire, qui a entravé le secteur des transports. En outre, les investissements publics sont restés insuffisants. Selon les estimations, les exportations ont néanmoins été dynamiques en 2016, grâce à la hausse de production des produits exportés (or, diamants, bois, café et coton). Traditionnellement, l'économie est tirée par le secteur agricole (coton), au fort potentiel, et les exportations de bois et de diamants. Le pays dispose d'un sol riche (diamant, or, bois, uranium), mais sous-exploité. L'industrie est faiblement développée et de nombreux handicaps existent (réseau électrique déficient, concurrence du secteur informel, difficile accès au crédit, insécurité). Enfin, selon les prévisions, la croissance devrait poursuivre sur une dynamique haussière en 2017 (4,7% prévus selon la Banque mondiale).

La RCA est un des pays les plus pauvres parmi les Pays les Moins Avancés (PMA) : la majorité de la population vit sous le seuil de pauvreté, le chômage est élevé, l'accès aux services d'éducation et de santé de base n'est pas assuré. Il existe de très fortes inégalités et l'espérance de vie à la naissance est la deuxième plus faible au monde. Les tableaux suivants montrent les indicateurs de croissance et la répartition des activités par secteurs.

Tableau I : Indicateurs de croissance

Indicateurs de croissance	2015	2016	2017	2018 *	2019*
PIB (milliards USD)	1,59*	1,78*	1,99*	2,23	2,50
PIB (croissance annuelle en %, prix constant)	4,8	4,5	4,7	5,0	5,2
PIB par habitant (USD)	332	364	400*	440	482
Endettement de l'Etat (en % du PIB)	51,1	44,3	38,8	33,4	28,7
Taux d'inflation (%)	4,5	4,6	3,8*	3,7	3,0
Balance des transactions courantes (milliards USD)	-0,14	-0,16	-0,19	-0,15	-0,13
Balance des transactions courantes (en % du PIB)	-9,0*	-9,1*	-9,7*	-6,5	-5,3

Source : FMI - World Economic Outlook Data base - Dernières données disponibles.

Note : (*) Donnée estimée

Tableau II : Les principaux secteurs économiques

Répartition de l'activité économique par secteur	Agriculture	Industrie	Services
Emploi par secteur (en % de l'emploi total)	72,2	4,3	23,4
Valeur ajoutée (en % du PIB)	42,9	16,0	41,1
Valeur ajoutée (croissance annuelle en %)	5,7	2,0	4,2

Source : Banque Mondiale - Dernières données disponibles.

Outre, son enclavement, le pays souffre d'une dégradation avancée de ses infrastructures sociales de base. En effet, le réseau routier interne de la RCA mesurant 24.000 km et constitué de routes nationales, régionales et de pistes rurales, est en majeure partie actuellement impraticables. Dans ce réseau, seuls 835 kms de routes sont bitumés. Toutefois,

le réseau aérien domestique, quand bien même moins développé, reste une opportunité pour desservir le milieu rural.

Afin d'accélérer la croissance économique, réduire la pauvreté et le chômage des jeunes, le Gouvernement, dans la perspective de l'agenda 2030 a adopté un Plan de Relèvement et de Consolidation de la Paix pour la période 2017-2021 basé sur trois piliers : (1) Restaurer la paix, la sécurité et la réconciliation ; (2) Renouveler le contrat social entre l'État et la population ; et (3) Promouvoir le relèvement économique et la relance des secteurs productifs. Ce document a fait l'objet de négociation entre les partenaires et les autorités centrafricaines lors de la table ronde de Bruxelles du 17 au 18 novembre 2016, pour aboutir à la mobilisation de 2,2 milliards de dollars US.

2.5 Système de santé, situation sanitaire et système communautaire

2.5.1. Système de santé

2.5.1.1. Leadership et gouvernance

2.5.1.1.1. Organisation du système de santé en RCA

L'organisation du système de santé est de type pyramidal à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central est responsable de la conception, de la coordination et de l'encadrement de la politique générale du secteur ainsi que des actions d'envergure nationale. C'est le premier niveau de régulation du système et des programmes nationaux.

Au niveau intermédiaire, les 7 Directions régionales de la santé sont responsables du suivi de la mise en œuvre des politiques définies au niveau central et de l'appui technique aux Districts Sanitaires (DS).

Le niveau périphérique est composé de 35 districts sanitaires. Ces entités, unité opérationnelle du système de santé, sont managées par des Equipes Cadres des Districts (ECD). Les ECD coordonnent et contrôlent l'ensemble des activités des structures sanitaires de leurs zones de responsabilité en application des directives régionales.

2.5.1.1.2 : Politique de santé

La politique de santé du pays est fondée sur les Soins de Santé Primaires (SSP) dont les composantes ont été déclinées en programmes de santé contenus dans le PNDS II (2006-2015). De nombreux textes législatifs et réglementaires ont été adoptés pour faciliter la mise en œuvre du PNDS II avec la pleine participation des communautés bénéficiaires et en partenariat avec les ONG, la société civile, les associations professionnelles ainsi que le secteur privé. Cependant, la coordination de ces différents intervenants reste faible à tous les niveaux du système. Plusieurs mécanismes institutionnels ont été développés notamment la création des organes des SSP à tous les niveaux du système, l'instauration du système de recouvrement de coût et de la cogestion des services de santé, l'autonomie partielle de gestion conférée aux formations sanitaires ainsi que la déconcentration au niveau des districts sanitaires.

Avec la crise humanitaire qui a entraîné une désorganisation du système de santé, un Plan de Transition du Secteur de Santé (PTSS) a été élaboré pour la période de 2015-2017 pour répondre aux urgences humanitaires. Le PTSS 2015-2017 était organisé autour de cinq axes stratégiques suivants ; (i) Renforcement du Ministère en charge de la Santé dans ses

fonctions de gouvernance ; (ii) Mise à disposition du Paquet Minimum d'Activités de qualité ; (iii) Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant ; (iv) Amélioration de la gestion des urgences et des catastrophes, et (v) Amélioration de la lutte contre les maladies.

Tout comme le PNDS II, le PTSS n'avait pas été évalué pour tirer les leçons apprises de leur mise en œuvre. Ainsi, après une revue interne de PTSS en décembre 2017, le Ministère de la Santé et de la Population a organisé une revue conjointe avec tous les partenaires de la Santé. La finalité de cette revue conjointe était de déboucher sur la programmation des activités prioritaires à mettre en œuvre dans un plan intérimaire du secteur de la santé 2018 – 2019 (PISS), le temps d'élaborer et de disposer d'un nouveau Plan de Développement Sanitaire (PNDS III) dont le processus a été lancé en juin 2017. Le plan intérimaire vise à mettre à la disposition du Ministère de la Santé et de la Population ainsi que de ses partenaires un cadre de programmation devant servir de tableau de bord pour l'ensemble des acteurs intervenant dans le secteur. Il promet le renforcement du leadership du Ministère dans la gestion d'ensemble des activités du secteur à travers une meilleure coordination des activités, un système de suivi garantissant la redevabilité de chacun et une transparence dans le partage d'informations stratégiques concernant le secteur. La lutte contre le paludisme est inscrite parmi les priorités nationales définies dans ce plan. Dans cet optique, le présent plan stratégique national de lutte contre le paludisme (PSN) s'aligne sur : (i) le PISS ; (ii) le pilier 2 du RCPCA ; (iii) l'objectif N°3 de l'agenda 2030 des ODD et (iv) l'aspiration 1 de l'agenda 2063 de l'Union Africaine. A cela s'ajoute les engagements internationaux auxquels la RCA a souscrit.

2.5.1.2. Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

Le Ministère de la santé dispose d'un Système National d'Information Sanitaire (SNIS) qui a pour rôle de fournir à temps des indicateurs pertinents pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des interventions sanitaires dont celles de la lutte contre le paludisme, de même que les progrès réalisés vers l'atteinte des Objectifs du Plan National de Développement Sanitaire.

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) du pays se compose actuellement de deux sous-systèmes fonctionnels : (i) le sous-système des rapports de routine des services de santé et (ii) celui de la surveillance épidémiologique.

Au niveau du SLP, dans le cadre du Sous Système de rapport de routine, il est mis en place un plan de suivi et évaluation qui décrit le système de surveillance depuis la collecte primaire des données dans les FOSA, l'élaboration des rapports, leur transmission, leur analyse, leur diffusion et leur utilisation par le programme et les autres parties prenantes.

Le SLP a développé un guide de supervision pour le contrôle de la qualité des données. Ce document est conçu pour servir de document d'appui à la gestion efficace de l'information sanitaire liée au paludisme et aussi de maintenir et améliorer la qualité des services.

Le système de surveillance du paludisme est basé sur un système mixte qui utilise aussi bien les supports papiers que les supports électroniques à travers le téléphone portable. Les supports primaires (registres et fiches de rapports) sont utilisés au niveau des formations sanitaires. Des compilations sur rapports papiers se font aussi à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

2.5.1.3. Produits médicaux, infrastructures, équipements et logistiques

Approvisionnement en médicaments et consommables

Dans le système actuel d'approvisionnement en médicaments essentiels au niveau national, on y trouve les structures suivantes :

- I. L'UCM, central d'achat des médicaments essentiels, chargée de l'approvisionnement, de la réception, de stockage et de la distribution des médicaments est en état de faillite à ce jour.
- II. L'Association des œuvres Médicales des Eglises pour la Santé en Centrafrique (ASSOMESCA), dispose de son propre réseau avec un dépôt central à Bangui et 14 dépôts périphériques répartis dans les 6 régions.
- III. Le réseau des ONG humanitaires où chaque ONG a mis en place son propre circuit d'approvisionnement et de distribution organisé selon son propre fonctionnement, ses procédures internes et sa spécificité en appui au système de santé dans le pays.
- IV. Les agences du système des Nations Unies (UN) qui gèrent les circuits d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels et importent aussi des médicaments à travers leurs propres systèmes d'approvisionnements. Il s'agit notamment de l'UNICEF, l'OMS et UNFPA.
- V. L'approvisionnement des produits financés par le Fonds Mondial se fait via un système d'achat groupés (PPM) où les commandes se font à travers la plateforme wambo. C'est l'équipe du FM qui approuve le fournisseur qui va assurer le suivi de la commande auprès des fabricants pré-qualifiés. Cependant, avec ce système le délai de livraison est très longue (elle peut varier entre 6 et 9 mois) et est cher pour certains produits tel que les MILDA.
- VI. Le PAM assure la gestion logistique (réception, stockage, gestion de l'inventaire et distribution aux FOSA) des produits de prise en charge du VIH, Tuberculose et paludisme achetés sur financement du FM. La complexité en cela est que malgré l'étendu du pays et l'insécurité le PAM doit assurer une distribution active des intrants jusqu'au dernier kilomètre (FOSA). C'est pourquoi il contracte avec certains ONG locales pour l'aider à acheminer les produits dans les endroits reculés ou difficilement accessibles. Dans les régions très éloignées et difficilement accessibles le PAM utilise UNHAS pour la livraison par avion.
- VII. Les grossistes répartiteurs (CENTRAPHARM) et dépositaires de firme privée (SHALINA).

Ce système de distribution où plusieurs acteurs sont impliqués assure aussi la distribution des CTA et des TDR et autres intrants de lutte contre le paludisme. L'insuffisance de coordination de toutes ces structures et la mauvaise gestion sur le terrain sont parfois à l'origine des retards dans l'approvisionnement et des ruptures de stock dans les FOSA du pays. Afin de répondre à cette inquiétude, le gouvernement est en discussion avec les PTF pour mettre en place une Commission Nationale d'approvisionnement en Produit de Santé Essentiel (CNAPSE), qui est un cadre de concertation, de planification et de décision incluant la partie nationale, les PTF et les organes du terrain (ONG soutenues par Fonds Békou, ASSOMESCA, WORLD VISION etc.) suppléés par un organe d'exécution, Unité de Gestion des approvisionnement en Produits de Santé (UGAPS) qui est une structure opérationnelle en charge de gestion des différentes étapes de l'approvisionnement en lien avec les services techniques du Ministère et les opérateurs du terrain (ONG, réseau confessionnel....) et une agence fiduciaire: structure de vérification et de paiement.

Infrastructures sanitaires

En 2014, la cartographie de l'offre sanitaire (enquête HeRAMS) dénombrait 874 FOSA dont 450 fonctionnelles (un peu moins de 50%). Les résultats actualisés de cette enquête portent ce nombre de FOSA à 1008 formations sanitaires dont 42% de Centres de Santé et 55% de

Postes de Santé qui assurent l'offre globale de soins au niveau national. 823 de ces formations sanitaires sont soit fonctionnelles ou partiellement fonctionnelles. Les tableaux III et IV montrent les types des structures sanitaires par Région Sanitaire (RS) et par secteur.

Tableau III : Types de structures par Région Sanitaire en RCA en 2016

Régions Sanitaires	Type de structures					Total
	Hôpital Central	Hôpital Régional	Hôpital Préfectoral/District	Centre de Santé	Poste de Santé	
1	1		4	107	69	181
2		1	3	84	93	181
3		1	3	53	170	227
4		1	3	36	62	102
5		1	2	17	50	70
6		1	5	59	90	155
7	4			64	24	92
Total	5	5	20	420	558	1008

Source : Enquête HeRAMS 2016

Tableau IV : Répartition des structures sanitaires par secteur en 2016

Régions Sanitaires	Secteur				Total
	Public	Confessionnel	Privé à but lucratif	Privé à but non lucratif	
1	142	19	12	8	181
2	140	20	10	11	181
3	207	7	9	4	227
4	94	2	3	3	102
5	64		6		70
6	143	5	5	2	155
7	23	3	50	16	92
Total	813	56	95	44	1008

Source : Enquête HeRAMS 2016.

Les structures sanitaires publiques représentent 81% de toutes les structures de santé au niveau national.

Equipements médicaux et logistiques

Les équipements des Formations Sanitaires (FOSA) ont fait l'objet de pillages. Le renouvellement de ces équipements provient de l'Etat et pour la plupart des dons des partenaires bilatéraux, multilatéraux et certaines ONG internationales et nationales. Le service de maintenance des équipements bio médicaux est peu fonctionnel. Au stade actuel, les données concernant ces équipements par structure de soins ne sont pas disponibles.

2.5.1.4 Prestations des services

Organisation et gestion des services de santé

Les hôpitaux centraux constituent le troisième niveau de référence. Ce type de FoSa offre des services spécialisés. Les hôpitaux régionaux sont dirigés par un Médecin-Chef. C'est le

deuxième niveau de référence. Chaque district sanitaire comprend un hôpital de district et des centres de santé couvrant chacun une zone de responsabilité. L'hôpital de district constitue la structure de référence pour les malades référés des centres de santé. L'hôpital de district est géré par un Médecin-chef.

Les hôpitaux centraux, régionaux et de district offrent le paquet complémentaire d'activités. Le Centre de Santé (CS) offre le paquet Minimum d'Activité (PMA). Il est placé sous la supervision du Médecin de DS. Le CS est dirigé par un Médecin, un Infirmier ou une Sage-femme responsable du CS. Le PS est une FOSA satellite du CS.

Offre des services

L'offre de soins du système de santé est structurellement portée par le secteur public et complétée par le secteur privé qui est faiblement intégré dans la mise en œuvre des politiques et programmes nationaux de santé. Par ailleurs, le sous-secteur sanitaire confessionnel joue un rôle appréciable dans l'offre de soins. Au niveau communautaire, l'offre de santé est très peu développée, l'adoption de la stratégie d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé constitue une avancée significative pour une meilleure participation des communautés à la prise en charge de leur santé.

Offre de service du diagnostic et traitement du paludisme

Toutes les FoSa offrent la prise en charge du paludisme. Cependant, selon **l'Enquête HeRAMS 2016**, l'offre de service du diagnostic et de traitement du paludisme est disponible dans plus de 75% des structures de santé dans la quasi-totalité des districts sanitaires du pays. La cause principale de non-disponibilité de l'offre de service optimale du diagnostic et du traitement du paludisme en 2016 est l'insuffisance en personnels qualifiés et en intrants.

Offre des services de transfusion sanguine

En RCA, il existe un Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) qui dispose d'une banque de sang sécurisée. Le CNTS est appuyé par l'ONG humanitaire EMERGENCY qui a favorisé la gratuité de poches de sang aux bénéficiaires durant la période de crise. Les hôpitaux centraux, régionaux et de districts ne disposent pas de banque de sang. L'offre de la transfusion sanguine est disponible dans moins 25% des structures de santé des Régions sanitaires 1, 4 et 6 en 2014 et dans tout le pays en dehors de la ville de Bangui en 2015. Selon la même **Enquête HeRAMS 2016**, l'offre de service en banque de sang est de 75% dans le district sanitaire de Bangassou et dans la préfecture sanitaire de la Haute-Kotto en 2016.

Secteur privé et confessionnel

Le secteur confessionnel regroupé au sein de l'ASSOMESCA est régulièrement approvisionné en CTA et TDR.

Le secteur privé est représenté par des cliniques, des cabinets médicaux, officines privées et les 10 infirmeries des entreprises. Les prestataires du secteur privé n'ont pas encore été formés sur les nouvelles directives de lutte contre le Paludisme. Par conséquent ce secteur n'est pas approvisionné.

Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle en RCA constitue une branche non négligeable de la santé qui attire une majorité de la population pour les soins. Elle constitue un premier recours pour la plupart des catégories socioculturelles du pays. Ce secteur devra être impliqué dans la mobilisation sociale et la collaboration avec la médecine moderne dans la lutte contre le paludisme.

Accessibilité aux services de santé et qualité des soins

L'accessibilité aux services de santé est en général faible. Au niveau national 65,2 % de la population ont accès aux services de santé à moins de 5 kilomètres de leurs domiciles en l'an 2000 contre 45 % en 1995. La faible accessibilité aux services de santé de qualité en général est plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain (31,2 % de la population rurale n'accède à une formation sanitaire qu'après plus de 10 kilomètres de marche) ; ce qui contribue à la forte mortalité.

Les paquets minimum et complémentaire d'activités sont partiellement disponibles.

2.5.1.5. Ressources humaines pour la santé

Secteur public

La situation des Ressources Humaines (RH) en RCA est caractérisée par une inégale répartition entre les régions. On note des disparités importantes entre la capitale et l'intérieur du pays. Cette situation a été aggravée par la crise. La mobilité des cadres est un problème récurrent qui mine les efforts faits pour renforcer les services. Le tableau VI montre la situation des RH en 2016.

Tableau V : Ressources Humaines au niveau des Formations Sanitaires par Région en 2016

Ressources Humaines	RS1	RS2	RS3	RS4	RS5	RS6	RS7	RCA
Agents de maintenance	3	3	1	4	4	8	29	52
Infirmier(ère)s Diplômé(e)s d'Etat	26	20	10	18	4	22	147	247
Conseillers VIH diplômés	1	9	9	6	6	15	36	82
Administrateurs des services de santé	0	0	0	1	1	2	46	50
Pharmaciens et gérants	126	95	195	91	62	120	56	745
Médecins	14	16	6	6	3	12	147	204
Travailleurs sociaux	12	58	1	3	0	4	66	144
Agents de Santé Communautaires	463	612	554	558	272	555	70	3084
Responsables du SNIS	43	64	76	89	60	101	23	456
Techniciens en salubrité de l'environnement	10	2	6	2	2	3	38	63
Somme de Personnel de radiologie	1	0	0	1	0	2	12	16
TSL	6	14	2	4	2	2	74	104
Assistant(e)s de santé	38	46	7	31	4	40	136	302
Assistantes Accoucheuses	26	55	10	4	4	16	96	211
SFDE	21	18	8	7	3	8	208	273
TSS	3	4	2	4	0	3	35	51
Total	793	1016	887	829	427	913	1219	6084

Source : HeRAMS 2016.

L'analyse de ce tableau fait apparaître une insuffisance notable en personnel dans toutes les catégories professionnelles. Il n'existe pas encore de politique et de plan de développement des RHS. L'élaboration de ces documents est en cours.

Dans les **Formations Sanitaires** :

- 1 Médecin pour 24769 habitants,
- 1 Sage-femme pour 18509 habitants
- 1 Infirmier d'Etat pour 20457 habitants

- 1 Agent de Santé communautaire pour 1643 habitants.

2.5.1.6. Financement durable de la santé et protection sociale

Financement de la santé

Sur le plan interne les principales sources de financement sont représentées par l'Etat et ses démembrements, les ménages, les communautés et le secteur privé.

Sur le plan externe les sources de financement proviennent des dons et des prêts à travers principalement la coopération bi et multilatérale.

Les allocations budgétaires de l'Etat pour la Santé représentent en moyenne 9 % du budget général de l'Etat et reste donc en deçà du seuil recommandé par la Déclaration d'Abuja (15%).

Dans le cadre de l'Initiative de Bamako, la participation communautaire était le moyen de financement approprié pour atteindre les bénéficiaires sous deux formes : le recouvrement des coûts avec l'approche paiement par épisode et par acte, et l'approche participative pour certains investissements comme les constructions ou réhabilitation des infrastructures. Le financement des soins de santé dépend des contributions des ménages (payements directs aux prestataires), dont la capacité de payer a été fortement affectée par la crise.

Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) soutenu par la Banque Mondiale contribue également à travers le Projet d'Appui au Système de Santé (PASS) pour un coût variant de 3 à 5,5 dollars/habitant dans la zone du projet en vue de :

- Accroître l'utilisation et l'amélioration de la qualité des services de santé maternelle et infantile dans les zones rurales ciblées de la RCA ;
- Assurer les soins de santé d'urgence aux populations.

Protection sociale

Du point de vue de la protection sociale, la RCA a un niveau de couverture faible. Les systèmes formels d'assurance maladie n'offrent l'opportunité de couverture du risque maladie qu'aux secteurs privés. Les tentatives de création de mutuelle de santé en faveur des femmes enceintes, allaitantes et des enfants initiées par le gouvernement en 2010 n'ont pas abouti. Les directives ministérielles de 2013, préconisant la gratuité des soins de santé en faveur des enfants de moins de 5ans, des femmes enceintes et allaitantes ainsi que les cas d'urgence sur toute l'étendue du territoire pour une durée d'un an, sont devenues caduques. Le principe de la prolongation des directives de la gratuité des soins a été adopté par le comité technique pour la période du 11 juillet 2016 au 31 janvier 2017 ciblant les enfants de moins de 5ans, les femmes enceintes et allaitantes. Le décret N°19.037 du 15 février 2019 fixe la gratuité de soins aux femmes enceintes, allaitantes et enfants de moins de cinq ans

2.5.2. Situation sanitaire

Les niveaux d'indicateurs de santé sont préoccupants. La RCA est cités parmi les pays au monde ayant une très faible couverture sanitaire.

L'espérance de vie à la naissance de la population est encore faible à 52,5 ans en 2015. Ceci serait lié à la pauvreté, à la co-infection VIH/Tuberculose, au paludisme, et au faible niveau d'éducation des populations notamment des femmes.

En 2010 selon le SNU la mortalité maternelle est estimée à 890 décès pour 100 000 naissances vivantes et 880 décès selon le rapport final sur les OMD de 2015. Les résultats

de l'enquête HeRAMS de 2016 montrent que la couverture nationale en soins prénatals est chutée de 79,0% en 2015 à 68%.

En 2015 la mortalité infantile est de 139 décès selon le rapport final sur les OMD de 2015.

Analyse du système communautaire

En phase avec l'évolution globale, la RCA a opté pour une prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PEC-ci) en 2015 pour faire efficacement face à la co-morbidité si fréquente chez les enfants souffrant de fièvre. Les Organisations à Assises Communautaires (OAC) sont présentes dans toutes les régions sanitaires et certaines sont appuyées par les partenaires. La redynamisation des comités de SSP et le renforcement des capacités des OAC seront déterminants pour leur appropriation et la mise en œuvre des activités communautaires. De plus, une cartographie des partenaires intervenant dans les sous-préfectures pour les activités communautaires sera faite.

Analyse des forces et faiblesses du système sanitaire

Le tableau VI indique l'état actuel du processus de renforcement du système de santé en RCA et préconise les recommandations y afférentes

Tableau VI : Forces, Faiblesses, Recommandations

Six piliers pour renforcement du système de santé	Forces	Faiblesses	Recommandations
Leadership et gouvernance	- Existence d'une politique de transition du secteur de la santé ; - Existence de Politique Nationale de lutte contre le Paludisme.	- Insuffisance de leadership et de coordination des activités ; - Non fonctionnalité de la Plateforme de coordination multisectorielle.	- Redynamiser la plateforme de coordination multisectorielle qui devait coordonner les actions de tous les acteurs de lutte contre le paludisme. - Coordonner les actions des ONG et des partenaires dans la mise en œuvre des activités - Renforcer la collaboration avec les autres secteurs
Financement durable et protection sociale	- Existence d'une politique de gratuité des TDR, CTA et SP pour les groupes vulnérables et gratuité des MILD pour toute la population; - Directives de gratuité ciblée dans les FOSA et les sites des	- Faible contribution de l'Etat dans le financement de la santé en général et du paludisme en particulier ; - Décassement insuffisant des fonds alloués - Dépendance quasi entière du financement extérieur;	- Consolider la subvention des soins pour les groupes vulnérables (politique de gratuité des soins) - Décassement effectif des fonds alloués par l'Etat - Plaidoyer pour prolonger la durée de la gratuité totale pour le paludisme et ciblée pour autres maladies - Redynamiser les COGES ; CONGES et les Comités des SSP

	- déplacés pendant la période de crise; - Existence d'un système de recouvrement des coûts dans les FOSA ;	Absence de système de protection sociale et d'Assurance Maladie universelle	- Constituer un fond de redémarrage du système de recouvrement des coûts (Etat et partenaires) - Développer des mécanismes novateurs durables (partage des risques, paiement anticipé...)
Personnel de santé	- Intégration et affectation du personnel dans les FOSA - Paiement du salaire du fonctionnaire - Présence du personnel dans les zones de crises malgré l'insécurité	- Déplacement de certains personnels menacés vers les zones sécurisées. - Non-respect des Normes en RH (Ratio personnel population); - Faible motivation du personnel; - Mobilité du personnel au poste.	- Renforcer en quantité et en qualité les structures de santé en Ressources humaines en respectant la politique de remplacement numérique - Mettre en place un mécanisme d'incitation/motivation pour la fidélisation du personnel au poste.
Produits médicaux, technologie, infrastructures et logistique	Prise en charge limitée dans certaines FOSA en médicament anti paludique	- Non fonctionnalité de plus de 25% des FOSA du pays - Insuffisance des données de qualité . Rupture de stocks des intrants dans certaines FOSA - Absence de contrôle de qualité des antipaludiques et TDR - Absence de système de pharmacovigilance	- Mettre en place une stratégie efficace d'approvisionnement régulière des intrants pour assurer un accès équitable à toute la population; - Renforcer les capacités des agents du niveau opérationnel en gestion de stock ; - Mettre en œuvre une politique d'équipement et de maintenance dans le secteur de la santé. - Assurer à 100 pour cent la couverture en médicament anti paludique
Prestation de services	Prise en charge du paludisme intégrée dans le Paquet Minimum d'Activité et le PCA	- Faible disponibilité de l'offre des services de diagnostic et du traitement de paludisme - Faible qualité des soins et prestations de services sur toute l'étendue du territoire plus accentuée dans les zones rurales; - Faible taux d'utilisation des services de santé (65,2%)	- Renforcer le plateau technique pour le diagnostic et le traitement; - Améliorer l'accessibilité géographique des populations aux services de santé ; - En collaboration avec la coordination PCIMNE, élaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement des activités de prise en charge communautaire du paludisme - Améliorer l'utilisation des services en offrant des interventions de qualité à moindre coût en faveur de

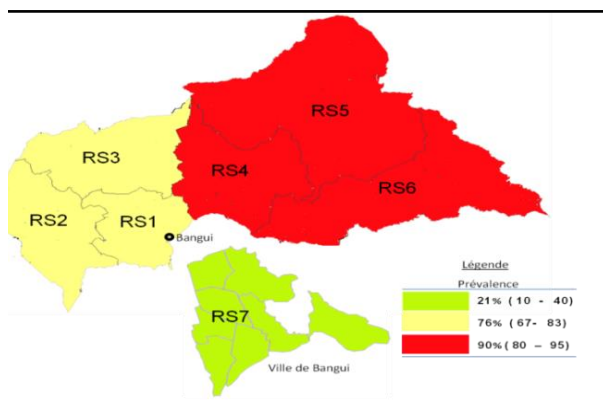
			ceux qui en ont besoin, quand et où ils en ont besoin.
Système d'information sanitaire	Existence d'un système parallèle de transmission des données par téléphone portable développé par les programmes qui ne couvre pas tout le pays.	- Faible complétude et promptitude des données (<50%); - Insuffisance dans la publication des annuaires des statistiques sanitaires ; - Faible qualité des données produites au niveau opérationnel.	Améliorer le système de gestion des données afin de générer à temps des informations pour la prise de décision à tous les niveaux;

III. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME

3.1. Épidémiologie

3.1.1. La prévalence parasitaire

Le paludisme sévit de façon endémique avec une transmission stable sur l'ensemble du territoire national avec des disparités géographiques.



La prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois en utilisant comme proxy, le taux de positivité est de 73% en RCA en 2016. On note une prévalence plus élevée dans les RS 4,5 et 6 non touchées par l'intervention majeure de prévention qui est la campagne de masse des MILD. La prévalence est moins élevée dans la région 7 moins affectée par la crise et ayant bénéficiée d'une meilleure disponibilité des services offrant les interventions de lutte contre le paludisme.

Figure 4 : Prévalence parasitaire du paludisme chez les moins de 5 ans en RCA

Le *Plasmodium falciparum* représente 99,6% des espèces responsables du paludisme en RCA. Quant au 0,4 % restant, il s'agit de *P.malariae* et *P.ovalae*³.

Une étude réalisée en 2013 sur l'efficacité et la tolérance des associations antipaludiques dans le traitement du paludisme simple chez l'enfant a montré que l'association Artéméther+Luméfantrine (AL) était efficace à 100% ; l'association Sulfadoxine-Pyriméthamine+Amodiaquine (SP+AQ) était efficace à 96,55% et l'association Artésunate+Amodiaquine (AS+AQ) était efficace à 100%⁴. Une autre étude du test d'efficacité thérapeutique sur AL a été réalisée en 2017. La réponse clinique adéquate dans le site du complexe pédiatrique de Bangui était à 93,6% [IC95% : 82,6-98,7] et l'échec thérapeutique à 6,4% [IC95% : 1,3-17,5]. Après PCR-corrigé, l'incidence cumulée de succès à J28 était à 97,9 % [IC95% = 0,858-0,997] et l'incidence cumulée de l'échec à J28 était à 2,1% [IC95% 0,003-0,142].

3.1.3. Vecteurs du paludisme

Deux principales espèces d'anophèles sont rencontrées en Centrafrique : Anophèles gambiae et Anophèles funestus.

Toutefois, d'autres vecteurs contribuent secondairement à cette transmission, comme An. Nili, An. Moucheti, An. Paludisme⁵ et An. Arabiensis.

Les résultats des tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides montrent :

- une résistance des vecteurs vis-à-vis des pyréthrinoïdes (mortalités entre 23 et 35%) ;
- une résistance des vecteurs aux organochlorés (mortalité=59%) ;
- une résistance des vecteurs aux organophosphorés (mortalité=74%) ;
- une sensibilité optimale des vecteurs vis-à-vis des carbamates (mortalité = 100%)⁶.

On note cependant que l'association aux pyréthrinoïdes d'un synergiste (PBO=Pipéronyl-Butoxide) restaure l'action insecticide de 97 à 100%.

Une étude⁷ plus récente limitée dans la ville de Bangui a révélé que l'An. Funestus a une préférence endophile plus forte que l'An. Gambiae, avec un taux moyen de capture à l'intérieur de 54,3% et 67,58% respectivement pour An. Gambiae sœur taxa et An. Funestus.

3.1.4. Dynamique de la transmission du paludisme et le niveau d'endémicité

Le pays est subdivisé en 3 faciès épidémiologiques⁸ (figure 5) :

⁴ Nambei W.S., Lango Yaya E, Pounguiza S et al.

⁵ Geoffroy 1982, Mouchet et al. 2004, Ndiath et al. 2016

⁶ Olé-Sangba publié en 2016

⁷ Etude sur la composition et la génétique des vecteurs du paludisme à Bangui en 2013 par Institut Pasteur de Bangui

⁸Mouchet et Coll., 1993

Faciès épidémiologiques

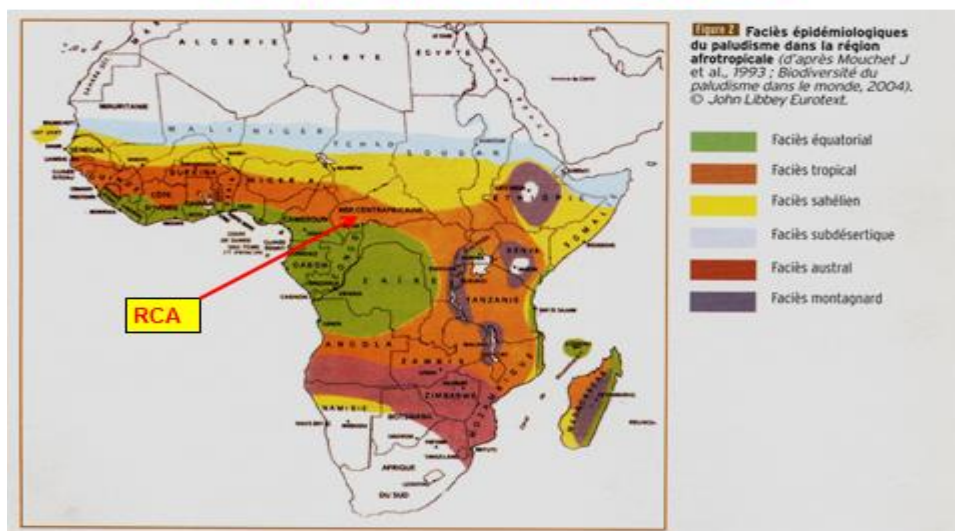


Figure 5 : Faciès épidémiologique

a) Un faciès équatorial au sud. La morbidité varie entre 30 à 90%. La transmission est permanente et assurée principalement par 4 vecteurs : *An. Gambiae* ss, *An. Funestus*; *An. Nili* et *An Arabiensis*.

b) Un faciès tropical au centre. La transmission est saisonnière, elle a lieu pendant la saison des pluies qui dure 6 à 8 mois et est assurée essentiellement par 3 vecteurs : *An. Gambiae* ss, *An Arabiensis* et *An. Funestus*.

c) Un faciès sahélien au nord caractérisé par de rares précipitations et une longue saison sèche qui s'étale d'octobre au mois d'avril. L'endémie est en phase de régression, mais il y a un risque élevé d'épidémie. La transmission est très faible, elle dépend de la présence des eaux de surface et de l'humidité relative ; elle est assurée par l'*An. Arabiensis*.

Le début et la fin de la recrudescence saisonnière de la transmission du paludisme vont de :

- avril à décembre pour le faciès équatorial
- mai à décembre pour le faciès tropical
- juin à novembre pour le faciès sahélien

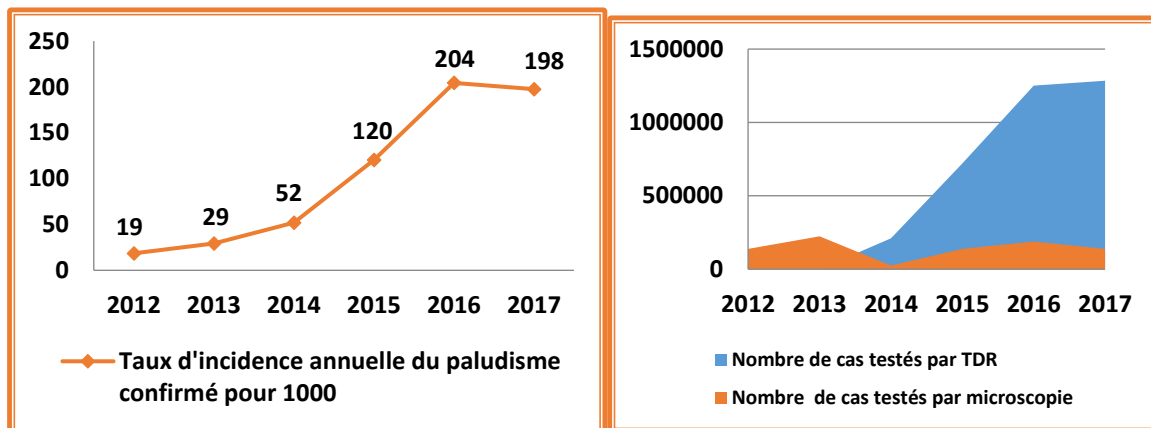
3.1.5. Stratification du paludisme

- Strate 1 : le taux moyen de prévalence parasitaire est de 21%. Cette zone, classée comme méso-endémique, représente la ville de Bangui et couvre 903.268 habitants en 2018, soit 17,2% de la population Centrafricaine.
- Strate 2 : le taux moyen de prévalence parasitaire est de 76%. Cette zone, classée comme hyper-endémique, représente les régions 1, 2 et 3 couvrant 2.797.519 habitants en 2018, soit 53,2% de la population Centrafricaine.
- Strate 3 : le taux moyen de prévalence parasitaire est de 90%. Cette zone, classée comme hyper-endémique, représente les régions 4, 5 et 6 couvrant 1.555.841habitants en 2018, soit 29,6% de la population Centrafricaine.

3.1.6. Morbidité liée au paludisme

Le taux d'incidence annuelle des cas confirmés du paludisme a augmenté entre 2012 et 2016 passant de 19 à 204 cas pour 1000 habitants (1032764 cas confirmés rapportés à la population de 2016 estimée à 5052901) suivi d'une légère régression en 2017, soit 198 cas pour 1000 habitants (Figure

11). Notons que dans le rapport sur la statistique mondiale de la santé publié par l'OMS en 2018, l'incidence du paludisme est estimée à 311,6 pour 1000 habitants en RCA. Toutefois, il y a lieu de préciser que l'augmentation dudit taux d'incidence coïncide avec l'amélioration de la complétude des données sanitaires, de 29% en 2012 à 74% en 2015 et aussi la mise à échelle de l'utilisation du diagnostic biologique avec les TDR (figure 12). La régression de l'incidence observée en 2017 coïncide aussi avec la baisse de la complétude à 66% dans la même année, mais la mise à échelle de la campagne de masse des MILD en 2014, 2015 respectivement dans les régions sanitaires 7 et 1, 2 et 3 pourrait aussi être à la base de la diminution de l'incidence.



Source : Données du PNL

Figure 7: Taux d'incidence annuelle du paludisme confirmé en RCA de 2012 à 2017

Figure 6 : Evolution de nombre de cas testés par les TDR et la microscopie de 2012 à 2017

En 2012, les proportions des cas confirmés du paludisme étaient de 40% et 60% respectivement chez les moins de 5 ans et celles ayant 5 ans et plus. Sachant que la maladie est plus fréquente parmi les enfants de moins de 5 ans, la faiblesse dans la qualité des données pourrait expliquer les tendances d'avant 2016. A partir de 2016, il est observé une inversion de la tendance atteignant 53% et 47% pour les mêmes tranches d'âge en 2017 (Figure 14). Le pourcentage des cas confirmés du paludisme est passé de 13% à 54% chez les moins de 5 ans (Figure 15).

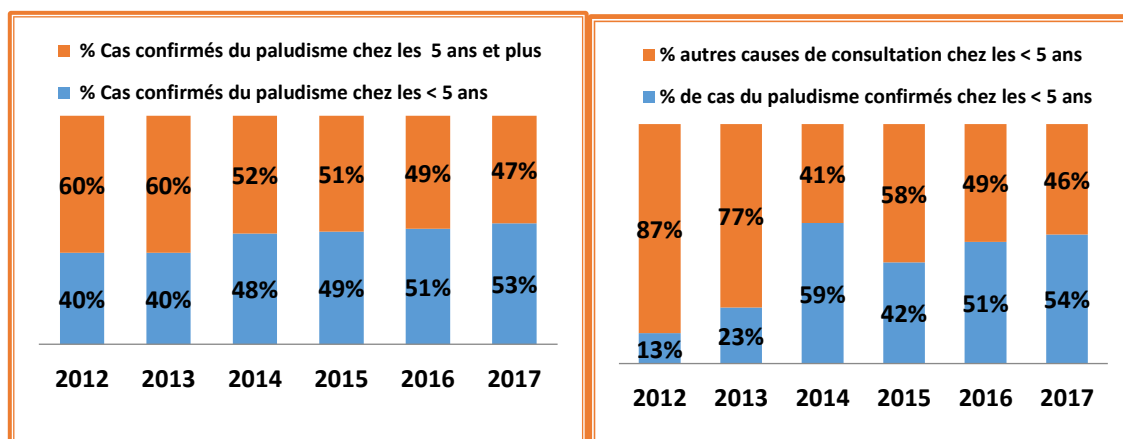


Figure 6 : Proportions de cas confirmés du paludisme simple par tranche d'âge entre 2012 et 2017

Figure 5 : Pourcentage de cas confirmés du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans entre 2012 et 2017

Répartition du nombre de cas de paludisme selon les districts sanitaires du pays

Toutes les régions sont concernées par le paludisme comme le montre la figure 9. Néanmoins, on note une grande variation du nombre de cas de paludisme selon les régions. La majorité des cas (44%) a été enregistrée dans 7 districts, à savoir Bangui I, Batangafo, Haute-Kotto, Bangui II, Bossembele, Bimbo, Bossangoa et Bégoua moins affectées par les effets de la crise et ayant bénéficié de la disponibilité des services.

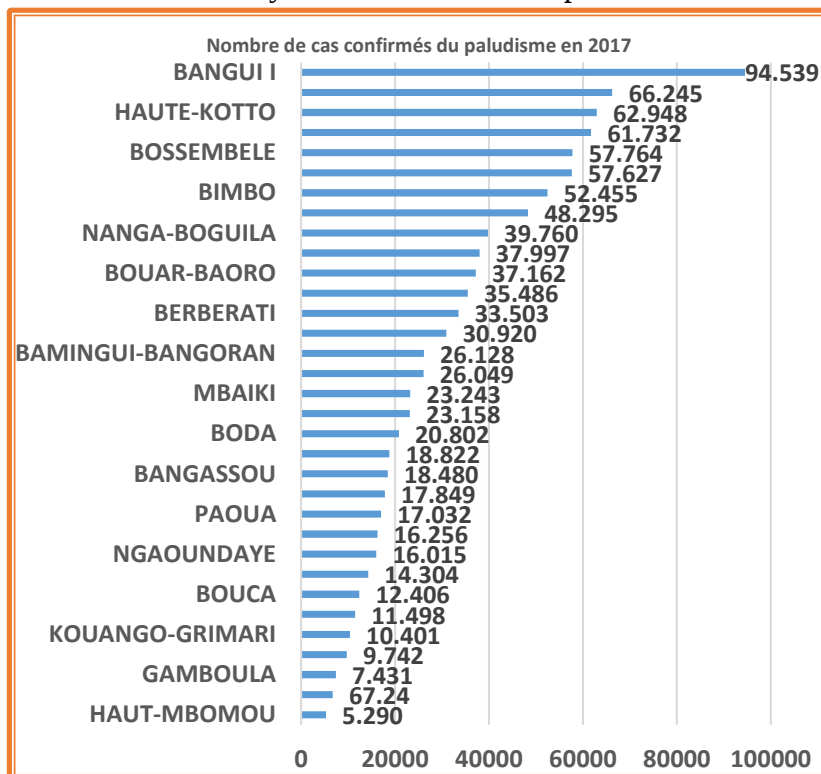


Figure 7 : Distribution de cas confirmés du paludisme par district sanitaire en 2017

Paludisme parmi les populations clés

La population des déplacés constitue l'un des groupes très touchés par le paludisme. De juin à septembre 2016, 211.839 nouveaux cas de pathologies ont été notifiés, 51,3% concernent les enfants de 0 à 4 ans. De manière générale, le paludisme est la pathologie fréquemment notifiés (47,1% des cas notifiés) suivi des infections respiratoires aiguës (14,51%). Les diarrhées aqueuses et les traumatismes représentent respectivement 9,75% et 8,20 % des pathologies notifiées⁹. De même, 620 décès ont été notifiés, dont 254 dus au paludisme soit 40,96%.

A ce jour, aucune étude n'a été réalisée pour la cartographie des populations clés. Cependant, certaines catégories de population en raison de leur mode de vie et de divers obstacles aux services de santé notamment un accès limité à l'offre des services de prise en charge et de prévention du paludisme sont considérés comme populations clés. Il s'agit : des pygmées, des peuhls, des miniers, des enfants de la rue, des populations vivant à plus de 5km des structures de soins (35% de la population), des populations des zones de haute insécurité. Par ailleurs, les malades hospitalisés et la population carcérale constituent une

⁹ Rapport cluster santé septembre 2016, données de surveillance d'alerte précoce de l'OMS sur les camps des déplacés

catégorie de population plus exposée au paludisme du fait de l'absence de protection contre les vecteurs dans ces lieux

Prévalence de l'anémie due au paludisme chez les enfants âgés de 6-59 mois par groupe de région

Les enfants anémiés avec un taux d'hémoglobine inférieur à 8 g/dl, représentent 10,8% des enfants de 6 à 59 mois testés par TDR pour le diagnostic du paludisme. Les données indiquent qu'à l'exception de Bangui, qui présente le plus faible pourcentage d'enfants anémiés (2,2%), dans les autres régions plus de 12% des enfants sont anémiés. La prévalence nationale est de 10,8%.

3.1.7. Décès dus au paludisme

La figure 20 présente l'évolution des décès dus au paludisme entre 2012 à 2017.

Le taux d'incidence annuelle de décès liés au paludisme augmente continuellement entre 2012 et 2017 passant de 18 à 72 cas pour 100.000 habitants. Entre 2012 et 2013, le nombre de décès liés au paludisme était plus dominant chez les 5 ans et plus. A partir de 2014, l'évolution du taux d'incidence annuelle de décès s'est inversée et on note une augmentation beaucoup plus importante au fil des années chez les personnes malades âgées de moins de 5 ans (figure 21, figure 20). Les raisons seraient les mêmes que celles évoquées plus haut sur la notification des cas confirmés.

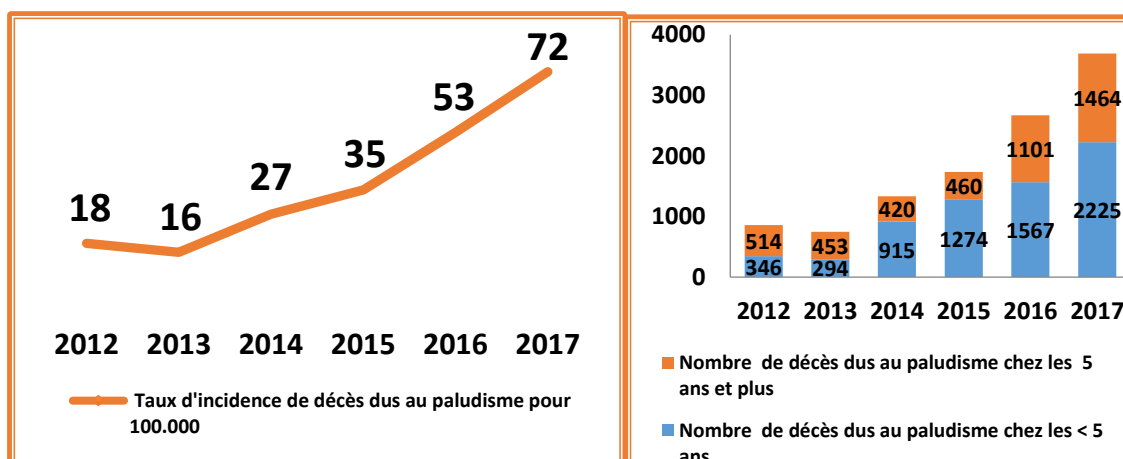


Figure 9 : Taux d'incidence annuelle de décès dus au paludisme de 2012 à 2017

Figure 8 : Evolution de nombre de décès dus au paludisme par tranche d'âge entre 2012 et 2017

Répartition du nombre de décès dus au paludisme selon la région de Bangui et les préfectures du pays

Il est observé une grande variation du nombre de décès dus au paludisme selon les districts sanitaires. Le district sanitaire de Paoua, peuplé et fortement affectée par la crise, a enregistré à lui seul 18% de décès au niveau national. En outre, la ville de Bangui et les districts sanitaires de Paoua, Haute-Kotto, Carnot, Kemo, Bangui I, Sangha-Mbaéré, Bossangoa, Berberati et Ngaoundaye contribuent à la hauteur de 72% aux décès liés au paludisme en RCA.

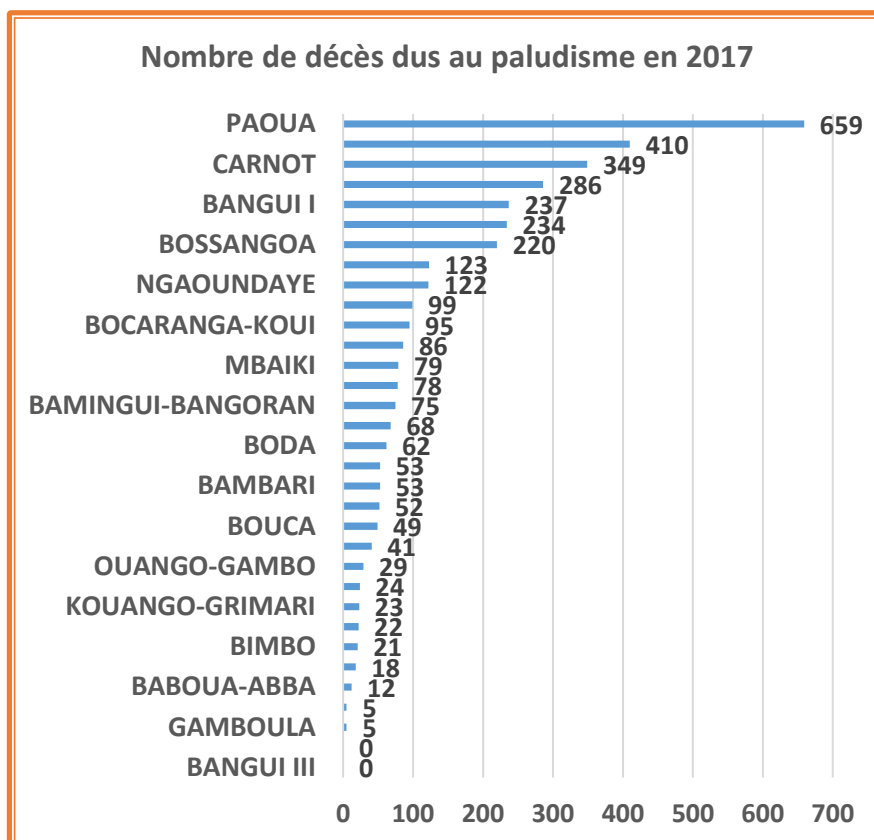


Figure 10 : Nombre de décès dus au paludisme par district sanitaire en 2017

3.2. Efficacité du programme de lutte contre le paludisme

3.2.1. Historique du problème de paludisme

La RCA a souscrit à l'initiative faire reculer le paludisme (FRP) en 1998. Elle a ensuite été matérialisée par la rédaction et la mise en œuvre de trois plans stratégiques nationaux (PSN) pendant les périodes respectives de 2001-2005, 2007-2011 et 2012-2016. Le dernier plan a été mis à jour pour couvrir la période allant de 2015 à 2017 afin de s'aligner au PTSS 2015-2017 élaboré pour faire face à la situation de crise sociopolitique.

Depuis 2005, la RCA a adopté les Combinaisons Thérapeutiques à base des dérivés de l'Artémisinine (CTA) pour le traitement des cas de paludisme simple. Puis en 2012, l'Artésunate injectable a été recommandée en première intention, pour la prise en charge des cas de paludisme grave. Il en est de même pour les Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide de Longue Durée d'action adoptées en 2009 et les tests de diagnostic rapide en 2012.

Les directives de prise en charge des cas de paludisme, élaborées en 2012 viennent d'être révisées et mis à jour en 2016 pour être en conformité avec les recommandations de l'OMS. Ces directives de prise en charge ont également, en 2013 pris en compte le traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes et chez les nourrissons à base de Sulfadoxine-Pyriméthamine. La politique nationale de lutte contre le Paludisme a été élaborée et validée en 2016.

3.2.2. Situation actuelle du Programme de lutte contre le paludisme

3.2.2.1. Au plan de coordination

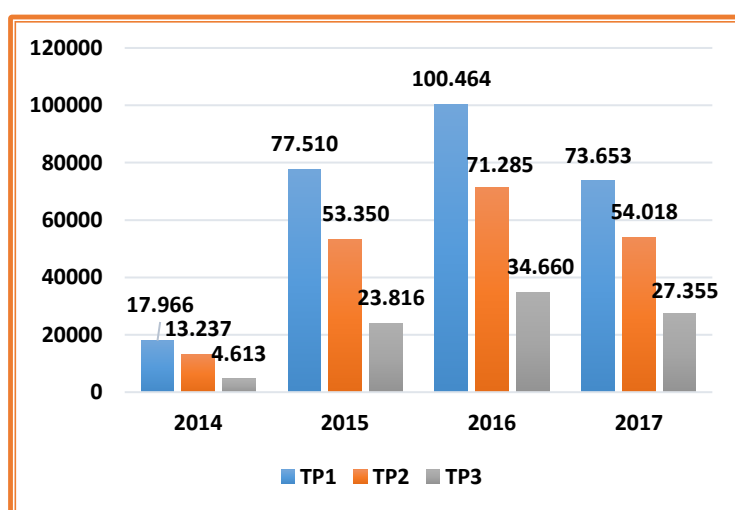
La Coordination de la lutte contre le paludisme est assurée au niveau central par le Service de Lutte contre le Paludisme. Le SLP est un service de la Direction de Lutte contre les Maladies Transmissibles. Comprends trois sections : (1) Prise en charge des cas, (2) Prévention, (3) Suivi-Evaluation.

3.2.2.2. Au plan de mise en œuvre des interventions

Dans le cadre de **la lutte anti vectorielle**, (1) les distributions de masse ont été mises en œuvre depuis 2005 et la distribution des MILD en routine a été introduite en 2015. (2) Pour la pulvérisation intra domiciliaire l'unique expérience a été réalisée par l'ONG Mentor Initiative dans la sous-préfecture de Paoua en 2009. Cette expérience est poursuivie par MSF dans leurs logements et dans les FoSa qu'ils appuient. (3) Les mesures de salubrité de l'environnement avec les travaux de canalisation et de l'assainissement du milieu ont été réalisées dans certains arrondissements de la ville de Bangui pendant les années 2011-2012 dans le cadre du projet PURISU, financé par la Banque mondiale et s'est poursuivi dans les autres villes du pays avec le projet LONDO.

La chimio prévention : la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) a été distribuée gratuitement aux femmes enceintes dans structures publiques, confessionnelles non lucratives et privées de 2012 à 2017. Le TPI n'a pas démarré jusqu'à ce jour.

Les données disponibles ont permis d'avoir la figure ci-dessous qui montre l'évolution du nombre de femmes enceintes vues en consultations prénatales et ayant bénéficié des différentes doses de TPIg selon les années.



On note une augmentation progressive du nombre de doses de TPI entre 2014 et 2016. Cependant, on constate une grande déperdition entre TPIg1 et TPIg3. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des femmes viennent en consultation en retard et ne respecte pas les rendez-vous des CPN, et la faible accessibilité aux CPN dus au coût élevé des bilans prénataux.

Source : données du PNLP

Figure 11 : Nombre des femmes enceintes vues en CPN ayant reçues le TPI1, TPI2, TPI3 entre 2014 et 2016

La qualité de **la prise en charge** a été améliorée en rendant systématique le diagnostic et le traitement de paludisme dans plus de 73% des structures de soins du pays et dans 25% de sites communautaires ciblées¹⁰.

¹⁰ Source : données du PNLP

3.2.2.3. Au plan financier

Le programme de lutte contre le paludisme est soutenu essentiellement par le financement extérieur en particulier le FMSTP dont les subventions depuis 2004 ont permis l'amélioration de la couverture des interventions de lutte contre le Paludisme et le maintien des acquis.

D'autres partenaires techniques et financiers tels que l'UNICEF, l'OMS, RBM, la Banque Mondiale et les ONG internationales appuient le PNLP. Avec le partenariat autour de la lutte, les subventions du FM couvrent 836 FOSA soit environ 83% de toutes les formations sanitaires existantes (1008 FOSA).

L'Etat intervient dans le financement des activités de lutte contre le paludisme à travers : (i) le paiement des salaires du personnel, (ii) une partie des dépenses d'investissement en infrastructures et équipements, (iii) la formation initiale, (iv) les dépenses de fonctionnement et les subventions aux structures de soins. Les autres interventions sont financées quasi exclusivement par les partenaires. On note, la diminution du budget prévisionnel de l'Etat alloué à la lutte contre le paludisme de 0,47% en 2015 à 0,15% en 2016 avec un niveau de décaissement très faible.

Le budget de l'Etat accordé à la lutte contre le Paludisme représente moins de 1% (Loi des finances 2017) des 9% du budget alloué à la santé (PTSS).

Le secteur Privé intervient très peu dans le financement des activités de la santé. Il intervient dans la réalisation des activités de journées mondiale (CNSS en 2016).

Durant la mise en œuvre du PSN 2012-2017, sur 22 640 867 502 FCFA prévus, 19 133 918 779 FCFA du budget ont été mobilisés soit un taux de 85 %.

3.2.2.4. Gestion des approvisionnements et des stocks des médicaments antipaludiques

Les intrants antipaludiques financés par le Fonds Mondial sont acquis à travers un système d'achat groupé. Leur stockage et la distribution est assuré par le PAM. Le stockage des dons chinois en antipaludiques est assuré par l'UCM. Les autres partenaires techniques et financiers appuient aussi dans leurs zones d'intervention.

Tous les médicaments et intrants antipaludiques inscrits sur la liste nationale des médicaments essentiels, bénéficient d'une autorisation de mise sur le marché, délivrée par la Direction de la Pharmacie, de Laboratoire et de la Médecine Traditionnelle. Cependant, il n'existe aucun laboratoire de contrôle qualité de médicaments et autres intrants dans le pays. De même le système de pharmacovigilance est inexistant.

Les tendances des approvisionnements en intrants de lutte antipaludique en RCA

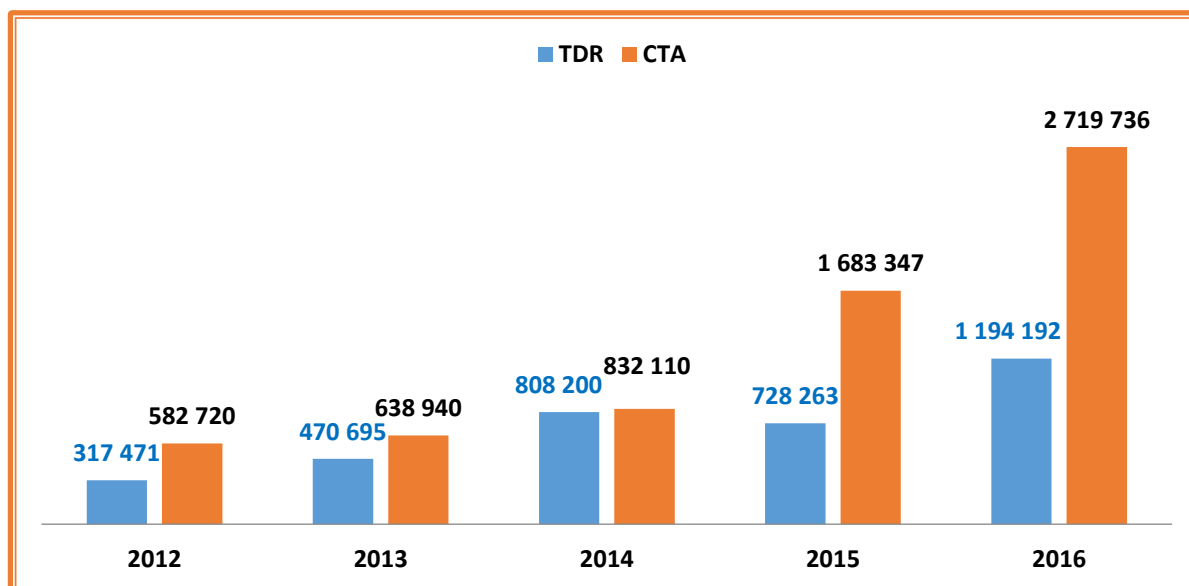


Figure 12 : Evolution de la quantité des TDR et CTA acquise en RCA entre 2012 et 2016

3.2.2.5. Surveillance épidémiologique, suivi/évaluation et recherche opérationnelle

Avec l'appui de la subvention du Fonds mondial, la FICR a mis à la disposition des points focaux des sous-préfectures et des régions sanitaires, des téléphones portables androïdes et des crédits internet de communication téléphonique pour permettre la saisie des données issues des rapports papiers et leur envoi par voie électronique sur le système de stockage MAGPI sur le web. Les données du MAGPI sont ensuite téléchargées sur Excel pour traitement et le logiciel Stata est utilisé pour l'analyse de ces données. Cependant, les données transmises par ce canal ne sont pas toujours de bonne qualité, par insuffisance des activités d'audit et de contrôle de la qualité des données dans les FOSEA et aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Un mécanisme de partage de l'information a été mis en place par l'édition mensuelle d'un bulletin sur la tendance des indicateurs du paludisme, mais dont la dernière parution remonte en août 2015. Les revues annuelles et semestrielles à différents niveaux du système de santé ne sont pas organisées. Par contre deux réunions de coordination des différents partenaires de lutte contre le Paludisme, la revue à mi-parcours du PSN et la revue finale ont été organisées.

Recherche opérationnelle

La recherche opérationnelle permet de renforcer la prise des décisions sur des bases factuelles.

Les opportunités existent à travers les institutions de recherche nationales telles que l'Université et l'Institut Pasteur de Bangui. La RPP de 2012 avait noté des insuffisances au niveau de la recherche opérationnelle liées au déficit de financement. Cependant quelques recherches ont pu être conduites par l'Université de Bangui sur l'efficacité des CTA (SP+AQ, AL et AS+AQ) et l'Institut Pasteur de Bangui sur l'efficacité de la SP vs CTM dans la prophylaxie du paludisme chez la femme enceinte et deux études entomologiques sur la composition et le génome des populations des vecteurs du paludisme en RCA et la résistance des vecteurs du paludisme aux insecticides. MSF a également fait une étude sur la résistance des vecteurs aux insecticides.

La FICR, le SLP et l'Institut Pasteur ont réalisé l'enquête MIS sur les indicateurs spécifiques du paludisme sur financement du FM.

3.2.2. Indicateurs de performance du programme

La couverture et l'accès aux différentes mesures de prévention et de prise en charge du paludisme mise en œuvre en RCA, ont été fortement ralentis entre 2012 et 2017 par le contexte sécuritaire difficile qui n'a pas permis d'importantes réalisations. Le niveau d'atteinte des indicateurs se trouve dans le tableau suivant :

Tableau VII : Evolution des indicateurs de performance du programme de lutte contre le Paludisme entre 2012 et 2017

Objectifs	Indicateurs	Cible mondiale	Valeur de base (année)	Cible du pays	Niveau atteint par le pays	Remarques
Réduire de 50% le taux de morbidité et de mortalité due au paludisme par rapport à son niveau de 2010.	Taux de mortalité, toutes causes confondues, chez les enfants de moins de 5 ans pour 1000		179‰ (MICS 2010)	70‰	ND	SMART
	Prévalence parasitaire chez les enfants âgés de 6 à 59 mois (pour 100)		ND	65%	73% (MIS 2016)	SMART
	Incidence des cas confirmés de paludisme tous les âges confondus (pour 1 000)		124‰ (SNIS 2011)	62‰	3463‰ (SNIS 2017)	SMART
	Taux de mortalité due paludisme chez les patients hospitalisés pour 100 000		136 (SNIS 2012)	68	1452 (SNIS 2017)	SMART
Protéger 100% de la population avec des interventions efficaces de prévention du paludisme d'ici fin 2016.	Pourcentage des ménages possédant au moins une MILD ;	100%	36% (MICS 2010)	80%	77% (MIS 2016)	SMART et cible adaptée
	Pourcentage des ménages équipés d'au moins une MILD pour 2 personnes ;	100%	ND	80%	49% (MIS 2016)	SMART
	Pourcentage des populations à risque couvertes par les MILD ;	100%	55% (Trac 2011)	80%	65% (MIS 2016)	SMART
	Utilisation des MILD, tous les âges	80%	55% (Trac 2011)	80%	55% (MIS 2016)	SMART
	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILD la nuit précédente ;	80%	36,4% (MICS 2010)	80%	55% (MIS 2016)	SMART cible ambitieux mais pertinent
	Pourcentage des femmes enceintes ayant dormi sous MILD la nuit précédente ;	80%	40% (MICS 2010)	80%	ND	SMART cible ambitieux mais pertinent
	Pourcentage des MILD distribuées aux enfants de 0 à 11 mois lors de la vaccination de routine ;	100%	NA	80%	ND	SMART
	Pourcentage des MILD distribuées aux femmes enceintes pendant la CPN.	100%	ND	90%	ND	SMART
	Proportion de femmes enceintes fréquentant les CPN et ayant reçu 3 doses à base de SP	80%	34,6% (MICS 2010)	80%	58% (MIS 2016)	Indicateur SMART et pertinent

Objectifs	Indicateurs	Cible mondiale	Valeur de base (année)	Cible du pays	Niveau atteint par le pays	Remarques
Assurer la prise en charge correcte d'au moins 80% des cas de paludisme dans les FOSA et communautés ciblées d'ici fin 2016.	Pourcentage de tous les cas suspects de paludisme qui ont passé un test parasitologique (microscopie ou TDR) dans les FOSA	80%	24% (SNIS 2017)	80%	85% (SNIS 2017)	Approprié et SMART
	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre ayant bénéficié d'un diagnostic de paludisme (microscopie au TDR) au cours des 2 dernières semaines dans les FOSA	80%	17% (MICS 2010)	80%	38% (MIS 2016)	Approprié et SMART
	Pourcentage d'enfants de moins de 5ans avec paludisme ayant reçu un traitement approprié (antipaludiques selon la politique nationale) dans une FOSA	80%	3% (MICS 2010)	95%	25% (MIS 2016)	Approprié et SMART
Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme d'ici fin 2016.	Pourcentage des établissements de santé ayant signalé une rupture de stock d'au moins un jour des principaux produits de base (CTA, TDR, SP, MILD) au cours des 3 derniers mois de rapportage		ND	80%	18% (SNIS)	Cet indicateur n'est pas spécifique
	Proportion des personnes qui ont reçu des informations sur le paludisme		ND	80%	56% (MIS 2016)	SMART
	Proportion de personnes qui connaissent les principaux signes/symptôme du paludisme		ND	80%	ND	SMART
	Proportion de personnes qui connaissent l'utilisation de MILD et autre méthode comme moyen de prévention contre le paludisme		ND	80%	66% (MIS 2016)	SMART
Renforcer le système de Suivi/Evaluation y compris la surveillance épidémiologique et riposte et la recherche opérationnelle d'ici fin 2016.	Pourcentage des établissements de santé soumettant des rapports à temps		ND	85%	46% (SNIS 2016)	SMART
	Pourcentage des établissements de santé soumettant des rapports complet		29% (SNIS 2011)	85%	66% (SNIS 2017)	SMART

Source : Année 2016 : enquête MIS 2016

3.2.3. Analyse forces, faiblesses, opportunités et menaces

Tableau VIII : Analyse Forces, Faiblesses, Menaces et Opportunités

Domaines de prestation	Points forts	Points faibles
Gestion du programme	- Volonté politique (engagement de l'Etat) - Déconcentration de la gestion du programme au niveau des régions et districts - Documents normatifs actualisés (Politique, Directives, Manuels) - Contribution des partenaires au financement	- Insuffisance en ressources humaines - Faible coordination des partenaires - Non implication des membres de l'équipe cadre des districts et des régions. - Bâtiment de la coordination du PNLP inexistant - Absence d'un plan de contingence (urgences et épidémies)
Plaidoyer, IEC	- Existence de plusieurs canaux de communication - Existence d'un réseau de journalistes briefés sur le paludisme	- Insuffisance dans la sensibilisation/information sur le paludisme et l'assainissement d'où l'existence des idées erronées sur les modes de transmission du paludisme au sein de la population - Absence du plan de communication de la lutte contre le paludisme
Gestion des Approvisionnements et Stocks (GAS)	- Disponibilité des médicaments et autres intrants - Disponibilité d'un pharmacien pour la GAS au niveau central - Existence de Contrôle qualité externe	- Certaines FOSA (1/4) ne sont pas appuyées pour les médicaments et autres intrants de lutte antipaludique - Insuffisance de ressources humaines dans le domaine du GAS - Absence de rapport qualité externe - Absence de contrôle qualité au niveau pays - Absence de plan national GAS
Prévention: MILDA+TPI	- Campagnes de distribution masse des MILD - Distribution des MILD aux groupes spéciaux - Distribution en routine des MILD et TPIg - Enquêtes post campagne sur l'utilisation des MILD	- Limitation des campagnes de masse de MILD aux zones sécurisées - Non-respect des directives nationales sur la TPIg - Insuffisance des autres stratégies de LAV Survenue de résistance des vecteurs aux Pyrèthroïdes - Non démarrage de TPIIn - MILD dans les établissements scolaires

Prise en charge	- Mise à échelle des TDR pour confirmation du diagnostic - Mise à échelle des CTA pour traitement du paludisme simple - Formations à la PEC des cas	Faible déploiement de la prise en charge communautaire
Surveillance, Suivi Evaluation Recherche	- Existence des supports de collecte et transmission des données (papiers et électronique) - Formations à l'utilisation desdits outils - Etudes réalisées (MIS, TET, tests de sensibilité aux insecticides)	- Insuffisance des supervisions formatives - Faible contrôle de qualité des données - Insuffisance d'analyse et d'utilisation des données - Absence de mécanisme de surveillance, détection et riposte

Opportunités	Menaces
- Disponibilité des partenaires à accompagner les efforts du Gouvernement (Fonds Mondial, UNICEF, OMS, Rock Back Malaria, ONG, Confessions religieuses, la Chine etc.) - Existence des institutions de recherche dans le pays - Existence des institutions de formation -	- Insécurité ne permettant pas aux interventions de lutte contre le Paludisme d'atteindre toutes les personnes en état de besoins ; - Retrait/suspension des financements par les bailleurs ; - Retard dans le décaissement des fonds par le FM - Faible taux de décaissement du financement de l'Etat -

3.2.4. Recommandations de la revue des performances de programme

Tableau IX : Recommandations

N°	Libellé de la recommandation	Responsabilité
1	Progrès vers les objectifs d'impact épidémiologique et entomologique du PSN	Responsables
1.1	<i>Définir des indicateurs d'impacts entomologiques pour le PSN 2018-2022</i>	SLP
1.2	<i>Faire une étude à grande échelle urgente sur la sensibilité des vecteurs aux insecticides et leurs comportements</i>	SLP
1.3	<i>Revoir les spécifications techniques des MILD utilisés en tenant compte des résultats des études de sensibilité aux insecticides</i>	SLP
1.4	<i>Mettre à échelles les interventions de lutte contre le paludisme dans les zones de haute prévalence</i>	SLP
1.5	<i>Améliorer la disponibilité des intrants de diagnostic et prise en charge dans les zones de haute prévalence</i>	SLP
2	Financement du PSN	Responsables
2.1	<i>Rédiger une feuille de route pour la mobilisation des ressources</i>	SLP
2.2	<i>Organiser des tables rondes de mobilisation de ressources</i>	Gouvernement
2.3	<i>Mettre en place un mécanisme de suivi de l'utilisation des ressources mobilisées</i>	SLP
3	Capacité de la mise en œuvre des activités planifiées du PSN	Responsables
3.1	<i>Contractualiser avec les partenaires et les prestataires de services pour la mise en œuvre des activités du PSN</i>	SLP
3.2	<i>Renforcer les capacités du PNLN à tous les niveaux</i>	MSP
3.3	<i>Décentraliser les financements aux districts pour une mise en œuvre optimale</i>	MSP
4	Lutte antivectorielle	Responsables
4.1	<i>Finaliser en urgence les campagnes de masse de MILD dans les 18 SP restantes des régions 4, 5, 6 où la prévalence parasitaire chez les enfants de 6 à 59 mois est très élevée en utilisant des approches adaptées selon le contexte local</i>	SLP
4.2	<i>Impliquer les organisations à base communautaire dans la promotion des messages et pratiques de l'assainissement du milieu environnant (zéro gîtes larvaires dans ma concession, dans ma rue etc.)</i>	DSC/SLP
4.3	<i>Extraire les directives de LAV dans les directives de lutte et élaborer un document spécifique à la LAV</i>	SLP
4.4	<i>Renouveler la distribution des MILD dans les RS1, 2, 3 en 2019</i>	SLP
4.5	<i>Mobiliser des fonds afin de réaliser l'étude sur la sensibilité des vecteurs aux insecticides dans tout le pays en 2018 ainsi que pour le contrôle qualité des MILD</i>	SLP
4.6	<i>Former des entomologistes, construire et équiper le laboratoire d'entomologie</i>	SLP
4.7	<i>Mettre les MILD dans le circuit du secteur privé</i>	DEP
4.8	<i>Formuler une stratégie spécifique pour la surveillance et la gestion de la résistance des vecteurs du paludisme</i>	SLP

4.9	Elaborer un plan de gestion intégrée des vecteurs du paludisme	SLP
4.10	Mobiliser les ressources financières pour la réalisation des études de sensibilité des vecteurs aux insecticides et d'efficacité des MILD et faire des recommandations urgentes	SLP
5	Chimio-prévention du paludisme	Responsables
5.1	Mettre en place un cadre formel de collaboration entre SLP, PEV et DSFP pour la mise à échelle des interventions de distribution en routine et chimio prévention	MSP
5.2	Mettre en œuvre des mécanismes communautaires/ pairs éducation pour réduire la déperdition en CPN et PEV	DSFP
5.3	Organiser une réunion de coordination entre DSFP, PEV et PNLP pour la mise en œuvre du TPIIn	MSP
5.4	Etendre l'achat des indicateurs du TPIg aux zones non couvertes par le PBF	MSP
5.5	Démarrer la mise en œuvre graduelle du TPIIn	DSFP/SLP/PEV
6	Gestion des cas du paludisme	Responsables
6.1	Etendre la formation sur les nouvelles directives de lutte contre le paludisme aux régions sanitaires 4,5, et 6	SLP
6.2	Renforcer les supervisions formatives a tous les niveaux	SLP
6.3	Renforcer les capacités des nouveaux prestataires de soins	SLP
6.4	Mettre à échelle la prise en charge communautaire	MSP
6.5	Assurer la supervision formative régulière des prestataires de laboratoire de prise en charge et de dispensation	SLP
6.6	Développer des mécanismes de financement pérenne pour l'achat des CTA et TDR	MSP
6.7	Etendre la gratuité des CTA et TDR aux autres FOSA et le secteur privé	MSP
7	Gestion des achats et des stocks	Responsables
7.1	Renforcer les approvisionnements et la distribution des médicaments à travers tout le pays en décentralisant les dépôts	DLPMT
7.2	Maintenir les acquis de la part du Gouvernement dans le financement des achats des commodités antipaludiques	MSP
7.3	Elaborer et mettre en œuvre le plan de renforcement des capacités en gestion des achats de stock (GAS) à tous les niveaux	DLPMT
7.4	Mettre en place un système de pharmacovigilance fonctionnel	DLPMT
7.5	Créer un laboratoire de contrôle qualité de niveau 1 (Minilab®)	DLPMT
7.6	Renforcer la DPLMT dans sa mission de contrôle qualité	MSP
7.7	Former les gérants des commodités antipaludiques dans les FOSA	SLP
7.8	Développer des approches opérationnelles adaptées pour couvrir les FOSA non appuyées en médicaments et autres intrants	SLP
7.9	Impliquer la Minusca et forces de défense et sécurité dans le transport et la sécurisation des dépôts pharmaceutiques décentralisés	SLP

8	Communication pour le changement de comportement	Responsables
8.1	<i>Faire une cartographie des OAC/ONG nationales ou internationales œuvrant dans le pays afin de les impliquer dans la Communication Interpersonnelle (CIP).</i>	SLP/DSC
8.2	<i>Créer un local (espace) de réunion du PNLP pour les séances de rencontre des OAC/ONG partenaires et les doter en matériels pour les séances de Communication Inter Personnelle (CIP).</i>	SLP
8.3	<i>Réaliser l'enquête post campagne/MICS/CAP pour déboucher sur le Plan de communication de lutte contre le paludisme afin d'élaborer le Manuels/supports de formation des acteurs de communication ;</i>	SLP/DSC
8.4	<i>Faire le plaidoyer auprès des partenaires pour financer les activités de communication</i>	SLP/DSC
8.5	<i>Réaliser l'enquête post campagne/enquête CAP</i>	SLP/DSC
8.6	<i>Concevoir et valider les outils/supports de formation pour la CCC</i>	SLP/DSC
8.7	<i>Former tous les acteurs identifiés sur la CCC dans le cadre de la lutte contre le Paludisme</i>	SLP/DSC
8.8	<i>Intensifier la sensibilisation de la population sur le paludisme et l'assainissement</i>	SLP/DSC
8.9	<i>Impliquer les leaders communautaires dans les activités de sensibilisation</i>	SLP/DSC
9	Préparation et réponses aux épidémies et autres situations d'urgences	Responsables
9.1	<i>Elaborer le plan de contingence en prenant en compte les apports multiformes de tous les partenaires</i>	SLP
9.2	<i>Mettre en place une structure de coordination des activités sous la direction du Programme de lutte contre le paludisme.</i>	MSP
9.3	<i>Identifier les sites sentinelles et définir les seuils épidémiques</i>	SLP
9.4	<i>Intégrer le paludisme dans la liste des maladies à surveillance hebdomadaire</i>	SLP
10	Surveillance, suivi et évaluation et recherche opérationnelle	Responsables
10.2	<i>Rendre effectif les supervisions formatives et conjointes</i>	MSP
10.3	<i>Elaborer les manuels de procédures en matière de la gestion des données</i>	SLP
10.4	<i>Systématiser les visites de vérification de contrôle de la qualité des données à tous les niveaux</i>	SLP
10.5	<i>Réaliser, documenter et publier les résultats des enquêtes et études</i>	SLP
10.6	<i>Concevoir les documents normatifs de S/E (Manuels, guide et procédures)</i>	SLP
10.7	<i>Assurer l'évaluation du plan de S/E</i>	SLP
10.8	<i>Mettre en place un dispositif efficace de S/E à tous les niveaux avec le renforcement des missions de supervision</i>	SLP
10.9	<i>Améliorer le système d'archivage des données</i>	SLP
10.10	<i>Promouvoir la planification, la collaboration et la coordination des activités du Programme avec tous acteurs et autres institutions</i>	SLP

10.11	<i>Renforcer la coordination des activités de collecte et partage des données avec le SNIS et la SEI</i>	SLP
11	Gestion du programme	
11.1	<i>Redynamiser la plateforme de coordination multisectorielle qui devait coordonner les actions de tous les acteurs de lutte contre le paludisme.</i>	MSP
11.2	<i>Renforcer les capacités en ressources humaines du SLP</i>	MSP
11.3	<i>Allouer / construire un bâtiment propre au SLP</i>	MSP
11.4	<i>Redynamiser le cadre de coordination des partenaires</i>	MSP
11.5	<i>Coordonner les actions des ONG et des partenaires dans la mise en œuvre des activités</i>	MSP
11.6	<i>Consolider la subvention des soins pour les groupes vulnérables (politique de gratuité des soins)</i>	MSP
11.7	<i>Mettre en place une stratégie efficace d'approvisionnement régulière des intrants pour assurer un accès équitable à toute la population;</i>	MSP
11.8	<i>Maintenir et améliorer la fonctionnalité des FOSA</i>	MSP
11.9	<i>Améliorer la couverture des services de CPN et PEV</i>	MSP
11.10	<i>Mettre en œuvre une politique d'équipement et de maintenance dans le secteur de la santé.</i>	MSP
11.11	<i>Renforcer le plateau technique pour le diagnostic et le traitement;</i>	MSP
11.12	<i>Améliorer l'utilisation des services en offrant des interventions de qualité à moindre coût en faveur de ceux qui en ont besoin, et quand et où ils en ont besoin.</i>	MSP
11.13	<i>Renforcer le SNIS a tous les niveaux afin de générer à temps des informations pour la prise de décision à tous les niveaux;</i>	MSP
11.14	<i>Doter et renforcer les capacités en Ressources humaines qualifiées à tous les niveaux du système de santé pour mener des interventions de qualité ;</i>	MSP/DR
11.15	<i>Mettre en place un mécanisme incitation/motivation pour la fidélisation au poste.</i>	MSP/DR
11.16	<i>Impliquer effectivement les autorités administratives dans la gestion du programme notamment la validation politique des documents normatifs permettant une meilleure appropriation</i>	SLP
11.17	<i>Poursuivre le processus de recrutement du personnel qualifié</i>	SLP
11.18	<i>Développer une meilleure stratégie de Mobilisation des ressources additionnelles en faveur du programme</i>	SLP

IV. CADRE STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2018-2022 ETENDU A 2023

4.1. Vision

Centrafrique, pays où le paludisme est éliminé.

4.2. Mission

Garantir l'accès universel à la promotion, à la prévention, au diagnostic, au traitement et faire de la surveillance une intervention de base en vue de consolider les efforts vers l'élimination, en réduisant de façon significative la morbidité et la mortalité liées au paludisme.

4.3. Principes directeurs

Le plan stratégique repose sur les principes suivants qui constituent la base des interventions :

- Le leadership et l'appropriation du Ministère de la Santé et de la Population matérialisés par la conduite de tout le processus d'élaboration de ce plan stratégique, l'alignement au plan intérimaire du secteur de la santé et l'implication des différents niveaux de la pyramide sanitaire
- Un partenariat inclusif et coordonné dans le cadre du principe du «Three Ones »
- L'équité, le respect des droits humains et l'efficacité dans les interventions pour l'accès aux soins de santé de qualité à toute la population, en particulier celle la plus difficile à atteindre quel que soit son statut socio-économique, le genre et la gratuité ciblée de soins.
- L'amélioration de la gouvernance sanitaire par la mise en place de plusieurs mécanismes institutionnels notamment : (i) la redynamisation des organes des Soins de Santé Primaires (SSP) à tous les niveaux du système,(ii) l'engagement et la participation des communautés, (iii) renforcement de la redevabilité et du contrôle à tous les niveaux afin de garantir la transparence dans la gestion des ressources du programme (iv) la mise à échelle du financement basé sur la performance et (v) la délégation de l'autonomie partielle de gestion de ressources humaines conférée aux districts sanitaires;
- L'intégration et la multi-sectorialité en vue d'accélérer les efforts orientés vers l'élimination au moyen de combinaisons d'interventions adaptées au contexte local ;

4.4. Orientations stratégiques et les priorités

La RCA se situe encore au premier échelon de la phase 1 du Continuum vers l'élimination du paludisme. Ainsi, l'orientation stratégique majeure de ce plan reste **le passage à échelle des interventions clés** de lutte contre le paludisme dans l'optique **de l'atteinte et du maintien de la couverture universelle** pour un impact durable sur le fardeau sanitaire et socio-économique. Compte tenu du contexte spécifique du pays, un accent est mis sur la mise en œuvre des interventions dans le contexte d'urgence complexe y compris des épidémies. C'est dans cette optique que le pays s'aligne à la Stratégie Technique Mondiale 2016-2030 et à son cadre de mise en œuvre adopté par l'Union Africaine.

Ainsi ce plan stratégique va s'appuyer sur les trois piliers et deux éléments de soutien recommandés pour orienter les efforts du pays vers l'élimination du paludisme.

Pour un accès universel (pilier 1) :

- Aux interventions de prévention :

- Lutte anti vectorielle : Renforcement de l'utilisation de MILD en masse à toute la population, en routine aux populations cibles (enfants de moins de 5ans et femmes enceintes) et groupes spéciaux (déplacés internes, réfugiés, internats, hôpitaux, maisons carcérales, campements peulhs et pygmées, colonies de pêches, casernes militaires, etc...) ;
- Introduction de la Pulvérisation intra domiciliaire (PID)
- Chimio prévention :
 - Renforcement du Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez les femmes enceintes et du Traitement Préventif chez les non immuns. Introduction du TPI chez les nourrissons et la chimio prévention saisonnière dans les zones ciblées (Ouham-Pendé, Ouham, Nana Gribizi, Bamingui Bangoran, Vakaga, Haute Kotto et Haut Mbomou)
- Aux interventions de diagnostic et traitement :
 - Diagnostic : Utilisation de TDR dans la communauté ; utilisation de TDR et de la microscopie dans les formations sanitaires publiques, privées, confessionnelles ; utilisation de Polymerase Chain Reaction (PCR) dans les laboratoires de référence.
 - Traitement efficace et rapide du paludisme dans les FOSA publiques, privées, confessionnelles et dans la communauté.
 - Traitement de masse en cas d'épidémie (paludisme, Ebola...).
 - Gestion et approvisionnement des stocks de médicaments et autres intrants y compris le stock de contingence.
 - Supervision formative pour assurer la qualité de la prise en charge

Pour les efforts vers l'élimination (pilier 2) :

- Renforcer la stratification du pays en fonction du niveau d'incidence des cas pour un début d'adaptation des stratégies en fonction des zones.
- Introduire la PID dans les régions prioritaires (forte densité de la population, faible prévalence parasitaire et facilité d'accès) : les 03 districts sanitaires de la RS7 et les districts de Bimbo, Bégoua et Bossembele de la RS1. Le choix est expressément fait pour allouer plus de ressources dans ces zones.

Pour une meilleure surveillance (Pilier 3) :

- Mettre en place un dispositif efficace de surveillance et riposte aux épidémies du paludisme dans des situations d'urgence complexe (notification hebdomadaire, surveillance des seuils épidémiques, plan de contingence, traitement de masse etc.) ;
- Mettre en place la surveillance entomo-épidémiologique ;
- Assurer la disponibilité, la qualité et l'utilisation correcte des outils ;
- Contribuer à la mise en place d'une base de données nationale DHIS2 ;
- Améliorer la qualité des données en renforçant l'audit de qualité dans les FOSA, les districts sanitaires, les régions sanitaires et au niveau central ;
- Assurer la production, la diffusion et l'utilisation des données.

Pour l'innovation et la recherche (élément d'appui 1) :

- Mettre en œuvre le projet du « mouvement national en faveur de lutte contre le paludisme » (gestion environnementale, sensibilisation, mobilisation sociale...)

- Renforcer les recherches opérationnelles.

Pour un environnement propice (élément d'appui 2) :

- Mettre un accent sur la collaboration intra et intersectorielle pour des actions concertées et la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme.
- Renforcer la coordination et la gestion du programme (RH, Bâtiment propre au PNLP etc.)
- Renforcer le plaidoyer et l'IEC (sensibilisation, implication de la communauté et ses leaders etc.)
- Renforcer la gouvernance

4.5. But et objectifs

4.5.1. But

Contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité de la population pour toutes causes confondues en RCA

4.5.2. Objectif général

D'ici fin 2023, réduire de 50% la morbidité et la mortalité liée au paludisme dans la population en général par rapport à son niveau de 2015.

4.5.3. Objectifs spécifiques

1. Protéger au moins 80% de la population à risque avec des interventions de lutte anti vectorielle efficaces d'ici fin 2023 ;
2. Assurer la couverture en chimio prévention à au moins 80% des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans d'ici fin 2023
3. Assurer la prise en charge correcte d'au moins 80% des cas de paludisme selon les directives nationales d'ici fin 2023
4. Rendre disponible les médicaments antipaludiques et autres intrants de qualité dans au moins 95% des formations sanitaires (publiques, privées et confessionnelles) fonctionnelles
5. Rendre disponible les médicaments antipaludiques et autres intrants de qualité chez au moins 100% agents de santé communautaires impliqués d'ici fin 2023, y compris d'un stock de contingence pour des situations d'urgence complexe et des épidémies.
6. Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme d'ici fin 2023.
7. Améliorer les performances du système de surveillance du Paludisme y compris le système de Suivi évaluation (promptitude de 46% à au moins 80% et la complétude qui passerait de 66 % à 95%), ainsi que la recherche Opérationnelle d'ici fin 2023.

8. Renforcer les capacités managériales institutionnelles et opérationnelles du programme en vue d'accroître le taux de réalisation des activités du PSN de 36 % en 2017 à au moins 90 % d'ici fin 2023.

V. INTERVENTIONS ET MODALITES DE MISE EN OEUVRE

5.1. Description des interventions

Les interventions à mettre en œuvre dans le cadre des stratégies retenues sous chacun des objectifs spécifiques sont :

Objectif spécifique 1 : Protéger au moins 80% de la population à risque avec des interventions de lutte anti vectorielle efficaces d'ici fin 2022

Stratégie 1. : lutte antivectorielle :

- Intervention 1.1 : La distribution massive et gratuite des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action et efficace à raison d'une MILD pour 02 personnes lors des campagnes de masse tous les 03 ans.
- Intervention 1.2 : La distribution de routine régulière et gratuite des MILD efficace dans les FOSA aux femmes enceintes lors des CPN 1 et aux enfants de moins d'un an à la vaccination de Penta 3,
- Intervention 1.3 : La distribution ponctuelle des MILD efficaces aux groupements spéciaux identifiés (dans les camps des déplacés internes, les réfugiés, les internats, les hôpitaux, les maisons carcérales, les campements peulhs et pygmées, les colonies de pêches, les casernes militaires, etc...).
- Intervention 1.4. La distribution continue de Moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action dans les Établissements scolaires
- Intervention 1.5. La distribution continue de Moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action – Distribution continue – Communautés (malnutris)
- Intervention 1.6.: La pulvérisation intra domiciliaire dans les régions prioritaires sujettes aux épidémies et les situations d'urgences complexes.
- Intervention 1.7. La Surveillance entomologique
- Intervention 1.8. Information, éducation, communication (IEC)/Communication pour le changement de comportement (CCC)

Stratégie 2 : Chimio prévention :

- Intervention 2.1. : Le traitement préventif intermittent gratuit du paludisme chez les femmes enceintes à la Sulfadoxine-Pyriméthamine pendant les CPN à partir de la 16ème semaine de grossesse à intervalle d'1 mois jusqu'à l'accouchement;
- Intervention 2.2 : Le traitement préventif intermittent gratuit du paludisme chez les nourrissons à la Sulfadoxine-Pyriméthamine pendant les séances de vaccination de routine en même temps que la Penta2 à 10 semaines puis la penta3 à 14 semaines et VAR/VAA à 9 mois;
- Intervention 2.3 : La Chimio Prévention Saisonnière du paludisme consiste en l'administration d'une dose complète de la SP+AQ le 1^{er} jour et AQ les 2^e et 3^e jours à

intervalle d'1 mois pendant 4 mois au cours de la saison de forte transmission du paludisme. Cette intervention concerne les enfants de 3 à 59 mois dans les zones ciblées (Ouham-Pendé, Ouham, Nana Gribizi, Bamingui Bangoran, Vakaga, Haute Kotto et Haut Mbomou).

- Intervention 2.4 : La chimio prévention chez les non immuns avec l'association Atovaquone- Savarine, Doxycycline,

Stratégie 3 : Prise en charge des cas

- *Intervention 3.1 : Prise en charge des cas du paludisme dans les formations sanitaires*
 - La confirmation biologique systématique des cas suspects de paludisme dans toutes les FOSA publiques, privées à but lucratif et non lucratif et confessionnelles. Pour cela, le principe de diagnostic existant sera maintenu avec notamment l'utilisation des TDR jusqu'au niveau des structures de référence (Hôpitaux et Etablissements de diagnostic centraux, régionaux, de district). En plus ces structures de référence et les centres de santé pratiqueront la GE. Pour ce faire, les FOSA seront dotées en microscopes et autres équipements de laboratoire et approvisionnées en réactifs selon les besoins.
 - Le traitement de tous les cas de paludisme testés positifs au TDR ou à la microscopie : la prise en charge sera réalisée conformément aux directives nationales. Cependant, dans les structures sanitaires qui connaîtraient une rupture de TDR ou de réactifs, les cas présumés seront traités au même titre que les cas positifs. Pour assurer une prise en charge correcte, les compétences du personnel seront renforcées à travers la formation et/ou recyclage et la supervision formative ainsi que la mise à disposition des antipaludiques au niveau des FOSA.
- *Intervention 3.2 : Prise en charge des cas du paludisme au niveau communautaire*

La prise en charge communautaire des cas de paludisme se fait dans les localités éloignées des FOSA et/ou difficiles d'accès ainsi que dans les zones de conflits où les FOSA sont détruites ou non fonctionnelles. Elle est assurée par les ASC identifiés, formés, supervisés, dotés d'intrants et d'équipements et suivant l'approche de la prise en charge communautaire intégrée (PEC-ci).
- *Intervention 3.3 : Traitement de masse (MDA) pour la prise en charge des cas du paludisme en cas d'épidémies ou urgence*

Dans un contexte de crise humanitaire ou dans l'éventualité d'une épidémie du paludisme ou autre épidémie comme Ebola, un traitement de masse de courte durée et limité à la zone géographique concernée sera appliquée pour limiter le nombre des cas et des décès dus au paludisme. Un ACT autre que l'association Artéméther+Luméfantrine (AL) administré en première intention dans le pays sera utilisé pour le traitement de masse. L'association Artésunate + Amodiaquine (ASAQ) ou Dihydroartémisinine + Pipéraquline sera utilisé.

- *Intervention 3.4 : Supervision formative pour assurer la prise en charge de qualité*

La supervision se fait à tous les niveaux suivant les normes et standards de qualités de prise en charge définies. Un pool de superviseurs mixtes va assurer la supervision des interventions des parties prenantes. Pour les Régions et Districts Sanitaires, la supervision sera intégrée et formative. Cette supervision se fera tous les trimestres par le niveau

décentralisé et semestriellement par le niveau central. Pour chaque niveau, les activités à entreprendre concernent toutes les stratégies de lutte contre le paludisme. Dans le cadre de la mise en œuvre de la PEC-ci, la supervision sera mensuelle pour les ASC par l'infirmier superviseur de rattachement.

Stratégie 4. : Gestion des approvisionnements et des stocks

- *Intervention 4.1 : Renforcement de la disponibilité des médicaments et autres intrants antipaludiques dans les FOSA et communautés ciblées, y compris d'un stock de contingence pour les situations d'urgence complexe et le traitement de masse en cas d'épidémie ou d'autres épidémies telle que Ebola.*

La disponibilité permanente des médicaments et autres intrants antipaludiques de qualité dans toutes les FOSA et communautés ciblées est un préalable à la réussite des autres interventions du programme. Il s'agira à cet effet d'améliorer (i) les politiques et réglementations pour accroître la disponibilité et l'accessibilité à tous les niveaux y compris le niveau communautaire, (ii) les chaînes d'approvisionnement, de stockage et de distribution, (iii) la déconcentration des points de ravitaillement, (iv) la coordination lors de la mise en œuvre des activités et le Suivi Evaluation. Il sera également question de renforcer (i) les capacités des responsables pour la gestion des intrants antipaludiques au SLP, à l'Inspection des Services Pharmaceutiques et à la Direction de la Pharmacie et impliquer les Equipes Cadres de Régions (ECR), et des Districts (ECD) dans le suivi de la gestion des intrants, (ii) le partenariat entre le Programme, la MINUSCA, le PAM et les agences humanitaires pour le transport, le stockage et la distribution des intrants de lutte contre le paludisme dans les zones d'insécurité ou d'accès difficile.

- *Intervention 4.2 : Développement de l'assurance et du contrôle qualité des médicaments et intrants de lutte contre le paludisme et de la pharmacovigilance.*

On procédera : (i) à la création et au fonctionnement du Service de Pharmacovigilance. Pour ce faire le SLP travaillera en collaboration avec la Direction des Services Pharmaceutiques des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DSPLMT). On procédera au renforcement des capacités des prestataires pour la notification des effets indésirables, (ii) au contrôle qualité des intrants antipaludiques y compris des MILD par les laboratoires agréés par l'OMS, (iii) à l'analyse systématique des lots de tout produit avant admission définitive, (iv) à la mise place d'un système de CQ en réseau des lames de GE et de TDR.

Stratégie 5. : Promotion de la santé

- *Intervention 5.1 : Plaidoyer*

Il est nécessaire pour obtenir et maintenir l'engagement des décideurs à tous les niveaux en matière de lutte contre le paludisme. L'établissement d'un partenariat concrétisera l'engagement des acteurs clés, notamment les opérateurs publics, privés et les médias. Des actions de plaidoyer auprès des autorités et leaders d'opinion seront réalisées par les Comités Régionaux, Préfectoraux, Sous-préfectoraux, Communaux et Villageois de Soins de Santé Primaires.

- *Intervention 5.2 : Mobilisation sociale*

Elle va s'appuyer sur les réseaux des organisations communautaires, les ONG, les élus locaux, les leaders communautaires. Elle se fera à travers l'organisation des événements internationaux et nationaux. Les thématiques à débattre concerneront la prévention du paludisme, la prise en charge du paludisme et le recours précoce aux soins.

- *Intervention 5.3 : Communication pour le Changement de Comportement (CCC)*

Il s'agira de mener des recherches sur la population cible pour identifier ses motivations, croyances, influences, synergies, obstacles et facteurs liés à l'adoption du comportement souhaité, concevoir des programmes pour répondre à ces problématiques. Plusieurs techniques de communication choisies selon les cibles et leurs particularités seront utilisées : la communication interpersonnelle ; les médias de masse comme la télévision ou les radios locales pour le changement de comportement ; la mobilisation sociale et le plaidoyer pour l'adhésion des décideurs et leaders. Les supports de communication produits doivent être adaptés au contexte et intégrer les messages traduits en langue locale. Les interventions de CCC doivent être évaluées afin de s'assurer qu'elles exercent une influence, positive ou négative, en faveur de l'adoption du comportement souhaité.

Stratégie 6. : Surveillance, suivi et évaluation

- *Intervention 6.1 : Renforcement du système de Surveillance épidémiologique en vue de la détection précoce et réponses aux flambées des cas et situation d'urgence*

La surveillance du paludisme se fera à travers le système de prévention et de contrôle des flambées des cas basés sur un système d'alerte précoce permettant de détecter toute épidémie en fonction des données hebdomadaires de notification des cas et des décès.

- *Intervention 6.2 : Renforcement de la surveillance entomologique*

La mise à jour régulière de la cartographie des vecteurs du paludisme à travers une surveillance entomologique au niveau des sites sentinelles incluant l'évaluation de la densité, les habitudes, les comportements des vecteurs tels que le temps de piqures, le lieu de repos et de pique (exophile, endophile, exophage, endophage), les préférences de l'hôte (anthropophile, zoophile), des taux d'inoculation entomologiques, la susceptibilité des vecteurs aux insecticides.

L'identification de l'habitat et des caractéristiques des gîtes larvaires.

- *Intervention 6.3 : Renforcement du système de Suivi des indicateurs clés de surveillance et de suivi évaluation*

La mise en œuvre des interventions nécessite un dispositif de Suivi et Evaluation capable de fournir des informations fiables et à temps pour l'amélioration des performances. En complément du plan stratégique, un plan détaillé de Suivi et Evaluation sera développé. Le système de surveillance épidémiologique et de collecte de routine ainsi que les supervisions seront renforcées.

- *Intervention 6.4 : Revue et évaluations périodiques*

Des revues et évaluations périodiques seront menées afin de mesurer périodiquement le niveau d'exécution technique, financière, la qualité des prestations des services, évaluer le niveau des performances du programme, l'impact des interventions afin de faire des recommandations pour l'amélioration des performances du programme. Une revue à mi-parcours sera réalisée en 2020 et une revue finale sera effectuée en 2022.

- *Intervention 6.5 : Promotion de la recherche opérationnelle*

Les résultats de la recherche opérationnelles sont indispensables afin d'augmenter la chance de résolution des problèmes. Pour cela, il est prévu de : (i) mettre en place un comité de recherche, (ii) élaborer un plan de recherches sur le paludisme ; (iii) développer une approche contractuelle avec les institutions de recherche nationales et Internationales, (iv) mettre en place un mécanisme de partage des résultats des études.

Stratégie 7. : Gestion du programme

- *Intervention 7.1 : Développement des documents normatifs de lutte contre le Paludisme*

Le développement des documents normatifs de lutte contre le Paludisme permettra de renforcer la gouvernance et le cadre institutionnel de ce plan, il s'agira de : (i) procéder à la révision périodique du PSN ; (ii) élaborer et produire les documents stratégiques et opérationnels ; (iii) élaborer et mettre en œuvre en collaboration avec tous les partenaires les micros plans opérationnels dans chaque formation sanitaire, dans chaque district sanitaire et chaque région sanitaire ; (iv) élaborer un plan de contingence des gestions des cas de paludisme en situation d'urgence complexe et des épidémies. Les documents élaborés seront vulgarisés à toutes les parties prenantes impliquées dans la lutte contre le paludisme.

- *Intervention 7.2 : Mobilisation des ressources pour le financement de la lutte contre le paludisme*

L'un des principaux problèmes auxquels le secteur de la santé se confronte est l'insuffisance en ressources financières. Pour cela : (i) un plan de plaidoyer et de mobilisation des ressources permettra des efforts de mobilisation des ressources auprès du Gouvernement, des partenaires nationaux et internationaux à travers les analyses périodiques des Gap (ii) le PNLP sera doté d'un mécanisme pour suivre et collecter l'information sur l'exécution financière au niveau de tous les partenaires et acteurs de lutte contre le paludisme et (iii) des actions de promotion des nouvelles initiatives de financement (mutuelles de santé, Financement Basé sur les Résultats, recouvrement partiel des coûts, soins subventionnés pour les plus vulnérables, etc.) seront développées en faveur de la lutte contre le paludisme.

- *Intervention 7.3 : Renforcement de la coordination et la gestion du Programme*

Pour favoriser une synergie d'actions entre tous les partenaires impliqués dans la mise en œuvre de ce plan, un accent particulier sera mis sur la fonctionnalité des instances de coordination.

▪ *Intervention 7.4 : Renforcement des capacités techniques des acteurs*

Les capacités techniques et opérationnelles du SLP et des autres parties prenantes seront renforcées afin de les rendre capables d'exécuter efficacement leurs missions.

5.2. Modalités opérationnelles de mise en œuvre en zones d'insécurité

Le Ministère en charge de la Santé à travers le Service de Lutte contre le Paludisme va s'appuyer sur la disponibilité dans les zones d'insécurité des ONG internationales et nationales ainsi que de la société civile pour offrir de services de lutte contre le paludisme dans les zones de conflit en vue de l'atteinte des objectifs. Il s'appuiera sur les partenaires pour la mise en œuvre de certaines activités que sont :

- Le Programme Alimentaire Mondiale (PAM) pour le stockage et distribution des intrants.
- UNHAS assurant les vols des humanitaires pour la distribution des intrants dans les zones d'accès difficile.
- Les ONG humanitaires pour le ravitaillement des formations sanitaires qu'ils appuient. Ces ONG veillent au rapportage et font le suivi de l'utilisation des intrants conformément aux directives nationales de lutte contre le paludisme.
- L'UNICEF et les ONG humanitaires pour le ravitaillement des sites de prise en charge Communautaire (PEC-ci) appuyés, veillent au rapportage et au suivi de l'utilisation des intrants ;
- Des ONG dans la distribution des MILD (de routine et masse) en utilisant plusieurs canaux (sites des déplacés internes, hôpitaux, CPN et vaccination).
- Des supervisions conjointes des FOSA (ONG et Ministère de la Santé et de la Population)
- Des plaidoyers auprès des autorités administratives, militaires, groupes armés, leaders d'opinion etc. pour sécuriser le personnel et les dépôts des intrants.

L'implication et l'appropriation de ma communauté ainsi la prise en compte du genre seront les exigences à intégrer dans la mise en œuvre opérationnelle de ces interventions

5.3. Cadre institutionnel de mise en œuvre

Les interventions du plan stratégique de lutte contre le paludisme nécessitent pour leur mise en œuvre un cadre institutionnel souple et cohérent.

La coordination et le suivi de la mise en œuvre du plan seront assurés par les instances suivantes:

Le Comité National de Lutte contre le Paludisme (CNLP) : c'est le cadre de concertation des partenaires.

Il a pour mission d'accompagner le PNLP dans la coordination et de faire des propositions sur les orientations stratégiques pour la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme.

Il apporte sa contribution à la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des activités. Le CNLP participe à l'analyse des données sur la mise en œuvre afin d'identifier les goulots d'étranglement et de proposer des solutions.

Structures de mise en œuvre

Au niveau central

L'unité de coordination du PNLP

Le Service de Lutte contre le Paludisme assure la coordination du PNLP. Ce service a pour rôle de veiller à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans opérationnels annuels. Il est responsable de la mesure des indicateurs, du partage avec les différents acteurs de l'information qui porte sur les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs et les problèmes rencontrés dans la mise en œuvre des activités. Il élabore et diffuse les rapports d'activités auprès des partenaires.

Il est aussi chargé de la mobilisation des ressources, de la mise à disposition d'outils de plaidoyer et de la soumission de requêtes pour la recherche de financement additionnel.

Les outils de gestion disponibles seront conçus ou améliorés pour aider à une meilleure gestion des ressources qui seront allouées aux différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre des interventions du plan stratégique. Ces outils concerneront le niveau central pour une harmonisation avec les procédures de gestion des partenaires financiers du programme (formule de présentation des plans, des requêtes, des rapports techniques et financiers, procédures pour les bons de commandes et bordereaux de livraison).

L'exécution des interventions se fera en coordination avec plusieurs directions techniques du MSP : Direction de la santé familiale et de la population, Direction de la Prévention par la Vaccination, Direction des Soins de Santé Primaires, etc.

Le MSP collaborera étroitement avec les autres départements ministériels pour l'exécution des composantes dont ils sont partis prenantes.

Avec l'appui des partenaires, une réforme et un renforcement du SLP par le Ministère sera nécessaire en vue d'un plus grand impact des interventions développées par le SLP sur cette maladie prioritaire et d'un progrès plus significatif vers l'élimination du paludisme.

De la décentralisation

Au niveau des Régions Sanitaires

La direction de la Région Sanitaire coordonne les interventions de lutte contre le paludisme au niveau de sa région. Pour cela, elle est tenue d'élaborer son micro plan annuel conformément au plan opérationnel du niveau national. Elle travaillera en collaboration avec le comité régional des Soins de Santé Primaires (SSP).

Les ressources seront mises à la disposition des régions pour les activités programmées dans leur plan. Des revues semestrielles des activités seront faites à ce niveau impliquant le niveau central. La direction régionale participe à la revue annuelle du niveau central.

Ce niveau appuie l'ECD pour la mise en œuvre des activités dans leurs zones de couverture.

Au niveau des Districts Sanitaires

Le Chef de District Sanitaire est responsable de la coordination, de la mise en œuvre et du suivi de la mise en œuvre du PSN dans son district. L'équipe cadre de district (ECD) travaille en collaboration avec le comité préfectoral des SSP.

Au niveau de la communauté

L'un des défis à relever dans ce plan est l'appropriation de la lutte par la Communauté. Elle jouera un rôle important dans la mise en œuvre. La Communauté sera impliquée dans toute la chaîne de planification opérationnelle, de mise en œuvre et de suivi.

La prise en charge des cas de paludisme à domicile ne peut se faire sans l'apport de la Communauté. Pour cela, une bonne formation des agents de santé communautaire, des distributeurs et des mères est capitale et conditionne la réussite de la stratégie.

Enfin les structures existantes au niveau communautaire vont servir de relais pour la mise en œuvre des interventions locales en coordination avec la société civile.

Le relais communautaire fait le lien entre la communauté et le centre de santé. Il met en œuvre les activités de lutte contre le paludisme (PEC-ci, IEC, CCC) à ce niveau sous la supervision du centre de santé de rattachement. Il produit les rapports d'activités mensuelles qui remontent par le circuit de l'information sanitaire.

Rôle des Partenaires

Ce plan sera mis en œuvre dans le cadre d'un large partenariat avec toutes les parties prenantes à la lutte contre le paludisme.

Tableau X : Parties prenantes et leurs rôles

Partenaires	Rôle
Ministère de la Santé et de la Population	– Redynamiser le CNLP – Coordonner les activités de lutte contre le paludisme – Intégrer toutes les actions et orientations du plan stratégique de lutte contre le paludisme dans le paquet minimum d'activités (PMA) des formations sanitaires publiques et privées. – Former le personnel en collaboration avec la Faculté des Sciences de la Santé; – Créer les nouvelles structures répondant aux exigences de ce Plan Stratégique. – Promouvoir la lutte contre le paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire – Suivi et évaluation en étroite collaboration avec les chefs des RS
Communautés locales, société civile et ONG nationales,	– Participer à la planification, à la mise en œuvre, et au suivi évaluation) pour une appropriation et pérennisation des acquis
Partenaires techniques et financiers	– Appui technique et financier – Collaborer avec le SLP

ONG Humanitaires	– Appui opérationnel et financier – Collaborer avec le SLP
Secteur privé et confessionnel	– Participer à la planification, à la mise en œuvre, et au suivi évaluation
Institutions de formation et de recherche	– S'approprier les tâches de renforcement des capacités nationales en matière de lutte contre le paludisme. – Collaborer avec le SLP dans le cadre de la Recherche opérationnelle
Autres ministères	– Apporter leurs appuis, chacun dans son domaine de compétence.

Les partenaires ci-dessous énumérés joueront un rôle critique dans la réussite de la mise en œuvre. Un effort sera fait par le SLP pour que les objectifs et stratégies des uns et des autres puissent soutenir le PSN et sa mise en œuvre.

Tableau XI : Répartition des partenaires intervenant dans la lutte contre le paludisme selon leurs domaines et zones d'interventions en 2017

Partenaires	Domaines d'Interventions	RS et DS d'intervention
1 Etat	Appui Institutionnel (salaires, locaux...)	7 RS, tous les DS
2 FMSTP/WVI	Prévention, Prise en Charge, Gestion du programme, S&E	7 RS, tous les DS
3 UNICEF	Distribution MILD, Prise en Charge, PEC-ci, Appui Institutionnel	RS4, RS5,
4 OMS	Appui Technique, coordination, surveillance, mobilisation des ressources, appui et suivi de la mise en œuvre	7 RS, tous les DS
5. RBM	Assistance Technique, Supports financiers ponctuels	7 RS, tous les DS
6 The Mentor Initiative	PECADOM et PCIME Communautaire	RS3 RS1 RS7
7 Groupe MSF	Prise en charge des cas, distribution de routine MILD	7 RS, tous les DS
8 Emergency	Diagnostic et traitement des cas du paludisme	2
9 CRCA	Participation aux campagnes de distribution MILD en situation d'urgence, mobilisation sociale	7 RS, tous les DS
10 Save The Children	Diagnostic et traitement des cas	32 FOSA RS2
11 International Médical Corps (IMC)	Diagnostic et traitement des cas	RS58
12 CAPANAMUR	Diagnostic et traitement des cas	RS710
13 FAIRMED	Diagnostic et traitement des cas	15
14 ASSOMESCA	Prise en Charge des cas dans structures confessionnelles	7 RS, tous les DS
15 PU-AMI	Diagnostic et traitement des cas	34
16 Chine Populaire	Don des médicaments antipaludiques	7 RS, tous les DS
17 Union Européenne	Prise en Charge des cas en partenariat avec UNICEF	RS4, 5
18 Banque Mondiale	Appui Institutionnel fourniture CTA et TDR à travers UNICEF	7 RS, tous les DS
Croix-Rouge Française	Diagnostic et traitement des cas	22
ALIMA	Diagnostic et traitement des cas	10
Médecins du Monde	Diagnostic et traitement des cas	6
Triangle	Diagnostic et traitement des cas	1

Toutes les autres FOSA non couvertes par les partenaires sont sous la responsabilité du ministère de la Santé/SLP pour la fourniture en ACT/TDR.

Tableau XII : Liste des partenaires pour le volet MILD

PARTENAIRE	ZONES DE COUVERTURES
CRCA	Régions sanitaires n° 1 ,2 et 3 (SP Bossangoa, Bouca, Nana Bakassa, Nanga Boguila, Markounda, Bozoum et Bossemptelé

The Mentor Initiative (2019)	Région sanitaire n°3 (SP, Ngaoundaye, Paoua, Bocaranga, Nana Bakassa, Bossangoa, Batangafo, Markounda, Nangha Bogila)
MSF (Belgique, Espagne, France, Hollande et Suisse)	SP Berberati, Carnot, Bria, Bossangoa, Markounda, Bangassou, Dekoa, Bocaranga, Bakouma, Batangafo, Kabo, Ndélé
Rapid Response Mécanisme RRM (ACTED, PU-AMI, NRC, Solidarité Internationale)	Zones d'urgences dans les Régions sanitaires 4,5 et 6
ACDES	SP Bambari et Grimari
Norwegian Council Refugees (NRC)	Population déplacées
Organisation Internationale pour les Migration (OIM)	SP Kabo
OXFAM	Unité nutritionnelle Thérapeutique (UNT) dans la Région sanitaire n°4
Conseil Danois aux Réfugiés (DRC)	Population déplacées
Ministère des Affaires Sociales	SP Yaloké
Plan International	RS2 (Berberati, Nola
CRADEC	SP Amadagaza, Gamboula, Dede Mokoumba, Carnot-Gadzi

5.4. Activités clés et chronogramme de la mise en œuvre

Les activités clés et le chronogramme de mise en œuvre sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau XIII : Activités clés et le chronogramme de mise en œuvre

OBJECTIFS SPECIFIQUES/STRATEGIES/ACTIVITES	PLANNING OPERATIONNEL					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Objectif spécifique 1 : Protéger au moins 80% de la population à risque avec des interventions de lutte anti vectorielle efficaces d'ici fin 2022						
Stratégie 1 : lutte antivectorielle						
Intervention 1.1: La distribution universelle, massive et gratuite des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action à raison d'une MILD pour 02 personnes lors des campagnes de masse tous les 03 ans						
Activité : 1.1.1. : Organiser une campagne partielle de distribution de masse dans les régions 4, 5, et 6 de 383.679 MILD	X	X				
Activité : 1.1.2. : Organiser une campagne partielle de distribution de masse dans les régions sanitaires 1,2 et 3 de 3.339.665 MILD		X	X			
Activité : 1.1.3. : Poursuivre l'organisation de la campagne partielle de distribution de masse dans la région sanitaire 1 et 5 SP de la RS3 3.339.665 MILD			X			
Activité : 1.1.4. : Organiser une campagne de distribution de masse dans les régions sanitaire 4, 5, 6 et 7, de 1 658 597 MILD					X	
Activité : 1.1.5. : Organiser une campagne partielle de distribution de masse dans les régions 1, 2 et 3 de 1 934 250 MILD						X
Intervention 1.2 : La distribution de routine régulière et gratuite dans les FOSA lors des CPN 1 et la vaccination en Penta 3						
Activité : 1.2.1. : Organiser la distribution de 821.146 MILD en routine aux femmes enceintes reçues en CPN	X	X	X	X	X	X
Activité : 1.2.2 : Organiser la distribution de 653.017 MILD en routine aux enfants de 0 à 11 mois reçus au PEV	X	X	X	X	X	X
Activité : 1.2.3 : Organiser la distribution de 653.017 MILD en routine aux enfants de 1 à 5ans reçus en suivi de croissance et en consultation curative				X	X	X
Activité : 1.2.4 : Organiser la distribution de 653.017 MILD en routine aux enfants de 1 à 5ans dans la communauté				X	X	X
Activité : 1.2.5 : Organiser la distribution de 1.002.680 MILD chez les PDI, aux réfugiés et dans les situations d'urgences	X	X	X	X	X	X

Intervention 1.3 : La distribution aux groupements spéciaux (les internats, les hôpitaux, les maisons carcérales, les campements peulhs et pygmées, les colonies de pêches, les casernes militaires)						
Activité 1.3.1 : Organiser la distribution de 1.002.680 MILD dans les internats, les hôpitaux, les maisons carcérales, les campements peulhs et pygmées, les colonies de pêches, les casernes militaires.				X	X	X
Intervention 1.4 : La pulvérisation intra domiciliaire						
Activité 1.4.1 : Acquérir les équipements et produits pour la PID		X	X	X	X	X
Activité 1.4.2 : Former les Agents de mise en œuvre		X	X	X	X	X
Activité 1.4.3 : Sensibiliser la communauté et les leaders sur la PID dans les districts sanitaires de Bossembélé, Bégoua, Bangui1, Bangui II, Bangui III et Bimbo		X	X	X	X	X
Activité 1.4.4 : Réaliser la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticide à effet rémanent dans les districts sanitaires de Bossembélé, Bégoua, Bangui1, Bangui II, Bangui III et Bimbo		X	X	X	X	X
Activité 1.4.5 : Réaliser la pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticide à effet rémanent dans les autres districts sanitaires du pays		X	X	X	X	X
Activité 1.4.6 : Réaliser la PID dans les Districts en épidémie et en situation d'urgences complexes			X	X	X	X
Activité 1.4.7 : Assurer la supervision de la mise en œuvre			X	X	X	X
Intervention 1.5 : La distribution continue de Moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action dans les Établissements scolaires						
Activité 1.5.1 : Organiser la distribution de 653.017 MILD aux enfants de 5 à 15 ans dans les établissements scolaires				X	X	X
Intervention 1.6 : La distribution continue de Moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action – Distribution continue – Communautés (Malnutris)						
Activité 1.6.1 : Organiser la distribution de 653.017 MILD en continue aux enfants manqués de 1 à 5 ans dans la communauté				X	X	X
Activité 1.6.2 : Organiser la distribution de 653.017 MILD en continue aux enfants malnutris dépistés par les ASC				X	X	X
Objectif spécifique 2 : Assurer la couverture en chimio prévention à au moins 80% des femmes enceintes et des enfants de moins de 5ans d'ici fin 2022						
Stratégie 2 : Chimio-prévention						
Intervention 2.1 : Le traitement préventif intermittent gratuit du paludisme chez les femmes enceintes à la Sulfadoxine-Pyriméthamine pendant les CPN à partir du 4ème mois de grossesse à intervalle d'1 mois jusqu'à l'accouchement						
Activité 2.1.1 : Dispenser la SP en CPN chez les femmes enceintes à partir de 4 mois jusqu'à	X	X	X	X	X	

l'accouchement à intervalle d'1 mois jusqu'à l'accouchement						
Activité 2.1.2 : Intégrer le TPIg dans les stratégies avancées de CPN	X	X	X	X	X	
Intervention 2.2 : Le traitement préventif intermittent gratuit du paludisme chez les nourrissons à la Sulfadoxine-Pyriméthamine pendant les séances de vaccination de routine en même temps que la Penta2 à 10 semaines puis la penta3 à 14 semaines et VAR/VAA à 9 mois						
Activité 2.2.1 : Former les responsables PEV et les Chefs de sections soins et supervision des 35 districts sanitaires		X			X	
Activité 2.2.2 : Dispenser la SP en PEV de routine et en stratégie avancée chez les enfants de moins de 11 mois		X	X	X	X	
Intervention 2.3 : La Chimio Prévention Saisonnière du paludisme consiste en l'administration d'une dose complète de la SP+AQ le 1er jour et AQ les 2ème et 3ème jours à intervalle d'1 mois pendant 4 mois au cours de la saison de forte transmission du paludisme. Cette intervention concerne les enfants de 3 à 59 mois dans les zones ciblées (Ouham-Pendé, Ouham, Nana Gribizi, Bamingui Bangoran, Vakaga, Haute Kotto et Haut Mbomou).						
Activité 2.3.1 : Acquérir la SP et Amodiaquine 125 mg pour la CPS		X	X	X	X	X
Activité 2.3.2 : Former les agents de santé et les ASC des zones ciblées (Ouham-Pendé, Ouham, Nana Gribizi, Bamingui Bangoran, Vakaga, Haute Kotto et Haut Mbomou).		X	X	X	X	X
Activité 2.3.3 : Sensibiliser les communautés et les leaders sur la CPS		X	X	X	X	X
Activité 2.3.4 : Administrer une dose complète de la SP+AQ le 1er jour et AQ les 2èmes et 3èmes jours à intervalle d'1 mois pendant 4 mois au cours de la saison de forte transmission du paludisme. Cette intervention concerne les enfants de 3 à 59 mois dans les zones ciblées		X	X	X	X	X
Activité 2.3.5 : Assurer la supervision de la mise en œuvre de la CPS		X	X	X	X	X
Intervention 2.4 : La chimio prévention chez les non immuns						
Activité 2.4.1 : Sensibiliser le personnel de santé sur la Chimio prévention chez les non immuns	X	X	X	X	X	X
Objectif spécifique 3 : Assurer la prise en charge correcte d'au moins 80% des cas de paludisme selon les directives nationales d'ici fin 2022						
Stratégie 3 : Prise en charge des cas						
Intervention 3.1 : Prise en charge des cas du paludisme dans les formations sanitaires						
Activité 3.1.1 : Former 2 prestataires par FOSA et 1 dispensateur (140) dans les RS 4, 5 et 6 sur les directives de PEC		X				
Activité 3.1.2 : Former 3 prestataires par FOSA et 2 dispensateurs (4190) dans les RS 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7 sur les directives de PEC				X		
Activité 3.1.3 : Recycler 3 prestataires par FOSA et 2 dispensateurs (4190) dans les RS 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7 sur les directives de PEC						X
Activité 3.1.4 : Reproduire et diffuser les registres et fiches de rapports pour 838 FOSA	X	X	X	X	X	X
Activité 3.1.5 : Multiplier et diffuser 4500 algorithmes de prise en charge des cas de paludisme à tous les niveaux des soins	X	X	X	X	X	X

Activité 3.1.6 : Former 100 formateurs au niveau des équipes cadre des Régions et Districts Sanitaire à la PEC du paludisme	X	X	X	X	X	X
Activité 3.1.7 : Former 46 (35 DS, 5 Labo Réf, 6 RS) formateurs en microscopie du paludisme à travers une assistance technique Internationale	X	X	X	X	X	X
Activité 3.1.8 : Former 100 laborantins des 5 Hôpitaux Centraux, 5 des Régions et 35 des Districts	X	X	X	X	X	X
Activité 3.1.9 : Assurer à travers les laboratoires certifiés par l’OMS, les contrôles de qualité des TDR			X	X	X	X
Activité 3.1.10 : Assurer à travers un laboratoire accrédité au niveau national, deux contrôles de qualité annuels des lames pour microscopie	X	X	X	X	X	X
Intervention 3.2 : Prise en charge des cas du paludisme au niveau communautaire						
Activité 3.2.1 : Réaliser et mettre à jour tous les 6 mois la cartographie des partenaires de la PEC-ci	X	X	X	X	X	X
Activité 3.2.2 : Tenir les ateliers d’élaboration et de validation de micro-planification annuelle en PEC-ci des 35 districts sanitaires	X	X	X	X	X	X
Activité 3.2.3 : Organiser des réunions trimestrielles des experts et autres acteurs impliqués dans la coordination de la PEC-ci	X	X	X	X	X	X
Activité 3.2.4 : Reproduire les outils de mise en œuvre et de collecte des données de la PEC-ci	X	X	X	X	X	X
Activité 3.2.5 : Former les 1.175 acteurs de la mise en œuvre de la PEC-ci	X	X	X	X	X	X
Activité 3.2.6 : Organiser des réunions mensuelles de coordination des activités de la PEC-ci au niveau des districts	X	X	X	X	X	X
Activité 3.2.7 : Doter la coordination PEC-ci d’un véhicule 4 x 4 pour la supervision des activités			X			
Activité 3.2.8 : Organiser 1.175 réunions de debriefing à l’intention des leaders communautaires dans chaque district sanitaire (autorités locales, religieuses et les organisations à assise communautaire)	X	X	X	X	X	X
Activité 3.2.9 : Mettre en place de 1.175 comités de gestion des sites à prédominance féminine autour des sites PEC-ci pour la promotion des PFE, le soutien à la référence des cas graves et aux ASC	X	X	X	X	X	X
Activité 3.2.10 : Assurer mensuellement le suivi post formation des ASC pendant 6 mois	X	X	X	X	X	X
Activité 3.2.11 : Doter 1.175 sites et les ASC en matériels et équipements pour la PEC-ci	X	X	X	X	X	X
Activité 3.2.12 : Assurer mensuellement les réunions de monitoring des ASC	X	X	X	X	X	X
Activité 3.2.13 : Assurer la motivation des 1175 ASC (financière, en nature ou autres modalités définies par la communauté)	X	X	X	X	X	X

Activité 3.2.14 : Organiser des réunions trimestrielles des experts de la PEC-ci	X	X	X	X	X	X
Activité 3.2.15 : Organiser deux voyages d'échange d'expérience annuelle entre les sites de la PEC-ci.		X		X		
Intervention 3.3 : Traitement de masse (MDA) pour la prise en charge des cas du paludisme en cas d'épidémies ou urgence						
Activité 3.3.1 : Former 200 agents de santé et agents de santé communautaires à mettre en œuvre un traitement de masse	X	X	X	X	X	X
Activité 3.3.2 : Sensibiliser la communauté pour une compréhension et une adhésion en cas de la mise en œuvre d'un traitement de masse	X	X	X	X	X	X
Activité 3.3.3 : Assurer une pharmacovigilance en cas de la mise en œuvre de MDA	X	X	X	X	X	X
Objectif spécifique 4 : Rendre disponible les médicaments antipaludiques et autres intrants de qualité dans au moins 95% des formations sanitaires (publiques, privées et confessionnelles) fonctionnelles et communautés ciblées d'ici fin 2023, y compris d'un stock de contingence pour des situations d'urgence complexe et des épidémies						
Stratégie 4 : Gestion des approvisionnements et des stocks						
Intervention 4.1 : Renforcement de la disponibilité des médicaments et autres intrants antipaludiques dans les FOSA et communautés ciblées, y compris d'un stock de contingence pour les situations d'urgence complexe et le traitement de masse en cas d'épidémies.						
Activité 4.1.1 : Elaborer un manuel (intégré) de quantification et de gestion des médicaments au niveau des FOSA		X	X			
Activité 4.1.2 : Organiser un atelier national annuel de quantification		X	X	X	X	X
Activité 4.1.3 : Organiser 2 missions par an de contrôle sur le terrain par l'équipe de la RS		X	X	X	X	X
Activité 4.1.4 : Organiser 2 missions par an sur le terrain par l'inspection des services pharmaceutiques		X	X	X	X	X
Activité 4.1.5 : Former 1.008 responsables des FOSA et membres des équipes cadres de district sur la quantification et de gestion des médicaments au niveau des FOSA		X		X		
Activité 4.1.6 : Recycler 1.008 responsables des FOSA et membres des équipes cadres de district sur la quantification et de gestion des médicaments au niveau des FOSA et en système d'information de la gestion logistique (SIGL)				X	X	X
Activité 4.1.7 : Assurer la supervision trimestrielle GAS des districts vers les FOSA (4032 visites de supervision prévues par an)	X	X	X	X	X	X
Activité 4.1.8 : Construire 1 entrepôt national pour le stockage des intrants au niveau central		X		X		
Activité 4.1.9 : Assurer la gestion des achats et des stocks de 13.850.756 de TDR pendant 5 ans	X	X	X	X	X	X
Activité 4.1.10 : Assurer la gestion des achats et des stocks de réactifs et consommables pour la microcopie				X	X	X

Activité 4.1.11 : Assurer la gestion des achats et des stocks de 10.738.702 de doses d'AL pendant 5ans	X	X	X	X	X	X
Activité 4.1.12 : Assurer les approvisionnements et la gestion des achats de 536.935 de doses d'ASAQ pendant 5ans	X	X	X	X	X	X
Activité 4.1.13 : Assurer la gestion des achats et des stocks de 2.831.441 de flacons d'Artésunate injectables pendant 5ans	X	X	X	X	X	X
Activité 4.1.14 : Assurer la gestion des achats et des stocks de consommables de la PEC du paludisme grave pendant 5ans	X	X	X	X	X	X
Activité 4.1.15 : Assurer le pré positionnement des intrants de la riposte aux épidémies au niveau des sous bureaux UNICEF/OMS	X	X	X	X	X	X
Activité 4.1.16 : Organiser un atelier national de révision des supports de collecte des données et de suivi évaluation de la GAS	X					
Activité 4.1.17 : Organiser 2 réunions annuelles du comité central de suivi des approvisionnements	X	X	X	X	X	X
Activité 4.1.18 : Rendre disponible au niveau des Districts/FOSA publiques et privées des intrants de prise en charge du paludisme simple et grave	X	X	X	X	X	X
Activité 4.1.19 : Créer une base de données Nationales sur la GAS des intrants anti paludiques		X				
Intervention 4.2 : Développement de l'assurance et du contrôle qualité des médicaments et intrants de lutte contre le paludisme et de la pharmacovigilance						
Activité 4.2.1 : Créer et rendre fonctionnel le Service de Pharmacovigilance		X		X	X	X
Activité 4.2.2 : Renforcer les capacités des prestataires pour la notification des effets indésirables des médicaments		X	X	X	X	X
Activité 4.2.3 : Effectuer le contrôle qualité des intrants antipaludiques y compris des MILD par les laboratoires agréés par l'OMS,	X	X	X	X	X	X
Activité 4.2.4 : Mettre en place un système de CQ en réseau des lames de GE et de TDR	X	X	X	X	X	X
Objectif spécifique 5 : Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme d'ici fin 2023						
Stratégie 5 : Promotion de la santé						
Intervention 5.1 : Plaidoyer						
Activité 5.1.1 : Organiser une matinée d'adoption politique du PSN et de mobilisation des ressources		X				
Activité 5.1.2 : Faire le plaidoyer auprès des Leaders d'opinion (autorités politique et administratives, les Chefs traditionnels, religieux, les leaders des organisations de la jeunesse et des femmes, les tradipraticiens et autres pour leur implication dans la lutte contre le paludisme	X	X	X	X	X	X
Intervention 5.2 : Mobilisation sociale						

Activité 5.2.1 : Elaborer un plan de Média		X				
Activité 5.2.1 : Former 150 professionnels des médias sur la communication en matière de lutte contre le paludisme		X		X		
Activité 5.2.2 : Former 2000 acteurs des réseaux des ONG/OAC et les leaders d'opinion sur la Communication en matière de lutte contre le paludisme	X	X	X	X	X	X
Activité 5.2.3 : Contractualiser avec 10 Medias et 80 OAC, organisations des femmes et des jeunes pour les activités de communication en matière de lutte contre le paludisme	X	X	X	X	X	X
Intervention 5.3 : Communication pour le Changement de Comportement (CCC)						
Activité 5.3.1 : Organiser périodiquement des campagnes de sensibilisation de masse sur la prévention du paludisme (message radio, télé, message à travers les Eglises, les troupes théâtrales, les artistes musiciens etc....)	X	X	X	X	X	X
Activité 5.3.2 : Organiser mensuellement une séance d'émission à la Radio en collaboration avec le REMASTP sur le paludisme en Français et Sango	X	X	X	X	X	X
Activité 5.3.3 : Organiser les Journées Mondiales de Lutte contre le Paludisme	X	X	X	X	X	X
Activité 5.3.4 : Organiser une journée communautaire multisectorielle par mois sur l'Assainissement	X	X	X	X	X	X
Activité 5.3.5 : Publier 1500 affiches de sensibilisation sur la prise en charge et la prévention du paludisme	X	X	X	X	X	X
Objectif 6 : Améliorer les performances du système de surveillance (épidémiologique, entomologique et efficacité des médicaments) du Paludisme y compris le système de Suivi évaluation						
Stratégie 6 : Surveillance, suivi et évaluation						
Intervention 6.1 : Renforcement du système de Surveillance épidémiologique en vue de la détection précoce et réponses aux flambées des cas et situation d'urgence						
Activité 6.1.1 : Elaborer un plan de contingence pour la riposte aux flambées des cas de paludisme et situations d'urgence	X	X				
Activité 6.1.2 : Former 136 Responsables de surveillance épidémiologique des régions et Districts sur la détection précoce et riposte aux flambées des cas et situation d'urgences liées au paludisme.	X	X				
Activité 6.1.3 : Recycler 136 Responsables de surveillance épidémiologique des régions et Districts sur la détection précoce et riposte aux flambées des cas et situation d'urgences liées au paludisme.						X
Activité 6.1.4 : Organiser des sessions de formation de 1.008 responsables des FOSA en surveillance et détection précoce et de la riposte aux flambées des cas et de la situation d'urgence liées au paludisme	X	X	X	X	X	X
Activité 6.1.5 : Assurer les couts opérationnels de la riposte aux épidémies	X	X	X	X	X	X

Activité 6.1.6 : Intégrer le paludisme dans le système de surveillance épidémiologique hebdomadaire	X	X	X	X	X	
Intervention 6.2 : Renforcement de la surveillance entomologique						
Activité 6.2.1 : Mettre à jour régulièrement la cartographie des vecteurs	X	X	X	X	X	
Activité 6.2.2 : Evaluer la densité, les habitudes, les comportements des vecteurs tels que le temps de piqures, le lieu de repos	X	X	X	X	X	
Activité 6.2.3 : Identifier l'habitat et les caractéristiques des gîtes larvaires	X	X	X	X	X	
Intervention 6.3 : Renforcement du système de Suivi des indicateurs clés de surveillance et de suivi évaluation						
Activité 6.3.1 : Organiser un atelier pour réviser et adapter le guide et les outils de collecte des données, (fiche mensuelle de collecte de données désagrégées par sexe et âge et insertion des items TPI et MILD dans les registres CPN et Vaccination, les autres cibles (1 à 5 ans))	X	X		X		
Activité 6.3.2 : Organiser une réunion de deux jours au niveau national pour intégrer les indicateurs de la PEC-ci dans les indicateurs du SNIS,		X				
Activité 6.3.3 : Réviser et adapter le guide de supervision à tous les niveaux (y compris le niveau communautaire et les activités de communication)	X	X		X		
Activité 6.3.4 : Multiplier et approvisionner les structures communautaires, publiques et privées tous les 3 mois en outils de collecte des données et de supervision	X	X	X	X	X	X
Activité 6.3.5 : Organiser les réunions de coordination du suivi-évaluation semestrielle au niveau central incluant les autres programmes de santé	X	X	X	X	X	X
Activité 6.3.6 : Organiser les réunions de coordination trimestrielle au niveau district et régions	X	X	X	X	X	X
Activité 6.3.7 : Organiser un audit externe annuel du système d'information sanitaire (PNLP)	X	X	X	X	X	X
Activité 6.3.8 : Organiser chaque trimestre une mission d'audit interne de qualité des données à tous les niveaux du système de santé	X	X	X	X	X	X
Activité 6.3.9 : Organiser des réunions trimestrielles d'analyse et de validation des données du PNLN au niveau central	X	X	X	X	X	X
Activité 6.3.10 : Organiser une mission de supervision intégrée semestrielle du niveau central vers les régions	X	X	X	X	X	X
Activité 6.3.11 : Organiser une mission de supervision intégrée trimestrielle des régions vers les districts sanitaires	X	X	X	X	X	X

Activité 6.3.12 : Organiser mensuellement le monitoring des activités des structures sanitaires au niveau des districts	X	X	X	X	X	X
Activité 6.3.13 : Organiser mensuellement la supervision des ASC et le monitoring des activités au niveau des districts	X	X	X	X	X	X
Activité 6.3.14 : Acquérir un logiciel de gestion des données et installer au niveau central	X	X				
Activité 6.3.15 : Organiser des revues annuelles du Plan opérationnel	X	X	X	X	X	X
Activité 6.3.16 : Organiser une revue mi-parcours du PSN			X			
Activité 6.3.17 : Organiser la revue finale du PSN					X	
Activité 6.3.18 : Organiser des revues à mi-parcours du plan PEC-ci	X		X		X	
Activité 6.3.19 : Assurer la mise à jour et la maintenance de la banque de données du niveau central	X	X	X	X	X	X
Activité 6.3.20 : Organiser des réunions mensuelles de validation des données de la PEC-ci au niveau des districts sanitaires,	X	X	X	X	X	X
Activité 6.3.21 : Organiser des réunions trimestrielles de validations des données de la PEC-ci au niveau des régions sanitaires	X	X	X	X	X	X
Activité 6.3.22 : Organiser des réunions semestrielles de validations des données de la PEC-ci au niveau central	X	X	X	X	X	X
Activité 6.3.23 : Organiser deux voyages d'échange d'expérience annuelle entre les sites de la PEC-ci.		X		X	X	X
Intervention 6.4 : Promotion de la recherche opérationnelle						
Activité 6.4.1 : Mettre en place un comité de recherche		X				
Activité 6.4.2 : Appuyer l'élaboration d'un plan de recherches sur le paludisme		X	X	X		
Activité 6.4.3 : Développer une approche contractuelle avec les institutions de recherche nationales et Internationales	X	X	X			
Activité 6.4.4 : Mettre en place un mécanisme de partage des résultats des études.	X	X	X	X	X	
Activité 6.4.5 : Réaliser une étude sur la sensibilité des vecteurs aux insecticides et leurs comportements	X			X		X
Activité 6.4.6 : Réaliser une étude sur la rémanence des MILD		X	X	X	X	X
Activité 6.4.7 : Réaliser des tests d'efficacité thérapeutiques des CTA		X	X		X	
Activité 6.4.8 : Réaliser une enquête CAP sur les motivations, croyances, influence, synergie, obstacles de la population cible			X		X	
Activité 6.4.9 : Réaliser une enquête MIS, ABC et EUV			X		X	
Activité 6.4.10 : Réaliser la cartographie du niveau d'endémicité au niveau des districts	X	X	X	X	X	X

Objectif 7 : Renforcer les capacités managériales institutionnelles et opérationnelles du programme pour la mise en œuvre de qualité des activités du PSN de 36 % à au moins 90 % d'ici fin 2022						
Stratégie 7 : Gestion du programme						
Intervention 7.1 : Développement des documents normatifs de lutte contre le Paludisme						
Activité 7.1. 1 : Elaborer les Directives Nationales pour la lutte antivectorielle		X	X			
Activités 7.1.2. : Réviser le document de politique national de lutte contre le paludisme			X			
Activités 7.1.3. : Réviser les Directives Nationales de lutte contre le paludisme			X			
Activités 7.1.4. : Réviser les Directives Nationales de la Prise en charge Communautaire Intégrée			X			
Activité 7.1.5: Multiplier et diffuser les documents normatifs	X	X	X	X	X	
Activité 7.1.6 : Elaborer le PSN 2023-2027					X	
Activité 7.1.7 : Mettre annuellement à jour l'analyse des Gaps programmatiques et financiers du PSN 2018-2023	X	X	X	X	X	X
Activité 7.1.8 : Organiser une cérémonie d'adoption politique des PSN 2018-2022 la dissémination et la mobilisation des ressources.		X				
Activité 7.1.9 : Multiplier et diffuser auprès des acteurs du niveau central, régional, de district et des Partenaires techniques et financiers 200 exemplaires du PSN 2018-2023 et son plan de suivi évaluation		X	X	X		
Activité 7.1.10 : Elaborer et valider les Plans de Travail Annuel (PTA)	X	X	X	X	X	X
Activité 7.1.11 : Multiplier et diffuser les documents opérationnels (1050 exemplaires)	X	X	X	X	X	X
Activité 7.1.12 : Revoir les spécifications techniques des MILD utilisées en tenant compte des résultats des études de sensibilité aux insecticides	X	X	X		X	
Activité 7.1.13 : Contractualiser avec une Organisation de la société civile pour le développement d'un observatoire de veille sur la disponibilité et l'utilisation des intrants dans les FoSa				X	X	X
Activité 7.1.14 : Elaborer un plan de communication				X		
Intervention 7. 2 : Mobilisation des ressources pour le financement de la lutte contre le paludisme						
Activité 7.2.1 : Elaborer un plan de plaidoyer et de mobilisation des ressources des actions de promotion des nouvelles initiatives de financement (mutuelles de santé, Financement Basé sur les Résultats, recouvrement partiel des coûts, soins subventionnés pour les plus vulnérables, etc.)		X	X			
Activité 7. 2.2 : Organiser des réunions de Coordination avec les Partenaires pour capitaliser les données de mise en œuvre des activités de lutte contre le Paludisme		X	X	X	X	X
Activité 7. 2.3 : Créer des actions de promotion des nouvelles initiatives de financement		X	X	X	X	X

Activité 7.2.4 : Appuyer l'Elaboration d'une feuille de route pour la mobilisation des ressources	X	X	X	X	X	X
Activité 7.2.5 : Appuyer l'Organisation de 3 réunions de plaidoyers par an pour la mobilisation des ressources additionnelles en faveur du paludisme à l'endroit du Gouvernement, des partenaires techniques et financiers et du secteur privé,	X	X	X	X	X	X
Activité 7.2.6 : Appuyer l'Organisation de réunion de plaidoyer par an auprès du gouvernement pour améliorer le niveau de décaissement des crédits alloués à la Lutte contre le Paludisme	X	X	X	X	X	X
Activité 7.2.7 : Rédiger et soumettre une demande de financement au FMSTP en faveur de la lutte contre le paludisme pour la période 2021-2023.				X		
Activité 7.2.8 : Organiser 2 réunions de coordination par an avec les différents acteurs pour faire le bilan sur la mobilisation des ressources et le suivi d'utilisation.	X	X	X	X	X	X
Activité 7.2.9 : Organiser annuellement un audit interne de la mise en œuvre du plan	X	X	X	X	X	X
Activité 7.2.10 : Organiser annuellement un audit externe de la mise en œuvre du plan	X	X	X	X	X	X
Intervention 7.3 : Renforcement de la coordination et la gestion du Programme						
Activité 7.3.1 : Réviser les textes mettant en place le Comité National de Lutte contre le Paludisme (CNLP), son organe technique et les Comités Régionaux de Lutte contre le Paludisme			X			
Activité 7.3.2 : Organiser une réunion trimestrielle du CNLP	X	X	X	X	X	X
Activité 7.3.3 : Appuyer la participation du SLP et des Points Focaux Paludisme aux réunions trimestrielles intégrées de coordination régionale PEV et surveillance épidémiologique	X	X	X	X	X	X
Intervention 7.4 : Renforcement des capacités techniques des acteurs						
Activité 7.4.1 : Recruter un pharmacien à la DLPMT et un chargé de lutte anti vectorielle et les rémunérer chaque mois	X	X	X	X	X	X
Activité 7.4.2 : Appuyer la Formation de 1 pharmacien par an dans le domaine d'Inspection		X	X	X	X	X
Activité 7.4.3 : Former en 2 sessions un pool de 25 formateurs puis 800 prestataires des soins du secteur public et privé sur les nouvelles directives de lutte contre le paludisme	X	X		X	X	X
Activité 7.4.4 : Construire/Réhabiliter le local du SLP		X	X	X		
Activité 7.4.5 : Réhabiliter 8 banques de sang au niveau des districts	X	X	X	X	X	X
Activité 7.4.6 : Former en une session un pool de 20 formateurs sur le manuel de procédures de gestion et audit des données	X	X				

Activité 7.4.7 : Former en 3 sessions les 35 Points Focaux et 35 agents du SNIS en gestion des données et audits des qualités des données	X			X		
Activité 7.4.8 : Doter les cellules statistiques en matériels d'archivage (clés et disques externes pour l'archivage électronique des données, boîtes d'archives pour le rangement).	X	X		X		
Activité 7.4.9 : Renouveler la dotation des 35 points focaux paludisme, 8 superviseurs régionaux, et 8 staffs du SLP y compris coordonnateur PEC-ci en téléphones portables et Fly box	X		X		X	X
Activité 7.4.10 : Doter 35 points focaux, 8 superviseurs régionaux, et 9 staffs du SLP y compris coordonnateur PEC-ci en crédits internet pour la transmission des données	X	X	X	X	X	X
Activité 7.4.11 : Assurer la motivation financière des 35 points focaux, 8 superviseurs régionaux, et 9 staffs du SLP y compris le coordonnateur PEC-ci	X	X	X	X	X	X
Activité 7.4.12 : Doter le Service d'IEC des districts en matériels de communication (10 Mégaphones par district plus piles)	X	X	X	X	X	X
Activité 7.4.13 : Organiser deux sessions du cours national en paludologie à l'intention des 35 chefs des districts et 25 cadres nationaux et régionaux, soit 30 participants par session		X		X		
Activité 7.4.14 : Former 10 microscopistes (TSL et médecin biologiste) comme formateurs pour le diagnostic et contrôle qualité du paludisme et 10 TSL en contrôle qualité de paludisme	X	X		X		
Activité 7.4.15 : Faire un plaidoyer auprès de la faculté des sciences de la santé pour l'intégration des directives nationales de lutte contre le paludisme dans curricula des étudiants (paramédical et médical).	X	X		X		
Activité 7.4.16 : Assurer le fonctionnement annuel du PNLP (carburant, frais de téléphone, internet entretien du parc automobile, maintenance des unités informatiques)	X	X	X	X	X	X
Activité 7.4.17 : Organiser des voyages d'échange d'expérience (deux personnes dans le domaine de l'entomologie, deux personnes dans le domaine de la prise en charge communautaire intégrée (PEC-ci) deux personnes dans le domaine de la pharmacovigilance	X		X	X		
Activité 7.4.18 : Former 9 prestataires (3 en communication et plaidoyer pour la santé, 3 en Suivi- et Evaluation, 1 en assurance/contrôle qualité	X	X	X			
Activité 7.4.19 : Accorder des primes de motivation aux Cadres du SLP y compris le coordonnateur de la PEC-ci et Rémunérer le personnel contractuel du SLP et le personnel de la cellule de suivi/Evaluation de FMSTP	X	X	X	X	X	X

Activité 7.4.20 : Mettre en place le Comité de pharmacovigilance dans 5 hôpitaux centraux et 5 Hôpitaux Régionaux	X	X		X		
Activité 7.4.21 : Doter les Comité de pharmacovigilance des 5 hôpitaux centraux et 5 Hôpitaux Régionaux en équipements et outils de collecte de données	X	X	X	X	X	X
Activité 7.4.22 : Assurer le fonctionnement des Comité de pharmacovigilance dans 5 hôpitaux centraux et 5 Hôpitaux Régionaux	X	X	X	X	X	X
Activité 7.4.23 : Organiser 3 sessions de formation des 80 prestataires et gestionnaires de dépôts sur la notification des Effets Indésirables	X	X	X	X		
Activité 7.4.24 : Mettre en place un groupe de travail suivi et évaluation	X					
Activité 7.4.25 : Organiser une réunion trimestrielle du groupe de travail S&E pour la revue des données de surveillance, suivi évaluation	X	X	X	X	X	X
Activité 7.4.26 : Organiser une réunion annuelle de diffusion des résultats de la recherche opérationnelle	X	X	X	X	X	X
Activité 7.4.27 : Publier à tous les niveaux les données de PEC-ci dans le bulletin mensuel paludisme;	X	X	X	X	X	X
Activité 7.4.28 : Elaborer et diffuser les rapports d'activités à tous les niveaux tous les 3 mois	X	X	X	X	X	X
Activité 7.4.29 : Produire, multiplier et diffuser tous les mois un bulletin de retro information sur le paludisme à tous les niveaux	X	X	X	X	X	X
Activité 7.4.30 : Produire et diffuser le rapport annuel d'activités du programme	X	X	X	X	X	X
Activité 7.4.31 : Diffuser sur le site web du MSP chaque trimestre les rapports d'activités sur le paludisme	X	X	X	X	X	X

VI. CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

La mise en œuvre du Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme de la RCA pour l'exercice 2018-2023 devra être soutenue par un plan de suivi et évaluation. Ce plan de Suivi et Evaluation décrit les grandes lignes d'un système adapté à la crise que traverse le pays et qui doit mesurer certains indicateurs jugés indispensables afin de relever le défi de rendre disponible et à temps opportun les informations fiables de qualité sur la mise en œuvre des interventions et les progrès réalisés par le programme. Il s'agira, en fait, d'améliorer le mécanisme de redevabilité dans ce contexte particulier à tous les acteurs : gouvernement, partenaires, bailleurs, décideurs, bénéficiaires.

6.1. Cadre de performance

Le cadre de performance définit les indicateurs et leurs cibles qui serviront au suivi et à l'évaluation des effets, la couverture et de l'impact des interventions déclinées dans le plan de

mise en œuvre du PSN. En ce qui concerne les indicateurs de processus, des cibles trimestrielles seront déterminées dans le plan de Suivi et Evaluation.

Tableau XIV : Cadre de performance

Catégo ries	Indicateurs	Méthode de collecte des données	Respons able	Fréquen ce	Suivi du progrès							
					Référence		Cibles intermédiaires				Cibles	
					Valeur	Source Année	201 8	201 9	202 0	2021	2022	2023
Objectif général: D’ici fin 2023, réduire de 50% la morbidité et la mortalité liée au paludisme dans la population en général par rapport à son niveau de 2015.												
Impact	Taux de mortalité infanto-juvénile	Enquêtes MICS/EDS	MSP	Tous les 3 à 5 ans	179 %	(MICS 2010)	-	-	-	-	70%	70%
Impact	Prévalence de la parasitémie : pourcentage d’enfants âgés de 6 à 59 mois avec une infection palustre	Enquêtes MICS/EDS/MIS	MSP	Tous les 3 à 5 ans	73%	MIS (2016)	-	-	59 %	-	55%	55%
Impact	Incidence de cas confirmés du paludisme pour 1000 habitants	Rapport SNIS/PNL P	SNIS/ PNLP	Trimestri elle / Annuelle	198%	SNIS (2017)	188 %	178 %	168 %	158%	149%	149%
Impact	Incidence du paludisme confirmé chez les enfants de moins de 5ans pour 1000	Rapport SNIS/PNL P	SNIS/ PNLP	Trimestri elle / Annuelle	605%	SNIS (2017)	575 %	545 %	514 %	484%	454%	454%
Impact	Nombre de cas hospitalisés pour le paludisme pour 10 000 personnes	Rapport SNIS/PNL P	SNIS/ PNLP	Trimestri elle / Annuelle	215	SNIS (2017)	205	194	183	172	162	162
Impact	Taux de mortalité due au paludisme pour 100 000	Rapport SNIS/PNL P	SNIS/ PNLP	Trimestri elle / Annuelle	72%	SNIS (2017)	68 %	65 %	61 %	58%	54%	54%
Impact	Mortalité due au paludisme chez les enfants de moins de 5ans pour 100 000	Rapport SNIS/PNL P	SNIS/ PNLP	Trimestri elle / Annuelle	250%	SNIS (2017)	238 %	225 %	213 %	200%	188%	188%
Impact	Taux de positivité du test parasitologique du paludisme	Rapport SNIS/PNL P	SNIS/ PNLP	Trimestri elle / Annuelle	71 %	SNIS (2017)	71 %	71 %	71 %	71 %	71 %	71 %
Objectif spécifique 1 : Protéger au moins 80% de la population à risque avec des interventions de lutte antivectorielle efficaces d’ici fin 2023												

Résultat	Pourcentage des foyers équipés d’au moins une moustiquaire imprégnée d’insecticide pour deux personnes	Enquête MICS/TR Ac /MIS	MSP/PN LP	Tous les 3 à 5 ans	49%	MIS (2016)	80 %	90 %	95 %	100%	100%	100%
Résultat	Pourcentage de la population à risque couverte par les moustiquaires distribuées	Enquête MICS/TR Ac/ MIS	MSP/PN LP	Tous les 3 à 5 ans	65%	MIS (2016)	80 %	90 %	95 %	100%	100%	100%
Résultat	% de personnes ayant dormi sous Moustiquaire imprégnées d'insecticide la nuit précédant l'enquête	Enquête MICS/TR Ac/ MIS	MSP/PN LP	Tous les 3 à 5 ans	55%	MIS (2016)	75 %	85 %	90 %	95%	95%	95%
Résultat	% d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous Moustiquaire imprégnées d'insecticide la nuit précédant l'enquête	Enquête MICS/TR Ac/ MIS	MSP/PN LP	Tous les 3 à 5 ans	55%	MIS (2016)	75 %	85 %	90 %	95%	95%	95%
Résultat	% des femmes enceintes ayant dormi sous Moustiquaire imprégnées d'insecticide la nuit précédant l'enquête	Enquête MICS/TR Ac/ MIS	MSP/PN LP	Tous les 3 à 5 ans	68,10 %	TRAc 2013	75 %	80 %	90 %	95%	95%	95%
Objectif spécifique 2 : Assurer la couverture en chimioprophylaxie par la SP à au moins 80% des cibles (femmes enceintes et nourrissons) d’ici fin 2023.												
Résultat	Pourcentage de femmes enceintes, fréquentant les centres de consultations prénatales, ayant reçu une dose de TPI	Enquête MICS/ED S/ MIS	MSP/PN LP	Tous les 3 à 5 ans	67%	MIS (2016)	69 %	72 %	75 %	78%	81%	81%
Résultat	Pourcentage de femmes enceintes, fréquentant les centres de consultations	Enquête MICS/ED S/ MIS	MSP/PN LP	Tous les 3 à 5 ans	38 %	MIS (2016)	50 %	53 %	56 %	59%	62%	62%

	prénatales, ayant reçu trois doses ou plus de TPI											
Résultat	Pourcentage de nourrissons, fréquentant les centres de PEV, ayant reçu trois doses de TPI	Enquête MICS/EDS/ MIS	MSP/PNLP	Tous les 3 à 5 ans	ND	ND	30 %	40 %	50 %	60%	70%	70%
Objectif spécifique 3 : Assurer la prise en charge correcte d'au moins 80% des cas de paludisme selon les directives nationales d'ici fin 2023.												
Résultat	% d'enfants de moins de 5 ans avec fièvre ayant bénéficié d'un diagnostic biologique du Paludisme	Enquêtes en pop (MIS, MICS, DHS)	MSP/PNLP	Tous les 3 à 5 ans	38%	MIS (2016)	91 %	93 %	95 %	95%	95%	95%
Résultat	% d'enfant de moins de 5 ans avec fièvre/paludisme ayant reçu un traitement selon les directives nationales) dans une FOSA	MIS	PNLP	Tous les 3 à 5 ans	24,9 %	MIS (2016)	80 %	90 %	95 %	95%	95%	95%
Résultat	% d'enfant de moins de 5 ans avec fièvre/paludisme ayant reçu un traitement correct dans les 24 heures qui suit l'apparition des symptômes dans les communautés ciblées (PEC-ci)	Rapports PNLP/SNIS	PNLP/SNIS	Trimestrielle / Annuelle	ND	ND	60 %	70 %	80 %	85%	90%	90%
Objectif spécifique 4 : Rendre disponible les médicaments et autres intrants antipaludiques de qualité dans au moins 80% des formations sanitaires (publiques, privées, confessionnelles) et communautés ciblées d'ici fin 2023.												
Effet	Pourcentage des établissements de santé n'ayant pas signalé une	Rapports PNLP/SNIS	PNLP/SNIS	Trimestrielle / Annuelle	65%	SNIS (2015)	70 %	75 %	80 %	85%	90%	90%

	rupture de stock des médicaments essentiels											
Objectif spécifique 5 : Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme d'ici fin 2023												
Résultat	% des personnes qui ont reçu des informations sur le paludisme	Enquête CAP/TR Ac	MSP/PNLP	Tous les 3 à 5 ans	56%	MIS (2016)	70 %	80 %	90 %	95%	95%	95%
Résultat	% de personnes qui connaissent les principaux signes/symptômes du paludisme	Enquête CAP	MSP /P NLP	Tous les 3 à 5 ans	66%	TRAc 2012	70 %	80 %	90 %	95%	95%	95%
Résultat	% de personnes qui connaissent l'utilisation de MILD comme moyen de prévention contre le paludisme	Enquête CAP/TR Ac	MSP/PN LP	Tous les 3 à 5 ans	66%	MIS (2016)	70 %	80 %	90 %	95%	95%	95%
Résultat	% de personnes qui connaissent la cause du paludisme	Enquête CAP/TR Ac	MSP/PN LP	Tous les 3 à 5 ans	77,50 %	TRAc 2012	85 %	90 %	95 %	95%	95%	95%
Objectif spécifique 6 ; Améliorer la disponibilité et la qualité des données sur la surveillance du Paludisme, le suivi et évaluation (promptitude de 46% à au moins 80% et la complétude qui passerait de 66 % à 95%) ainsi que la Recherche Opérationnelle d'ici fin 2023.												
Effet	Taux de complétude des rapports d'activités	Rapports d'activités	PNLP/ SNIS	Trimestrielle / Annuelle	66%	SNIS (2017)	75 %	80 %	85 %	90%	95%	95%
Objectif spécifique 7 : Renforcer les capacités managériales institutionnelles et opérationnelles du programme pour la mise en œuvre de qualité des activités du PSN de 36 % à au moins 90 % d'ici fin 2023.												
Effet	Taux de d'exécution technique du PSN (réalisation des activités)	Rapports d'activités	PNLP/ SNIS	Trimestrielle / Annuelle	36%	RPP 2017	70 %	75 %	80 %	85%	90%	90%

6.2. Surveillance épidémiologique

La surveillance du paludisme se fera à travers le mécanisme de prévention et de contrôle des flambées des cas basé sur un système d'alerte précoce permettant de détecter en temps recommandé toute épidémie en fonction des données hebdomadaires de notification des cas dans le but d'organiser une riposte appropriée.

La mise en fonction des sites sentinelles (dotation du personnel, outils, équipements nécessaires) dans lesquels les suivis épidémiologique, entomologique et parasitologique seront réalisés.

6.3. Suivi et évaluation

Le plan de suivi-évaluation qui couvrira la période 2018-2023 permettra de suivre l'évolution des indicateurs retenus dans le cadre de performance et servira de document de référence.

6.3.1. Mécanisme de Suivi et Evaluation

Les procédures de Suivi Evaluation figurent dans le guide de Suivi Evaluation du SLP. Ce plan de Suivi Evaluation facilite la mesure du progrès en conformité avec les indicateurs de résultat décrits pour chaque objectif. Le plan combine le suivi des données de routine, des enquêtes dans les structures ciblées ou les ménages et une évaluation finale afin de déterminer les effets et l'impact du programme. Le plan prend également en compte l'élaboration de rapports périodiques, la transmission et le retour continu d'informations. Le changement de comportement des membres de la communauté sera mesuré par des enquêtes de Connaissances, d'Attitudes et de Pratiques (CAP).

6.3.2. Renforcement du système de Suivi et Evaluation

La mise en œuvre des interventions nécessite un dispositif de Suivi et Evaluation capable de fournir des informations fiables et à temps pour l'amélioration des performances. En complément du plan stratégique, un plan détaillé de Suivi et Evaluation sera développé. Le système de surveillance épidémiologique et de collecte de routine ainsi que les supervisions seront renforcées.

Il s'agira de :

- renforcer le suivi des indicateurs du programme à travers un système de collecte de routine avec la surveillance épidémiologique et le SNIS,
- améliorer les capacités de gestion des données du programme à tous les niveaux (mise à jour régulière de la base des données, sécuriser les données),
- assurer l'analyse des données et la publication des bulletins mensuels sur l'évolution des indicateurs du programme ;
- renforcer les capacités des acteurs à tous les niveaux ;
- mettre à jour et diffuser les outils de collecte auprès des structures communautaires, et sanitaires publiques et privées impliquées dans la prise en charge du paludisme ;

- assurer la collecte des données et le feed-back des informations ;
- améliorer l’archivage (stockage et accès) des données/documents ;
- renforcer la dissémination de l’information stratégique disponible ;
- renforcer la supervision et le contrôle de la qualité des données ;
- améliorer la complétude et la promptitude de production des rapports aux différents niveaux ;
- améliorer l’utilisation de l’information stratégique dans la prise des décisions ;
- organiser des ateliers de bilan, de revues et d’évaluations périodiques.

6.3.3. Suivi

Pour le suivi de routine, le SNIS dispose d’un système d’information de routine qui ne permet pas de fournir en temps réel l’information nécessaire à la prise de décision. Au niveau du SLP, le système de transmission des données par téléphone portable sera étendu à tous les points focaux des districts et pourra renforcer le SNIS.

Du point de vue de l’organisation, les outils de collecte des données seront disponibles au niveau de toutes les FOSA publiques, privées et dans les communautés ciblées par la stratégie PEC-ci.

Pour la gestion de l’information, les acteurs de chaque niveau sont chargés de la production de l’information locale provenant des données collectées, la notification des cas, la compilation des rapports des services, l’élaboration du rapport mensuel ou trimestriel, l’investigation locale pour les flambées des cas, le traitement et l’analyse des données de couverture et de performance du programme.

Les données collectées par ces différentes entités sont compilées par le point focal chargé d’envoyer les données par téléphone portable au SNIS. Une copie dure est envoyée au SLP qui dispose d’une base de données dure. Pour une amélioration de la complétude et de la promptitude le logiciel Magpi sur le Web est utilisé pour la collecte. En perspective, il est envisagé l’utilisation du DHIS2 comme une base de données électronique à l’échelle nationale.

6.3.4. Evaluation des effets et impacts des interventions

Le SLP et ses partenaires veilleront au respect de la logique d’intervention du cadre stratégique. Cette dynamique permettra de mener les évaluations et revues périodiques pour la mesure des effets et de l’impact des interventions.

Une revue annuelle des activités sera faite, y compris l’audit interne et externe pour garantir la bonne gouvernance. Le SLP et ses partenaires procéderont en fin 2023 à l’évaluation de l’impact des interventions menées entre 2018 et 2023.

6.4. Développement de la recherche opérationnelle

Les résultats de la recherche opérationnelle sont indispensables afin d'augmenter la chance de résolution des problèmes. Pour cela, il est prévu de :

- élaborer un plan de recherche sur le paludisme ;
- développer une approche contractuelle avec les institutions de recherche nationales et Internationales ;
- mettre en place un mécanisme de partage des résultats des études.

VIII. FINANCEMENT DU PLAN STRATÉGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

7.1. Méthode d'estimation des coûts du plan

Les outils utilisés pour collecter et calculer les informations sur les coûts sont l'outil Onehealth (OHT) et le tableur Excel personnalisé.

L'outil Onehealth a été utilisé pour la budgétisation des interventions retenues dans le plan ; le tableur Excel a servi pour le traitement des informations relatives aux activités avant leur prise en compte dans l'outil. Il a aussi servi pour le traitement final des éléments de coût.

a- Estimation des coûts des interventions

Les coûts unitaires pour chaque intervention ont été déterminés à partir des interventions retenues dans le plan, adoptant l'approche des ingrédients, ou une approche de coût normalisée, appliquée pour l'estimation des coûts directs des intrants. L'approche des ingrédients incarne une méthode ascendante de calcul des coûts, en isolant d'abord les interventions définissant chaque activité, puis en identifiant, en quantifiant et en calculant les intrants nécessaires visant la production de l'unité cible et en déterminant le coût unitaire moyen pour chaque intervention. En plus des coûts d'intrants directs pour les médicaments et les fournitures, les coûts unitaires comprennent également une partie des coûts du programme qui sont nécessaires pour soutenir la mise en œuvre des interventions de paludisme et qui ne sont pas directement liés au nombre de personnes recevant des soins (comme la formation, la supervision, le suivi et l'évaluation, l'équipement, le plaidoyer et la communication, les mass médias et la sensibilisation).

L'information sur les modalités de mise en œuvre de chaque intervention a été recueillie au cours auprès des points focaux identifiés par le PNLP et au sein des organismes principaux pour chaque groupe d'interventions. Les coûts des intrants ont été obtenus à partir des prix du marché, de l'information disponible dans les bases de données d'approvisionnement du système des nations unies et des enquêtes.

b- Limites de la méthode utilisée

Les estimations de coûts présentées dans ce plan dépendent fortement des hypothèses faites et de la couverture actuelle des interventions. En outre, la méthode utilisée comporte un certain nombre de limites qui affectent principalement la façon dont les coûts du programme ont été calculés.

Quant à l'outil Onehealth, une de ses limites est sa forte dépendance à la complétude et à la fiabilité des données qui sont intégrées, justifiant la nécessité de disposer d'informations pertinentes et de qualité.

7.2. Synthèse du budget

Le budget total du Plan stratégique national 2018-2022 étendu sur 2023 de lutte contre le paludisme de la RCA est estimé à 419 823 058 379 FCFA soit 640071746 Euros. Ce budget est reparti annuellement par objectif spécifique et par stratégie.

a- Distribution annuelle du budget entre 2018 et 2023

Le graphique ci-après montre la répartition annuelle du plan stratégique de 2018 à 2023.

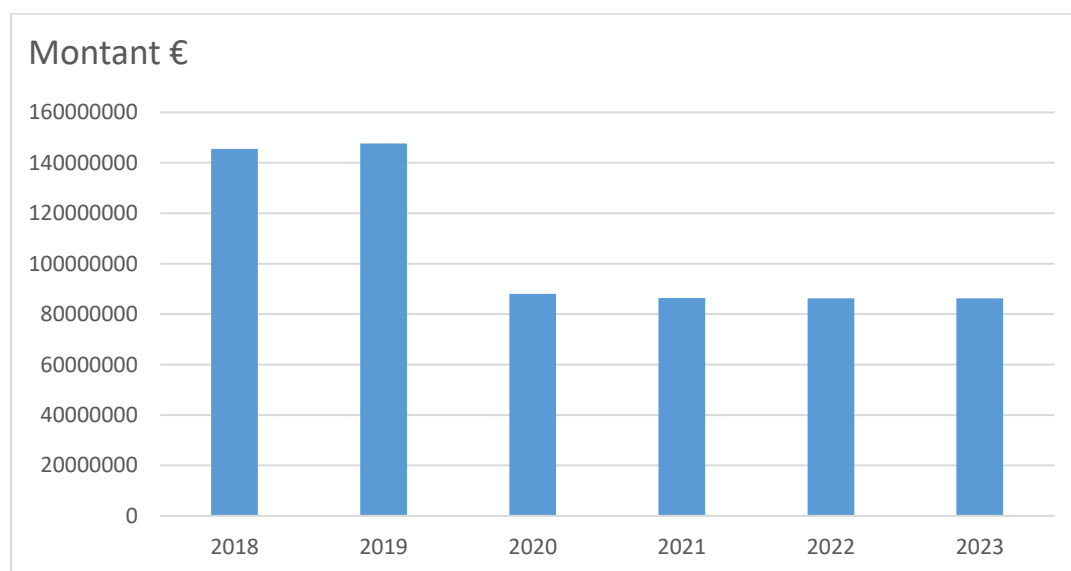


Figure 13 : Évolution annuelle du budget du plan

La figure ci-dessus montre une évolution du budget de façon décroissante entre 2018 à 2023. Les pics observés dans les deux premières années se justifient ; d'une part par les campagnes de masse des MILD en 2018 dans les Régions 4, 5 et 6 et en 2019 dans les Régions 1, 2, et 3 et d'autre part par l'introduction de la PID ainsi que le lancement du mouvement national en faveur de la lutte contre le paludisme.

Aussi, la faiblesse du coût dans les trois dernières années s'explique par l'absence des campagnes de masse des MILD.

b- Budget par objectif spécifique

Le plan a retenu 24 interventions sous 7 stratégies réparties entre les 07 objectifs spécifiques. Les coûts ont donc été ventilés dans les objectifs spécifiques et les stratégies suivant les interventions et activités qu'elles contiennent.

b.1. Budget par objectif spécifique

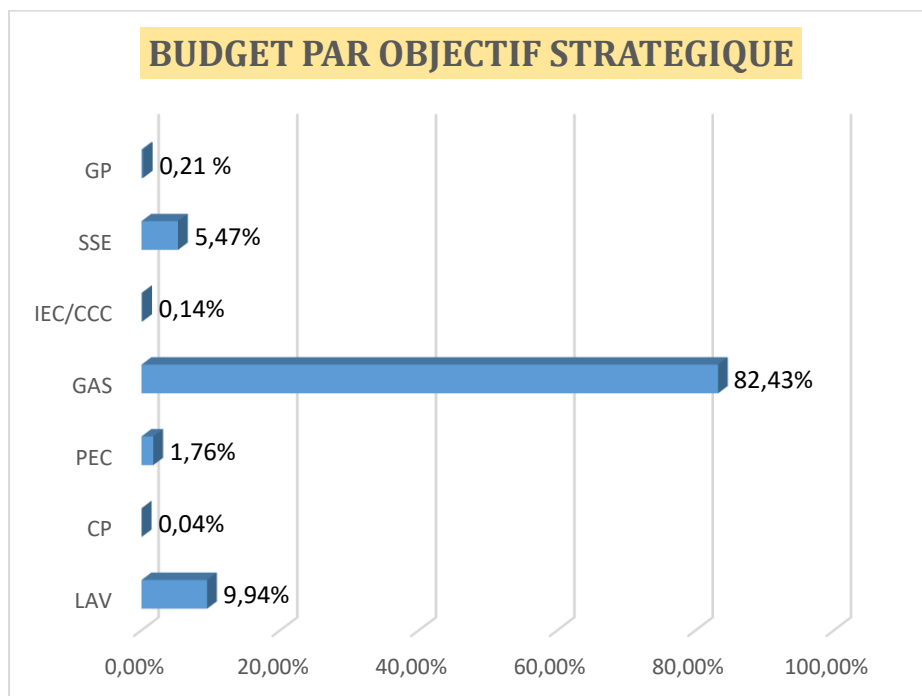


Figure 14 : Proportion du budget par objectif spécifique

Tableau XV : Répartition des coûts par objectif spécifique (en FCFA)

Objectifs spécifiques, stratégies	ANNEES						total		Pourcentage
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	F CFA	Euro	
Objectif spécifique 1 : Protéger au moins 80% de la population à risque avec des interventions de lutte anti vectorielle efficaces d'ici fin 2023	5193337147	6163558046	8426692817	7310763621	7310763621	7310763621	41715878873	63600974	9,94%
Objectif spécifique 2 : Assurer la couverture en chimio prévention à au moins 80% des femmes enceintes et des enfants de moins de 5ans d'ici fin 2023	29 528 292	29528292	29528292	29528292	29528292	29528292	177169752	270117	0,04%
Objectif spécifique 3 : Assurer la prise en charge correcte d'au moins 80% des cas de paludisme selon les directives nationales d'ici fin 2023	1226398569	1271398569	1226398569	1226398569	1226398569	1226398569	7403391414	11287378	1,76%
Objectif spécifique 4 : Rendre disponible les médicaments antipaludiques et autres intrants de qualité dans au moins 95% des formations sanitaires (publiques, privées et confessionnelles) fonctionnelles et communautés ciblées d'ici fin 2023, y compris d'un stock de contingence pour des situations d'urgence complexe et des épidémies	84950538215	85229947560	43971329222	43976878817	43971329222	43971329222	346071352258	527628224	82,43%
Objectif spécifique 5 : Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme d'ici fin 2023	95241750	129792651	95241750	95241750	95241750	95241750	606001401	923923	0,14%
Objectif 6 : Améliorer les performances du système de surveillance (épidémiologique, entomologique et efficacité des médicaments) du Paludisme y compris le système de Suivi évaluation	3838596633	3862752206	3838676633	3821112218	3807907989	3807907989	22976953668	35031184	5,47%
Objectif 7 : Renforcer les capacités managériales institutionnelles et opérationnelles du programme pour la mise en œuvre de qualité des activités du PSN de 36 % à au moins 90 % d'ici fin 2023	128318808	137834898	120329963	164219858	160803743	160803743	872311013	1329945	0,21%
TOTAL	95461959414	96824812222	57708197246	56624143125	56601973186	56601973186	419823058379	640071746	100%

b.2. Budget par stratégie

Tableau XVI : Répartition des coûts par stratégie							
Objectifs spécifiques, stratégies et interventions	ANNEES						TOTAL
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
TOTAL BUDGET	95 461 959 414	96 824 812 222	57 708 197 246	56 624 143 125	56 601 973 186	56 601 973 186	419 823 058 379
<i>Objectif spécifique 1 : Protéger au moins 80% de la population à risque avec des interventions de lutte anti vectorielle efficaces d'ici fin 2023</i>	5 193 337 147	6 163 558 046	8 426 692 817	7 310 763 621	7 310 763 621	7 310 763 621	41 715 878 873
Stratégie 1.1. Distribution des MILD	5 193 337 147	6 163 558 046	8 426 692 817	7 310 763 621	7 310 763 621	7 310 763 621	41 715 878 873
<i>Intervention 1.1.1 : La distribution massive et gratuite des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action</i>	1 057 594 213	2 798 665 712	1 115 929 196	-	-	-	4 972 189 121
<i>Intervention 1.1.2 : La distribution de routine régulière et gratuite</i>	3 335 364 042	3 335 364 042	3 335 364 042	3 335 364 042	3 335 364 042	3 335 364 042	20 012 184 252
<i>Intervention 1.1.3 : La pulvérisation intra domiciliaire</i>	770 850 600	-	3 945 871 287	3 945 871 287	3 945 871 287	3 945 871 287	16 554 335 748
<i>Stratégie 1.4. Promotion de la lutte anti-larvaire à assise communautaire dans le cadre de l'assainissement du milieu</i>	29 528 292	29 528 292	29 528 292	29 528 292	29 528 292	29 528 292	177 169 752
<i>Objectif spécifique 2 : Assurer la couverture en chimio prévention à au moins 80% des femmes enceintes et des enfants de moins de 5ans d'ici fin 2022</i>	29 528 292	29 528 292	29 528 292	29 528 292	29 528 292	29 528 292	177 169 752
Stratégie 2.1 : Chimioprévention	29 528 292	29 528 292	29 528 292	29 528 292	29 528 292	29 528 292	177 169 752
<i>Intervention 2.1.1 : Traitement préventif intermittent gratuit chez les femmes enceintes à la SP</i>	-	-	-	-	-	-	0
<i>Intervention 2.1.2 : Traitement préventif intermittent gratuit chez les nourrissons à la SP</i>	3 750 667	3 750 667	3 750 667	3 750 667	3 750 667	3 750 667	22 504 002
<i>Intervention 2.1.3 : La Chimio Prévention Saisonnière du paludisme</i>	25 777 625	25 777 625	25 777 625	25 777 625	25 777 625	25 777 625	154 665 750

Intervention 2.1.4 : La chimio prévention chez les non immuns	-	-	-	-	-	-	0
Objectif spécifique 3 : Assurer la prise en charge correcte d'au moins 80% des cas de paludisme selon les directives nationales d'ici fin 2022	1 226 398 569	1 271 398 569	1 226 398 569	1 226 398 569	1 226 398 569	1 226 398 569	7 403 391 414
Stratégie 3.1 : Prise en charge des cas	1 226 398 569	1 271 398 569	1 226 398 569	1 226 398 569	1 226 398 569	1 226 398 569	7 403 391 414
Intervention 3.1.1 : Prise en charge des cas du paludisme dans les formations sanitaires	4 653 400	4 653 400	4 653 400	4 653 400	4 653 400	4 653 400	27 920 400
Intervention 3.1.2 : Prise en charge des cas du paludisme au niveau communautaire	1 199 488 369	1 244 488 369	1 199 488 369	1 199 488 369	1 199 488 369	1 199 488 369	7 241 930 214
Intervention 3.1.3 : Traitement de masse (MDA) pour la prise en charge des cas du paludisme en cas d'épidémies ou urgence	22 256 800	22 256 800	22 256 800	22 256 800	22 256 800	22 256 800	133 540 800
Objectif spécifique 4 : Rendre disponible les médicaments antipaludiques et autres intrants de qualité dans au moins 95% des formations sanitaires (publiques, privées et confessionnelles) fonctionnelles et communautés ciblées d'ici fin 2022, y compris d'un stock de contingence pour des situations d'urgence complexe et des épidémies	84 950 538 215	85 229 947 560	43 971 329 222	43 976 878 817	43 971 329 222	43 971 329 222	346 071 352 258
Stratégie 4.1 : Gestion des approvisionnements et des stocks	84 950 538 215	85 229 947 560	43 971 329 222	43 976 878 817	43 971 329 222	43 971 329 222	346 071 352 258
Intervention 4.1.1 : Renforcement de la disponibilité des médicaments et autres intrants antipaludiques dans les FOSA et communautés ciblées, y compris d'un stock de contingence pour les situations d'urgence complexe et le traitement de masse en cas d'épidémie ou d'autres épidémies telle que Ebola	84 784 290 330	85 046 239 925	43 805 081 337	43 810 630 932	43 805 081 337	43 805 081 337	345 056 405 198
Intervention 4.1.2 : Développement de l'assurance et du contrôle qualité des médicaments et intrants de lutte contre le paludisme et de la pharmacovigilance	166 247 885	183 707 635	166 247 885	166 247 885	166 247 885	166 247 885	1 014 947 060

Objectif spécifique 5 : Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme d'ici fin 2022	95 241 750	129 792 651	95 241 750	95 241 750	95 241 750	95 241 750	606 001 401
Stratégie 5.1 : Promotion de la santé	95 241 750	129 792 651	95 241 750	95 241 750	95 241 750	95 241 750	606 001 401
Intervention 5.1.1 : Plaidoyer	3 875 000	4 425 000	3 875 000	3 875 000	3 875 000	3 875 000	23 800 000
Intervention 5.1.2 : Mobilisation sociale	13 365 900	21 005 900	13 365 900	13 365 900	13 365 900	13 365 900	87 835 400
Stratégie 5.3. Mobilisation sociale	21 000 000	47 360 901	21 000 000	21 000 000	21 000 000	21 000 000	152 360 901
Intervention 5.1.3 : Communication pour le Changement de Comportement (CCC)	57 000 850	57 000 850	57 000 850	57 000 850	57 000 850	57 000 850	342 005 100
Objectif 6 : Améliorer les performances du système de surveillance (épidémiologique, entomologique et efficacité des médicaments) du Paludisme y compris le système de Suivi évaluation	3 838 596 633	3 862 752 206	3 838 676 633	3 821 112 218	3 807 907 989	3 807 907 989	22 976 953 668
Stratégie 6.1 : Surveillance, suivi et évaluation	3 838 596 633	3 862 752 206	3 838 676 633	3 821 112 218	3 807 907 989	3 807 907 989	22 976 953 668
Intervention 6.1.1 : Renforcement du système de Surveillance épidémiologique en vue de la détection précoce et réponses aux flambées des cas et situation d'urgence	36 371 215	22 424 600	36 371 215	19 442 800	5 648 300	5 648 300	125 906 430
Intervention 6.1.2 : Renforcement de la surveillance entomologique	64 467 163	64 467 163	64 467 163	64 467 163	64 467 163	64 467 163	386 802 978
Intervention 6.1.3 : Renforcement du système de Suivi des indicateurs clés de surveillance et de suivi évaluation	3 716 202 255	3 728 499 542	3 716 202 255	3 716 202 255	3 716 202 255	3 716 202 255	22 309 510 817
Intervention 6.1.4 : Revue et évaluations périodiques	556 000	-	636 000	-	590 271	590 271,000	2 372 542
Intervention 6.1.5 : Promotion de la recherche opérationnelle	21 000 000	47 360 901	21 000 000	21 000 000	21 000 000	21 000 000	152 360 901
Objectif 7 : Renforcer les capacités managériales institutionnelles et opérationnelles du programme pour la mise en œuvre de qualité des activités du PSN de 36 % à au moins 90 % d'ici fin 2022	128 318 808	137 834 898	120 329 963	164 219 858	160 803 743	160 803 743	872 311 013
Stratégie 7.1 : Gestion du programme	128 318 808	137 834 898	120 329 963	164 219 858	160 803 743	160 803 743	872 311 013

<i>Intervention 7.1.1 : Développement des documents normatifs de lutte contre le Paludisme</i>	21 945 575	27 710 800	13 956 730	13 956 730	54 430 510	54 430 510	186 430 855
<i>Intervention 7.1.2 : Mobilisation des ressources pour le financement de la lutte contre le paludisme</i>	49 521 115	53 271 980	49 521 115	93 411 010	49 521 115	49 521 115	344 767 450
<i>Intervention 7.1.3 : Renforcement de la coordination et la gestion du Programme</i>	12 452 118	12 452 118	12 452 118	12 452 118	12 452 118	12 452 118	74 712 708
<i>Intervention 7.1.4 : Renforcement des capacités techniques des acteurs</i>	44 400 000	44 400 000	44 400 000	44 400 000	44 400 000	44 400 000	266 400 000

7.3. Analyse des écarts financiers

L'analyse du gap de financement du plan permet de fournir des données sur les coûts nécessaires à la mise en œuvre des activités, les ressources financières actuellement disponibles ou non-disponibles et celles qui doivent être recherchées à travers des actions de plaidoyer.

Ainsi, la différence entre les ressources disponibles et les coûts estimatifs du plan ont permis de dégager un besoin total de financement qui s'élève à **366 788 393 908** de FCFA.

L'estimation des ressources disponibles a été projetée sur la base de l'évolution des montants de financement de la lutte contre le paludisme en rapport avec les annonces de financement des partenaires et de l'Etat.

Tableau XVI : GAP de financement du PSN 2018 – 2023 en FCFA

Estimations financières	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Besoins estimés du PSN en FCFA	95461959414	96824812222	57708197246	56624143125	56601973186	56601973186	419 823 058 379
Ressources financières disponibles/promises	5924448889	5924448889	5924448889	11753772601	11753772601	11753772601	53034664471
Ecarts financiers	89537510525	90900363333	51783748357	44870370524	44848200585	44848200585	366788393 908

Ce gap devra être comblé par une mobilisation plus accrue des ressources propres de l'Etat et des partenaires au développement.

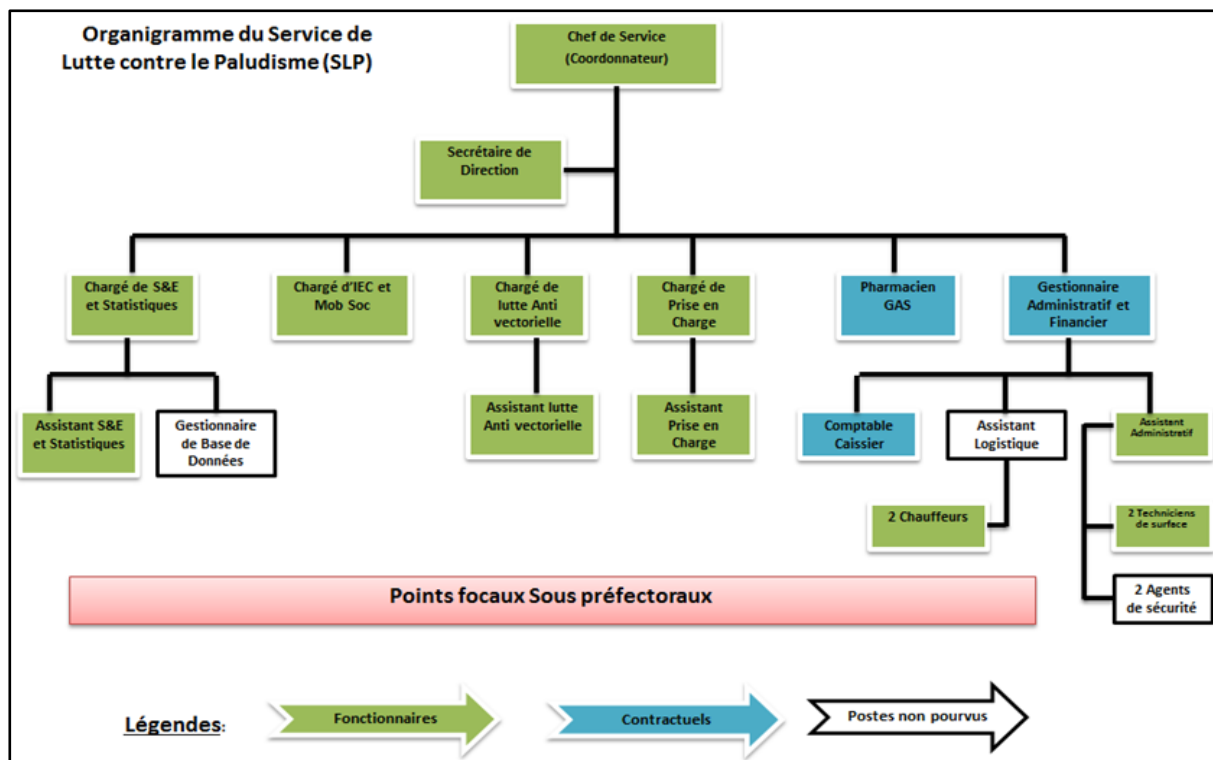
Cependant, une gestion plus efficiente des ressources mobilisées garantirait la sécurité des sommes mobilisées.

VIII. ANNEXES

7.1 : REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Organisation Mondiale de la Santé.** Rapport cluster santé décembre 2014.
2. **Ministère de la santé et de la Population.** Rapport de la revue finale de performance du programme national de lutte contre le paludisme de la République Centrafricaine. 110 p
3. **Ministère de la santé Publique de la Population et de la Lutte contre le VIH/SIDA.** Plan Stratégique National de lutte contre le Paludisme 2012-2016.Mars 2013.104p
4. **Organisation Mondiale de la Santé.** Rapport Mondial sur le Paludisme 2017.
5. **Ministère de la santé et de la Population.** Plan Intérimaire de Sante de la République Centrafricaine (2018-2019). Janvier 2018. 113p
6. **Ministère de la santé et de la Population.** Rapport de l'enquête Health Resources Availability Mapping System (HeRAMS) 2016.
7. **Ministère de la santé de l'Hygiène Publique et de la Population.** Enquête nationale sur les Indicateurs du Paludisme - Mai 2016, 70p
8. **Ministère de la santé de l'Hygiène Publique et de la Population.** Directives nationales de lutte contre le paludisme. Version novembre 2016.
9. **Organisation Mondiale de la Santé** Cadre pour la mise en œuvre de la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 dans la région africaine. 21 Août 2016. 19 p
10. **Organisation Mondiale de la Santé.** Manuel pour l'élaboration d'un plan stratégique national de lutte contre le paludisme Septembre 2011. 68p
11. **Partenariat Roll Back Malaria / PNUD.** Cadre d'action multisectorielle de lutte contre le paludisme. 2013 ; 76p
12. **Organisation Mondiale de la Santé.** Directives de traitement du paludisme. Deuxième édition. Genève 2011.
13. **Institut Centrafricain de la Statistique, des Etudes Economiques et Sociales.** Résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples en RCA. 2006.
14. **Organisation Mondiale de la Santé.** Fiche d'information des Statistiques sanitaires 2010 67 P
15. **Organisation Mondiale de la Santé.** Nouvelles orientations de l'OMS par rapport au Traitement Préventif Intermittent du paludisme pendant la grossesse à la Sulfadoxine Pyriméthamine. Janvier 2014.
16. **Ministère de la santé de l'Hygiène Publique et de la Population.** Enquête nationale sur les Indicateurs du Paludisme.RCA.2010.
17. **Ministère de la santé de l'Hygiène Publique et de la Population.** Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme.2016.
18. **Ministère de l'économie, du plan et de la coopération internationale, chargée des pôles de développement.** Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Rapport final 2015.
19. **Groupe de la banque mondiale.** Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix 2017-2021

7.2 ORGANIGRAMME DU SERVICE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



7.2. Liste des participants à l'élaboration du PSN

Noms et prénoms	Qualification	Institution	Contact	Adresse email
Dr MBEKO Marcel	Médecin de santé publique	MSP	75054116	smaleko@yahoo.fr
Dr LONGO Jean De dieu	Médecin épidémiologiste	MSP	75046433	jddlongo@yahoo.fr
Dr DODANE Aimé	Médecin de santé publique	MSP	72 50441	aimdodane@yahoo.fr ²
Mr GUEZZA Dieudonné	Technicien Supérieur de santé publique	MSP	72273066	guezzadieudonne@gmail.com
Mr TCHOKOTE HAPPY Jean Charles	Informaticien	MSP	72689197	Tchokote_jeancharles@yahoo.fr
Dr DEKOYO Moise	Pharmacien	MSP	75503092	dekoyomoise@yahoo.fr
Dr NDOUA Christophe	Médecin	MSP	75045308	cndouachristophe@gmail.com
Dr GOMIS Agoustou	Health and Nutrition Advisor / Spécialiste Santé Communautaire	WVI CAR	72014648	Agoustou_Gomis@wvi.org
Mr. NZONGO Sebastian	Technicien Supérieur de santé publique	MSP	75202342	nzongoseba@yahoo.fr
Dr DIEMER Henri	Médecin de santé publique	MSP	75265193	diemerhenri@yahoo.fr
KOULA Max Roger	Médecin de santé publique	MSP	75 03 80 76	koulafpr@yahoo.fr
Dr BAWA Maurice	Médecin	MSP	72 18 70 22	Bawa.maurice@gmail.com
Dr NAMBOUA Louis	Médecin de santé publique	MSP	75 50 18 43	lnamboua@yahoo.fr
Dr NAMSENMO Abel	Médecin de santé publique	MSP	75503805	namsenmo@yahoo.fr
Mme FALI Flore	Spécialiste IEC		75203449	fali1970@yahoo.fr
Dr KOMANGOYA-NZONZO Aristide Désiré	Médecin de santé publique	OMS	75056312	komangoyanzonzoa@who.int
Dr Spes Caritas Ntabangana	Medical Officer Malaria Strategy, Monitoring and Evaluation	OMS	+241 07987227 +241 6581346 GPN : 34820	ntabanganas@who.int
Consultant National				
Dr BEKAKA YOULE DOBINET Oscar	Economie et Manager de Santé Publique, Paludologue	MSP	75270101	dobinetoscar@gmail.com
Consultants internationaux				
Dr ATUA Benjamin	Médecin de Santé Publique Paludologue Expert en planning et gestion de programmes de contrôle des maladies tropicales	UNOPS-RBM	+243 992 863 388 +243 820 102 667	atuabenjamin@gmail.com
KABORE Nestor Léandre	Economiste-Planificateur	Consultant Indépendant	+22791112586 ou +22670034704	kaneleandre@gmail.com