

REPUBLIQUE DU NIGER

Fraternité – Travail – Progrès



**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE ET LES ENDEMIES
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME**



**PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME 2011-2015**

6-7 Octobre 2011

PREAMBULE

Le plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011 – 2015 s'appuie sur les orientations du Plan de développement sanitaire et les résultats de la Revue de performance du plan 2006-2010. Il est élaboré en tenant compte des orientations de l'OMS pour le plan de lutte contre le paludisme de 3^e génération et du Groupe de Travail de RBM de 2011.

Il indique clairement le but, la vision, les options stratégiques, les objectifs, les domaines d'interventions, les résultats attendus ainsi que les besoins en ressources financières à mobiliser pour permettre au Niger de réduire le fardeau humain et économique lié paludisme.

Il s'inscrit dans la droite ligne du PDS 2011-2015 et participe à contribuer en harmonie avec les autres plans sanitaires à l'atteinte des OMD en 2015.

Il constitue le document de référence de notre politique nationale en matière de lutte contre le paludisme pour les cinq prochaines années.

J'invite tous les partenaires au développement à apporter tout leur appui à ce plan.

Les stratégies et interventions qui sont décrites dans ce document cadrent parfaitement avec nos besoins.

J'invite donc le personnel de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à s'investir dans la mise en œuvre de notre politique sanitaire dans le domaine et à nos partenaires à nous accompagner chacun selon sa spécifié.

Dores et déjà, je puis vous assurer que son Excellence le Président de la République, Chef de l'Etat **El Hadj Issoufou MAHAMADOU** et le Gouvernement de la **7^e République** ne ménageront aucun effort en vue de créer les conditions les meilleures de son exécution pour le grand bien des populations nigériennes.

Enfin, j'adresse d'une part ; mes félicitations et encouragements à tous les experts nationaux qui ont consentis d'énormes sacrifices pour appuyer mon département et d'autre part mes remerciements à l'OMS qui a bien voulu mettre son expertise à notre disposition, à l'UNICEF et à tous les autres partenaires qui nous ont appuyé tout au long de cet exercice laborieux mais noble.

Le Ministre de la Santé Publique

SOUMANA SANDA

REMERCIEMENTS

Je m'en voudrais de citer des noms pour mes remerciements au risque d'oublier des personnes ayant contribué à la réalisation de cet important outil de travail.

Je vais simplement vous dire à tous et à toutes qu'au nom des plus Hautes Autorités du Gouvernement de la 7^{ème} République, au nom des populations du pays et en mon nom propre, le Niger est reconnaissant aux efforts et aux sacrifices que vous avez consentis pour élaborer ce plan stratégique de lutte contre le paludisme qui cadre parfaitement avec nos besoins.

J'ai suivi de très près tous les efforts consentis par les uns et les autres, de jour comme de nuit parfois dans des conditions difficiles et cela fait tout votre mérite.

J'adresse mes remerciements également à tous les partenaires techniques et financiers dont l'apport est inestimable pour la réussite de ce travail.

Merci donc à toutes et à tous.

|

Sommaire

REMERCIEMENTS	3
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	75
RESUME	1344
Vision	1412
Mission	1412
But	1412
INTRODUCTION	1644
PARTIE I. PROFIL DU PAYS	1846
1. Présentation du pays	1816
1.1. Données géographiques	1816
1.2. Données démographiques	1917
1.3. Données environnementales et climatiques.....	1917
1.6. Profil socio-économique	2220
2. Analyse du système national de santé.....	2324

L'effectif du personnel du secteur de la santé, toutes catégories confondues, est estimé à 7993 agents en 2008. L'analyse de la distribution du personnel révèle d'importantes disparités entre les régions, et au niveau des régions entre le milieu urbain et le milieu rural. Le pays dispose de très peu de spécialistes si l'on se réfère aux besoins réels des populations. Les disciplines où les besoins sont les plus importants sont : la chirurgie, la gynécologie, la pédiatrie et la biologie.**2624**

Pour la formation initiale dans les instituts de formation (école nationale de Santé Publique, Université...), il existe, en plus des 2 écoles nationales de santé publique et de l'université, 4 écoles de formation privées qui ont été ouvertes en 2000.**2624**

De façon générale, le personnel reste insuffisant relativement aux normes internationales comme l'indique le tableau ci-dessous.....**2624**

Le total des ressources humaines en santé a progressé de 16% entre 2005 et 2010 tous statuts confondus. Toutefois, on note encore un déséquilibre très criard dans la répartition du personnel entre le milieu rural et le milieu urbain où est concentrée ce dernier tant en quantité qu'en qualité.....**2725**

PARTIE II : ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME	3634
1. Profil épidémiologique.....	3634
1.1. Parasites du paludisme	3634
1.2. Vecteurs du paludisme	3735
1.3. Dynamique de la transmission du paludisme et niveau d'endémicité	3836
1.3.1. Morbidité et Mortalité.....	3836
1.3.2. Stratification du Paludisme et cartographie.....	4038
La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides, la pulvérisation intradomiliaire, la lutte antilarvaire et l'assainissement du milieu sont les principales stratégies de lutte contre les vecteurs du paludisme au Niger.....	4543
a)-Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA)	4644
b)-Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID)	4644
c)- Lutte Anti Larvaire (LAL).....	4745
PARTIE III: PLAN STRATEGIQUE DU PNLP 2011-2015.....	6664
1. Vision	6664
2. Mission.....	6664
3.1. But.....	6664
3.2. Objectifs	6664
6.1. Lutte contre les vecteurs du paludisme	6866
6.2. Prévention du paludisme chez les femmes enceintes.....	7068
6.3. Prise en charge des cas de paludisme	7068
6.4. Lutte contre les épidémies de paludisme	7169
6.5. IEC/CCC et Mobilisation sociale.....	7270
6.6. Suivi/Evaluation et Recherche opérationnelle	7371
6.7. Renforcement des capacités de gestion et de coordination du PNLP et des autres parties prenantes	7371
8. Gestion du programme et modalités de mise en du plan stratégique.....	112110
8.1. Cadre institutionnel pour la mise en œuvre du Plan stratégique.....	112110
5.2. Modalités de gestion des interventions du plan stratégique 2011-2015.....	112110

5.3. Coordination des partenaires nationaux « Faire reculer le paludisme »	113 141
5.4. Gestion des ressources financières du Plan stratégique 2011-2015	114 112
ANNEXES	117 144
ANNEXE 1 : ORGANIGRAMME DU PROGRAMME	118 115
ANNEXE 2 : LISTE DES EXPERTS AYANT PARTICIPE AU PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE	119 116

SIGLES ET ABREVIATIONS

°C	Degré Celsius
ACMAD :	Centre africain pour les applications de la météorologie
ACT :	Association des Combinaisons Thérapeutiques
AGRYMET :	Centre régional de formation et d'application en agro météorologie et hydrologie opérationnelle.
AMFm:	Affordable Medecine Facility for malaria
ASC :	Agent de Santé Communautaire
BLU:	Bande Latérale Unique
BM.	Banque Mondiale
CAP:	Comportement Attitude et Pratique
CCC :	Communication pour un Changement de Comportement
CDMT :	Cadre de dépense à moyen terme
CERMES	Centre de Recherche Médicale et Sanitaire
CFA :	Communauté Française Africaine
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CNS	Consultation Nourrisson Sain
CNSS :	Caisse Nationale de Sécurité sociale
COGES :	Comité de Gestion
COMPACT :	Protocole d'accord entre le Gouvernement de la République du Niger et les Partenaires Techniques et Financiers.
COSAN :	Comité de Santé
CPN :	Consultation Pré Natale
CRN:	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle
CRS:	Catholic Relief Service
CS :	Case de Santé
CSE	Centres de la Surveillance Epidémiologique

CSI :	Centres de Santé Intégrés
CSI :	Centres de Santé Intégrés
DEP:	Direction des Etudes et de la Planification
DGSP :	Direction Générale de la Santé Publique
DIEM:	Direction des Infrastructures, de l'Equipement et du Matériel
DPHL/MT :	Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DS :	District Sanitaire
DSBE :	Degré de Satisfaction des Besoins Essentiels
DSME :	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DSS/RE	Direction des Statistiques, de la Surveillance et de la Riposte aux Epidémies
EC	Concentré Emulsionnable
ECD:	Equipe Cadre de District
EDS:	Enquête Démographique et sanitaire
EDSN	Enquête Démographique et de Santé du Niger
EPA :	d'Etablissement Public à caractère Administratif
EPA :	d'Etablissement Public à caractère Administratif
Etc :	et cetera (Et tout le reste, et ainsi de suite.)
FIFO:	First In First Out
FM	Fonds Mondial
FMSTP:	Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
A. gambiae	Anophèles gambiae
GAS	Gestion des Approvisionnements et des Stocks
GAVI	Alliance Mondiale pour les vaccins et l'immunisation

GRH :	Gestion des Ressources Humaines
HD :	Hôpital de District
HNN:	Hôpital National de Niamey
IEC/CCC :	Information Education Communication/ Communication pour un Changement de Comportement
IM	Intra Musculaire
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IV	Intra Veineuse
JICA :	Coopération Japonaise
Kdr :	Knock down resistant
Kg :	Kilogramme
km ²	Kilomètre carré
l'OUA,	Organisation de l'Unité Africaine
LAL :	Lutte Anti Larvaire
LANSPEX :	Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise
LASDEL	Laboratoire d'étude et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local
LAV	Lutte Anti Vectorielle
LIFO:	Last In First Out
LIV:	Lutte Intégrée des vecteurs
m	Mètre
m ³	Mètre Cube
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MICS III	Enquête démographique de santé et à Indicateurs multiples
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
MILDA	Moustiquaires Imprégnées d'insecticides à Longue Durée d'Action
mm	Millimètre

Mn :	Minutes
MRTC :	Malaria research and training center
MSP	Ministère de la Santé Publique
NTIC :	Nouvelle technologie de l'Information et de la Communication
OCCGE :	Organisation Commune de lutte contre les Grandes Endémies
OMD 8 :	Objectif Millénaire du Développement N° 8
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
OOAS:	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OUA :	Organisation de l'Unité Africaine
P. malariae	Plasmodium Malariae
P.falciparum	Plasmodium facilparum
PAA:	Plan d'Action Annuel
PDS	Plan du Développement Sanitaire
PEC	Prise en Charge
PECADOM	Prise En Charge des Cas à Domicile
PEV:	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PID :	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPN :	Politique Pharmaceutique Nationale
PPPS:	Premier Périmé Premier Sortie
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTQ :	Plan de Travail Quinquennal

PTQ :	Plan de Travail Quinquennal
PVVIH:	Personnes Vivant avec le VIH
QUIBB :	Questionnaire Unifié des Indicateurs de Bien-être de base
R3	Rounds 3
R4	Round 4
R5:	Round 5
R7:	Round 7
RA :	recherche action
RGP/H	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH :	Ressources Humaines
RO:	Recherche Opérationnelle
RPP :	Revue des Programmes du Paludisme
RS :	Recherche Scientifique
S&E	Suivi et Evaluation
SIDA:	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SMS,	Short message system
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SNU :	Système des Nations Unies
SP :	Sulfadoxine Pyriméthamine
SPIS	Service Programmation et Informations Sanitaires
SRP	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
TDR :	Tests de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TPI1	Traitement Préventif Intermittent 1
TPI2	Traitement Préventif Intermittent 2
UAM :	Université Abdou Moumouni

UEMOA	Union Européenne Monétaire Ouest Africaine
UNDAF :	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
US\$	Dollar Américain
VIH/SIDA :	Virus Immuno Humain/ Syndrome Immuno Déficience Acquis
WARN:	Réseau Roll Back Malaria
WHOPES	Evaluation des Pesticides
DDT	Dichloro-Diphényl-Trichloro-Ethane

RESUME

Le Niger a élaboré et mis en œuvre deux plans stratégiques depuis son adhésion à l'initiative mondiale « Faire Reculer le Paludisme » (FRP) en 1999.

Le présent plan stratégique couvrant la période 2011-2015 a été élaboré après une revue des performances du PNLP. L'objectif de ce plan est de permettre l'atteinte de la couverture universelle pour les interventions essentielles afin de réduire la morbidité et la mortalité. La contribution de la lutte antipaludique à l'atteinte des OMD: 4, 5 et 6 dans un contexte et environnement de renforcement du système de santé est aussi un objectif visé par le plan.

Les principaux points forts relevés par la Revue sont les suivants :

- Institutionnalisation et décentralisation du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) ;
- Mise en œuvre d'une Politique nationale de traitement et de prévention du paludisme ;
- Soutien des plans opérationnels de lutte contre le paludisme par un partenariat local et international ;
- Existence d'une structure nationale centrale de gestion des approvisionnements et stocks décentralisée ;
- Expérience nationale de deux campagnes nationales de distribution massive de MILDA dans tout le pays ;
- Mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme dans le secteur public, confessionnel et communautaire ;
- Existence d'un système de surveillance, suivi & évaluation.

Il ressort également un regain d'intérêt au niveau des plus hautes autorités du pays et des PTF concrétisé par une mise en place d'un cadre de concertation fonctionnel

Cette évaluation a également permis de mettre en exergue des défis les majeurs sont les suivants:

- Renforcement du partenariat public, privé et associatif pour l'harmonisation de la mise en œuvre des interventions de la lutte contre le paludisme au Niger
- Renforcement du leadership national dans la lutte contre le paludisme ;
- « Roll Back Malaria »
- Renforcement de la mobilisation de ressources en faveur de la lutte contre le paludisme y compris celles de l'Etat ;

- Renforcement des capacités de gestion et la sécurisation des intrants à tous les niveaux ;
- Renforcement de la mobilisation sociale et de la communication en faveur de la lutte contre le paludisme ;
- Amélioration qualitative et quantitative de la prise en charge des cas à tous les niveaux impliquant les secteurs : public, privé, communautaire et informel
- Renforcement de la recherche opérationnelle sur le paludisme à tous les niveaux avec implication des institutions spécialisées ;
- Renforcement du mécanisme de surveillance et du suivi/évaluation prenant en compte les données relatives à la pharmacovigilance et aux intrants ;
- Accélération de la couverture universelle (MILDA, TPI, CTA, TDR, PID, LAL) pour le contrôle du paludisme.

Vision

Pour un Niger sans Paludisme

Mission

Assurer aux populations un accès universel et équitable aux interventions de lutte antipaludique conformément à la politique sectorielle de santé et dans l'optique de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

But

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dans la population générale et faire en sorte que le paludisme ne soit plus un problème de santé publique.

Objectifs

Objectif général

Inverser les tendances de l'incidence du paludisme d'ici 2015, et commencer l'arrêt de la transmission dans la perspective de son élimination en 2025.

Objectifs spécifiques

- D'ici 2015, assurer un examen biologique pour au moins 90% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires publiques et privées, et dans les zones avec ASC ;
- D'ici 2015, assurer la prise en charge correcte d'au moins 90% des cas de paludisme simple ou grave vus dans le secteur public et privé conformément aux directives nationales ;
- D'ici 2015, assurer la prise en charge correcte d'au moins 80% des cas avérés de paludisme diagnostiqués biologiquement dans les zones avec ASC ;
- D'ici 2015, amener au moins 80% de la population des zones à risque de paludisme à dormir sous moustiquaires imprégnées à longue durée d'action;

- D'ici 2015, assurer la protection avec le TP2 d'au moins 90% des femmes enceintes ;
- D'ici 2015, assurer la protection d'au moins 80% de la population des zones ciblées par les Pulvérisations Intra Domiciliaires;
- D'ici 2015, amener au moins 90% des districts sous surveillance épidémiologique à détecter et endiguer les éventuelles situations d'épidémies ;
- D'ici 2015, renforcer les capacités de gestion et de coordination du programme paludisme à tous les niveaux.

Orientations politiques et stratégiques prioritaires

Dans le présent plan stratégique, les interventions développées seront en rapport avec les priorités suivantes :

- Atteindre et maintenir un accès universel aux mesures de prévention du paludisme ainsi que leur utilisation à 100% de la population des zones à risque de paludisme, notamment la lutte antivectorielle (MILDA, PID) et le traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes ;
- Assurer la confirmation biologique au moins 90% des cas suspect de paludisme vus dans les formations sanitaires publique et privées ainsi que les zones avec ASC;
- Atteindre la couverture universelle pour la prise en charge correcte de 100% des cas de paludisme simple et/ou grave vus dans les formations sanitaires publiques et privées ainsi que dans les zones avec ASC ;
- Développer un système de surveillance épidémiologique intégré du paludisme au niveau de tous les districts sanitaires à risque en vue de produire des données hebdomadaires de qualité permettant de prendre une décision adéquate en cas de nécessité ;
- Redynamiser le système de suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme, notamment la mise en place d'un système de surveillance de routine fonctionnel et la réalisation d'enquêtes nationales représentatives pour évaluer l'impact du programme;
- Renforcer le partenariat RBM autour du PNLP en vue de mobiliser un financement viable prenant en compte les contributions de l'Etat et les opportunités de financement au niveau international;
- Renforcer les capacités managériales et de coordination du programme à tous les niveaux;

Le présent plan couvrant la période 2011-2015 est estimé à la somme de quarante trois milliards cinq cent vingt millions deux cent soixante onze milles francs Communauté Française Africaine (CFA).

Un plan de suivi évaluation a été élaboré pour une mise en œuvre efficace et efficiente.

INTRODUCTION

Dix ans après le lancement de l'Initiative « Faire Reculer le Paludisme, » ou Roll Back Malaria le paludisme demeure encore un problème de santé publique majeur au Niger. Il représente en moyenne 20% des causes de consultations pendant la saison sèche et 80% pendant la saison pluvieuse.

L'engagement politique des plus hautes autorités n'a jamais manqué pour appuyer les actions menées depuis l'engagement au plus niveau signifié dans la lettre du Président de la République à la Directrice Générale de l'OMS en février 1996 pendant le processus préparatoire au lancement de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme.

A partir des années 1990, un processus de Planification fut initié. Ainsi, avec la ferme volonté d'améliorer l'état de la santé de la population aux échéances 2000 dans un cadre global de décentralisation, un Plan de Développement Sanitaire (PDS 1994-2000) fut élaboré, et une Déclaration de Politique Sectorielle adoptée par le Gouvernement en juillet 1995. Dans la même période, une Politique Pharmaceutique Nationale a été élaborée. Le système de santé rentre alors dans une ère de priorité aux renforcements des Districts Sanitaires. La politique Sectorielle de Santé vise « l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des individus, des familles et des communautés ».

A la suite de l'adoption de cette Déclaration, plusieurs Programmes dont le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) ont élaboré des Plans Stratégiques. Ainsi, pour atteindre les objectifs d'Abuja, le PNLP a élaboré les Plans Stratégiques Nationaux: (2001-2005., 2006-2010) .Un Plan de Développement Sanitaire pour la période 2005-2009 a été élaboré et adopté par le Gouvernement le 18 février 2005. Tous ces documents de Politique et Plans rentrent dans le cadre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) et de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Après deux plans quinquennaux depuis 2000, le présent Plan stratégique 2011-2015 que le Niger vient d'adopter s'inscrit dans la suite logique de combattre le fléau que constitue le paludisme dans les pays d'endémie notamment l'Afrique.

Les efforts déployés tous les jours tant par les acteurs nationaux que les partenaires au développement puissent se poursuivre au cours des années à venir les objectifs finaux étant de voir le paludisme éliminé des pays d'endémie.

Les résultats auxquels nous sommes parvenus à ce jour, nous laisser présager que le paludisme peut être vaincu en utilisant à bon escient toutes les interventions essentielles.

La revue du plan stratégique 2006-2010 a montré que les efforts ont permis d'améliorer la situation. C'est ainsi que grâce aux deux (2) campagnes de distributions massives de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) la possession de moustiquaires est passée de 69 ,4 % en 2007 à 78 % en 2009. Les taux d'utilisation

passé de 5% en 2000 chez les enfants de moins de cinq ans à 56% en 2009, chez les femmes enceintes de 7,8 % en 2000 à 51% en 2009. Les enfants correctement dans les 24 heures 25% en 2006, 68, 3% en 2009.

Les orientations stratégiques du plan 2011-2015 visent à poursuivre les efforts dans les perspectives de l'atteinte des OMD.

Le présent plan est résolument orienté vers un renforcement de la lutte contre le paludisme par la mise en œuvre concomitante de toutes les interventions essentielles afin d'obtenir des résultats tangibles.

Tous les domaines sont ciblés. Les secteurs public et privé sont invités à y prendre part chacun dans son domaine de compétences.

PARTIE I. PROFIL DU PAYS

1. Présentation du pays

1.1. Données géographiques

Situé en Afrique de l'Ouest entre les parallèles 11°37' et 23°33' de latitude nord d'une part, et les méridiens 16° de longitude est et 0°10' de longitude ouest d'autre part, le Niger est un vaste pays enclavé sahélo-saharien de 1 267 000 km², en grande partie désertique (3/4 du pays), souffrant d'une pluviométrie aléatoire, irrégulière et insuffisante dans le temps et l'espace. Pays steppique, il a des frontières avec 7 pays qui sont l'Algérie, le Bénin, le Burkina Faso, le Tchad, la Libye, le Mali et le Nigeria. Il est le plus vaste de l'Afrique de l'ouest et se classe 5^{ème} à l'échelle continentale, après l'Algérie, le Congo, la Libye et le Tchad. La situation géographique du Niger fait de lui un carrefour d'échanges entre l'Afrique du Nord et l'Afrique au Sud du Sahara.



Le Niger se présente comme une vaste pénéplaine ancienne, dont l'altitude moyenne est de 350 m.

Trois grandes zones le partagent :

- **le Niger méridional:** C'est une bande de 1300 km de long qui suit la frontière du Nigeria jusqu'au Mali ("Niger utile");

- **l'Air:** c'est une bande de 1300 km à l'est; les reliefs du Damagaram répartissent les eaux de drainage entre le bassin versant du lac Tcha et celui de l'Atlantique. C'est un massif montagneux situé au nord-ouest du pays, étendu sur 300 km du nord au sud et 200 km d'est en ouest;

- **Le Ténéré:** Il constitue la plus grande partie du nord-est du pays. C'est une plaine sableuse hyperaride qui se termine à l'est par la falaise du Kaouar et au nord par les plateaux du Djado et du Mangueni.

Figure N° I : Carte physique du Niger

1.2. Données démographiques

La population estimée à 15 203 822 habitants en 2010 selon le RGP/H 2001 dont 80 % vit en zone rurale avec une densité moyenne de 10 habitants/Km² et des disparités importantes entre les régions du pays. Plus de 75 % de la population vivent dans moins de 40 % du territoire national ; environ 15 % est nomade (PDS 2011-2015). Le *Sex-
Ratio Homme/Femme en 2001 est de 1.*

Bien qu'en légère régression (7,5 enfants/femme en 1988), l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) reste très élevé, de l'ordre de 7,1 enfants/femme, constituant une préoccupation majeure pour la santé des femmes et des enfants. Il induit un taux d'accroissement démographique annuel de 3,3%, un des plus élevés du monde, avec une augmentation annuelle de la population dépassant souvent le taux de croissance économique et renforçant la paupérisation du pays.

Tableau N° 1 : Distribution de la population par tranche d'âge et par sexe, 2010-2015

Groupes de populations	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Population totale (tous âges)	15 203 822	15730754	16274742	16836397	17416275	18014510
Femmes > 5 ans	4 407 588	4 560 346	4 718 048	4 880 871	5 048 978	5 222 406
Hommes > 5 ans	4 404 547	4 557 199	4 714 793	4 877 504	5 045 495	5 218 804
Sujets 5-9 ans	2491906	2578271	2667430	2759485	2854527	2952578
Enfants 0 à 4 ans	3 195 843	3 306 604	3 420 951	3 539 011	3 660 901	3 786 650
Femmes enceintes	744987	770807	797462	824983	853397	882711

Source : INS 2010

Le Niger est multiethnique et constitue une terre de contact entre l'Afrique noire et l'Afrique du Nord. Les principales ethnies sont composées de: Haoussa Djerma, Songhaï, Touareg, Toubou, Arabes, Peulh, Kanouri et Boudouma.

La langue officielle du Niger est le français. Les langues nationales sont au nombre d'une dizaine. La société nigérienne est composée de 95 à 99 % de musulmans sunnites, le reste est composé notamment de chrétiens ou d'animistes.

1.3. Données environnementales et climatiques

Le territoire du Niger est constitué à 80 % du Sahara et du Sahel. Seule une bande au sud du pays est verte. Le désert progresse de 200 000 hectares chaque année. Les programmes gouvernementaux de reforestation se heurtent aux fréquentes sécheresses et à la demande croissante en bois et en terres agricoles. Depuis 1990, la forêt a perdu un tiers de sa surface et ne couvre plus qu'un pourcent du pays.

Grâce au collectif de régénération naturelle gérée par les agriculteurs, plus de 5 millions d'hectares de terres au Niger présentent aujourd'hui des signes de régénération de la végétation en 2005 par rapport aux années 1970. La dégradation des terres a été nettement réduite, l'érosion diminuée, la fertilité augmentée et la productivité agricole améliorée de façon spectaculaire.

Situé dans une des régions les plus chaudes et les plus ensoleillées de la Terre, le Niger est doté d'un climat essentiellement désertique et extrêmement sec.

Le climat est caractérisé par trois saisons : chaude (de mars à mai), pluvieuse (de juin à septembre) et froide (d'octobre à février).

Le pays présente du Sud au Nord trois zones géo-climatiques:

- la zone soudanienne limitée au Nord par une ligne allant de 15° de latitude Ouest à un peu moins de 14° Est. C'est la partie du pays la plus arrosée avec environ 600 mm d'eau par an. L'humidité est accrue dans sa partie Sud-ouest qui reçoit jusqu'à 800 mm de pluie par an. Zone à vocation agricole, elle connaît à côté d'une végétation arbustive assez abondante, des cultures de mil, de sorgho, d'arachide et de niébé.
- la zone sahélienne au Centre reçoit de 200 à 500 mm de pluie par an. C'est la zone de prédilection de l'élevage. L'humidité diminue dans sa partie Nord Est.
- L'immense zone saharienne, au Nord, recouvre tout le reste du pays. La végétation épineuse et le tapis herbacé y deviennent de plus en plus rares, au fur et à mesure qu'on avance vers le Nord.

La température est en moyenne de 28°C avec des extrêmes de grandes chaleurs le jour et de basses températures la nuit avec une variation en fonction des saisons :

- Pendant la saison fraîche (octobre à février), les températures sont basses et atteignent 30°C avec un trimestre plus frais pouvant atteindre s'étendant de décembre à février où les températures peuvent atteindre 10°C ;
- Pendant la saison chaude (mars à mai), les températures moyennes dépassent les 40°C.

Le réseau hydrographique est constitué du fleuve Niger à l'extrême Ouest du pays sur une distance d'environ 550 km, du Lac Tchad au sud-est et de la Komadougou Yobé qui délimite à l'extrême Est du pays une frontière naturelle avec le Nigeria sur une distance de 150 Km.

Il faut noter également l'existence d'environ 150 mares permanentes et semi-permanentes dans le sud et le centre du pays. Les potentialités en eaux de surface, souterraines et de ruissellement sont importantes totalisant un volume moyen annuel de 34 milliards de m³ d'eau. En plus, on observe 100 millions de m³ d'eau par an retenus artificiellement au niveau d'une vingtaine de mini barrages.

Au Niger, 96% de la production agricole reposent sur les cultures pluviales soumises aux aléas climatiques. Il existe environ 60 aménagements hydro agricoles couvrant plus de 13 500 ha dans la zone du fleuve. On note aussi la pratique de jardinage et des cultures maraîchères dans les oasis et au niveau des points d'eaux créés dans les cités minières de la zone nord. Les cultures de contre saison sont fréquentes dans plusieurs endroits

du pays pouvant favoriser de microclimats propices au développement des vecteurs du Paludisme.

1.4. Organisation politique et administrative

Depuis son indépendance en 1960, le Niger a connu plusieurs constitutions entre la fin de 1990 et juillet 1999 et qui ont permis d'instaurer le multipartisme dans le pays. La 7^{ème} République a été proclamée le jeudi 7 avril 2011 après des élections reconnues libres et transparentes par les différents observateurs organisées en mars et avril 2011.

L'administration territoriale basée sur la décentralisation est organisée en Régions, Départements, Communes urbaines, Communes rurales et Postes administratifs. Ainsi, le pays est subdivisé en 8 Régions, 36 Départements et 265 communes. Chaque entité administrative est dirigée par un responsable nommé :

- Un Gouverneur pour la Région ;
- Un Préfet pour le département ;
- Un Administrateur délégué pour la Commune.

Les Collectivités Territoriales (Région, département, commune) constituent des entités autonomes dotées de la personnalité juridique, de compétences et de ressources propres. Elles sont gérées par des organes élus, en vertu des principes fondamentaux de la libre administration (Loi 2002-12 du 11 juin 2002). Seule la Commune, collectivité la plus proche des citoyens, est aujourd'hui opérationnelle. Elle est considérée comme l'entité la plus apte à assurer les services publics de proximité qui ne relèvent pas de l'Etat, de la Région ou du Département.

1.5. Infrastructures routière et Communication

Les infrastructures routières sont constituées de :

- 3912 Km de routes bitumées,
- 2564 Km de routes en terre moderne latéritique
- 1412 Km de routes en terre sommaire,
- 2832 km de routes rurales
- 8227 km de pistes sommaires.

Le pays dispose de deux aéroports internationaux à Agadez et à Niamey et des aéroports de moyenne capacité capables de recevoir les Boeings 737 à Tahoua, Zinder, Maradi et Diffa

Dans le domaine de la communication, l'Etat du Niger a investi d'importantes ressources financières pour réaliser des infrastructures à la mesure des besoins minimum du pays. Ces infrastructures se composent de plusieurs centres périphériques:

- 5 stations terriennes domestiques
- 3 stations internationales
- 114 radios communautaires
- 8 radios régionales
- 33 radios privées
- 6 chaînes de télévision dont une télévision nationale, une Télévision régionale et quatre télévisions privées.

En plus, le pays dispose de 5 fournisseurs de téléphonie mobile et de capacité de connexion Internet pour l'ensemble des régions et la plupart des départements.

1.6. Profil socio-économique

Le Niger est considéré comme étant l'un des pays les plus pauvres du monde selon le nouveau profil de pauvreté basé sur le « Degré de Satisfaction des Besoins Essentiels » (DSBE) et les résultats de l'enquête QUIBB (Questionnaire Unifié des Indicateurs de Bien-être de base) réalisée en 2005. Il a un indice de développement humain classé 167^{ème} sur 169 pays (en 2010).

Les plus importantes ressources naturelles du Niger sont l'or, le fer, le charbon, l'uranium et le pétrole. Le Niger fait partie de la CEDEAO et de l'UEMOA

La pauvreté toucherait 62% de la population nigérienne avec un taux d'incidence plus élevé en milieu rural (66%) qu'en milieu urbain (52%) et une disparité importante selon les régions : 79,7% à Maradi, 46% à Agadez et 27% à Niamey. Par ailleurs, en 2005, plus de neuf personnes sur dix sont considérées comme vulnérables à la pauvreté.

Le PIB qui était de 1 850 milliards de FCFA (3,7 milliards d'US\$) en 2007, soit 270 US\$ par personne et par an repose principalement sur le secteur agro-pastoral (40%) et sur le secteur minier (4% de la richesse nationale produite).

Il est admis que la pauvreté mène à un mauvais état de santé en limitant l'accès et l'utilisation des services. Le pauvre consacre en moyenne à la santé 1 439 FCFA soit 2,3% de son revenu contre 8 018 FCFA (3,6%) pour le riche. Par ailleurs, on note une participation importante des ménages au financement global de la santé (47% selon les CNS 2005-2006) malgré le taux de pauvreté élevé.

Les objectifs prioritaires définis dans la déclaration de politique générale du Gouvernement sur le plan agricole sont les suivants :

- assurer la sécurité alimentaire des populations;
- améliorer le niveau de vie des populations par la lutte contre la pauvreté;
- créer les conditions favorables à l'organisation du monde rural et des tissus d'intermédiations et de financement

Sur le plan de l'éducation, le taux global d'alphabétisation est de 20 % avec un taux de scolarisation dans le primaire de 56 % chez les garçons et de 40 % chez les filles (EDSN 2006)

Selon les données de l'EDSN et MICS III de 2006, 75% de la population vit en milieu rural. La même enquête révèle les caractéristiques d'habitat suivantes:

- Seuls 9% des ménages disposent de l'électricité (2% en milieu rural contre 47% en milieu urbain)
- 22% disposent de robinet (91 % en milieu urbain et 8% en milieu rural)
- 81% des ménages ne disposent pas de toilettes (93% en milieu rural et 21% en milieu urbain)

88% des ménages disposent d'un sol qui est revêtu de terre ou de sable (98% milieu rural et 46% en milieu urbain).

Tableau N° 2: Principaux indicateurs socio-économiques

Indicateurs socio-économiques	Valeurs	Année d'observations
Population de moins de 15 ans	51,9 %	2010
Population de 65 ans et plus	2,5 %	2010
Densité (habitants au km ²)	11,9	2010
Taux d'urbanisation	20,4 %	2010
Taux d'accroissement de la population	3,3%	2001
Indice synthétique de fécondité	7,1%	2006
Taux de mortalité maternelle pour 100 000	6,48 ‰	2006
Taux brut de natalité (projection)	47,7‰	2005
Taux brut de mortalité (projection)	20,4‰	2006
Taux brut de mortalité infantile	81 ‰	2006
Taux de mortalité infanto juvénile	198 ‰	2006
Taux brut de Scolarisation au Primaire	67,8%	2009
Taux Brut de Scolarisation au Secondaire	3,4%	2009
Le taux d'alphabétisation national	29%	2009
Espérance de vie (nombre d'années)	58 ans	2009
PIB/habitant	172 208 FCFA	2008

Source : INS 2010

2. Analyse du système national de santé

2.1. Politique de santé

Après l'adoption de la Déclaration de Politique sectorielle de santé en conseil de Cabinet, le Ministère de la santé publique (MSP) du Niger a défini en 2002, les orientations stratégiques pour le développement sanitaire de la première décennie du 21^{ème} siècle (2002-2011). Puis le Niger a élaboré et mis en œuvre le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010 assorti d'un Plan de Travail Quinquennal (PTQ) pour la même période. Ce plan dont l'objectif principal était de réduire la mortalité maternelle et infanto juvénile à partir des potentialités existantes a fait l'objet en 2008 d'une évaluation à mi-parcours (externe et interne) dont les principaux résultats ont mis en exergue un système de santé sous financé dont l'offre de services est encore insuffisante et déséquilibrée.

La politique actuelle au Niger vise l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des individus, des familles et des communautés par l'application des Soins de Santé Primaires. Elle implique le développement des activités prioritaires préventives et promotionnelles intégrées aux Soins curatifs et aux actions intersectorielles coordonnées dans le cadre d'un processus gestionnaire.

2.2. Organisation du système de santé

a)- le secteur public

L'organisation du système de santé public est calquée sur le découpage administratif du pays qui comprend trois niveaux :

- l'administration centrale ou niveau stratégique, lieu de définition de la politique sanitaire, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances. ;
- 8 Directions régionales de la Santé ou niveau technique chargées de la coordination et de l'appui technique au niveau périphérique
- 42 districts sanitaires qui constituent le niveau opérationnel.

L'organisation technique comprend trois niveaux:

- le niveau tertiaire constitué des 3 hôpitaux nationaux et 11 centres nationaux spécialisés ;
- le niveau secondaire représenté par les 6 centres hospitaliers régionaux et les 3 maternités de référence ;
- le niveau opérationnel (district) ou premier niveau avec les 32 hôpitaux de district et leur réseau de centres de santé intégrés et de cases de santé.

Les prestations de soins et de services de santé sont assurées par un réseau d'établissements structuré en 3 niveaux hiérarchisés :

- Au niveau périphérique, 829 Centres de Santé Intégrés (CSI) dirigés chacun par un infirmier, auxquels sont rattachées 2 160 cases de santé fonctionnelles tenues en général par des agents de santé communautaires. Les structures sont réparties dans 42 districts sanitaires dont 33 disposent d'un hôpital de 1^{ère} référence (Hôpital de District). 26 sont équipés d'un bloc opératoire où travaillent des médecins formés en chirurgie de district ;
- Au niveau régional, 8 Directions Régionales de la Santé Publique dont celle de la Communauté Urbaine de Niamey, assurent la coordination des actions conduites dans les districts sanitaires. Y sont rattachés 6 Centres Hôpitaux Régionaux, deux maternités régionales de référence et 7 centres mères-enfants en cours de construction, tous disposant d'un plateau technique de 2^{ème} référence ;
- Au niveau National, 3 Hôpitaux Nationaux dont deux à Niamey et un à Zinder et une Maternité de référence nationale (Niamey) dotés chacun du statut d'Etablissement Public à caractère Administratif (EPA).

Les services de santé des armées comptent 21 infirmeries de garnison. Les centres médico-sociaux relevant de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) sont au nombre de huit.

La gratuité des soins communément utilisée au Niger recouvre en fait un allègement des tarifs pour les patients et un financement par l'Etat en tant que tiers payant. Cette gratuité des soins, mise effectivement en place en 2007, concerne en

particulier (i) la prise en charge de la césarienne dès que la nécessité d'intervention a été posée, incluant les frais d'hospitalisation, les soins, les examens, les actes médicaux et les médicaments y afférant, (ii) les consultations prénatales, (iii) la planification familiale ainsi que (iv) les soins délivrés aux enfants de moins de 5 ans, y compris les médicaments pour une semaine.

Les prestations fournies gratuitement par les formations sanitaires publiques sont facturées à l'Etat et payées par le Trésor public.

La gratuité a ainsi contribué positivement à l'amélioration de plusieurs indicateurs clés de suivi. Mais cette efficience peut être atténuée par les effets des retards de remboursement des factures, tels que l'absence de médicaments et le retour illégal mais nécessaire au paiement des soins.

b)- le secteur privé

Il est en développement continu mais il reste encore concentré à Niamey. Le secteur privé compte près de 200 établissements, 30 cliniques, 43 cabinets médicaux de soins et 5 hôpitaux privés à but non lucratif dont 2 hôpitaux miniers. A cet ensemble, il faut ajouter 12 centrales d'approvisionnement et 82 pharmacies privées.

c)- La médecine traditionnelle

Elle reste très souvent le premier recours des malades, particulièrement en milieu rural, dans un contexte où les traditions et la spiritualité sont extrêmement marquées. Ces malades ne se tournent vers la médecine moderne qu'après l'échec de ce premier traitement même si les prix pratiqués ne sont pas plus compétitifs. Dans ce domaine, les pratiques sont extrêmement diversifiées (utilisation de plantes ou d'éléments minéraux connus de manière ancestrale, incantations effectuées par les imams, recours aux pouvoirs magico religieux ...mais aussi recours à des produits d'usage domestique détournés de leur utilisation première) et les praticiens de tous ordres (guérisseurs dont l'art a été transmis par leurs parents ... mais aussi charlatans peu scrupuleux).

Le Niger a accumulé des expériences sur l'usage de remèdes d'origine naturelle disponibles sur place dont certains ont été utilisés avec succès sur la foi d'une longue expérience. Cependant, ces remèdes ne sont pas nécessairement sans dangers du simple fait qu'ils sont naturels car certains ont donné lieu à des effets secondaires sérieux.

Dans le cadre des soins de santé primaires, le recours aux remèdes traditionnels se justifie. Il y a lieu cependant d'évaluer l'utilisation de ces médicaments et de renforcer simultanément la recherche fondamentale et appliquée dans le domaine de la pharmacopée traditionnelle lors de l'introduction de ces remèdes dans nos structures de soins. On doit recenser les affections que la médecine traditionnelle peut traiter efficacement, en tenant en compte des aspects pathologiques et psychosomatiques de leurs symptômes. Il faut mettre au point des méthodologies et des technologies appropriées pour l'identification, la production et le développement de remèdes traditionnels, afin d'accroître leurs avantages et leur acceptation du point de vue médical, économique et socioculturel.

d)- Le système communautaire

Le Niger dispose d'une pléthore d'agents communautaires formés par les programmes verticaux (Paludisme, Ver de Guinée, Maladies Diarrhéiques etc.) plus ou moins

opérationnels mais souvent livrés à eux-mêmes. Plusieurs ONG locales, Associations et Groupements féminins sont impliqués dans l'organisation des campagnes de sensibilisation et de communication en direction des communautés. Il s'avère nécessaire d'appuyer, d'encadrer et de coordonner les interventions de tous ces acteurs pour accélérer le changement de comportements des différentes cibles. D'autres canaux non moins importants, tels que les leaders religieux et confessionnels, les tradipraticiens, les agents de santé, les artistes et les écoles sont aussi mis à contribution. Les femmes sont aussi bien impliquées que les hommes dans les prises de décisions, dans la gestion des structures et dans l'offre de soins.

La participation communautaire a évolué en pratique dans un contexte réducteur par rapport à son cadre conceptuel, la fixant pour beaucoup aux aspects financiers liés au recouvrement des coûts et à la gestion des médicaments avec un pouvoir limité dans l'affectation de la marge dégagée par le recouvrement et un faible engagement lié à une insuffisance d'implication de la communauté dans la prise locale de décision.

L'approche communautaire connaît une réelle insuffisance vue sous les angles de: (i)- l'implication des ménages et des relais communautaires, (ii)-de l'effectif des ASC, de leur formation et des modes de leur rétribution à pérenniser et à rationaliser l'utilisation des cases de santé.

L'évaluation externe à mi-parcours du PDS 2005-2010 a fait ressortir les principales faiblesses de la participation communautaire suivantes :

- Non adoption des textes révisés sur la Participation communautaire ;
- Faible participation des collectivités territoriales au financement des services de santé ;
- Retard de diffusion du guide de formation en micro planification ;
- Insuffisance de fonctionnalité des COGES et des COSAN. Le pourcentage de comités de santé qui élaborent, exécutent et évaluent un micro plan annuel est resté à 57,1 % en fin premier trimestre 2010 pour un objectif de 80%.

2.3. Ressources humaines pour la santé

L'effectif du personnel du secteur de la santé, toutes catégories confondues, est estimé à 7993 agents en 2008. L'analyse de la distribution du personnel révèle d'importantes disparités entre les régions, et au niveau des régions entre le milieu urbain et le milieu rural. Le pays dispose de très peu de spécialistes si l'on se réfère aux besoins réels des populations. Les disciplines où les besoins sont les plus importants sont : la chirurgie, la gynécologie, la pédiatrie et la biologie.

Pour la formation initiale dans les instituts de formation (école nationale de Santé Publique, Université...), il existe, en plus des 2 écoles nationales de santé publique et de l'université, 4 écoles de formation privées qui ont été ouvertes en 2000.

De façon générale, le personnel reste insuffisant relativement aux normes internationales comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau N° 3 : Situation du personnel de la santé du secteur public par catégorie en comparaison avec les normes de l'OMS

Catégorie	Effectif actuel	Besoins selon normes OMS	Ecart	Normes OMS	Situation actuelle
Médecins	427	1 190	763	1 pour 10000	1 pour 60674
Pharmaciens	22	652	630	1 pour 20000	1 pour 501529
Dentistes	17	260	243	1 pour 50000	1 pour 869664
Infirmiers	2055	2608	553	1 pour 5000	1 pour 6943
Sages-Femmes	500	574	74	1 pour 5.000	1 pour 6448 Femmes en âge de procréer

Source : MSP, Annuaire des statistiques sanitaires 2008

Le total des ressources humaines en santé a progressé de 16% entre 2005 et 2010 tous statuts confondus. Toutefois, on note encore un déséquilibre très criard dans la répartition du personnel entre le milieu rural et le milieu urbain où est concentrée ce dernier tant en quantité qu'en qualité.

La mise en œuvre du PDS 2005-2010 a permis d'obtenir des acquis importants en matière de gestion des RH, notamment le recrutement de 1 212 agents entre 2005 et 2008, une meilleure maîtrise des effectifs suite au recensement et à la mise en place d'outils de suivi, la déconcentration de la fonction «Gestion des Ressources Humaines», la révision des curricula de formation, l'élaboration d'un plan de formation initiale et continue, le financement de près de 400 spécialisations médicales et paramédicales depuis 2005 et la mise en place d'un dispositif de primes de motivation pour les personnels médicaux et paramédicaux.

2.4. Système d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres intrants

Le Niger dispose d'une Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) qui énonce et classe par ordre de priorité les buts à moyen et long terme fixés par l'Etat pour le secteur pharmaceutique. L'objectif général de cette PPN est d'assurer l'accès, la qualité et l'usage rationnel des médicaments.

La réglementation pharmaceutique intègre les points suivants :

- Homologuer la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution, la promotion et la publicité des médicaments ;
- Evaluer l'innocuité, l'efficacité et la qualité des médicaments;
- Inspecter et surveiller les fabricants, importateurs, grossistes et dispensateurs de médicaments ;
- Contrôler et suivre la qualité des médicaments présents sur le marché ;
- Surveiller les réactions indésirables aux médicaments et la mise en place d'un système de pharmacovigilance ;
- Fournir aux professionnels et au public une information indépendante sur les médicaments.

Pour mettre en place les diverses composantes de la politique pharmaceutique et assurer sa mise en œuvre il y a lieu de disposer de personnels technique et administratif bien formés. La faiblesse actuelle de l'autorité de régulation est liée à une insuffisance en agents tant gestionnaires que techniques.

Le secteur est régi par une multitude de circuits d'approvisionnement animés par des acteurs tant professionnels que ceux qui interviennent de façon conjoncturelle donnant un aspect de mosaïque très difficile à maîtriser (ONPPC, SNU, centrales privées d'achat, circuits confessionnels, opérateurs privés non professionnels). Concernant l'acquisition des produits spécifiques des programmes de santé seuls l'entreposage et la distribution sont assurés par l'ONPPC lorsque des conventions spécifiques sont signées avec les acteurs concernés.

La fragilité de la situation financière de l'ONPPC due principalement aux insuffisances de gestion, a obligé les différents partenaires à utiliser leur circuit d'approvisionnement. Cette défaillance de l'ONPPC rend aléatoire l'efficacité de la Politique de Médicaments Essentiels Génériques.

Cette situation ainsi décrite ne permet pas de disposer des informations nécessaires sur le marché, d'un système d'assurance de la qualité, d'un personnel qualifié et de réaliser des économies substantielles.

En matière d'approvisionnement et de distribution de médicaments, le Niger dispose d'une unité de production, de 16 centrales d'achats et d'un réseau de 150 pharmacies publiques et privées complété par 89 dépôts communautaires et villageois. Le circuit d'approvisionnement repose sur ces structures à la fois publiques et privées (le système public étant assuré par l'ONPPC). L'accroissement très rapide des besoins en substances prophylactiques, thérapeutiques et de diagnostic (dû à l'augmentation de la démographie et à l'extension de la couverture sanitaire), l'insuffisance des ressources financières de l'ONPPC et la faible maîtrise de l'approvisionnement ont mis en exergue les difficultés du système d'approvisionnement national.

Les produits commandés par l'ONPCC sont soumis à un contrôle de qualité au niveau du laboratoire national en santé publique et d'expertise (LANSPEX).

Au niveau central, l'ONPCC dispose d'une capacité de stockage de 1048 m³. L'ONPPC dispose d'entrepôts de très grande capacité à Niamey ainsi qu'à Zinder et Tahoua qui sont conformes aux standards internationaux. Ces entrepôts sont couverts par une police d'assurance.

Le PNLP utilise à la fois le système d'allocation et le système de réquisition pour le ravitaillement des centres de l'intérieur du pays sans faire référence au first in first out (FIFO), last in first out (LIFO) ou même PPS (premier arrivé premier servi).

Dans chaque région, les DRSP et les districts sanitaires disposent des magasins de stockage. Les capacités de ces pharmacies sont variables d'un district à l'autre et couvrent en général les besoins de stockage dans le cadre du fonctionnement normal du district qui approvisionne les CSI. Pour le moment, ces magasins ne répondent pas entièrement aux normes de sécurité et de bonnes pratiques de stockage. Ils auront besoin d'une réhabilitation compte tenu de leur ancienneté afin d'être mises en conformité avec les normes de stockage des médicaments. En conséquence et étant donné l'importance des activités en matière de gestion des stocks, les services de l'ONPPC sont sollicités. A cet effet un contrat de partenariat tripartite a été signé entre le PNUD, l'ONPPC et le PNLP afin d'assurer des prestations de stockage et de distribution des produits pharmaceutiques antipaludiques.

Pour minimiser les pertes (péremption, bris des ampoules et flacons) et assurer le suivi des mouvements des stocks, une gestion simple est prévue. Ainsi, les supports tels que les fiches de stocks, les registres de sorties de médicaments, les bons de commandes et les bordereaux de réception sont mis en place à tous les niveaux du système de prise en charge. Un système de suivi de consommation a été mis en place et l'informatique est utilisée pour assurer la compilation et le partage des données.

En plus du stockage, l'ONPCC est chargé de l'acheminement des produits jusqu'au niveau district. Dans le cadre de la distribution des produits anti paludiques, la répartition des produits à distribuer est faite par le PNLP.

Au niveau des districts, les CSI sont approvisionnés sur la base d'un bon de commande et sont responsables de l'enlèvement des produits.

Les décisions relatives aux importations, à la fixation des prix et aux taxes douanières ont des effets notables sur l'acquisition, la fabrication et la consommation des médicaments. Une politique nationale pharmaceutique doit avoir des mécanismes permettant au secteur de la santé d'attirer les autres secteurs (notamment des responsables de la planification, des finances, de l'industrie et du commerce) pour leur participation active à la prise de décisions.

La DPHL/MT s'assure que l'importation des produits pharmaceutiques au Niger respecte un certain nombre d'éléments qui rentrent dans l'assurance de qualité ; il s'agit de :

- L'obtention par l'importateur d'une autorisation d'importation et d'enlèvement délivrée par le MSP; L'inscription du médicament sur la liste nationale des médicaments essentiels et sur celle de l'OMS ;
- La soumission des produits pharmaceutiques à un contrôle de qualité effectué par le Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise (LANSPEX) et si nécessaire par un laboratoire international. Pour les médicaments pré-qualifiés par l'OMS et l'UNICEF, le LANSPEX peut effectuer le contrôle de la qualité par un contrôle documentaire ;
- L'exigence d'un certificat de contrôle du produit par l'autorité de réglementation pharmaceutique avant de mettre le produit à la disposition des populations ;
- La sélection périodique et de manière aléatoire des échantillons des produits pharmaceutiques non pré-qualifiés à soumettre à l'analyse pour le contrôle de qualité ;
- L'inspection des structures bénéficiaires avant et après la distribution des produits pharmaceutiques afin de garantir la bonne utilisation y compris le respect des normes de stockage.

Le LANSPEX, la Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DPHL/MT) et la Direction des Infrastructures, de l'Equipement et du Matériel (DIEM) du MSP sont en charge de contrôler les produits pharmaceutiques et matériels techniques achetés avant leur mise à disposition des structures bénéficiaires. Les produits non conformes aux critères de qualité exigés par les structures ne sont pas réceptionnés ni payés. La DPHL/MT ou les partenaires veillent souvent à ce que le fournisseur les remplace par des produits conformes aux clauses des dossiers d'Appel d'Offres.

En cas de rupture, il est appliqué les dispositions contenues dans le document de politique nationale de traitement du paludisme qui préconise le recours à d'autres médicaments antipaludiques (ACT homologuées par l'OMS).

En cas d'urgence (comme rupture de stock), le PNLP a la possibilité d'utiliser la procédure d'approvisionnement d'urgence mise en place par l'UNICEF.

Tous les gérants de pharmacie des districts ont été formés sur la gestion des médicaments. En outre, 56,2 % des agents de santé ont été formés sur le diagnostic et le traitement du paludisme pour permettre une utilisation rationnelle des médicaments. Il faut noter que les gérants au niveau des CSI et les prestataires au niveau des CS n'ont pas encore reçu de formation.

Le MSP a mis en place une équipe d'unité de gestion des stocks, composée de deux pharmaciens, d'un assistant, de deux magasiniers et d'un personnel de manutention au sein de l'ONPPC pour assurer la coordination et la gestion centralisée des stocks. Cette équipe est en liaison avec le PNLP et les formations sanitaires pour un meilleur suivi.

Deux logisticiens assurent la coordination et la gestion des anti paludiques au niveau du PNLP.

Une réunion de concertation mensuelle a été initiée depuis le mois de mars 2010 entre le PNLP et les différents partenaires intervenant dans le domaine de la lutte contre le paludisme en vue de discuter de leur plan d'intervention et d'harmoniser les commandes, les outils de gestion et d'assurer une complémentarité dans le processus d'approvisionnement des districts sanitaires.

En somme le système d'approvisionnement pharmaceutique continue de souffrir de faiblesses majeures qui obèrent l'objectif d'assurer une disponibilité permanente de produits de qualité et de sécurité répondant aux besoins du système de santé, à moindre coût, accessibles à l'individu, aux familles et aux communautés (OMD 8). D'autres faiblesses relatives au secteur sont également à relever :

- Un manque de technologies biologiques et scientifiques adaptées aux missions des formations sanitaires ;
- Une sécurité transfusionnelle mal assurée du fait de difficultés d'approvisionnement en intrants ainsi que de la non-disponibilité adéquate en sang et dérivés aggravée par leur prescription irrationnelle ;
- Une insuffisance d'infrastructures adéquates et d'équipements pour le stockage et la conservation au niveau des formations sanitaires ;
- Une application peu efficace de la réglementation pharmaceutique par le MSP en charge de la régulation du secteur ;
- Une faiblesse du système d'assurance qualité des médicaments: l'arrêté N°00281/MSP/DPHL du 18 Novembre 1998 a instauré le contrôle de qualité des MEG (qui représentent un volume important des importations de médicaments) avant leur mise en consommation. Ce mécanisme fonctionne mal suite au non-respect de cette réglementation, les prélèvements d'échantillons n'étant pas effectués de façon systématique pour chaque importation. Il faut y ajouter l'insuffisance du système d'homologation, la faible gestion des erreurs médicamenteuses et les faibles capacités de contrôle de qualité du LANSPEX en

matière d'analyse des molécules innovantes, des consommables médicaux et des préservatifs ;

- Une prolifération du marché illicite des médicaments.

2.5. *Système d'information sanitaire et recherche en santé*

Le système de suivi/évaluation du secteur de la santé est celui du plan de développement sanitaire (PDS). Il est décrit dans un document appelé guide de suivi/évaluation et comprend les éléments suivants :

- le mécanisme de suivi/évaluation (organes, structure et leur fonctionnement)
- les outils (indicateurs) ;
- le processus de suivi évaluation du PDS.

a)- Système d'information sanitaire

Le Niger dispose d'un système d'information sanitaire dont les performances sont en deçà des attentes des différents acteurs dès lors qu'il se limite aux seuls domaines de la surveillance épidémiologique et au suivi des activités de santé, ne prenant pas en compte suffisamment les données du secteur privé. La qualité des données et leur disponibilité permanente aux différents niveaux restent à améliorer notamment la mise à échelle nationale du tableau de bord du CSI introduit depuis 2008. La désagrégation de ces données pour prendre en compte les besoins des différents programmes et les aspects du genre reste à renforcer. L'articulation au plan institutionnel avec l'Institut National de la Statistique ainsi que les relations fonctionnelles avec les autres structures du MSP aux différents niveaux du système demandent à être revues. La même question se pose pour l'organisation et la décentralisation des services à travers la mise à disposition d'infrastructures, d'équipements adéquats et surtout de ressources humaines compétentes et motivées.

La mise en place d'outils de collecte des données adaptées aux besoins des différents acteurs, le processus de collecte des données ainsi que leur analyse systématique à chaque niveau pour une prise de décisions éclairées restent à améliorer. Il en est de même pour l'archivage, la diffusion voire la publication des informations sanitaires en faisant davantage appel aux nouvelles technologies de la communication. Par ailleurs, le Niger ne dispose pas d'un observatoire destiné à approfondir la recherche et la qualité de l'information sanitaire dans les domaines prioritaires de santé publique.

b)- Recherche en santé

Malgré l'existence d'un document de stratégie nationale de promotion de la recherche en santé 2003-2007 et l'inscription de la recherche en santé dans le PDS 2005-2010, celle-ci n'a pas fait l'objet d'une attention suffisante. De nombreux domaines de recherche (les maladies infectieuses, les maladies non infectieuses, les systèmes de soins, l'espacement des naissances, ...) et des structures compétentes (CERMES, les services du MSP, la Faculté des Sciences de la Santé, les hôpitaux, les ONG, le LASDEL, les écoles de formation professionnelles, ...) existent.

L'analyse de la recherche au Niger révèle les insuffisances ci-après :

- La majorité des chercheurs potentiels n'ont aucune formation en méthodologie de la recherche en santé ;
- Le Ministère de la Santé Publique manifeste une faible détermination dans la promotion de la recherche en santé particulièrement la recherche action (RA);
- La coordination des travaux de recherche en santé par la DEP est insuffisante;
- Très peu de résultats de recherche en santé ont fait l'objet d'une diffusion, d'une exploitation ou d'une application ;
- La contribution financière nationale (Etat, Privés) à la Recherche en Santé est insuffisante ;
- Le financement de la Recherche en Santé reste fortement tributaire de l'aide extérieure ;
- Les opportunités de financement par les partenaires extérieurs sont méconnues des chercheurs potentiels ;

- Aucun plan de développement de la recherche en santé n'a été élaboré ;
- La situation exacte de la Recherche en Santé au Niger n'est pas connue ;
- La communication et la collaboration entre les chercheurs, institutions de recherche (dans le pays et à l'extérieur) et entre chercheurs et utilisateurs des résultats de la recherche sont insuffisantes voire inexistantes ;
- Les moyens technologiques mis à la disposition de la recherche sont insuffisants et/ou mal exploités ;
- L'absence d'un mécanisme de motivation des chercheurs potentiels favorise l'exode des cerveaux et freine la RS.

2.6. Développement de la communication

Sur le plan institutionnel, il existe, au sein du MSP, deux directions nationales, dont l'une chargée des archives, de l'information et des relations publiques et l'autre s'occupant de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé. L'essentiel des activités de ces deux directions s'oriente vers la communication, ce qui n'est pas sans conséquence dans la coordination et la gestion des activités de communication au niveau central.

Au niveau DRSP et districts, il existe, à côté des services chargés de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé, des points focaux de programmes spécifiques en charge également de la communication, ce qui entraîne des problèmes de leadership et de coordination autour d'une multiplicité des messages parfois contradictoires.

Dans tous les cas, ces structures souffrent d'une insuffisance de compétences et de ressources financières aggravées par l'absence de plan stratégique de communication. Ce à quoi, il convient d'ajouter la très faible circulation de l'information à tous les niveaux, entre les directions centrales, avec les autres ministères, entre le Ministère de la santé et les DRSP, les districts et la communauté.

En l'absence d'un plan stratégique de communication dans le secteur, il existe cependant de nombreux documents de stratégies en matière de communication focalisés sur les maladies dites prioritaires. L'absence d'harmonisation des outils et de concepts débouche sur une dispersion des ressources déjà rares, et sur une difficulté pour les populations à faire la synthèse de messages sanitaires multiformes et souvent contradictoires.

La communication pour un changement de comportement (CCC) concerne l'ensemble des structures d'offre de services qui doivent mener les activités de sensibilisation, de mobilisation sociale et d'information en stratégies fixe, avancée et mobile. Pour cela, les prestataires doivent être formés, outillés et motivés.

Pour diffuser l'information, les canaux de communication (presse écrite, radios de proximité ou radios rurales, troupes artistiques,...) doivent être mis à contribution, tout comme les leaders d'opinion (les chefs traditionnels, les chefs religieux...). Le choix des canaux en fonction des cibles et l'usage d'approches structurées telles qu'un plan intégré de communication autour des problèmes prioritaires de santé restent à développer, en particulier au niveau opérationnel. La communication inter personnelle doit être améliorée par la maîtrise des principes de base par les différents acteurs.

Il n'existe pas d'indicateurs pertinents pour le suivi évaluation des actions de communication.

Beaucoup reste à faire pour la documentation et l'archivage et pour améliorer le système de communication aux différents niveaux, qui gagnerait à un meilleur développement des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) à tous les niveaux permettant une bonne circulation de l'information.

En résumé, il faut non seulement développer la communication pour promouvoir un comportement favorable à la santé chez la population, mais aussi la communication interne et externe pour créer une synergie d'actions autour des objectifs que poursuit le Ministère de la Santé Publique. De toute évidence, l'élaboration d'un plan stratégique de communication est une nécessité.

2.7. *Financement du système de santé et Partenariat*

Les ressources affectées au secteur de la santé au Niger sont insuffisantes face aux besoins de plus en plus croissants. Cependant, malgré la situation économique et financière difficile, le volume budgétaire accordé à la santé par l'Etat a sensiblement progressé : de 7,82% du budget général de l'Etat et 1,95% du PIB en 2006 à 9,54% en 2009.

Le développement des mécanismes de financement du secteur de la santé visera à renforcer l'offre de soins et à avoir une solvabilité de la demande tant pour permettre l'accès aux services que pour assurer la viabilité des structures. Pour y parvenir l'Etat développera un partenariat avec la population et les partenaires techniques et financiers. Ce partenariat sera développé à travers la poursuite de l'approche sectorielle déjà entamée afin de regrouper tout le soutien financier et technique au secteur dans un cadre commun de planification et de gestion s'articulant autour d'un programme de dépenses gouvernementales.

La signature du COMPACT actera les engagements financiers des PTF aux côtés des efforts consentis par l'Etat. Par ailleurs, des mécanismes alternatifs de financement de la santé seront développés. Dans ce cadre, l'attention sera portée sur la promotion de mutuelles de santé, d'un système de prise en charge des personnes âgées et des démunies, la promotion de l'assurance maladie et la mobilisation des fonds mondiaux de financement de la santé dont les fonds GAVI et le Fonds Mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.

En attendant la création d'un Fonds Social, la gratuité des soins sera maintenue et élargie à des prestations telles que l'accouchement normal, la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement, le traitement des pathologies intercurrentes chez les Personnes Vivant avec le VIH et les tuberculeux.

3. Performance du système de santé

Pour s'adapter aux conséquences liées aux crises financières qui se sont succédées à travers le monde depuis les années 70, et pour prendre en compte les engagements internationaux auxquels il a souscrit, notamment ceux en rapport avec l'atteinte des OMD, le Niger a opté, en 2002, pour la poursuite des Soins de Santé Primaires et le développement des districts sanitaires, politique déjà en vigueur dans le pays depuis les années 1990 sous le vocable d'«auto encadrement sanitaire». Cette politique vise particulièrement la recherche de l'équité et l'amélioration de l'accessibilité du plus grand nombre de personnes vulnérables (femmes, enfants, populations en zones rurales...) aux services de santé.

Cependant, la mise en œuvre de cette politique n'a pas eu l'impact attendu sur les principaux problèmes de santé, à savoir la forte mortalité maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans, la forte mortalité liée aux maladies à potentiel épidémique, le faible taux d'utilisation des services de santé par les populations couvertes.... Ceci était dû essentiellement à :

- (i) des insuffisances dans le choix des stratégies ;
- (ii) la faible attention accordée à la protection financière des usagers et aux inégalités de santé entre zones rurales et urbaines ;
- (iii) la faiblesse du système de suivi évaluation et de gouvernance.

Pour relever les principaux défis auxquels le secteur de la santé est confronté, le Niger a inscrit, parmi les priorités du PDS 2005-2010, le renforcement des activités de la santé de la reproduction, l'intensification de la lutte contre la maladie et le renforcement du système de santé en général. Cette vision a été sous tendue par une volonté politique clairement exprimée à travers la décentralisation des services et la mise en place de réformes institutionnelles importantes (gratuité de certaines prestations des soins, réforme hospitalière, réforme du secteur pharmaceutique...). Ceci a permis d'atteindre, en 2009, un niveau acceptable pour certains indicateurs de santé, notamment le taux de CPN (90%), le taux d'utilisation des soins curatifs (43.5%), le taux de prévalence contraceptive (16.5%), le taux de rupture de six molécules essentielles au niveau des CSI et HD (1.5%).

L'analyse de la situation, dans le cadre du PDS 2011-2015, a permis d'identifier des points de blocage importants sur une trame de fond faite d'une grande pauvreté pour une majorité de la population et de comportements socioculturels péjoratifs pour l'état de santé, mais partiellement réductibles à terme par des actions d'IEC/CCC.

En vue d'améliorer les performances pour se rapprocher davantage de l'atteinte des OMD, le MSP a prévu de focaliser le PDS 2011-2015 sur le renforcement de la gestion du système de santé avec un accent particulier mis sur la santé de la reproduction, la gestion des ressources humaines, l'approvisionnement en intrants et produits pharmaceutiques, le système national d'information sanitaire, la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme.

Le PDS est en cohérence avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Document de la Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP) 2008-2012, le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) et les orientations stratégiques définies par le MSP pour la période 2002-2011.

La disponibilité du PDS 2011-2015 et du CDMT qui lui est lié devrait permettre au MSP de signer un "COMPACT" avec ses Partenaires techniques et financiers pour améliorer le financement du secteur.

PARTIE II : ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME

1. Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique du paludisme au Niger se caractérise par une endémicité stable marquée par une recrudescence saisonnière pendant et après la saison des pluies c'est-à-dire de juin à décembre, avec une létalité relativement élevée, notamment chez les enfants de moins de 5 ans. Du point de vue spatial la transmission varie du Sud vers le Nord selon l'endémicité de trois strates.

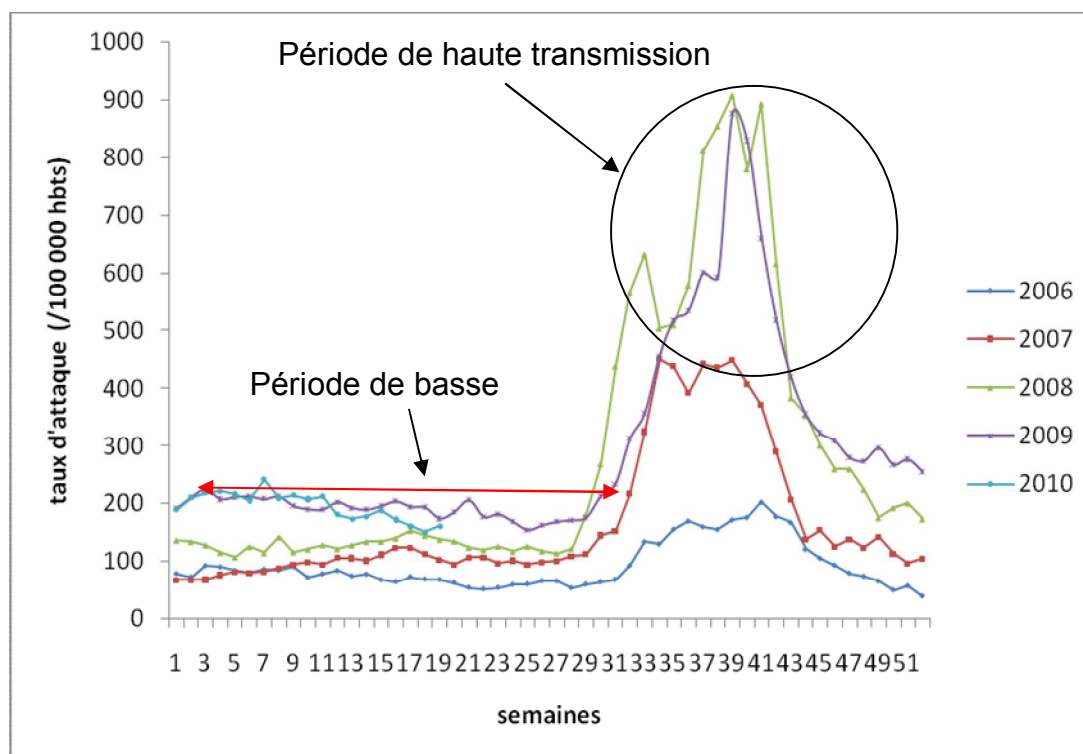


Figure N° II : Variations saisonnières du taux d'attaque du paludisme présumé

Au cours des dix dernières années il a été enregistré en moyenne 1 000 805 cas de paludisme présumés par an (soit un taux d'incidence cumulée de 8055 cas pour 100 000 habitants) avec une moyenne annuelle de 1 921 décès soit un taux de létalité de 0,2 %. Ces chiffres ne reflètent pas la situation réelle du pays vue la faible couverture sanitaire du pays (44,6% en 2009) et le nombre de cas qui échappent à la notification au niveau communautaire.

1.1. Parasites du paludisme

Au Niger, l'agent responsable du paludisme est presque exclusivement *P.falciparum*. En 2009, le *P.falciparum* représente 98% des espèces plasmodiales rencontrées alors que le *P.malariae* représente 1,77% et le *P. Ovale* 0,01%. Exceptionnellement on rencontre des infections associées à *P.falciparum* et *P. malariae* ou *P. Ovale*. L'infection à *Plasmodium vivax* n'est toujours pas mise en évidence au Niger.

Le suivi de la sensibilité des parasites aux combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine est une préoccupation du Programme et s'inscrit dans le cadre de la mise en oeuvre des différents plans de lutte contre le paludisme.

1.2. Vecteurs du paludisme

Parmi les 21 espèces d'anophèles inventoriées au Niger seules les espèces du complexe *Anopheles gambiae* s.l. et *Anopheles funestus* sont impliquées dans la transmission du paludisme.

Par rapport au suivi de la sensibilité des vecteurs aux insecticides, des études ont été menées par le PNLP en collaboration avec le CERMES. C'est ainsi qu'en 2006 la détection du gène résistance Kdr (Knock down resistant) dans 13 sites a montré une fréquence de 1,3% du gène chez *Anopheles gambiae* forme M et 50% chez *Anopheles gambiae* forme S.

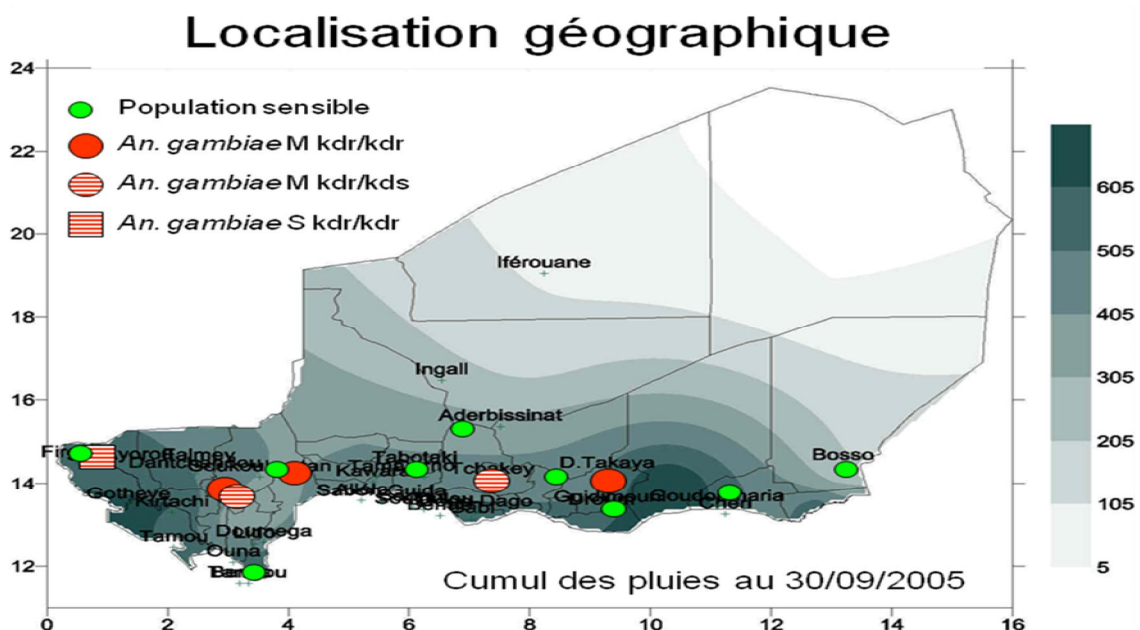


Figure N° III : Cartographie de la résistance des vecteurs aux insecticides

Par contre, une étude menée en 2010 par l'équipe d'entomologie du PNLN dans 4 Districts Sanitaires pour évaluer la sensibilité des vecteurs à la Lambda-cyhalothrine 0,05%, la Deltaméthrine 0,05% et la perméthrine 0,75% a montré une sensibilité d'*Anopheles gambiae* s.l. à ces insecticides. Après 15mn d'exposition, l'effet Knock down (Kd) est supérieur à 70% et la mortalité était de 100% après 24 heures d'observation. Cependant un programme de suivi de cette sensibilité et des études complémentaires sur les mécanismes de résistance des vecteurs aux insecticides doit être mise en place pour disposer de données fiables et avoir un outils d'aide à la décision dans le cadre de la stratégie nationale de lutte anti vectorielle.

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

La configuration écologique et la situation climatique marquée par une période très courte de pluies (mai à octobre) et d'une longue période sèche couvrant une bonne partie de l'année, on peut schématiquement subdiviser le pays en 3 zones de transmission du paludisme :

- Une zone à transmission quasi permanente sur toute la bande sud du pays d'une largeur moyenne de 150 à 200 km (zone soudanienne);
- Une zone centrale à transmission courte (zone sahélienne);
- Une zone Nord, à transmission épisodique (zone saharienne);

Les deux dernières présentent des risques épidémiques en cas de mouvement massif de population, de forte pluviométrie ou d'inondations et peuvent bénéficier des mêmes interventions de lutte contre le paludisme.

Actuellement au Niger, on ne note pas de grandes migrations pouvant influencer sur la transmission du paludisme ; cependant dans la partie nord du pays, vivent des populations nomades composées de sujets non immuns qui se déplacent du nord au sud à la recherche du pâturage. Ces populations arrivent vers le sud en période de haute transmission et sont sujettes à des épidémies.

1.3.1. Morbidité et Mortalité

Au Niger, un patient sur trois consulte pour paludisme. Sur le nombre total de paludisme vu en consultation, 6% sont des cas de paludisme grave.

Les données de paludisme au niveau communautaire, en hospitalisation et au niveau de certaines structures privées sont difficile à collecter.

La notification des cas de paludisme par les formations sanitaires se fait essentiellement sur le diagnostic clinique, de ce fait le nombre de cas enregistré ne reflète pas les vrais cas attendus.

Ces 5 dernières années, il a été noté une augmentation de l'incidence du paludisme au niveau des formations sanitaires alors que la létalité est décroissante. Ces données ne tiennent pas compte de certaines structures de soins privées et la majorité des décès non recensés surviennent au sein des communautés.

Les différentes raisons qui peuvent expliquer cette augmentation de l'incidence du paludisme au Niger sont :

- La notification des cas est basée sur le diagnostic clinique seul. Ceci montre l'urgence de la généralisation de l'utilisation des tests de diagnostic rapide (TDR) dans les centres et cases de santé pour avoir des taux d'incidence plus proches de la réalité et une utilisation des ACT plus rationnelle.
- L'augmentation de la couverture sanitaire. Entre 2006 et 2008, il y a eu la construction de 169 cases de santé transformées en centres de santé intégrés, et la construction de 454 cases de santé. Le taux d'utilisation en curatif est passé de 24% en 2006 à 49,8% en 2008.

- La gratuité des soins : depuis 2007, la prise en charge globale des enfants de moins de 5 ans est gratuite au Niger, ce qui a significativement augmenté la fréquentation des formations sanitaires.
- Le renforcement des compétences qui a amélioré le diagnostic et la prise en charge du paludisme.

Tableau N° 4 : Situation des cas et décès dus au paludisme, 2000 à 2010

ANNEES	POPULATION	CAS	DECES	TAUX D'INCIDENCES (Pour 100 000 habitants)	TAUX DE LETALITE (%)
2000	11 513 290	592 334	1 244	5144,78	0,21
2001	11 060 291	938 268	2 366	8483,21	0,25
2002	11 421 292	1 323 335	2 769	11586,56	0,21
2003	11 794 699	888 345	2 248	7531,73	0,25
2004	12 180 957	681 783	1 333	5597,12	0,20
2005	12 580 530	764 443	2 064	6076,40	0,27
2006	12 993 899	622 127	1 150	4787,84	0,18
2007	13 421 561	1 162 636	1 420	8662,45	0,12
2008	13 913 682	2 033 971	2 691	14618,50	0,13
2009	14 825 071	2 295 611	2 459	15484,65	0,11
2010	15 203 822	3 138 696	3 929	20644,12	0,13

Une étude réalisée en 2009 sur les cas confirmés de paludisme au Niger a montré que 28,7% seulement des cas de paludisme sont des vrais cas de paludisme à Agadez.

Evolution annuelle du taux de letalité du paludisme au Niger

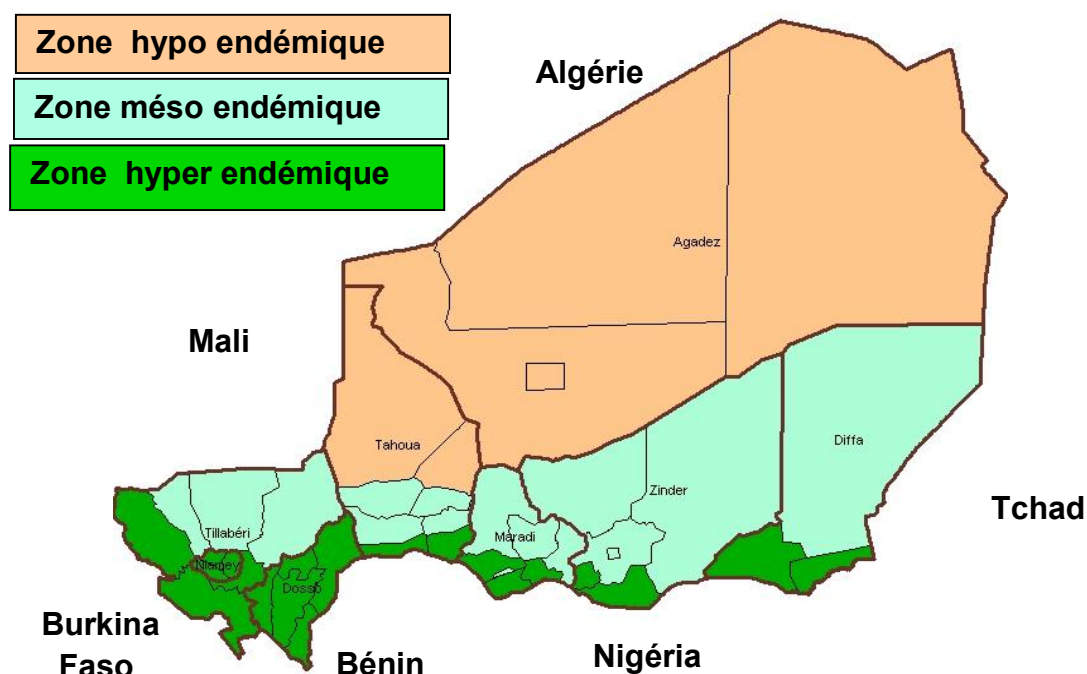


Figure N° IV : Evolution des décès dus au paludisme, 2000 à 2010

1.3.2. Stratification du Paludisme et cartographie

La stratification du paludisme au Niger épouse les zones climatiques avec 3 faciès épidémiologiques résumés ci-dessous :

- Une zone Nord hypo endémique (zone saharienne) avec une transmission épisodique ;
- Une zone intermédiaire méso endémique (zone sahélienne) avec une transmission saisonnière courte (2 mois);
- Une zone Sud hyper endémique (zone soudanienne) avec une transmission saisonnière régulière longue (>6 mois).



Source : Service Suivi – Evaluation / PNLP / Niger.

Figure N° V : Strates épidémiologiques du paludisme au Niger

Les épidémies surviennent généralement pendant les périodes de fortes pluviométries souvent accompagnées d'inondations.

Les dernières épidémies survenues au Niger ont été enregistrées en Août 2010 dans le district sanitaire de Madarounfa, d'Agadez et de Tahoua. Il est nécessaire de prévoir des stratégies spécifiques à l'endroit des populations cibles de chaque strate.

Presque toute la population est exposée au paludisme dans le pays ; toutefois les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les personnes immunodéprimées constituent les groupes les plus vulnérables et développent fréquemment les formes

graves. La transmission est possible toute l'année étant donné que la température est généralement $>20^{\circ}\text{C}$ surtout au sud du pays.

Tableau N°5: Stratification et populations cibles du paludisme au Niger

Strates	Niveau de transmission	Nombre de districts	Population par strate (%)
I	Zone à transmission saisonnière régulière longue (>6 mois)	20	7 905 987 (52%)
II	Zone à transmission saisonnière courte (2 mois)	16	6 233 567 (41%)
III	Zone à transmission épisodique	6	1 064 268 (7%)
Total		42	15 203 822 (100%)

2. Performance du programme paludisme

2.1. Historique de la lutte contre le paludisme

Jusqu'en 1961 La lutte antipaludique se résumait au traitement des cas, à la chimio prophylaxie de masse à la chloroquine et à la lutte antivectorielle. De 1962 à 1965, une enquête de l'OCCGE a permis d'évaluer l'endémie palustre et de faire la situation sur les vecteurs existants.

Le premier séminaire national sur le Paludisme a eu lieu à Maradi en 1983, ensuite est intervenue la création du programme national de lutte contre le Paludisme en 1984 pour lequel un plan quinquennal a été adopté en 1987. A la fin du premier plan il y a eu une période de transition au cours de laquelle un second plan septennal 1994-2000 a été élaboré.

C'est à la suite du 33^{ème} sommet de l'OUA, tenu en juin 1997 à Harare, où les Chefs d'Etat et de Gouvernement ont manifesté leur volonté de combattre le Paludisme que le Niger a inscrit parmi ses priorités nationales la lutte contre le Paludisme ; ceci s'est notamment traduit par la lettre personnelle d'engagement du Président de la République dans "l'Initiative Faire Reculer le Paludisme" adressée à la Directrice Générale de l'OMS en février 1999 et la lettre d'intention du Ministre de la Santé en mars 1999.

Le pays a ensuite élaboré avec l'appui de l'OMS un plan d'introduction de RBM en juillet 1999.

Les Sommets d'Abuja des Chefs d'Etats et de Gouvernements africains sur le Paludisme tenu le 25 avril 2000 constitue un tournant important dans la lutte contre le Paludisme en Afrique avec l'adoption de la Déclaration et du Plan d'action 2001-2005.

Il importe de noter dans ce cadre que l'accès aux financements du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme dès 2003 (Rounds R3, R4 R5,

R7 et AMFm) a permis de mobiliser d'importantes ressources pour renforcer les activités de lutte antipaludique.

Compte tenu des différents engagements pris par le Gouvernement nigérien à différents niveaux, une analyse situationnelle de base avait été conduite en 2001 dans le cadre du processus d'élaboration du premier plan stratégique du PNLP 2001-2005 .

Afin de capitaliser les acquis de la mise en œuvre des plans quinquennaux 2001-2005 et 2006-2010 et de porter à l'échelle des interventions efficaces, un second sommet de l'UA sur le Sida, la Tuberculose et le Paludisme s'est tenu en mai 2006 à Abuja pour mobiliser davantage les pays et les partenaires au développement dans l'optique de l'atteinte des objectifs en rapport avec l'accès universel en 2010 et leur maintien jusqu'en 2015.

2.2. Situation actuelle de la lutte contre le paludisme

2.2.1. Cadre institutionnel et gestionnaires du programme

La lutte contre le paludisme est une priorité dans la réforme du secteur de la santé et fait partie du système de santé et de la décentralisation des Soins de Santé Primaires.

Il existe une politique nationale de lutte contre le paludisme au Niger. Les directives de cette politique sont mises à jour et conformes aux politiques et directives de l'OMS et sont également adaptées au contexte local/national.

Le PNLP est chargé au niveau du MSP de la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme.

Le Programme National de la Lutte contre le Paludisme dispose des structures nécessaires pour la gestion des différentes interventions de lutte antipaludiques, mais on peut noter toutefois l'absence d'unités spécifiques pour le système de pharmacovigilance et le niveau communautaire.

L'organigramme administratif du Ministère de la Santé place le PNLP sous la tutelle de la Direction Générale de la Santé Publique et de la Direction de la Lutte contre les Maladies et les Endémies.

La mission du programme est de:

- définir la Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme ;
- élaborer les plans stratégiques et opérationnels appropriés ;
- développer un partenariat pour une mobilisation financière et sociale en faveur de la lutte contre le paludisme ;
- organiser la lutte, coordonner les activités et assurer le suivi et l'évaluation des plans mis en œuvres ;
- mener en collaboration avec les institutions de recherche, l'université et certains partenaires techniques, des recherches opérationnelles dans le domaine de la lutte contre le paludisme.

La coordination du PNLP compte en 2010, 34 cadres dont 2 médecins santé publique, 1 médecin généraliste, 1 microbiologiste, 9 techniciens supérieurs en épidémiologie, 16 techniciens supérieurs en santé publique. Il existe aussi d'autres personnels d'appui : 4 infirmiers d'Etat, 1 comptable, 10 auxiliaires et 4 agents temporaires du service civique national.

Tableau 6: Répartition du personnel du PNLP

Unités du PNLP	Effectif par unité	Profil	Observations
Coordination	4	2 Medecins de Santé Publique Paludologue, 1 Gestionnaire Paludologue, 1 Assistante de Direction	
Entomologie	5	1 Entomologiste, 1TSL, 1 IDE ,1TSHA, 1 THA	
Biologie	4	1 Biologiste, 1 Microbiologiste, 1 TSL, 1 TL	
IEC/CCC	8	2 Communicateurs, 3TSAS ,2 SFDE, 1 IDE	
Suivi & Evaluation	9	4 TS Epidemiologie Biostatistique	3 ASCN et 2 stagiaires
Approvisionnement	2	1 Gestionnaire des services de santé , 1 Logisticien	
Administration/Secr etariat	2	1 Operatrice Radio 1 Secretaire	
Comptabilité	1	1 Comptable	
Auxilliaires	11	1 planton, 2 Manoeuvres, 2 Gardiens, 6 Chauffeurs	
PEC	2	1 Medecin Generaliste 1 TSSI	
TOTAL	48		

Source : PNLP, Service administration et gestion du personnel.

Forces :

En plus de l'équipe centrale du PNLP, il existe 8 coordonnateurs régionaux (Points focaux du paludisme) et un Expert du Bureau Pays OMS qui apporte un appui technique permanent.

De façon générale, la planification, l'organisation et la coordination des activités de lutte contre le paludisme sont intégrées dans le paquet d'activités des Directions Régionales de la Santé Publique.

L'existence des différentes compétences relevées ci-dessus permet au Programme National de lutte contre le paludisme de bien remplir sa mission.

Faiblesses :

La revue des performances du plan stratégique du PNLP 2006-2010 au cours de la phase préparatoire de l'élaboration de ce plan de lutte 2011-2015 a relevé des besoins en renforcement de capacité du personnel dans les domaines suivants :

- Prise en Charge des Cas,
- Diagnostic Parasitologique,
- Suivi Evaluation (Epidémiologiste),
- Entomologie,
- Communication,
- Gestion de l'approvisionnement,
- Gestion de programme,
- Gestion financière et comptable.

2.2.2. Niveau de mise en œuvre des stratégies clefs de lutte antipaludiques

La mise en œuvre des interventions clés de la lutte contre le paludisme au cours des dernières années a permis d'enregistrer des résultats satisfaisants dans le cadre de l'accès universel.

2.2.2.1. Lutte contre les vecteurs du paludisme

La politique au Niger en matière de lutte antivectorielle est basée sur les directives de l'OMS. Au PNLP, il existe une unité d'entomologie dirigée par une entomologiste appuyée par 4 assistants. L'unité entomologique fait recours à d'autres institutions (CERMES, UAM, MRTC) dans le cadre de la mise en œuvre des activités prévues dans les plans d'actions annuels, principalement la recherche sur la surveillance des vecteurs et la surveillance de la résistance aux insecticides.

Depuis début 2010, le PNLP collabore avec le MRTC du Mali pour renforcer les compétences des agents du PNLP en entomologie. La situation des compétences et des moyens de la lutte antivectorielle reste encore très insuffisante au Niger.

A l'heure actuelle, elle est axée sur l'intensification du marketing social. Un plan de politique de gestion intégrée des vecteurs a été établi en 2008 englobant une mise en œuvre de toutes les méthodes de lutte antivectorielle.

La promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticides, la pulvérisation intradomiciliaire, la lutte antilarvaire et l'assainissement du milieu sont les principales stratégies de lutte contre les vecteurs du paludisme au Niger.

Les insecticides utilisés au Niger sont ceux recommandés par l'OMS (WHOPES). Aussi, il existe un plan de gestion des pesticides utilisés contre les vecteurs du paludisme au Niger.

a)-Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA)

Le Programme National de lutte contre le Paludisme encourage l'importation et les ventes de MILDA par d'autres canaux tels que le commerce général et les officines pharmaceutiques. Les démarches pour la levée des taxes et droits de douanes sur ce produit vont se poursuivre pour faciliter la mise en œuvre de cette disposition. Le système de recouvrement partiel des coûts est appliqué sauf pour les cas exceptionnels.

La distribution gratuite des MILDA se fait à travers des campagnes de masse couplées aux journées nationales de vaccination et à l'occasion des consultations prénatales. La dernière campagne de masse organisée en 2009 qui ciblait les enfants de moins de 5 ans avait permis de distribuer 2820773 MILDA.

Le nombre de moustiquaires imprégnées distribuées est de 3975773 moustiquaires de 2008 à 2010 dont 2820773 pendant la distribution massive de 2009. La possession d'une moustiquaire de type MILDA par ménage est de 76,3% selon une enquête nationale du projet SANGUE en 2010 .

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la Revue du Programme de lutte contre le Paludisme en 2010 montre des insuffisances dans les domaines suivants:

- La disponibilité des MILDA sur le territoire pour l'atteinte de l'accès universel ;
- La disponibilité des MILDA sur le marché national ;
- Le marketing sur les MILDA en vue d'améliorer leur utilisation (Existence de barrières socio culturelles à l'utilisation des MILDA);
- Les moyens financiers pour l'organisation de campagnes de distribution de masse des MILDA ;
- La formation d'agents en technique d'imprégnation au niveau des formations sanitaires et communautaire ;
- La couverture géographique en sites d'imprégnation des moustiquaires ;
- La disponibilité d'insecticides pour l'imprégnation des moustiquaires.

b)-Pulvérisation Intra Domiciliaire (PID)

La pulvérisation intradomiciliaire est encore très peu développée. Dans le précédent plan stratégique 2006-2010, elle est inscrite comme stratégie de lutte contre le paludisme en cas de situation d'épidémie.

Au cours des cinq dernières années, elle n'a été utilisée que dans une faible proportion et la plupart du temps sur de faibles surfaces.

Il y a un réel besoin d'analyser comment mettre en œuvre cette stratégie en raison de: (i)-l'insuffisance des ressources humaines, (ii)-des exigences de cette stratégie qui requiert non seulement une bonne connaissance des vecteurs mais aussi des ressources financières importantes.

Parmi les actions ponctuelles réalisées en 2010 dans ce cadre, il y a :

- L'élaboration d'un manuel de formation sur la PID et sur la gestion sans risque des insecticides ;
- La formation en technique de PID de 150 techniciens d'Hygiène;
- L'acquisition de :

- 520 pulvérisateurs à dos pour les 42 districts ;
- 16 générateurs de brouillard pour les 8 régions ;
- 10 poudreuses pour les 8 régions ;
- 600 Kits de protection personnelle pour les 42 Districts (combinaisons, Gants, lunettes, masques, bottes).

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la Revue du Programme de lutte contre le Paludisme relève les principaux points suivants:

- L'absence d'indications sur les modalités de mise en œuvre de la PID ;
- La non disponibilité des insecticides pour la PID ;
- L'absence de cartographie des zones d'intervention de la PID ;
- Les difficultés dans l'estimation des besoins pour la PID;
- Le coût élevé des opérations en rapport avec le nombre de cycles de traitement et la taille des zones à protéger.
- La résistance des moustiques à certains insecticides ;

c)- Lutte Anti Larvaire (LAL)

Comme pour la PID, la lutte antilarvaire est encore très peu développée. Dans ce cadre, il y a eu l'acquisition en 2010 de 30 000 Kg d'insecticides pour le traitement de gîtes larvaires.

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la Revue du Programme de lutte contre le Paludisme a relevé les principaux points suivants :

- Le manque de cartographie des gîtes larvaires ;
- Le coût élevé des opérations.

2.2.2.2. Prévention du paludisme chez les femmes enceintes

La prévention du paludisme chez la femme enceinte se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon les normes définies dans la politique nationale de lutte antipaludique. La mise en œuvre de cette stratégie est coordonnée par la direction de la santé de la mère et de l'enfant (DSME) et le PNLP. Les mesures de prévention consistent à utiliser des MILDA et administrer 2 doses de TPI avec de la sulfadoxine pyriméthamine lors des CPN. L'administration du TPI se fait sous supervision d'un Agent de Santé qualifié, avec la 1^{ère} dose à partir de la 14^{ème} semaine et la 2^{ème} dose à un mois d'intervalle. Le taux de couverture nationale en CPN est de 51%(PDS 2011).

Dans le cadre des kits CPN, il est mis à la disposition des 42 districts sanitaires environ 300 000 MILDA en 2010 par l'UNICEF et d'autres partenaires (JICA, CRS).

La gratuité des soins chez la femme enceinte en CPN a contribué à l'augmentation de l'utilisation des services et par conséquent a augmenté la proportion des femmes ayant bénéficié de MILDA et de 2 doses de SP. Cette réussite est aussi le résultat de l'effort de collaboration entre la PNLP et la DSME avec l'appui de l'UNICEF.

La formation des agents de santé sur le paludisme de la femme enceinte est faite dans les institutions de formation et lors des formations continues organisées par le PNLP (à travers les directions régionales de la santé publique) ou par la DSME dans le cadre de la formation des agents sur la CPN recentrée.

Depuis 2009, le PNLP a commencé des activités au niveau communautaire sur la prévention du paludisme chez la femme enceinte à travers des séances de sensibilisation sociale par des animateurs villageois: promotion de l'utilisation des MILDA , reconnaissance des signes de danger du paludisme, consultations prénatales, ...

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la RPP relève les principaux points suivants :

- Insuffisance de moyens pour mener les activités foraines (personnels, logistique, financier) ;
- Problème de confirmation des cas de paludisme chez la femme enceinte ;
- Problème de collecte de données sur le TPI ;
- Problème d'archivage des sources d'information à tous les niveaux ;
- Ruptures de stock en MILDA ;
- Difficulté de développer des activités au niveau communautaire ;
- Difficulté de collaborer avec le secteur privé dans la prévention du paludisme chez la femme enceinte ;
- Insuffisance dans le renforcement de la capacité du personnel chargé de la CPN sur la prise en charge du paludisme et grossesse ;
- Non respect du calendrier des CPN ;
- Non gratuité des soins curatifs pour les femmes enceintes ;
- Inaccessibilité géographique de certains CSI pendant l'hivernage.

2.2.2.3. Prise en charge des cas de paludisme

Le PNLP dispose d'un document de politique de prise en charge et de prévention du paludisme et depuis janvier 2011, d'une Unité de Prise en charge.

Le diagnostic des cas de paludisme repose presque exclusivement sur la clinique, et très peu de cas sont confirmés par la microscopie et les TDR. La microscopie est réalisable au niveau de tous les hôpitaux et des CSI de type 2 qui disposent d'un laborantin. Le diagnostic par la microscopie dans les centres de référence (HD, CHR, et Hôpitaux Nationaux) n'est pas gratuit chez les adultes. Au niveau des HD, le coût moyen est de 1 000 francs CFA, ce qui peut constituer une limite à l'accès aux soins pour la population. Les TDR peuvent réduire cette contrainte mais ne sont pas encore disponibles en quantité suffisante et ne sont pas encore disponibles à 100% jusqu'au niveau de la communauté (795560 TDR ont été mis à la disposition des formations sanitaires en 2010).

La sensibilisation des agents de santé sur les indications du diagnostic parasitologique et la formation/recyclage des techniciens de laboratoire sur la microscopie et des agents des CSI et des cases de santé sur l'utilisation des TDR demeurent encore insuffisantes.

Une enquête réalisée en août-septembre 2009 par le PNLP avec l'appui technique du CERMES pendant la période de haute transmission sur les cas confirmés de paludisme a montré que 47% seulement des cas de fièvre traités sont des cas de paludisme.

Le traitement des cas de paludisme simple est basé sur l'utilisation des ACT alors que celui des graves de paludisme est basé sur les sels de quinine en perfusion. La révision de la nouvelle politique de prévention et de traitement, intervenue en mai 2011, a introduit l'utilisation des dérivés à base d'Artémisinine en IM ou en IV pour la prise en charge des cas graves de paludisme. Les monothérapies à base d'Artémisinine sont proscrites.

Le paludisme chez la femme enceinte fait l'objet d'une surveillance particulière cependant, la prise en charge selon les cas peut être :

- 1^{er} trimestre : ACT pour les cas simples;
- 2^{ème} et 3^{ème} trimestres : Athéméter ou Athésunate injectable pendant 2 à 3 jours et relai par une cure complète d'ACT. La prise en charge des personnes atteintes de paludisme est faite également au niveau des services publics et des services privés. Certains CSI de type 2, HD, CHR et Hôpitaux Nationaux sont équipés en laboratoires pour le diagnostic biologique. Au niveau départemental, les hôpitaux de district sont les centres de référence pour les CSI et les CS dans la pyramide sanitaire du Niger. Très peu de cas suspects de paludisme bénéficient d'un test de confirmation (GE/Frottis sanguin ou TDR) du fait de l'insuffisance quantitative des TDR.

La prise en charge des cas à domicile (PECADOM) est une stratégie retenue par le Niger pour pallier à la faible couverture en soins du pays. Cette stratégie sera introduite progressivement jusqu'à atteindre une couverture à l'échelle.

La procédure du contrôle externe de la qualité se fait au cours des supervisions ou par échanges de lames entre 2 laboratoires. Toutefois, tous les CHR ne disposent pas de plan d'assurance qualité et de contrôle de qualité.

Au niveau régional et district, les agents de santé se basent sur les directives nationales pour le diagnostic et la PEC des cas de paludisme.

De 2006 à 2010, 2770 agents de santé sur 3800 ciblés (soit 72,89%), toute catégorie confondue, ont bénéficié d'une formation sur la nouvelle politique de prise en charge du paludisme. D'autres formations sont actuellement en cours au niveau des régions, dans le cadre du financement FM et de la BM.

De 2006 à 2009, 147 techniciens de laboratoire ont été formés sur 319 ciblés soit 46,1%.

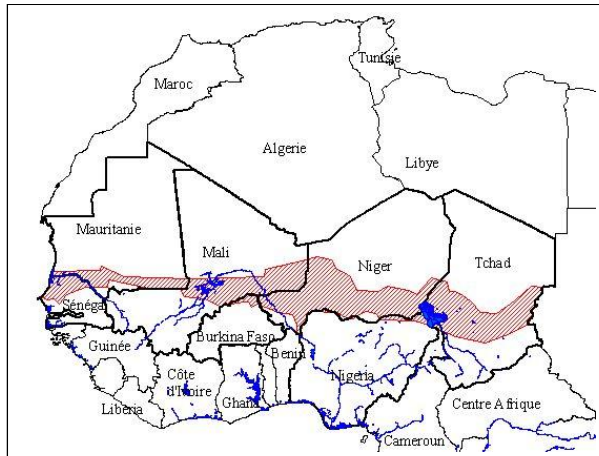
L'analyse de la gestion du diagnostic et de la prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires réalisée dans le cadre de la RPP montre plusieurs insuffisances dans:

- la gestion des cas urgents de paludisme;
- la disponibilité de réactifs, de lames et de TDR au niveau des formations sanitaires ;
- la confirmation des cas de paludisme à tous les niveaux, y compris dans les hôpitaux de références ;
- la fonctionnalité du système d'assurance-qualité et de contrôle de qualité interne et externe de laboratoire ;
- l'implication des hôpitaux dans les études sur l'efficacité des antipaludiques, qui ne se font en général que dans les 3 sites sentinelles ;

- la disponibilité des antipaludiques à différents niveaux de la pyramide sanitaire (ruptures fréquentes).

2.2.2.4. Préparation, détection et riposte contre les épidémies de paludisme

Il existe 3 strates épidémiologiques au Niger, et la strate hypo endémique au nord du pays est la zone la plus à risque d'épidémie. On dénombre 16 districts sur 42 à risque épidémique (environ 20% de la population totale).



Le Niger fait partie des pays du Sahel qui sont à risque d'épidémie de paludisme. En effet ce risque concerne la 2^{ème} strate épidémiologique soit la zone méso endémique. Avec l'appui du Projet RBM Sahel, chaque pays a élaboré un plan d'action sur 4 ans. C'est la mise en œuvre de ce plan qui a permis de mettre en place progressivement un système de surveillance continue à travers des sites sentinelles et en collaboration avec certaines institutions de référence en climatologie à savoir : ACMAD, AGRYMET, CERMES.

Figure VI: Carte de la ceinture épidémique au Sahel

Dans le cadre du suivi global des maladies épidémiques, chaque district a un comité de lutte contre les épidémies.

En 2005, le PNLP avait défini des seuils épidémiques mais par insuffisance de suivi, ils ont été abandonnés. En 2010, un atelier de réactualisation des seuils épidémiques a été organisé à l'intention des responsables de la surveillance et programmation de l'information et des responsables des centres de surveillances épidémiologiques pour ceux de 2005.

De 2005 à 2009, l'analyse des données de morbidité montre que les régions de Tillabéry (long du fleuve Niger), Dosso et Maradi ont déclaré plus de cas de paludisme présumés et de décès. En se basant sur les strates épidémiologiques, on constate que la région d'Agadez, a enregistré également un nombre élevé de cas de paludisme; alors qu'on devrait s'attendre à moins de cas dans cette zone du fait qu'il s'agissait d'une zone hypo endémique. S'agissait-il d'une situation d'épidémie? difficile à répondre puisque le seuil épidémique dans cette zone n'a été défini qu'en 2009, et ceci d'autant plus qu'il s'agissait de cas suspects de paludisme.

Le PNLP en collaboration avec l'OMS a élaboré une feuille de route portant sur les axes d'intervention suivants :

- Renforcement des capacités des agents chargés de la surveillance ;
- Définition de seuils épidémiologiques (alertes épidémiques) ;
- Elaboration d'une base de données par strates épidémiologiques ;

- Elaboration d'un protocole d'investigation et de prise en charge des cas épidémiques ;
- Mise en place de stock de gestion des épidémies.

Enfin, il a été élaboré un plan d'intervention en cas d'épidémie au niveau des districts selon le schéma ci-dessous :

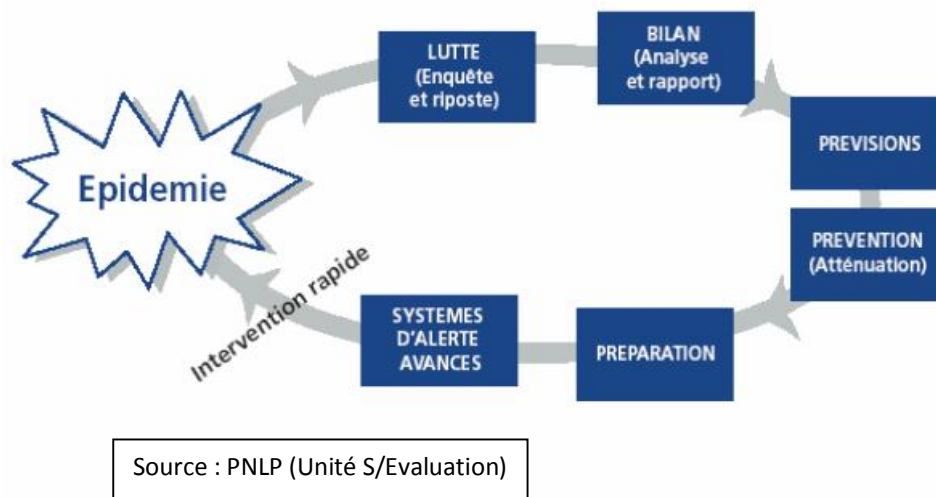


Figure VII : Plan d'intervention en cas d'épidémie au niveau des districts

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la RPP relève les principaux points suivants :

- Insuffisance des TDR pour la confirmation des cas ;
- Non maîtrise des outils de surveillance (Seuil épidémique, base de données paludisme) ;
- Non utilisation systématique du seuil épidémique lors de la surveillance ;
- Manque de formation sur l'utilisation des bases de données de paludisme ;
- Non disponibilité des stocks des MEG pour la gestion des épidémies ;
- Insuffisance dans la prise en charge des cas
- Insuffisance d'agents formés en prise en charge des cas.

2.2.2.5. Gestion et approvisionnement en intrants pour la lutte antipaludique

L'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC) est la structure qui constitue le cadre de concertation des acteurs impliqués dans l'approvisionnement et la gestion des médicaments anti paludique. Cela permet une gestion adéquate des stocks de médicaments au niveau de la majorité des formations sanitaires avec une possibilité de contrôle de qualité des produits pharmaceutiques et matériels techniques. Toutefois il y a une insuffisance de coordination de la gestion des médicaments entre le niveau central (le PNLP, l'ONPPC, la DPHL/MT) et le niveau régional, ce qui explique les ruptures de médicaments constatées au niveau des formations sanitaires. Par ailleurs

il n'existe pas de plan GAS global tenant compte de tous les partenaires et il manque de ressources humaines pour la logistique.

L'ONPCC est chargé de l'approvisionnement, du stockage et de la distribution des produits antipaludiques au niveau national. Il dispose d'une capacité de stockage couvrant tout le territoire national avec trois dépôts de zone (Niamey, Tahoua et Zinder) et un réseau des 44 pharmacies populaires. Il assure l'approvisionnement de 25% des besoins des formations sanitaires publiques.

Pour accomplir ses missions, notamment la prise en charge correcte et efficace des cas de paludisme, le PNLP doit s'approvisionner en biens et services. La politique de gratuité des soins antipaludiques appliquée au Niger occupe une place de choix dans l'acquisition des médicaments de lutte contre le paludisme au niveau national. Chaque année, plusieurs milliards sont injectés dans l'achat des médicaments par l'Etat du Niger et ses partenaires au profit du PNLP.

L'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC) constitue à la fois l'entrepôt et la plate forme d'éclatement des stocks de médicaments pour ravitailler les différentes formations sanitaires.

Les sources d'approvisionnement du Niger en produits de lutte contre le paludisme sont multiples mais les principales sont l'Etat, le Fonds mondial, l'Unicef, l'OMS la coopération chinoise, la coopération japonaise et les fonds du recouvrement des coûts .

Les principaux intrants pour la lutte contre le paludisme sont :

- Les médicaments antipaludiques (ACT, SP, Sels de quinine) ;
- Les consommables pour le traitement ;
- Les moustiquaires imprégnées (MILDA);
- Les insecticides et le matériel/équipement .

Les produits fournis par le recouvrement des coûts sont les sels de quinine et les consommables.

L'Etat du Niger et ses partenaires disposent d'un manuel de procédures d'acquisition de biens et services qui définissent les principes de transparence, de libre concurrence, d'égalité de conditions de conformité aux normes nationales et internationales et de spécifications techniques sans suggestion de marque.

La quantification des besoins en médicaments anti paludiques est assurée par l'unité de coordination du programme en tenant compte de la morbidité recueillie au niveau des formations sanitaires. Cette estimation des besoins est soumise à l'approbation des partenaires lors des réunions de coordination.

Pour assurer la disponibilité permanente des antipaludiques au Niger, le Gouvernement a signé des accords de base avec les partenaires comme le PNUD (dans le cadre du Fonds mondial), l'UNICEF, la coopération chinoise, la coopération japonaise..., spécifiant les avantages qui lui sont concédés dans le cadre des acquisitions des biens et services au profit des projets et programmes.

La politique de traitement du paludisme telle que formulée actuellement exige une amélioration du système de gestion des approvisionnements et des stocks (GAS).

La gestion des achats est conforme aux règles, procédures et directives édictées par le gouvernement nigérien et ses partenaires en matière d'acquisition et d'achats.

Ainsi, les achats sont effectués en collaboration étroite avec le PNLP, le MSP à travers la DPHL/MT et le partenaire.

Les marchés sont attribués après approbation, et des bons de commande sont émis au bénéfice des fournisseurs retenus avec toutes les indications réglementaires habituelles. Le partenaire est le plus souvent désigné comme entité signataire et à ce titre, responsable du suivi de l'exécution du contrat.

D'une manière générale, les appels d'offres sont lancés par le partenaire et ouverts aux postulants nationaux et internationaux. Les sélections sont faites selon les normes définies par les procédures et en conformité avec les directives.

La DPHL/MT veille au respect de la réglementation en matière d'introduction de produits pharmaceutiques en vigueur au Niger et à cet effet, s'assure de l'utilisation de formats normalisés, principalement dans le cadre des appels d'offres nationaux et internationaux.

Les directives pour les achats sont celles énoncées dans le système d'achat ci-dessus. Cependant il faut préciser que dans le cadre de l'appui du budget de l'état, le PNLN exprime ses besoins au ministère de la santé(MSP) qui procède aux achats en fonction des disponibilités et du montant prévu à cet effet.

Tout produit pharmaceutique ne peut être introduit sur le territoire national sans être enregistré au niveau de la DPHL/MT ; les antipaludiques et les insecticides ne peuvent échapper à la règle. En effet, de la détermination du schéma thérapeutique au choix des médicaments et des insecticides, la DPHL/MT est largement impliquée dans les commandes exécutées par les partenaires. Pour les achats sur le budget de l'état, c'est le MSP et le ministère des finances qui procèdent à l'enregistrement et à la livraison au PNLN.

Les caractéristiques et le choix des molécules sont spécifiés dans le document de politique nationale de lutte contre le paludisme au Niger et le document de politique pharmaceutique nationale. Il existe une liste de médicaments essentiels au Niger incluant les antipaludiques et autres intrants pour le paludisme (TDR, MILDA, ...). La révision de la politique nationale de lutte contre le paludisme est programmée régulièrement tous les deux ans en fonction des résultats de l'efficacité des médicaments, l'innocuité et la qualité des médicaments.

Pour sélectionner le matériel de diagnostic (microscopes, TDR, réactifs, lames), le PNLN suit les conseils techniques des partenaires comme l'OMS et les techniciens de laboratoire. L'évaluation de ces produits est basée sur les lignes directrices et les normes de l'OMS, et les résultats des différents essais sur le terrain.

Le choix des MII est généralement basé sur les directives de l'OMS. Celles retenues actuellement sont les moustiquaires à longue durée d'action (MILDA).

Les insecticides couramment utilisés sont les pyréthrinoides :

- Pour l'imprégnation des moustiquaires, c'est l'étofenprox 10% EC ;
- Pour la pulvérisation intradomiciliaire, ce sont le l'étofenprox 10% WP, l'alphacyperméthrine et la deltaméthrine.

Les différentes formes d'insecticides disponibles au Niger sont sous forme de liquide, de tablettes et de poudre. Les produits chimiques pour la LAV sont ceux qui sont officiellement recommandés par l'OMS. Les pulvérisateurs utilisés sont manuels ou à pression.

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la RPP relève les principaux points suivants :

- Insuffisance de coordination de la gestion des médicaments entre le niveau central (le PNLP, l'ONPPC, la DPHL/MT) et le niveau régional, ce qui explique les ruptures de médicaments constatées au niveau des formations sanitaires ;
- Absence d'un plan GAS global tenant compte de tous les partenaires ;
- Insuffisance de personnel logisticien au PNLP.

2.2.2.6. Information Education Communication /Communication pour un Changement de Comportement & Mobilisation sociale (IEC/CCC)

Il existe une unité IEC / CCC au sein du PNLP, avec un responsable et un professionnel en communication qui appuie cette unité depuis 2007 dans le cadre de la mise en œuvre du Projet Paludisme Sangué Round 7 du fonds mondial. Cette unité, chargée d'élaborer des messages et diffuser les informations relatives au paludisme, travaille en étroite collaboration avec la direction du MSP chargée de la communication. Toutefois, la majorité des cadres de cette unité n'ont pas de formation spécifique en communication ce qui limite leurs capacités d'innovation en matière de communication.

Le PNLP dispose d'un plan de communication dont l'objectif est de veiller à ce que tous les ménages nigériens puissent recevoir des messages clés sur la lutte antipaludique pour un changement de comportement efficace.

Les interventions clés de l'IEC/CCC dans le cadre de la lutte contre le paludisme sont axées sur :

- l'accès précoce au traitement antipaludique;
- l'utilisation correcte et régulière des MILDA et de la PID ;
- l'utilisation de deux doses (TPI1 et TPI2) pendant la grossesse ;
- l'acceptabilité de la PID

Les différentes stratégies utilisées sont :

- la mobilisation sociale,
- le renforcement des capacités des prestataires,
- les médias, les radios (public, privée et communautaire), la télévision
- le plaidoyer auprès des autorités nationales, des décideurs, des leaders d'opinion et des partenaires
- IEC/CCC :(les causeries de groupe, les animations au niveau communautaire,)

Il existe un fort engagement politique autour des objectifs de la lutte contre le paludisme au Niger. Plusieurs personnalités importantes du pays honorent régulièrement de leur présence la commémoration de la journée mondiale de la lutte contre le paludisme chaque 25 avril aussi bien au niveau national qu'au niveau de toutes les régions.

Aussi, les grands événements nationaux et régionaux (sportifs, culturels,...) ont servi de canaux pour faire passer des messages sur la prévention du paludisme. Il s'agit entre

autres de la fête de la proclamation de la République et du Championnat national de lutte traditionnelle.

En matière d'IEC/CCC, des messages clés ont été élaborés par le PNLP en collaboration avec certains partenaires à l'endroit :

- des autorités, leaders d'opinion, chefs religieux
- de toute la population
- des communautés rurales
- des scolaires
- des femmes enceintes

Les principaux supports canaux utilisés sont : les dépliants, les affiches, les livrets scolaires (98000 exemplaires), les pagi voltes, les boîtes à images, les panneaux publicitaires, les spots à la radio et à la télévision (public, privé et communautaire), des T-shirts, des pagnes, casquettes, des cartables portant des messages clés de la lutte contre le paludisme, le logo du PNLP et le logo des partenaires impliqués. C'est ainsi qu'en période de haute transmission des campagnes de communication par voie de presse et des activités de sensibilisation sur le terrain sont réalisées. Elles sont effectuées en étroite collaboration avec de nombreux partenaires dont le réseau des journalistes engagés dans la lutte contre le paludisme.

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la RPP a fait ressortir les principaux points suivants :

Points forts :

- L'intensification du volet communication au cours de ces 2 dernières années grâce au projet sangué (Round 7 relatif à la distribution des MILDA) ;
- La promotion de l'utilisation des MILDA à travers les campagnes de médiatisation : la télévision, les campagnes publicitaires, les radios communautaires, animateurs communautaires.
- l'existence d'un communicateur régional chargé de coordonner toutes les activités de communication et de mobilisation sociale.
- L'existence des animateurs communautaires, recrutés pour inciter les communautés à l'utilisation des MILDA.
- La signature des contrats entre le PNLP et les radios communautaires pour la diffusion régulière des messages.
-
- Collaboration avec l'association des journalistes ;
- Parution de 5 numéros du journal « ANOPHELE » pour les années 2009 et 2010
- Points faibles :
 - L'insuffisance du personnel qualifié en communication au niveau du PNLP et des formations sanitaires
 - Coûts élevés des activités de communication par rapport aux ressources disponibles ;

- ;
- L'absence d'un système d'archivage des documents au niveau de l'unité IEC ;
- ;
- L'implication insuffisante de la société civile et du secteur privée dans les interventions à base communautaires ;
- L'insuffisance des outils de mobilisation sociale au niveau communautaire (livrets, affiches, panneaux, ...etc.) ;
- Absence de financement des activités de commémoration de la Journée mondiale de lutte contre le paludisme au niveau des Districts .
- Le PNLP appui très peu les organisations et associations communautaires œuvrant dans la prévention du paludisme.
-

2.2.2.7. Surveillance, Suivi/Evaluation et Recherche opérationnelle

Le Niger dispose d'un Système d'Information Sanitaire de collecte des données sur le paludisme cependant la qualité et leur exhaustivité reste à améliorer .

Au PNLP, il existe une Unité de S&E composée de 9 agents qui a pour mandat de coordonner toutes les données/informations sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre des interventions sur la lutte contre le paludisme, ainsi que l'évaluation des impacts sur la santé par rapport aux objectifs fixés.

a)-Surveillance et Suivi/évaluation

Le système de Collectes et de suivi du PNLP est intégré au Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Pour avoir toutes les informations sur les indicateurs adoptés par le PNLP et ses partenaires dans le cadre du suivi/évaluation des performances du programme, le personnel de suivi/évaluation du PNLP, les partenaires, les coordonnateurs régionaux du PNLP et les responsables des Services de Programmation et Informations Sanitaires (SPIS) des régions collectent des informations complémentaires.

Concernant les activités de routine, les données hebdomadaires sont récoltées via le SNIS, à savoir le nombre de cas de paludisme simple et grave et du nombre de décès dû au paludisme. Le reste des données sont complétées lors des supervisions trimestrielles.

Plusieurs partenaires techniques et financiers appuient le PNLP en matière de S&E. Les différents supports de collecte de données et d'évaluation sont mis à la disposition des agents par le PNLP avec l'appui des partenaires. Cependant, il existe des retards dans la mise en place des supports dans les structures de santé du fait de l'absence de financement pour leur acheminement.

Le PNLP travaille en étroite collaboration avec la DSS/RE. La collecte des données est effectuée de façon systématique auprès de toutes les formations sanitaires à une périodicité hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle selon les niveaux (Cases de santé, Centres de Santé Intégrés, Hôpitaux de Districts, Hôpitaux et Maternité de Références, Directions Régionales de la Santé Publique). Certaines informations nécessaires (non collectées par ce canal), dans le cadre du suivi des indicateurs RBM, sont collectées par l'unité S&E du PNLP.

En plus des évaluations ponctuelles nationales, les progrès par rapport aux différents objectifs sont faits à travers l'analyse des données de routine, les rapports de supervision et les revues.

Un suivi spécifique est effectué sur les aspects cliniques, parasitologiques et entomologiques pour l'évaluation périodique de la sensibilité des parasites aux médicaments antipaludiques et celle des moustiques vecteurs du paludisme vis à vis des insecticides. Le système de la pharmacovigilance se fait à travers des fiches de notification.

Dans le cadre de la surveillance sentinelle, 3 sites ont été créés dont un dans chaque strate. Il s'agit du département de Gaya dans la région de Dosso (zone hyper endémique) ; de département de Tessaoua dans la région de Maradi (zone méso endémique) et la Commune d'Agadez dans la région d'Agadez (zone hypo endémique).

L'efficacité thérapeutique des médicaments est mesurée à partir des études basées sur les nouveaux protocoles OMS.

Les activités suivantes ont été réalisées au niveau de ces sites:

- Le Suivi des activités de routine : prise en charge et prévention ;
- L'évaluation de l'efficacité des moustiquaires pré-imprégnées sur les vecteurs du paludisme ;
- L'évaluation de l'endémicité palustre ;
- Le suivi de la résistance du parasite aux antipaludiques et la résistance du vecteur aux insecticides ;
- Les enquêtes entomologiques.

Les évaluations internes se font tous les ans et portent sur des indicateurs de couverture et de résultats.

Les différentes études réalisées au PNLP se font en étroite collaboration avec les institutions de recherche publique et privée (Université de Niamey, centre de recherche médicale, centre international d'études et de recherches sur les populations africaines...).

Le personnel disponible au niveau de l'unité S&E du PNLP est insuffisant en quantité et en qualité pour gérer efficacement toutes les activités de S&E et surtout les exigences des partenaires pour rendre compte (fonds mondial ; OMS, UNICEF, ...).

Au niveau régional, les coordonnateurs « paludisme » collaborent avec les SPIS de même au niveau district les PF collaborent avec les CSE.

Ces derniers sont les répondants du SNIS, chargés de la collecte, synthèse et validation des données au niveau régional. De même, au niveau des districts sanitaires, les points focaux paludisme doivent collaborer avec les responsables des centres de la surveillance épidémiologique (CSE). Cependant à tous les niveaux, cette collaboration est souvent insuffisante, responsable des écarts des données ou informations constatées.

Au niveau du PNLP, toutes les activités réalisées sont sanctionnées par des rapports qui normalement devront être centralisés au niveau de l'unité S&E. Il se pose un problème d'archivage général et les rapports ne sont pas souvent exploités pour les prises de décisions. Les rapports de supervision sont partagés avec les partenaires. Les rapports

de supervision sont trimestriels et les rapports d'évaluation sont semestriels et annuels. Les niveaux région et district établissent des rapports trimestriels

Le suivi des tendances du paludisme est fait régulièrement plus au niveau des districts qu'au niveau des hôpitaux de référence (régionaux et nationaux).

On note souvent un problème de complétude dans la transmission des données, expliquant l'écart des chiffres souvent constaté aux différents niveaux. Certaines données sont analysées au niveau régional ou district mais en général l'analyse des données est faite au niveau national.

La diffusion de l'information se fait le plus souvent à travers les rapports, les revues, réunions, les bulletins et les médias et les sites web. Le programme ne dispose pas encore de son propre site web. Le PNLP produit des rapports d'évaluation semestrielle et annuelle. Un bulletin trimestriel permet de fournir aux publics et aux partenaires des informations régulièrement sur la situation épidémiologique du paludisme.

Tous les canaux (électronique, envoi postal, SMS, véhicule de transport, Radio BLU....) sont utilisés pour transmettre les données du niveau périphérique vers le niveau régional et du niveau régional vers le niveau national.

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la RPP relève les principaux points suivants :

- Non prise en compte de certains indicateurs demandés dans le cadre du Rapport trimestriel l'OMS de surveillance de routine, mais surtout du Rapport Mondial annuel OMS du Paludisme;
- L'inexistence de rapports d'activités trimestrielles du PNLP pour la structure et les partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme au Niger ;
- Insuffisance dans la collecte de certaines données : aux niveaux des cases de santé et pour les services d'hospitalisation ;
- Absence d'analyse des diverses informations collectées par les différents niveaux pour les prises de décisions.
- l'insuffisance de la conduite d'enquêtes clés (lutte contre le vecteur, résistance aux insecticides, essais biologiques, enquêtes CAP).

b)- Recherche opérationnelle (RO)

Ce volet très important dans la lutte antipaludique n'occupe pas encore suffisamment une place prépondérante dans PARMI interventions mises en œuvres par le programme.

Le PNLP a réalisé des études de recherche en collaboration avec des instituts de recherche comme UAM, CERMES, LANSPEX, HNN, Institutions d'Enseignement...

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la RPP a permis de faire ressortir les principaux points suivants :

- Insuffisance des enquêtes CAP à tous les niveaux ;
- Insuffisance dans l'exploitation des données collectées lors des enquêtes ;
- Insuffisance de publications;
- Insuffisance de financement dans le domaine de la recherche ;
- Insuffisance des Institutions de recherche ;

- Insuffisance d'équipement des institutions de recherche existantes ;
- Insuffisance du personnel dans les institutions de recherche.

c)-Plan S&E du PNLP

En 2009, un plan de suivi/évaluation avait été élaboré en vue d'accélérer les interventions de lutte contre le paludisme au Niger. Ce plan se proposait d'être à la fois un instrument permettant de mesurer la performance du programme et un outil de gestion pour l'ensemble des acteurs et des partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme au Niger. De même, le plan décrit le cadre logique incluant les indicateurs de processus, les indicateurs de résultats et les indicateurs d'impacts, les outils de collecte des données, les rôles et responsabilités de chaque acteur.

Dans le cadre de l'élaboration du nouveau plan stratégique du PNLP 2011-2015, il sera procédé parallèlement à l'élaboration d'un nouveau plan de S&E du PNLP 2011-2015 reprenant l'ensemble des thématiques de la lutte contre le paludisme.

2.2.2.8. Renforcement des capacités de gestion et de coordination du programme

Les interventions de lutte antipaludique s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre la maladie en vue de réduire la morbidité et la mortalité du Paludisme chez les populations à risque. Ainsi, plusieurs synergies existent entre la plupart des programmes prioritaires et le Programme National de Lutte contre le Paludisme dans le cadre de l'intégration des interventions prônées par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies.

Au niveau décentralisé, le PNLP délègue la mise en œuvre et le suivi de proximité des activités de lutte antipaludique aux équipes des régions et des districts sanitaires.

Fort de l'engagement politique dans le domaine de la lutte antipaludique à tous les niveaux et de l'appui des partenaires au développement, un accent particulier a été mis sur la participation des communautés et le renforcement des capacités dans les domaines spécifiques pour contribuer efficacement à l'atteinte des résultats escomptés.

Ainsi, le personnel impliqué dans le programme a bénéficié des formations spécifiques au cours de 5 dernières années comme suit :

- **Paludologie:** 3 agents (1 agent du PNLP, 1 DRSP et 1 Médecin de district) ont pris part au cours de l'IRSP de OUIDAH au Bénin en 2009 ; 1 agent a bénéficié du cours international sur la paludologie à Madagascar en 2007 ;
- **Biologie:** 1 agent a été formé sur la Prise en charge des cas du Paludisme en 2007 en Chine ; 2 biologistes ont été formés sur la formation des formateurs sur le Diagnostic du paludisme en Algérie en 2008. Un agent a été formé sur le suivi de la pharmacovigilance en 2007 à Bamako au Mali.
- **Entomologie:** 2 agents étaient formés en entomologie au MRTC au Mali (2010), 2 autres agents ont été formés en technique d'entomologie en 2006 à Ouagadougou au Burkina Faso.
- **Unité Suivi-Evaluation:** 1 agent a été formé sur la Définition et l'Implantation du système de suivi-Evaluation à Casablanca au Maroc en 2009. En outre 1 agent a été formé sur la formation des formateurs sur le logiciel de gestion des stocks MILDA en 2009 à Niamey.

- **IEC/CCC:** 2 agents ont été formés sur “la Technique de Plaidoyer et Mobilisation Sociale” à CAMPC à Cotonou au Bénin en 2008.

Depuis l'adoption des résolutions sur la lutte contre le paludisme à Abuja en 2000, le PNLP a élaboré deux Plans stratégiques successifs pour la période 2001-2005 et 2006-2010. Ces plans stratégiques ont été évalués périodiquement (mi-parcours et finale) et une revue de performance du programme a été réalisée en 2010.

Pour mieux coordonner la mise en œuvre des activités programmées dans les plans stratégiques avec l'appui des partenaires, des plans d'action annuels (PAA) sont élaborés chaque année à tous les niveaux. Le MSP, à travers la DEP est chargé d'organiser l'élaboration de ces PAA. Après la revue des PAA de l'année en cours, il est demandé à chaque structure (du niveau central au niveau périphérique) d'élaborer la planification annuelle de l'année suivante à travers un canevas pré établi. Au niveau du PNLP, elle se fait de façon participative entre la coordination et les responsables des unités.

Grâce au partenariat établi et compte tenu des opportunités qui s'offrent au PNLP, d'importantes ressources ont été mobilisées pour financer les interventions prioritaires du PNLP. Il existe trois sources principales de financement au Niger dans le cadre de la lutte contre le paludisme: l'État, les clients et les financements extérieurs (organismes de coopération bilatéraux et multilatéraux, FMSTP et ONGs).

Le PNLP, à travers le budget de l'Etat et des partenaires extérieurs, a bénéficié de ressources importantes pour développer les interventions prioritaires inscrites dans les Plans stratégiques de lutte contre le Paludisme 2001-2005 et 2006-2010. Globalement, ces plans ont bénéficié du 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} et 7^{ème} Rounds du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP).

D'autres sources de financement et un appui technique multiforme sont aussi assurés dans le cadre du partenariat constitué autour du PNLP, avec les structures publiques de soins, les partenaires multilatéraux (FMSTP, BM Booster, OMS, UNICEF) et bilatéraux (coopération japonaise, chinoise) les ONG (Croix Rouge Nigérienne, Plan Niger, World Vision, Care, CRS,). Ces partenaires techniques appuient en particulier la promotion de l'utilisation des MILDAs, du TPI, l'IEC/CCC, le Suivi/Evaluation et la gestion du PNLP. Certains partenaires comme la JICA et Plan Niger interviennent uniquement dans certains districts sanitaires.

Les financements en cours du Fonds Mondial (R5 et R7) concernent les MILDAs, le TPI, le diagnostic et le traitement, le Suivi/Evaluation et la gestion du programme. Les domaines peu ou pas soutenus financièrement sont la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticide à effet rémanent, la recherche et la gestion des épidémies de paludisme.

Les différents partenaires ont apporté leur contributions au programme en fonction des avantages comparatifs de chacun, ainsi que suit :

➤ ***Les partenaires techniques et financiers (organismes internationaux, coopération bilatérale et multilatérale) ont appuyé le PNLP dans :***

- la mise en œuvre du TPI avec le Kit CPN (Moustiquaire, Fer, Acide Folique, Albendazole, SP), Kit d'imprégnation ;
- l'acquisition de MII/MILDA et de médicaments (ACT...) ;
- le renforcement des capacités de diagnostic parasitologique du paludisme (microscopie et Test de Diagnostic Rapide).

- le plaidoyer et la mobilisation sociale;
 - le renforcement du système de santé avec l'achat de véhicule de supervision, de matériel informatique pour les districts, d'ambulances ;
 - le renforcement des capacités des sites sentinelles ;
 - l'appui des consultants et d'experts de l'OMS (Afro, équipe interpays, Bureau pays), de WARN et de l'OOAS.
- **Le secteur privé (ONG, Associations):**
- participent à la sensibilisation de la population et le plaidoyer dans le cadre de la lutte contre le paludisme ;
 - contribuent sur le terrain aux activités d'hygiène et d'assainissement ;
 - fournissent des intrants aux formations sanitaires : kits d'imprégnation, insecticide larvicide, Moustiquaires imprégnées, Kit de diagnostic, Kit de médicaments.
- **La société civile, la Communauté, les élus locaux, les leaders d'opinions :** Ils participent à la lutte contre le paludisme à travers les activités de sensibilisation, de formation et à la mobilisation sociale.
- **Les secteurs connexes (Environnement, Education, Hydraulique, Agriculture), y compris les municipalités :** Ils participent à la lutte à travers des activités de lutte antivectorielle, d'hygiène et d'assainissement.
- **Les institutions académiques et de recherche :** Elles travaillent en étroite collaboration avec le PNLP dans le cadre des études de recherche, la formation, l'encadrement des mémoires et thèses sur le paludisme.

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de la RPP relève les principaux points suivants :

- Problème de coordination entre le secteur public et le secteur privé dans le cadre de la lutte contre le paludisme ;
- Difficulté dans la mise en œuvre des activités au niveau communautaire ;
- Insuffisance de compétences en matière de planification entravant la capacité à élaborer des plans solides ;
- Problème d'archivage des rapports et documents, des données (électronique, hard) ;
- Problème de traçabilité des dépenses effectuées à différents niveaux : du niveau périphérique vers le niveau central et du niveau central vers les partenaires ;
- Problème de décaissement de fonds de certains partenaires de l'Etat ;
- Retard de la validation des plans d'actions annuels par le MSP et les PTF.

2.2.3. Niveau de progrès des indicateurs de résultats et d'impact du programme

Tableau N° 7 : Principaux indicateurs de résultats et d'impact

Indicateurs de résultats & d'impact	2006	2007	2008	2009	2010	Objectif RBM 2010
Proportion des admissions dues au paludisme par rapport à toutes les admissions au niveau des formations sanitaires (%)	25,6%*		33,4%*			
Proportion des cas de paludisme confirmés par microscopie ou TDR	2,9%**	20,4%**	32,8%**			80%
Proportion des cas de paludisme/fièvre sans complications ayant reçu un traitement rapide et efficace dans un délai de 24 heures, conformément aux politiques nationales	48,2%	68,3%				80%
Proportion des cas de paludisme / fièvre ayant reçu le traitement antipaludique de première ligne recommandé à l'échelle nationale (chiffre annuel)	25%***					80%
Proportion des établissements de santé possédant une capacité de microscopie et / ou de TDR	30%*	29,6%*	30,2%*			80%
Proportion de ménages possédant au moins une MII /MILDA	89%		64,7% **	78% ***		80%

Proportion des enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous une MII /MILDA la nuit précédente	68%		80,3%	56%		80%
Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une MII /MILDA la nuit précédente	71%		65,7%*	51%*		80%
Proportion des ménages possédant au moins une MII /MILDA et / ou ayant reçu une pulvérisation intra domiciliaire (PID) au cours des 12 derniers mois	89%		64,7%	78%		80%
Taux d'utilisation CPN	50,8%	71,9%	80,4%	85,0%		
Proportion des femmes ayant reçu plus d'une dose de traitement préventif intermittent (TPI 2) antipaludique pendant leur dernière grossesse (au cours de deux dernières années) par année	ND	66,3%	68,5%			80%
Proportion des mères ou gardiennes des enfants < 5 ans connaissant la cause du paludisme			95% (Moustiques)	89% (Moustiques)		80%
Proportion des mères ou gardiennes des enfants < 5 ans connaissant les moyens de prévention du paludisme	88,9% (MILDA)		84% (MILDA)	76% (MILDA) 35% (Médicaments préventifs)		80%

* : annuaire statistique 2006, 2007 et 2008

** :rapport de progrès (SE PNLP) 2006,2007,2008

*** : enquête démographique et de santé 2006

2.2.4. Défis pour le nouveau Plan stratégique 2011 – 2015

La Revue de performance du PNLP a permis d'apprécier les progrès réalisés par le Programme sur le plan institutionnel et dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme à tous les niveaux. Ainsi après avoir passé en revue les Forces, faiblesses, Opportunités et Menaces, les défis majeurs que le nouveau plan devra relever sont :

- L'utilisation effective des MILDA ;
- La mise à échelle des interventions essentielles de lutte contre le paludisme à tous les niveaux avec l'implication des structures privées et confessionnelles ;
- La notification des cas de toutes les structures (publiques, privées, confessionnelles)
- La confirmation diagnostique des cas de paludisme suspect chez l'enfant la femme enceinte et l'adulte durant toute l'année mais surtout pendant les périodes de basse transmission ;
- La prise en charge efficace des cas de paludisme grave se présentant en urgence dans les structures de référence ;
- La mise en œuvre de la prise en charge du paludisme au niveau communautaire.

2.3. *Processus d'élaboration du Plan stratégique 2011-2015*

La première étape a consisté à recevoir une visite technique du bureau IST/WA/MAL pour les orientations du prochain plan avec les nouvelles orientations de la politique nationale de lutte anti paludique de l'OMS pour la région africaine qui suggère aux Etats le passage à l'échelle pour les interventions essentielles afin d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2015 ainsi que ceux de RBM. Il s'avère nécessaire de réexaminer les stratégies et interventions afin de mieux cibler les actions nous permettant l'atteinte de ces objectifs.

Au cours de cette visite un briefing des partenaires RBM a permis de partager les informations sur la vision future de la lutte contre le paludisme et d'obtenir leur adhésion au processus.

Par ailleurs, une équipe du PNLP et de l'OMS bureau pays a assisté à l'atelier d'orientation sur la revue des programmes nationaux et le processus d'élaboration des nouveaux plans stratégiques. A cette occasion, les outils nécessaires ont été mis à la disposition des pays.

Après une réunion de restitution, un comité, chargé de procéder d'abord à la revue du programme. a été mis en place par arrêté Ministériel. Ce comité est composé des cadres du PNLP, des représentants des directions centrales du MSP, l'université, des Instituts de recherche et des autres partenaires RBM du Niger. En outre le processus a bénéficié de appuis des consultants internationaux (2 du RBM et 1 de l'IST/WA/MAL Ouagadougou).

Les résultats de cette revue après validation ont servi d'éléments de base à l'élaboration du plan stratégique 2011-2015.

PARTIE III: PLAN STRATEGIQUE DU PNLP 2011-2015

Les actions prévues dans le présent plan cibleront l'ensemble du territoire national, avec un accent particulier au niveau des zones les plus à risque de paludisme. Elles se justifient après l'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces, issues de la revue de performance du programme national de lutte contre le paludisme.

1. Vision

Pour un Niger sans Paludisme

2. Mission

Assurer aux populations un accès universel et équitable aux interventions de lutte antipaludique conformément à la politique sectorielle de santé et dans l'optique de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

3. But et Objectifs

3.1. But

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dans la population générale et faire en sorte que le paludisme ne soit plus un problème de santé publique.

3.2. Objectifs

3.2.1. Objectif général

inverrr les tendances de l'incidence du paludisme D'ici 2015, et commencer à arrêter sa transmission dans la perspective de son élimination en 2025.

3.2.2. Objectifs spécifiques

- D'ici 2015, assurer un examen biologique pour au moins 90% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires publiques et privées, et dans les zones avec ASC ;
- D'ici 2015, assurer la prise en charge correcte d'au moins 90% des cas de paludisme simple ou grave vus dans le secteur public et privé conformément aux directives nationales ;
- D'ici 2015, assurer la prise en charge correcte d'au moins 80% des cas avérés de paludisme diagnostiqués biologiquement dans les zones avec ASC ;
- D'ici 2015, amener au moins 80% de la population des zones à risque de paludisme à dormir sous moustiquaires imprégnées à longue durée d'action;
- D'ici 2015, assurer la protection avec le TP2 d'au moins 90% des femmes enceintes ;
- D'ici 2015, assurer la protection d'au moins 80% de la population des zones ciblées par les Pulvérisations Intra Domiciliaires;
- D'ici 2015, amener au moins 90% des districts sous surveillance épidémiologique à détecter et endiguer les éventuelles situations d'épidémies ;

- D'ici 2015, renforcer les capacités de gestion et de coordination du programme paludisme à tous les niveaux.

4. Orientations politiques et stratégiques prioritaires

Dans le présent plan stratégique, les interventions développées seront en rapport avec les priorités suivantes :

- Atteindre et maintenir un accès universel aux mesures de prévention du paludisme ainsi que leur utilisation à 100% par la population des zones à risque de paludisme, notamment la lutte antivectorielle (MILDA, PID) et le traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes ;
- Assurer la confirmation biologique pour 100% des cas suspect de paludisme vus dans les formations sanitaires publique et privées ainsi que les zones avec ASC;
- Atteindre la couverture universelle pour la prise en charge correcte de 100% des cas de paludisme simple et/ou grave vus dans les formations sanitaires publiques et privées ainsi que dans les zones avec ASC ;
- Développer un système de surveillance épidémiologique intégré du paludisme au niveau de tous les districts sanitaires à risque en vue de produire des données hebdomadaires de qualité permettant de prendre une décision adéquate en cas de nécessité ;
- Redynamiser le système de suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme, notamment la mise en place d'un système de surveillance de routine fonctionnel et la réalisation d'enquêtes nationales représentatives pour évaluer l'impact du programme;
- Renforcer le partenariat RBM autour du PNLP en vue de mobiliser un financement viable prenant en compte les contributions de l'Etat et les opportunités de financement au niveau international;
- Renforcer les capacités managériales et de coordination du programme à tous les niveaux;

5. Interventions et stratégies de mise en oeuvre

Les interventions suivantes du Plan stratégique 2011-2015 prennent en compte les spécificités des différents faciès épidémiologiques et les défis en rapport avec l'accès universel et les objectifs du millénaire pour le développement, notamment :

- Renforcer le système de surveillance épidémiologique et entomologique dans les zones à risque de paludisme;
- Garantir une prévention efficace contre le paludisme pour toutes les populations à risque, en particulier les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ;
- Assurer un traitement efficace pour tout cas confirmé de paludisme, en temps opportun ;

- Développer une approche de mobilisation sociale communautaire de proximité pour un changement de comportement en faveur de l'utilisation des mesures de prévention et de traitement du paludisme;
- Renforcer et harmoniser le système de surveillance/suivi/évaluation et la recherche opérationnel pour rendre disponible une information fiable sur le paludisme en vue de son utilisation;
- Mobiliser davantage des ressources, dans le cadre du partenariat RBM, en vue de combler les gaps pour l'atteinte des objectifs de la couverture universelle;
- Intégrer les interventions de lutte antipaludiques aux actions d'autres programmes de santé et autres secteurs pour une meilleure synergie et une gestion efficiente des ressources disponibles;
- Améliorer les capacités de gestion et de coordination de parties prenantes impliquées dans la lutte contre le paludisme (MSP, DRSP, DS, Société civile, Privé, Communautaire).

6. Description des Interventions du Plan stratégique 2011-2015

6.1. Lutte contre les vecteurs du paludisme

Sur la base des acquis de la mise en œuvre des MILDA, l'accent sera mis sur la consolidation des résultats du programme et l'introduction de nouvelles mesures de lutte antivectorielle au niveau communautaire.

Les activités de lutte contre les vecteurs et d'hygiène assainissement sont organisées en collaboration avec la Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé, le Programme d'éradication du Ver de Guinée, le programme de Dévolution Onchocercose et les collectivités. Les structures existantes au niveau communautaire servent de relais pour la mise en œuvre des interventions locales avec l'appui des ONGs de la société civile.

➤ Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MILDA)

La politique nationale en matière de prévention, fait une place importante à la promotion de l'utilisation des MILDA. Celle-ci se fera, à travers le marketing social et visera à permettre d'atteindre l'accès universel à raison d'une MILDA pour 1,8 personne.

Le PNLP, poursuivra le développement de la stratégie de promotion des MILDA au cours des prochaines années pour l'atteinte de l'accès universel. Les actions prévues permettront d'étendre la couverture à travers l'organisation d'une campagne de distribution de masse des MILDA pour toute la population à risque et la distribution en routine de MILDA aux groupes les plus vulnérables (femmes enceintes, enfants < 1an).

Les actions prévues concerneront en particulier :

- L'acquisition de MILDA nécessaires et approvisionnement des régions et districts ;
- L'organisation de la gestion adéquate des unités de stockage ;

- L'organisation d'une campagne de masse de distribution des MILDA ;
- Le remplacement des MILDA hors d'usage à travers la distribution de routine (CPN) ou à travers les dépôts pharmaceutiques communautaires
- La réalisation du contrôle de qualité des MILDA distribuées.
- La promotion de l'utilisation des MILDA.

➤ **Pulvérisation Intra-Domiciliaire à effet rémanent (PID)**

Cette stratégie prévue dans les précédents plans, était réservée uniquement aux Districts à risque épidémique mais, sa mise en œuvre n'a pas été effective

Le plan 2011-2015, prévoit la mise en œuvre de cette activité dans trois districts pilotes avant son extension dans les districts ciblés.

Les actions spécifiques de cette stratégie sont les suivantes :

- Elaboration d'un plan de LIV y compris la PID ;
- Acquisition de matériel pour la PID ;
- Renforcement des compétences des Agents de santé en PID ;
- Réalisation de campagnes de PID dans les zones ciblées.

➤ **Lutte anti larvaire**

La lutte anti larvaire sera appliquée en particulier dans les endroits où les gîtes larvaires sont accessibles et relativement limités en nombre et en taille. Ces critères sont rencontrés dans les zones urbaines, où l'utilisation des biolarvicides peut être combinée avec la pulvérisation intra et extra domiciliaire dans les zones tampons, soit les maisons situées en périphérie de la ville. Elle viendra en complément de l'utilisation des MILDA en vue de réduire le contact hommes/vecteurs. Cette stratégie est déjà mise en œuvre par le Ministère de la Santé sur toute l'étendue du territoire.

La réalisation de ces actions nécessitera la formation des équipes chargées du traitement des gîtes larvaires, le transfert de technologie de traitement de gîtes larvaires par les experts et le renforcement des équipes en matériel et équipement pour le traitement des gîtes et l'assainissement du cadre de vie.

Les principales actions prévues concerneront en particulier :

- L'acquisition de moyens logistique, équipements et matériels nécessaires au traitement avec les biolarvicides ;
- La maintenance de la logistique, des équipements et matériels
- L'approvisionnement en biolarvicides des sites ciblés ;
- La formation d'équipes chargées du traitement des gîtes larvaires ;
- L'établissement de la cartographie des gîtes larvaires ;
- La réalisation d'enquêtes entomologiques de base et de contrôle ;
- La réalisation de tests de contrôle de qualité (essais d'efficacité) ;
- L'approvisionnement des sites cibles en produit chimique;
- La formation d'équipes chargées de la pulvérisation extra domiciliaire ;

- L'approvisionnement des sites cibles en logistique, équipements et matériels nécessaires à la pulvérisation extra domiciliaire ;
- La mise en place d'un système de suivi des indicateurs entomologiques conformément au plan de suivi/évaluation du PNLP 2011-2015.

6.2. Prévention du paludisme chez les femmes enceintes

La protection du paludisme chez la femme enceinte se fera en plus de l'utilisation des MILDA par une chimio prophylaxie avec 2 doses de sulfadoxine pyriméthamine (SP) à partir du 4^{ème} mois de la grossesse en prise supervisée conformément aux directives de la politique nationale.

Le TPI qui fait partie d'un paquet préventif **gratuit** lors des CPN sera fourni aux femmes enceintes soit au niveau des formations sanitaires, soit à l'occasion d'activités avancées organisées par les services de santé au niveau communautaire.

Les actions prévues concerneront en particulier :

- L'acquisition de la SP pour le TPI ;
- L'acquisition des MILDA
- La gestion de stocks de la SP et des MILDA ;
- La formation des prestataires du public, privé et confessionnel sur la stratégie de prévention du paludisme chez les femmes enceintes ;
- Le suivi de l'utilisation des MILDA et du TPI au cours des CPN.

6.3. Prise en charge des cas de paludisme

a)-Diagnostic biologique du paludisme

Conformément à la nouvelle politique de traitement et de prévention du paludisme, il sera procédé à la réalisation d'un examen biologique pour tout cas suspect de paludisme. Pour le diagnostic biologique, l'approvisionnement en matériel de laboratoire y compris les TDR sera suivi de renforcement des capacités et d'utilisation efficiente de deux moyens de diagnostic conformément aux directives nationales. Cette activité va nécessiter une sensibilisation et la supervision régulière car le traitement présomptif devra être abandonné par tous.

Les actions spécifiques au diagnostic biologique concerneront en particulier :

- L'acquisition de matériel de laboratoire et consommables: microscopes, TDR, réactifs ;
- L'approvisionnement régulier des formations sanitaires en moyens de diagnostic de laboratoire;
- L'assurance qualité des réactifs et des TDR ;
- Regrouper les 3 premiers points sous un même vocable
- Le renforcement des compétences des agents de santé.

b)-Traitement antipaludique des cas de paludisme

Conformément aux recommandations de l'OMS et aux directives thérapeutiques nationales tout cas de paludisme doit être confirmé par un diagnostic biologique. Ainsi, un

renforcement des capacités sur la prise en charge correcte des cas sera organisé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Pour ce qui concerne le niveau communautaire, les dispositions seront prises pour former les ASC dans les directives sur l'utilisation des TDR et le traitement ACT.

Dans le cas du paludisme grave, les services de pédiatrie des centres hospitaliers de référence et des hôpitaux de districts sanitaires seront dotés en kits adultes et enfants < 5 ans destinés à être utilisés dès la réception de cas de paludisme grave.

C'est aussi le lieu de dynamiser la pharmacovigilance qui est un maillon faible de la chaîne de traitement et du suivi de l'efficacité thérapeutique des ACT et autres intrants.

Les actions spécifiques au traitement antipaludique concerneront en particulier :

- L'acquisition de kits de matériel pour les consultations externes;
- L'acquisition des ACT pour les formations sanitaires et les ASC ;
- L'acquisition de Kit de PEC du paludisme grave pour les enfants et les adultes;
- La formation des agents des districts sanitaires en technique de formations et supervision des ASC (en vue de l'utilisation des TDR) ;
- Le recyclage des agents sur la PEC du paludisme simple et grave (public, privé, confessionnel, communautaire);
- Le suivi post-formation des agents prescripteurs à tous les niveaux.
- A compléter (pharmaco vigilance)

6.4. Lutte contre les épidémies de paludisme

Les faciès épidémiologiques du paludisme au Niger prédisposent le pays à l'apparition des épidémies. Cette préoccupation a déjà été prise en compte par le passé en 2003 du projet RBM Sahel financé par la coopération Française.

Le PNLP en collaboration avec la DSS/RE a défini des seuils épidémiques au niveau des 42 districts sanitaires. Il s'agira au cours du plan 2011-2015 d'apprécier la capacité des structures sanitaires à identifier très tôt les épidémies à travers cet outil et en apporter la riposte.

Les actions prévues concerneront en particulier :

- L'élaboration d'un Plan de lutte contre les épidémies de paludisme ;
- L'élaboration de la cartographie de la situation épidémiologique du paludisme ;
- La création et l'équipement de 3 nouveaux sites sentinelles ;
- Le renforcement de l'équipement des 3 anciens sites sentinelles ;
- L'acquisition chaque année d'un stock d'antipaludique pour la gestion des éventuelles épidémies au niveau des formations sanitaires publiques et privées (La dotation des sites sentinelles en médicaments et intrants de

fonctionnement (outils de collecte de données, matériels, consommable et motivation).

- La dotation des CSI et DS d'accès difficile en moyens de communication moderne (flot, internet et téléphone) ;
- La formation des agents prescripteurs sur la riposte aux épidémies (ECD, CSI, formation privés, structure de référence) ;
- La révision des supports de collecte de données tous les deux ans ;en tenant des observations des acteurs du terrain
- L'édition, la reproduction et la diffusion tous les ans de 1500 exemplaires du bulletin du PNLP "Anophèle" ;
- La mise en place d'un système de monitoring des sites sentinelle (supervision trimestrielle) ;

6.5. IEC/CCC et Mobilisation sociale

La communication est un point clé dans le changement de comportement des communautés en vue de prévenir et lutter contre les pratiques néfastes qui entravent encore l'utilisation des prestations de service du paludisme.

Ces pratiques (recours aux tradipraticiens entre autres) retardent le recours au traitement efficace dans les formations sanitaires.

Sous la coordination de l'unité IEC/CCC du PNLP, divers messages continueront à être diffusés les messages canaux (Radio, TV, Relais, crieurs, leaders d'opinion..) en vue d'un changement de comportement pour une meilleure utilisation des mesures préventives (TPI, MILDA, recours précoces aux soins, Assainissement du milieu) et curatives du paludisme.

Toutefois, l'unité IEC/CCC du PNLP a besoin d'être renforcée et équipée pour une meilleure gestion des problèmes sur la communication.

Les actions prévues concerneront en particulier :

- La révision du plan de communication en cours en collaboration avec les partenaires ;
- L'organisation de rencontre pour renforcer le plaidoyer auprès des décideurs et mobiliser davantage de ressources spécifiques destinées à l'IEC/CCC ;
- La conception, multiplication et diffusion d'outils de communication pour les décideurs et les communautés (brochures, films, affiches, dépliants, affiches, panneaux, boîtes à images, spots audiovisuels, ...etc) ;
- La mise en place d'un service de documentation au sein du PNLP ;
- ;
- Renforcement des capacités des agents du PNLP en technique de communication et en marketing social ;
- Le développement du partenariat entre le secteur public et privé ;
- ;
- Renforcement du partenariat avec les médias

- Le renforcement du suivi des activités IEC/CCC sur la base d'indicateurs clés.

6.6. Suivi/Evaluation et Recherche opérationnelle

Les interventions prévues dans ce cadre sont inscrites dans le plan suivi/Evaluation du PNLP 2011-2015, conformément aux objectifs et au cadre de performance définis.

En plus du développement des outils et du renforcement des capacités des parties prenantes impliquées dans le suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme, les autres actions prévues concerneront en particulier :

-Ajouter les activités contenues dans le plan de suivi-évaluation

- **Le monitoring des activités:** il permettra un suivi continu de l'exécution des activités de lutte contre le paludisme à travers la mesure périodique d'indicateurs de processus et de couverture des interventions ciblées. Les données spécifiques du paludisme non collectées à travers des outils standards de routine seront recueillies verticalement au cours des supervisions et/ou de monitorages assurés par les équipes des formations sanitaires. A noter que des supervisions intégrées seront assurées par le PNLP et les équipes des DRSP et DS;
- **La mesure des indicateurs de résultats et d'impact :** à travers des évaluations périodiques en collaboration avec des centres/instituts de recherche et des enquêtes dans la population (MIS, EDS, MICS, autres enquêtes nationales) ;
- **La recherche opérationnelle:** les études cibleront des thématiques spécifiques du paludisme et seront réalisées en collaborations avec des centre/Instituts de recherche dans le cadre d'un partenariat avec le PNLP. Les axes prioritaires de recherche seront en particulier en rapport avec les aspects entomologiques et épidémiologiques, la prise en charge des cas, l'utilisation des mesures préventives (MILDA, PID, TPI), le comportement des populations et l'efficacité des antipaludiques.

6.7. Renforcement des capacités de gestion et de coordination du PNLP et des autres parties prenantes

Pour permettre une meilleure gestion du programme et un mécanisme de coordination des partenaires fonctionnel, il importe de renforcer certains aspects institutionnels du PNLP et des parties prenantes intervenant dans la lutte antipaludique à différents niveaux.

Les actions prévues concerneront en particulier :

- L'acquisition d'équipements et du matériel logistique pour améliorer l'environnement de travail au PNLP et des parties prenantes;
- L'acquisition de matériel informatique et bureautique pour le PNLP et les parties prenantes (Société civile, DRSP, DS);
- La dotation de la coordination du PNLP davantage en ressources humaines qualifiées;
- L'appui à la coordination du PNLP avec une assistance technique internationale des experts nationaux dans la planification et la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludique ;

- Le renforcement du parc automobile du PNLP et des parties prenantes pour appuyer les activités de supervision sur le terrain ;
- Le renforcement des compétences des personnels impliqués dans la lutte contre le paludisme en paludologie et autres thèmes de formation continue;
- La dotation de la Coordination du PNLP avec un centre documentaire ;
- L'organisation de réunions du Comité national de coordination du PNLP et des groupes techniques de travail;
- Le renforcement du partenariat entre tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme en paludologie' gestion des intrants et des médicaments
Le renforcement du cadre de collaboration entre le PNLP, les institutions de recherche/écoles de formation et les réseaux sous régionaux sur le paludisme (WARN, autres);
- L'organisation de voyages d'études et d'échanges d'expériences sur de bonnes pratiques dans les pays de la sous-région.

7. Budget du plan stratégique 2011-2015

7.1. Description des activités

La mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme prévues dans le présent Plan stratégique 2011-2015 se fera en tenant compte des acquis du programme et des priorités définies en collaborations avec les parties prenantes à tous les niveaux.

Il s'agira en particulier de : (i)-renforcer les compétences du personnel des formations sanitaires et communautaires sur la prise en charge des cas de paludisme y compris le diagnostic biologique, (ii)-d'acquérir des intrants (TDR, CTA, SP, MILDA) pour les mesures préventives et le traitement du paludisme, (iii)-d'acquérir des moyens matériels et logistiques suffisants pour le PNLP et les parties prenantes (véhicules, fournitures diverses), (iv)-mettre en place des sites sentinelles de surveillance épidémiologique et entomologique, (v)-d'élaborer et reproduire en quantités suffisantes des outils didactiques et de communication, (vi)-former les personnel à différents niveaux de la pyramide sanitaire sur des aspects divers (management de la lutte antipaludique, communication, épidémiologie, paludologie, lutte antivectorielle, diagnostic biologique), (vii)-mettre en place un système de suivi & évaluation fonctionnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (viii)-développer un cadre de partenariat fonctionnel impliquant toutes les parties prenantes y compris la société civile et les autres secteurs ministériels.

7.2. Budgétisation des activités par intervention

Le budget du plan stratégique 2011-2015 est présenté par intervention et par année (voir les tableaux ci-dessous : de 7.2.1. à 1.2.7.).

Le coût global du Plan stratégique pour les 5 années, 2011 à 2015, s'élève à 184 627 336 860 FCF.

Les coûts totaux des activités par intervention se présentent comme suit :
Lutte contre les vecteurs du paludisme : 94 291 909 205 FCFA, soit 51,07 % du budget du plan stratégique 2011-2015;

Prévention du paludisme chez les femmes enceintes: 16 390 720 182 FCFA, soit 8,88 % du budget du plan stratégique 2011-2015 ;

- **Diagnostic biologique et Prise en charge des cas de paludisme:**
58 622 115 270 FCFA, soit 31,75 % du budget du plan stratégique 2011-2015 ;

Lutte contre les épidémies de paludisme : 324 447 800 FCFA, soit 0,18 % du budget du plan stratégique 2011-2015 ;

- **IEC/Communication et Mobilisation sociale :** 4 103 168 160 FCFA, soit 2,22 % du budget du plan stratégique 2011-2015 ;

- **Surveillance, Suivi/évaluation et Recherche opérationnelle :**
8 922 356 243 FCFA, soit 4,83% du budget du plan stratégique 2011-2015 ;

- **Renforcement des capacités de gestion et de coordination du programme :** 1 972 620 000 FCFA, soit 1,07 % du budget du plan stratégique 2011-2015 ;

BUDGETISATION DES ACTIVITES DU PLAN STRATEGIQUE 2011-2015

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE ET TRAITEMENT CORRECT DU PALUDISME

ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCFA)	PARTENAIRES POTENTIELS
	2011	2012	2013	2014	2015		
DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT CORRECT DU PALUDISME DANS LES FORMATIONS SANITAIRES							
Acquérir 21 824 677 traitements ACTs pour le paludisme simple dans les formations sanitaires pour 5 ans	867961212,2	1588821408	1213056335	1414493919	1476629187	6560962061	
Acquérir 596770 364 Kits enfants pour le traitement des cas grave de paludisme pour 5 ans (de la quinine injectable et autres produits glucose 5% et 10%, 30%, sérum salé0,9%, ringer lactate, perfuseurs, cathéters, furosémide, diazépam, phénobarbital, épicrâniennes, antipyrétiques) pour la PEC des cas graves	835268494,5	1017428207	1208665132	1362037929	1213562884	5636962647	
Acquérir 1 075 324 kits adultes pour le traitement des cas grave de paludisme pour 5 ans (de la quinine injectable et autres produits glucose 5% et 10%, 30%, sérum salé0,9%, ringer lactate, perfuseurs, cathéters, furosémide, diazépam, phénobarbital, épicrâniennes, antipyrétiques)	1881344487	2291637911	2722376694	3067830960	2733408306	12696598358	

pour la PEC des cas graves							
Acquérir 46 154 302 des Test de Diagnostic Rapide (TDR) pour 5 ans	4254648709	5098108333	5946266372	6933690864	8042523323	30275237600	
Appuyer 869 formations sanitaires en matériel médical pour le diagnostic clinique du paludisme (thermomètres, stéthoscopes, otoscopes, lampes torches, balances, aiguilles, abaisses langue)	0	70000000	140000000	94150000	0	304150000	
Réviser les modules de formation sur la prise en charge des cas de paludisme	0	1875000	0	0	0	1875000	
Reproduire les modules de formation sur la PEC des cas de Paludisme	0	3500000	0	3500000	0	7000000	
Mettre à niveau 30 formateurs centraux et régionaux sur la prise en charge des cas de paludisme	0	3750000	0	0	0	3750000	
Former/recycler 4000 agents de santé du secteur public, parapublique et privé sur la nouvelle politique de prise en charge et la prévention du Paludisme (y compris les TDRs)	0	102525000	102525000	34175000	34175000	273400000	
Assurer un suivi post formation des prestataires (hôpitaux,	0	5250000	5250000	3500000	3500000	17500000	

CSI, Cases de santé et privés)							
Reproduire le manuel de diagnostic biologique du paludisme	0	3500000		3500000	0	7000000	
Former/Recycler 300 techniciens de laboratoire au diagnostic parasitologique du Paludisme	0	35000000	35000000	35000000	0	105000000	
Assurer le suivi par An post formation des techniciens de laboratoire (hôpitaux, CSI, des Cases de santé et privés)	0	1750000	1750000	1750000	0	5250000	
Acquérir 1 415 Kits de produits consommables pour la microscopie (Lames, huile à immersion, vaccinostyles, papier optique, xylène, méthanol, RALL55, éthanol, giemsa)	32486270,43	32486270,43	32486270,43	32486270,43	32486270,43	162431352,1	
Acquérir 80 microscopes électriques pour les CSI/HD	0	18000000	18000000	18000000	18000000	72000000	
Organiser un atelier de 2 jours pour réviser le curricula des écoles de formation des enseignants pour intégrer les priorités nationales de lutte contre le paludisme	0	1500000	0	0	0	1500000	
TOTAL PEC FS (FCFA)	7871709173	10275132130	11425375802	13004114942	13554284971	56130617018	
DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT CORRECT DU PALUDISME A DOMICILE							

Acquérir 2 884 557 TDR pour le diagnostic du paludisme au niveau de la communauté (DSCoM) pour 5 ans	89029398	192861766,6	339200287	549640607,5	721412996,9	1892145056	
Acquérir 1 274 024 traitements de ACT pour le traitement du paludisme au niveau de la communauté (DSCoM) pour 5 ans	18162266,61	39344384,03	69197885,04	106521929,9	117736347,6	350962813,2	
Acquérir 1 126 226 traitements de paracétamol 500 mg pour les cas de paludisme au niveau de la communauté (DSCoM) pour 5 ans.	1556913,492	3372695,91	5931810,336	9131317,879	10092644,93	30085382,55	
Réviser le document de prise en charge du paludisme au niveau communautaire	0	1000000	0	0	0	1000000	
Appuyer l'organisation d'un atelier de de 2 jours pour la validation du document de prise en charges des cas de paludisme au niveau communautaire	0	2000000	0	0	0	2000000	
Reproduire et diffuser 3000 exemplaires du document sur la prise en charge du paludisme au niveau communautaire		5250000	5250000	0	0	10500000	
Former 2100 ASC responsables des cases de santé sur la prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire(intégrant les TDRs)	0	12500000	12500000	12500000	15000000	52500000	

Assurer le suivi Post formation des ASC des cases de santé	0	5670000	5670000	5670000	5670000	22680000	
Former 2000 Dispensateurs de Soins à Domicile (DSDom) sur la prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire(intégrant les TDRs) en 5 ans	25000000	18750000	18750000	18750000	18750000	100000000	
Assurer le suivi Post formation des ASC	225000	1350000	1350000	1350000	1350000	5625000	
Acquérir 1600 trousses pour DSDomm en 5 ans	6000000	4500000	4500000	4500000	4500000	24000000	
TOTAL Communauté (FCFA)	139973578,1	286598846,5	462349982,3	708063855,3	894511989,5	2491498252	
TOTAL PEC FS+Communauté (CFA)	8011682751	10561730976	11887725785	13712178798	14448796960	58622115270	

B LUTTE ANTI VECTORIELLE/

LUTTE ANTIVECTORIELLE							
ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCFA)	PARTENAIRES POTENTIELS
	2011	2012	2013	2014	2015		
Demander l'appui d'un consultant international pour l'élaboration d'une stratégie de lutte antivectorielle contre le paludisme	0	17500000	0	0	0	17500000	
Organiser pendant 3 jours un atelier national d'élaboration d'une stratégie nationale de lutte antivectorielle contre le paludisme	0	2594000	0	0	0	2594000	

Reproduire et diffuser à tous les niveaux 2000 exemplaires de la stratégie nationale de LAV en Français et en langues nationales	0	4500000	4500000	0	0	9000000	
Assurer tous les ans le fonctionnement de l' insectarium et du laboratoire d' entomologie du PNLP	5558960	5558960	5558960	5558960	5558960	27794800	
Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d' Action (MILDA)							
Acquerir 9 617 927 moustiquaires imprégnées à longue durée d' action pour une campagne nationale de distribution en masse en 2014	0	0	0	31544738585	0	31544738585	
Organiser le stockage, le transport et la distribution des MILDA au	0	0	0	0		0	

cours de la campagne de masse							
Acquerir de 7 321 434 moustiquaires imprégnées à longue durée d' action pour les enfants moins d'un an lors du PEV de routine pour 5 ans	4495864471	4644227998	4797487522	4955804611	5119346163	24012730765	
Organiser le stockage, le transport et la distribution des MILDA au cours du PEV de routine	89917289, 42	92884559, 97	95949750, 45	99116092, 21	102386923, 3	480254615, 3	
Pulvérisation intradomiciliaire							
Acheter tous les ans des insecticides pour la lutte chimique dans les districts à risque épidémique	68000000000	68000000000	68000000000	68000000000	68000000000	340000000000	
Acheter tous les ans du matériel d' entretien des magasins d' entreposage des pesticides (pelle,	2000000	2000000	2000000	2000000	2000000	10000000	

poubelle, balai, serpière, seaux pastiques)							
Organiser tous les ans des campagnes de pulvérisation ciblées dans 16 Districts à risque épidémique	16747680	16747680	16747680	16747680	16747680	83738400	
Construire des magasins pour l' entreposage des pesticides dans les 42 districts sanitaires	0	210000000	0	20800000	0	230800000	
Faire un inventaire physique et un contrôle de qualité des Pesticides	19999200	0	19999200	0	0	39998400	
Cartographier des ménages pour la PID	26562000	0	10000000	0	0	36562000	

Acheter tous les 2 ans du petit matériel pour les études entomologiques (3fois/an) et la capture de moustiques, spray catch, (2 Trousses entomologiques, bombes insecticides, draps, pièges lumineux, cages et bacs d' élevage)	2000000	0	2000000	0	2000000	6000000	
Former 200 THA et agents d'hygiène pour la lutte antivectorielle pour les cinq ans dans régions	11514200	0	11514200	0	0	23028400	
Former de 298 Chefs CSI pour la supervision des activités de PID sur trois ans dans les régions dans les districts	7661120	7661120	7661120	0	0	22983360	
Former 300 Brigadiers Sanitaires dans les CSI aux Techniques de lutte antivectorielle au cours de 3 premières années	10041120	10041120	10041120	0	0	30123360	

Acheter 520 pulvérisateurs à dos et 520 Kits de protection personnelle pour la lutte antivectorielle		0	156936520	0	0	156936520	
Mettre en place tous les ans un système de collecte, stockage et d'élimination des déchets lors de la campagne	5850000	5850000	5850000	5850000	5850000	29250000	
Superviser les activités de la lutte antivectorielle au cours des campagnes de PID	9103200	9103200	9103200	9103200	9103200	45516000	
Effectuer deux missions de suivi sanitaire du personnel en contact avec les pesticides lors des campagnes PID	0	7791200	0	7791200	0	15582400	
Recruter un consultant national pour la réalisation d'un suivi externe sur la gestion des pesticides en lutte	1250000	0	0	0	0	1250000	

antivectorielle							
Elaborer et reproduire des outils de suivi et évaluation des campagnes PID	7521600	0	243552000	0	0	251073600	
Assurer le suivi des agents formés en techniques de lutte antivectorielle	1209600	1209600	1209600	1209600	1209600	6048000	
Lutte antilarvaire							
Réaliser/mettre à jour tous les ans une cartographie des gîtes larvaires à traiter dans les huit régions ciblées	511650000	511650000	511650000	511650000	511650000	2558250000	
Organiser tous les ans des campagnes de traitement des gîtes larvaires ciblés dans les huit régions	50311616	50311616	50311616	50311616	50311616	251558080	
Acheter des Kits de	0	156936520	0	0	0	156936520	

destruction de gîtes larvaires							
Former deux agents du PNL en Système d'Information Géographique (SIG) pour la catographie des habitations et des gîtes larvaires	0	2750000	0	0	0	2750000	
Former 4800 membres de COSAN à la lutte contre le paludisme	19616000	19616000	19616000	0	0	58848000	
Organiser tous les ans des campagnes d' assainissement du milieu au niveau communautaire dans les villages sites de CSI et CS pendant la période de haute transmission	16747680	16747680	16747680	16747680	16747680	83738400	
Appuyer tous les ans 10 ONG/Associations pour la promotion de la lutte anti- vectorielle à travers des	19265000	19265000	19265000	19265000	19265000	96325000	

campagnes d'assainissement							
TOTAL LAV (FCFA)	12130390736	12614946254	12817701169	44066694224	12662176822	94291909205	

PREVENTION DU PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES							
ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (EUROS)					MONTANT TOTAL (FCFA)	PARTENAIRES POTENTIELS
	2011	2012	2013	2014	2015		
Acquérir 7 885 865 doses de TPI à la SP pour les femmes enceintes des zones à risque de paludisme pour 5 ans	93213981,97	96290043,38	99467614,81	102750046,1	106140797,6	497862483,9	

Appuyer tous les ans les activités foraines intégrées des Districts pour l' extension de la couverture du TPI	8715000	8715000	8715000	8715000	8715000	43575000	
Acquérir 4 100 272 MILDA pour les femmes enceintes lors des CPN	2517848938	2600937953	2686768906	2775432280	2867021545	13448009622	
Organiser le stockage, le transport et la distribution des MILDA au cours du CPN de routine	449586447,1	464422799,8	479748752,2	495580461,1	511934616,3	2401273077	
TOTAL (FCFA)	3069364367	3170365797	3274700273	3382477787	3493811959	16390720182	
TOTAL (EURO)	4679215,814	4833191,5	4992248,383	5156554,144	5326281,995	24987491,84	

C)PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

PREVENTION DU PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES							
ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (EUROS)					MONTANT TOTAL (FCFA)	PARTENAIRES POTENTIELS
	2011	2012	2013	2014	2015		
Acquérir 7 885 865 doses de TPI à la SP pour les femmes enceintes des zones à risque de paludisme pour 5 ans	93213981, 97	96290043, 38	99467614, 81	102750046, 1	106140797, 6	497862483, 9	
Appuyer tous les ans les activités foraines intégrées des Districts pour l' extension de la couverture du TPI	8715000	8715000	8715000	8715000	8715000	43575000	
Acquérir 4 100 272 MILDA pour les femmes enceintes lors des CPN	2517848938	2600937953	2686768906	2775432280	2867021545	13448009622	

Organiser le stockage, le transport et la distribution des MILDA au cours du CPN de routine	449586447,1	464422799,8	479748752,2	495580461,1	511934616,3	2401273077	
TOTAL (FCFA)	3069364367	3170365797	3274700273	3382477787	3493811959	16390720182	
TOTAL (EURO)	4679215,814	4833191,5	4992248,383	5156554,144	5326281,995	24987491,84	

D) LUTTE CONTRE LES EPIDEMIES DE PALUDISME

LUTTE CONTRE LES EPIDEMIES DE PALUDISME							
ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (EURO)					MONTANT TOTAL (CFA)	PARTENAIRES POTENTIELS
	2011	2012	2013	2014	2015		
Evaluer le système de surveillance épidémiologique du paludisme	20000000	0	0	0	0	20000000	

Oragniser un atelier de 3 jours pour la révision et la validation d'un plan de lutte contre les épidémies de paludisme	0	15000000	0	0	0	15000000	
Former/recycler les équipes cadres des 16 districts à risque épidémique sur la gestion des épidémies de paludisme	20160000	0	20160000	0	20160000	60480000	
Appuyer la Formation 1800 agents de santé des CSI en gestion des épidémiologique du Paludisme (surveillance et riposte) a raison de 600 agents par année	30000000	35000000	25000000	0	0	90000000	

Recruter un consultant national pour réaliser une étude retrospective sur les données du paludisme au cours des 5 dernières années pour la détermination des seuils épidémiques des Districts	25780000					25780000	
Organiser un atelier technique de 3 jours au niveau central pour réactualiser les seuils épidémiques et la révision des strates	0	6000000		0	0	6000000	
Reproduire et diffuser le plan national de lutte contre les épidémies de paludisme.		6709400				6709400	

Organiser un atelier de révision du guide technique sur les directives de lutte contre les épidémies de paludisme		10569000				10569000	
Reproduire et diffuser le guide technique sur la lutte contre les épidémies de paludisme .		6709400				6709400	
Former/Recycler tous les ans pendant 2 jours 64 personnels des 16 Districts à risque (y compris le responsable du laboratoire) sur la détection et la riposte aux épidémies de paludisme	16640000	16640000	16640000	16640000	16640000	83200000	
TOTAL (CFA)	112580000	96627800	61800000	16640000	36800000	324447800	

TOTAL (EURO)	171627, 104	147308, 131	94213, 4927	25367, 5165	56101, 2383	494617, 483	
--------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--

Information Education Communication /Communication pour un Changement de Comportement et Mobilisation Sociale :

Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale							
ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (EURO)					MONTANT TOTAL (CFA)	PARTENAIRES POTENTIELS
	2011	2012	2013	2014	2015		
Organiser une fois par an au niveau central 3 journées de plaidoyer ciblé (Institutions de la République et Ministères)	5010900	5010900	5010900	5010900	5010900	25054500	

organiser une fois l'an dans les régions une journée de plaidoyers pour les acteurs (Privés, ONG et Associations,	6302458	6302458	6302458	6302458	6302458	31512290	
Organiser une fois l'an dans les 42 DS une journée de plaidoyers pour les acteurs (Privés, ONG et Associations,	35859600	35859600	35859600	35859600	35859600	179298000	
Commémorer tous les ans la Journée Mondiale Paludisme	25000000	25000000	25000000	25000000	25000000	125000000	
Organiser tous les ans une campagne "lutte contre le paludisme à travers l'école"	24172000	24172000	24172000	24172000	24172000	120860000	
Organiser tous les ans une caravane nationale de sensibilisation avec les artistes	19570750	19570750	19570750	19570750	19570750	97853750	

Organiser tous les ans une semaine nationale de mobilisation sociale contre le paludisme pendant la saison de haute transmission	300000000	300000000	300000000	300000000	300000000	1500000000	
Organiser tous les ans 5 séances d'animation sur le paludisme par mois dans 809 CSI	169890000	169890000	169890000	169890000	169890000	849450000	
Signer tous les ans des contrats de diffusions de messages sur le paludisme avec les radios communautaires	480000000	480000000	480000000	480000000	480000000	2400000000	
Organiser tous les ans 2 séances de projection vidéo sur le paludisme par trimestre dans les 42 DS	34356000	34356000	34356000	34356000	34356000	171780000	
Organiser tous les ans 1 prêche par mois dans les 42 DS	12600000	12600000	12600000	12600000	12600000	63000000	

Signer tous les ans des contrats de diffusion avec l'ORTN, 3 radios et TV privées	151800000	151800000	151800000	151800000	151800000	759000000	
Décerner tous les ans des témoignages de satisfaction aux entreprises partenaires de la lutte contre le paludisme	2885300	2885300	2885300	2885300	2885300	14426500	
Sponsoriser tous les ans un événement sportif ou culturel sur le paludisme dans les 8 régions (1 fois par trimestre, soit 4 fois par an)	14720000	14720000	14720000	14720000	14720000	73600000	
Organiser un atelier national de conception de supports sur le paludisme	8107140				8107140	16214280	
Produire et pré tester une fois l'an des supports graphiques et audiovisuels	85850000	85850000	85850000	85850000	85850000	429250000	

Multiplier tous les ans des supports de mobilisation sociale	39250000	39250000	39250000	39250000	39250000	196250000	
Formation /Recycler 1618 animateurs communicateurs et 809 agents CSI en CIP palu et gestion des données, dans 42 DS (2 jours par session)	38955600	77911200	77911200	38955600	38955600	272689200	
Organiser une formation en production émissions paludisme pour 40 animateurs radios (2 jours par session)	8435480	8435480	8435480	8435480	8435480	42177400	
Former 420 leaders des jeunes et groupements féminins dans les 42 DS (2 jours par session) en CIP paludisme	14584080	0	14584080	0	14584080	43752240	
Appuyer tous les ans des Chroniques sur le paludisme (1fois par an)	2000000	2000000	2000000	2000000	2000000	10000000	

Appuyer des ONG impliquées dans les activités de mobilisation sociale	38400000	38400000	38400000	38400000	38400000	192000000	
TOTAL (FCFA)	815749308	832013688	846597768	793058088	815749308	4103168160	
TOTAL (EURO)	1243601, 803	1268396, 691	1290629, 977	1209009, 261	1243601, 803	6255239, 536	

SUIVI -EVALUATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE

Suivi/évaluation et Recherche Opérationnelle							
ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCA)	%
	2011	2012	2013	2014	2015		
Renforcement des compétences des personnels impliqués dans le suivi/évaluation des activités de lutte antipaludiques	860652564	1240631838	1141404576	1056474972	1021280680	5320444630	0, 59630489

Amélioration du cadre de travail des équipes du PNLP et des autres structures impliquées dans le système de suivi/évaluation à travers la fourniture d'équipements et matériels nécessaires	106496600	225083000	705019760	160083000	148083000	1344765360	0, 15071864
Développement d' outils de qualité pour la collecte des données de paludisme et le suivi de la mise en œuvre des activités	44825000	88857154	61857154	80357154	61857154	337753616	0, 03785476
Développement d' un système d'assurance qualité des données de paludisme	159042789	169575264	169575264	169575264	169575264	837343845	0, 09384784
Documentation des bonnes pratiques et des progrès du programme pour constituer des bases factuelles	219299496	376537136	195611760	49488640	241111760	1082048792	0, 12127388
TOTAL S&E/RO (FCFA)	1390316449	2100684392	2273468514	1515979030	1641907858	8922356243	1
TOTAL (EURO)	2119523, 763	3202472, 711	3465880, 407	2311095, 133	2503072, 393	13602044, 41	

RENFORCEMENT DES CAPACITES DU PNLP

Renforcement des Capacités de Gestion et de Coordination du Programme							
ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL (CFA)	PARTENAIRES POTENTIELS
	2011	2012	2013	2014	2015		
Former un pool de 20 formateurs centraux sur la méthodologie de la recherche en système de santé appliquée au Paludisme	0	1500000	0	0	0	1500000	
Former tous les ans 2 cadres du PNLP en	12000000	12000000	12000000	12000000	12000000	60000000	

management des projets						
Former les cadres du PNLP en passation de Marché	0	0	0	0	0	0
Former tous ans 3 cadres du PNLP (Central ,DRSP et DS) en Gestion axée sur les résultats (GAR)	12000000	12000000	12000000	12000000	12000000	60000000
Assurer la connexion Internet à haut débit du PNLP y compris la création d'un site web	10300000	4800000	4800000	4800000	4800000	29500000
Acquérir et assurer la maintenance un plateau technique de sonorisation	25885000	1825000	1825000	1825000	1825000	33185000
Acquérir l'outil informatique pour les coordinations régionales PNLP	0	0	66000000	0	0	66000000
Appuyer tous les ans les interventions des services spécialisés des ministères	120000000	120000000	120000000	120000000	120000000	600000000

partenaires et le Parlement						
Contribuerà la prise en charge des interventions d'urgence et catastrophes (inondation, incendie, ...)	50000000	50000000	50000000	50000000	50000000	250000000
Contribuer tous les ans au fonctionnement du Secrétariat Permanent du CCM	5000000	5000000	5000000	5000000	5000000	25000000
Organiser tous les ans une table ronde de mobilisation des ressources avec les partenaires locaux	0	70000000	0	70000000	0	140000000
Appuyer tous les ans le fonctionnement des coordinations régionales du PNLP	14400000	14400000	14400000	14400000	14400000	72000000
Contribuer a la prise en charge des frais de connexion Internet des 8	13600000	9600000	9600000	9600000	9600000	52000000

régions						
Apporter une contribution pour la connexion Internet des 42 districts sanitaires	20400000	12000000	12000000	12000000	0	56400000
Doter le laboratoire de biologie d'expertise PNL de matériel complémentaire (spectrophotomètre, pH m)	10000000	0	0	0	0	10000000
Contribuer au fonctionnement et au suivi du laboratoire Sino - Nigérien	2000000	2000000	2000000	2000000	2000000	10000000
Doter le laboratoire PNL et les sites sentinelles de kits pour le contrôle de qualité des médicaments antipaludiques	5000000	1000000	1000000	1000000	1000000	9000000
Acquérir 10 Ordinateurs portables et 10 ordinateurs de bureaux pour le PNL	80000000	0	0	0	0	80000000

Former 4 agents de suivi - évaluation en gestion de base de données	16000000	0	0	0	0	16000000
Former 2 agents de PNLP en entomologie	6900000	0	0	0	0	6900000
Assurer la participation de l'équipe PNLP aux voyages d'études et conférences internationales	12482000	12482000	12482000	12482000	12482000	62410000
Rendre fonctionnel le centre de documentation du PNLP	3000000	1000000	1000000	1000000	1000000	7000000
Former tous les ans 20 agents en paludologie	20000000	20000000	20000000	20000000	20000000	100000000
Former 2 agents en Parasitologie et en Techniques Bio-moléculaire	15000000	0	0	0	0	15000000
Former deux (2) Entomologistes médicaux pour le PNLP en deux ans (RCG&C)	0	8250000	8250000	0	0	16500000

Former un Ingénieur Sanitaire pour le PNLP (RCG)	4125000	0	0	0	0	4125000
Voyages d'études et participation aux conférences internationales	15000000	15000000	15000000	15000000	15000000	75000000
Organiser tous les ans 2 réunions de partenariat avec le secteur privé sur le paludisme	1010000	1010000	1010000	1010000	1010000	5050000
Organiser tous les ans 2 réunions de partenariat avec les ONG et municipalités	1010000	1010000	1010000	1010000	1010000	5050000
Instituer 1 fois par an des prix pour promouvoir les meilleures pratiques d'hygiène et d'assainissement dans les communes des 42 DS	21000000	21000000	21000000	21000000	21000000	105000000
TOTAL PNLP (FCFA)	496112000	395877000	390377000	386127000	304127000	1972620000

TOTAL (EURO) 756317,8684 603510,596 595125,9 588646,8168 463638,6227 3007239,804

RECAPITULATIF DU FINANCEMENT DU PLAN STRATEGIQUE 2011- 2015 PAR INTERVENTION ET PAR ANNEE							
INTERVENTIONS	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)					MONTANT TOTAL (FCFA)	% (FCFA)
	2011	2012	2013	2014	2015		
Diagnostic biologique et Prise en charge des cas de paludisme	8011682751	10561730976	11887725785	13712178798	14448796960	58622115270	32%
Lutte contre les vecteurs du paludisme	12130390736	12614946254	12817701169	44066694224	12662176822	94291909205	51%
Prévention du paludisme chez la femme enceinte	3069364367	3170365797	3274700273	3382477787	3493811959	16390720182	9%
Lutte contre les épidémies	112580000	96627800	61800000	16640000	36800000	324447800	0%

de paludisme							
Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale	815749308	832013688	846597768	793058088	815749308	4103168160	2%
Suivi/évaluation et Recherche Opérationnelle	1390316449	2100684392	2273468514	1515979030	1641907858	8922356243	5%
Renforcement des Capacités de Gestion et de Coordination du Programme	496112000	395877000	390377000	386127000	304127000	1972620000	1%
TOTAL BUDGT PAR ANNEE (CFA)	26026195611	29772245907	31552370508	63873154926	33403369907	184 627 336 860	100%

8. Gestion du programme et modalités de mise en du plan stratégique

La mise en œuvre du plan stratégique 2011-2015 se fera de façon synergique avec l'implication de tous les acteurs et partenaires de la lutte contre le paludisme à différents niveaux conformément à l'avantage comparatif de chacun d'eux.

8.1. Cadre institutionnel pour la mise en œuvre du Plan stratégique

Au Niger, l'organisation du niveau central est régie par le Ministère de la Santé Publique (MSP) qui est chargé de « mettre en œuvre la politique définie par le Gouvernement en matière de santé ». A cet effet, il initie l'action sanitaire, planifie l'organisation, coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités qui en découlent.

L'organisation du niveau intermédiaire est, quant à elle, régie par les Directions Régionales de la Santé Publique (DRSP), qui sont chargées de la mise en œuvre au niveau régional, de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la planification, de la coordination de toutes les activités des services de santé et de la surveillance épidémiologique dans les aires sanitaires de leur ressort.

Le niveau périphérique, représenté par le district sanitaire, constitue l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Le district sanitaire est constitué d'un réseau de Centres de Santé Intégrés auxquels sont rattachés des cases de santé, premier niveau d'entrée dans la pyramide sanitaire. Le district sanitaire dispose d'un hôpital de district de premier niveau de référence.

Dans l'organigramme du MSP, le Programme National de la Lutte contre le Paludisme est rattaché à la Direction de la Lutte contre la Maladie et les Endémies (DLM/E), elle-même rattachée à la Direction Générale de la Santé Publique (DGSP), l'une des directions du Secrétariat Générale du MSP.

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme est chargé de coordonner toutes les activités de lutte contre le paludisme et veille à leur mise en œuvre. En plus du Coordonnateur et des responsables des unités techniques, le MSP a affecté d'autres agents pour conduire la mission du PNLP, notamment un responsable administratif et financier et un responsable approvisionnement. Au niveau des régions, 8 coordonnateurs régionaux sont chargés du suivi et de la mise en œuvre des activités opérationnelles sous la supervision du Directeur Régional de la Santé Publique.

Le coordonnateur assure la gestion du programme avec la collaboration d'une équipe composée d'un adjoint au Coordonnateur, d'un gestionnaire, des responsables des différentes unités : IEC, S&E, Biologie, Entomologie, Approvisionnement, Prise en Charge/Pharmacovigilance.

5.2. Modalités de gestion des interventions du plan stratégique 2011-2015

La gestion des interventions de lutte antipaludique est en conformité avec les compétences et attributions du Ministère de la Santé Publique.

Au niveau central, le Secrétariat Général est chargé de suivre tous les actes administratifs et de gestion pour une meilleure concordance avec la politique sectorielle de santé et les principes de bonne gestion.

La Direction Générale de la Santé publique assure la supervision des aspects techniques du PNLP, de la conception des plans d'action annuels à la réalisation des activités

centrales et périphériques, en étroite collaboration avec les autres Directions du Ministère de la santé notamment la Direction de la lutte contre la maladie et celle des Etudes et de la Planification.

La coordination est en charge de la préparation des actes et différents dossiers ainsi que le suivi des aspects financiers à tous les niveaux (périphérique, central, partenaires).

Au niveau de la région le cadre institutionnel pour la gestion du programme est celui du comité régional de lutte contre les épidémies présidé par le Gouverneur de la région. Le coordonnateur régional de lutte contre le Paludisme est le point focal du PNLP pour la mise en œuvre de toutes les stratégies prévues au niveau opérationnel sous la responsabilité du Directeur Régional de la santé.

Au niveau départemental, l'équipe cadre de district sanitaire est la structure opérationnelle de mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme. Elle est impliquée dans la planification et le suivi évaluation des activités au niveau des centres de santé intégrés et dans la communauté. Les activités de formation, de mobilisation sociale, de surveillance épidémiologique, de recherches opérationnelles et de suivi/Evaluation sont menées de manière intégrée avec les services chargés des programmes de lutte contre la maladie : la PCIME, le PEV, la DSS/RE, la DSME.

5.3. Coordination des partenaires nationaux « Faire reculer le paludisme »

Au niveau central, l'équipe du PNLP organise des réunions hebdomadaires ou mensuelles sanctionnées par des procès-verbaux pour assurer une meilleure coordination des activités de lutte contre le paludisme. Un Groupe de référence ou Comité technique national de lutte contre le paludisme a été mis en place pour apporter conseils et assistance technique au PNLP. Ce comité se réunit une fois par mois.

La coordination des actions du Programme est assurée par la coordination du PNLP à travers des réunions mensuelles des partenaires et des réunions annuelles de coordination des points focaux des 8 régions.

Les réunions mensuelles des partenaires ont pour objet :

- la planification des activités et l'harmonisation des plans annuels,
- la présentation de l'état d'avancement de la mise en œuvre,
- l'échange sur les contraintes et difficultés liées à la mise en œuvre,
- l'adoption de mesures correctrices.

Annuellement, il est organisé au niveau opérationnel des réunions entre le PNLP, les DRSP et les Districts pour procéder à la validation des résultats, partager les informations et procéder aux règlements des éventuels difficultés liés à la mise en œuvre du programme. Par ailleurs, ces réunions permettront de renforcer les capacités des agents des districts. Afin d'assurer une bonne intégration des activités du programme, certains services clés et partenaires (DSS/RE, DSME, CRN, UNICEF, OMS, partenaires locaux) sont invités à ces réunions. Ces instances de coordination sont renforcées par des conférences téléphoniques hebdomadaires et des supervisions trimestrielles pour le suivi des activités.

Les partenaires de RBM appuient le PNLP tant au niveau central que périphérique (District, CSI et CS) dans le rôle de conseiller, des approvisionnements, de fourniture, de

matériels, d'équipements et de médicaments.

La coordination est aussi assurée à travers les réunions de coordination nationales semestrielles qui regroupent le MSP et les partenaires.

5.4. Gestion des ressources financières du Plan stratégique 2011-2015

Tous les financements attribués au PNLP feront l'objet d'une notification au cabinet du Ministre de la Santé Publique.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, deux mécanismes de financement sont observés sur la base d'un plan d'action annuel budgétisé et validé par les partenaires : le financement mobilisé au niveau central, le financement mobilisé au niveau local à travers les partenaires de proximité.

a)-Au niveau central, la gestion financière est fonction de l'origine des fonds :

- Les financements issus du « fonds commun » sont gérés par une Cellule de gestion du Ministère de la Santé et sont mobilisés à travers des requêtes du PNLP.
- Les financements issus du FM sont gérés par les récipiendaires principaux et octroyés au PNLP en tant que Sous bénéficiaires.
- Les financements issus des autres partenaires font l'objet d'un accord direct sur la base d'une requête et sont gérés par l'unité de Coordination.

Le Directeur des Etudes et de la Programmation, le Coordonnateur du Programme National de Lutte contre le Paludisme, le Directeur Régional de la santé publique sont ordonnateurs dans les processus de décaissement. L'exécution des budgets se fera par les gestionnaires selon le niveau (National, Régional, et Départemental).

b)-Au niveau local, les partenaires signent un accord direct avec les régions ou districts sur la base d'un plan d'action annuel. La gestion de ces fonds se fait conformément aux règles de gestion financière des services publics de l'état sur un principe de la cogestion avec les comités de gestion et les comités de santé.

Le contrôleur financier du Ministère de la Santé Publique et le gestionnaire du PNLP sont chargés du contrôle du respect des procédures dans l'exécution des budgets et la régularité des pièces justificatives. Ils veillent à la conformité par rapport aux manuels de procédure proposés par les partenaires financiers.

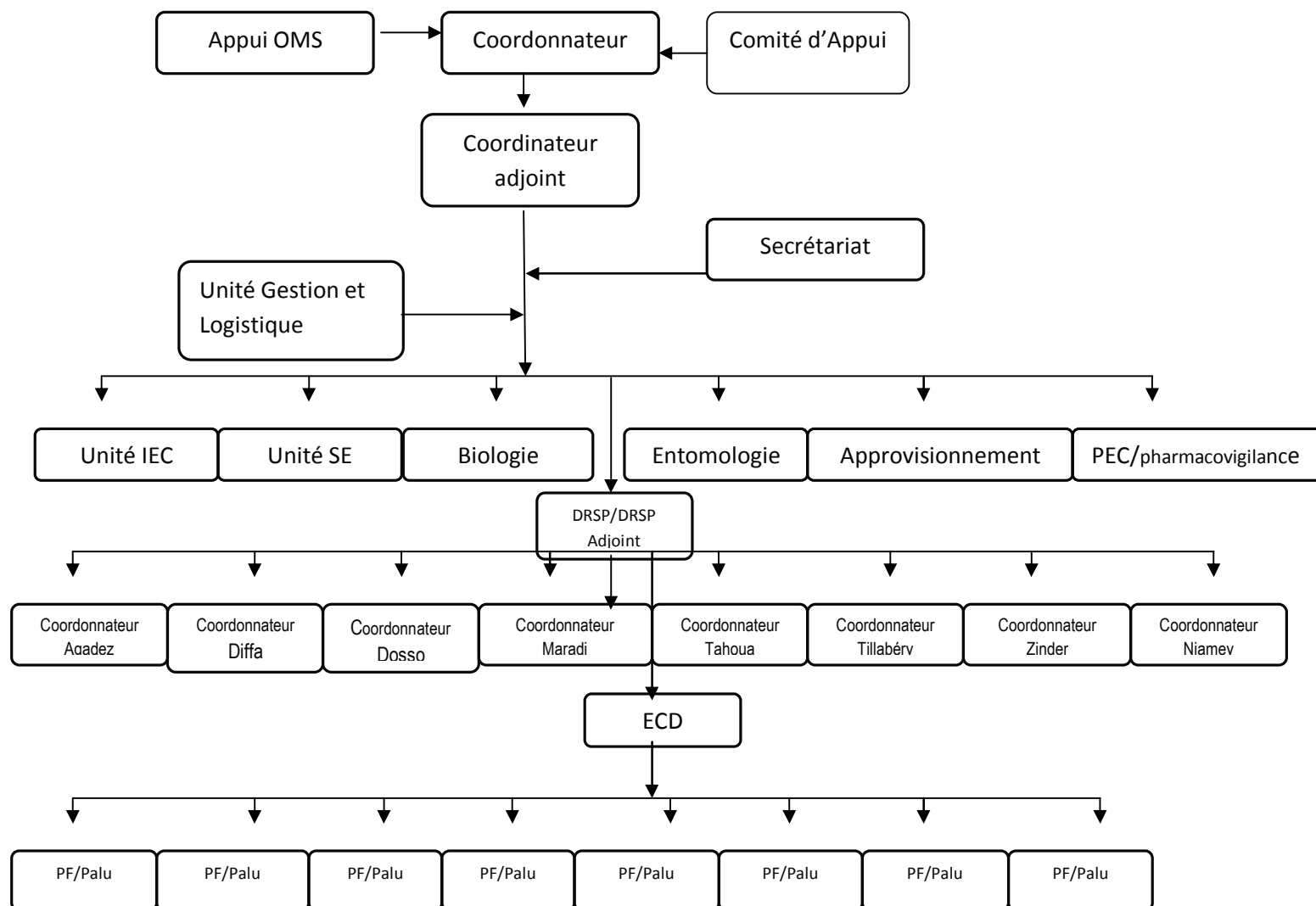
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

N°	NOM & PRENOMS	QUALIFICATON / INSTITUTION/ PROVENANCE
1	Dr KAMAYE Moumouni	Médecin Pédiatre, FSS/UAM – Niger, Niamey
2	Mme BOUBAKAR Fati	ONPPC/MSP, Niamey
3	Dr MAGA Katimou	Médecin DEP/MSP
4	M. ISSA Amadou	Epidémiologiste / Biostatisticien SE /PNLP
5	Dr MOCTAR Rakiatou	Médecin Pédiatre Hôpital National de Niamey
6	M.SOULEY BINGA	DRSP Tillabéry
7	M. ISSOUFOU Yadidi	DRSP – Agadez,
8	M. MAHAMAN LAMINO Issoufou	DRSP – Diffa,
9	M. IBRAH SOULEY Soumbounou	DRSP – Dosso,
10	Mme Moumouni Hadiza SOUMAILA	Responsable Service Entomologie PNLP
11	Kaltouma Moussa	DRSP– Niamey
12	M. MALAM ALPHA Laouali	DRSP – Zinder,
13	Dr HAMA Soumana	Médecin DSME-Niamey
15	Dr ABANI Maâzou	Médecin, PNLP – Niger, Niamey
16	Dr GUERO Maimouna Halidou Doudou	Méd Pédiatre PhD PNLP – Niger, Niamey
17	M. FIMA Mohamed	PNLP – Niger, Niamey
18	M. YACOUBA Idrissa	PNLP – Niger, Niamey
19	Mme MINDADOU Hadiza	PNLP – Niger, Niamey
20	Mme ABOUBACAR Binta	PNLP – Niger, Niamey
21	Mme BASSIROU Fatoumata	PNLP – Niger, Niamey
22	Mme HABIBOU Souweïba	PNLP – Niger, Niamey
23	Mme HAMADOU Rékia	PNLP – Niger, Niamey
24	Mme Ben Nana MARDAKRY	PNLP – Niger, Niamey
25	Dr RABIOU Labo	CERMES, Niamey
26	Dr LAZOUMAR Ramatoulaye	Médecin Epidémiologiste
27	Dr ISSA Hamidou	Médecin, Croix Rouge Niger, Niamey
28	Mr OUBA DJIADA Ibrahim	Epidémiologiste / Biostatisticien
29	DIOFFO Hamsatou	Epidémiologiste / Biostatisticien

30	Dr RWAGACONDO Claude Emile	Médecin / PF – WARN/RBM, Dakar
31	DADE Abdou	Epidémiologiste / Biostaticien
32	Dr HABI Gado	Médecin / OMS – Niger, Niamey
33	Dr Kharchi Abderrahmane	WHO/IST/Ouagadougou
34	Dr IBNOU Dème	Consultant OOAS
35	Dr M'Baye Amadou	Consultant RBM
36	Dr TOHON A. Stéphane	Médecin / OMS/ IST – AO, Ouagadougou

ANNEXES

ANNEXE 1 : ORGANIGRAMME DU PROGRAMME



ANNEXE 2 : LISTE DES EXPERTS AYANT PARTICIPE AU PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. MSP, Revue de performance du PNLP Niger, 2010;
2. Roll Back Malaria Partnership : Plan stratégique mondial Faire reculer le paludisme 2005 – 2015, Avril 2005 ;
3. Roll Back Malaria Partnership, Plan d'action mondial contre le paludisme : Pour un monde sans paludisme, 2008 ;
4. Roll Back Malaria, Déclaration et Plan d'Abuja 2001-2005 pour Faire Reculer le Paludisme en Afrique, Abuja Nigéria, 25 Avril 2000 ;
5. Roll Back Malaria, Faire Reculer le Paludisme dans la Région africaine: Cadre de mise en œuvre (AFR/RC50/12) ;
6. Roll Back Malaria, Initiative Faire Reculer le Paludisme dans la Région Africaine. Directives de Suivi et Evaluation. OMS. Bureau Régional de l'Afrique Harare 2000 ;
7. OMS, Checklist for developing a monitoring and evaluation plan for malaria control, from guidelines for monitoring and evaluation, African region, Generic Guidelines, 2009;
8. Banque Mondiale, Malaria Control Booster Programme, Procurement and supply management Toolkit, The World Bank, Washington, D.C;
9. Union Africaine : Lutte contre le paludisme en Afrique : passage du contrôle à l'élimination au plus tard en 2010, 3^{ème} session de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine, 19 – 13 avril 2007 Johannesburg, Afrique du Sud ;
10. Nations Unies, Millennium Declaration and the Millennium Development Goals, 2000
11. Ministère de la santé, PNLP, 2011, Politique et Stratégies Nationales de lutte contre le paludisme ;
12. Fonds Mondial de lutte contre le SIDA/Tuberculose/Paludisme, Guide de Suivi/Evaluation, 3^{ème} édition, Février 2009, Partie 2 : Outils de suivi des programmes et de renforcement des systèmes de santé, Paludisme ;
13. Organisation Mondiale de la Santé, Rapport Mondial du Paludisme, 2010 ;
14. Roll Back Malaria, Actualisation des objectifs, cibles, jalons et priorités du Plan d'action mondial contre le paludisme (GMAP) au-delà de 2011 ;

15. Guide de suivi évaluation du PDS 2011-2015 ;
16. MSP, Plan de Développement sanitaire 2011-2015 ;
17. PNLP/MSP, enquête de couverture MILDA 2009;
18. PNLP/ MSP, évaluation des indicateurs round 5 et Roll Back Malaria ;
19. PNLP/ MSP, évaluation du plan stratégique 2006-2010 ;
20. INS, Enquête démographique de santé du Niger (EDSN) ;
21. Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011-2015 de Mauritanie ;
22. Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011-2015 du Togo.