



PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME MADAGASCAR

2013-2017

**Renforcer les acquis du contrôle en vue de l'élimination du
paludisme à Madagascar**

SOMMAIRE

Sommaire	2
Avant-propos	4
Remerciements.....	5
Acronymes.....	6
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE.....	10
1 Introduction.....	11
2 Profil Pays	13
2.1 Système sociopolitique.....	13
2.2 Données démographiques	13
2.3 Ecosystème, environnement et climat.....	13
2.4 Situation socio-économique.....	15
2.5 Analyse du système de santé	15
3 Analyse de situation du paludisme.....	18
3.1 Epidémiologie	18
3.2 Performance du programme de paludisme	24
DEUXIEME PARTIE : CADRE DU PLAN STRATEGIQUE 2013-2017	46
1 CADRE DU PLAN STRATEGIQUE	47
1.1 Justification.....	47
1.2 Etapes vers l'élimination	47
1.3 Perspectives.....	48
1.4 Déterminants de l'élimination.....	48
1.5 Vision	49
1.6 But	49
1.7 Objectif Général :.....	49
1.8 Objectifs Spécifiques :	49
1.9 Résultats attendus selon les phases :.....	50
2 INTERVENTIONS ET MISE EN ŒUVRE DES STRATEGIES.....	53
2.1 Interventions en fonction des phases	53
2.2 Mise en œuvre des principales stratégies.....	55

3	SUIVI EVALUATION	81
3.1	Cadre de performance.....	81
3.2	Suivi des progrès.....	94
3.3	les résultats et les impacts	96
3.4	Surveillance entomologique.....	98
3.5	Recherche opérationnelle	101
4	GESTION DU PROGRAMME	104
4.1	Ressources Humaines.....	104
4.2	Planification et Gestion	107
4.3	Partenariat et Coordination	108
4.4	Système de Gestion des Achats et de Stock.....	111
4.5	Gestion des ressources financières	114
5	Budgétisation.....	118
6	Mobilisation des ressources	119
6.1	Analyse des Gaps.....	119
6.2	Cartographie des bailleurs.....	119
	ANNEXES.....	121
	Annexe 1 : Bibliographie.....	122
	Annexe 2 : Organigramme du PNLP	122
	Annexe 3 : Estimations des besoins et Analyse des Gaps programmatiques	122
	Annexe 4 : Plan de mise en œuvre	122
	Annexe 5 : Plan de Suivi et Evaluation	122
	Annexe 6 : Plan de Communication	122
	Annexe 7 : Budget détaillé	122
	Annexe 2 : Organigramme du PNLP	124

AVANT-PROPOS

Le paludisme à Madagascar représente la 8ème cause de morbidité (SSS, 2011), au niveau des formations sanitaires ou Centre de Santé de Base. La morbidité est passée de 21,57% en 2003 à 5% en 2011 pour les enfants de moins de 5 ans et de 17,57% à 2,3% en 2011 pour les supérieures à 5 ans. Pour la mortalité, le taux est passé de 25,92% à 19% pour les enfants de moins de 5 ans et de 13,5% à 5% pour les supérieures à 5 ans (source : Service de Statistiques Sanitaires 2011). Ces résultats sont obtenus suite à la mise à l'échelle des interventions de lutte contre le paludisme. Et selon le niveau du taux de positivité, les districts sont classés en trois catégories : districts en zones de contrôle en phase de mise à l'échelle (Taux de positivité supérieur ou égal à 5% et couverture universelle inférieure à 80%), districts en zones de consolidation (Taux de positivité supérieur ou égal à 5% et couverture universelle supérieure ou égale à 80%), et districts en zones de pré élimination (Taux de positivité inférieure à 5%).

Au niveau des districts de la phase de consolidation, il a été prévu de maintenir l'ensemble des stratégies définies pour la couverture universelle des interventions mais aussi pour assurer le maintien des acquis en ce qui concerne la stratégie de remplacement des moustiquaires, la mise à disposition continue des intrants (ACT, RDT, SP).

L'ensemble de ces stratégies destinées à consolider les acquis dans les phases de pré élimination et à assurer le maintien des couvertures au niveau des districts de la phase de consolidation vont entraîner un impact sur la planification et la mise en œuvre des activités de la phase II.

Ces résultats sont le fruit d'une mobilisation très appréciable des agents de santé tant au niveau opérationnel qu'au niveau central mais aussi grâce à l'ensemble de nos partenaires toujours impliqués dans la lutte contre le paludisme.

Les interventions menées dans le pays ont entraîné un changement de comportement des vecteurs et du statut immunologique de l'homme. La mise à l'échelle des interventions prioritaires à travers les campagnes de distribution des Moustiquaires Imprégnées à efficacité Durable (MID), la prise en charge universelle des cas avec les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (ACT), les Campagnes d'Aspersion Intra-Domiciliaire d'Insecticide à effet rémanent (CAID) témoignent de cet engagement et de l'effort fourni jusqu'à présent. Il nous reste cependant le défi de maintenir ces acquis aux taux de couvertures souhaitées et de diriger le pays vers la voie réelle de l'élimination à travers une planification mieux concertée, une décentralisation et déconcentration effectives, une mise en œuvre coordonnée et impliquant toutes les parties prenantes, une mobilisation accrue des ressources et un suivi plus systématique des résultats.

Le présent plan stratégique expose les acquis actuels et décrit de manière précise les obstacles identifiés lors de la mise en œuvre du précédent plan. Il présente par la suite les nouvelles stratégies qui nous permettront d'atteindre d'ici 5 ans notre objectif de réduire le décès lié au paludisme à une valeur proche de zéro et d'acheminer le plus grand nombre de districts dans la phase de pré élimination.

Aussi, tout en rappelant que le développement de ce plan stratégique reste comme toujours le travail de tous les membres du Comité Roll Back Malaria, j'aimerais inviter tous les autres acteurs à s'impliquer davantage dans la mise en œuvre des interventions sous la coordination du PNLP et du comité RBM.

Ce sera seulement à ce prix que nous garantirons à tous les citoyens Malgaches l'accès aux interventions éprouvées de lutte contre le paludisme.

J'ai la conviction, avec la vision commune que nous avons pour éliminer ce fléau de notre pays, que les objectifs de ce plan stratégique seront pleinement atteints et qu'aucun enfant malgache ne décèdera plus de paludisme à l'horizon 2017.

Je lance ainsi un vibrant appel à tous les partenaires pour nous appuyer davantage dans la mobilisation de ressources adéquates pour que notre vision « Madagascar sans paludisme » soit une réalité au cours des prochaines décennies.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements s'adressent à tous nos Partenaires techniques et financiers qui ne cessent d'œuvrer pour que l'élimination du Paludisme à Madagascar soit une réalité. Il s'agit entre autres de tous les partenaires RBM (OMS, UNICEF, USAID/PMI, CDC, IPM, Fonds Mondial, Fondation Clinton, Coopération Internationale de la Principauté de Monaco) et de tous les autres acteurs de la lutte contre le paludisme à Madagascar,

Nos remerciements vont ensuite à tous nos collaborateurs et collègues du Ministère de la Santé Publique pour avoir soutenu et contribué à la réalisation de ce travail et à tous ceux qui ont contribué au développement de ce plan,

Nous disons MERCI

L'Equipe de Coordination du PNLP

ACRONYMES

AID	: Aspersión Intra-Domiciliaire d’Insecticide à effet rémanent
ACT	: Artemisinin based Combination Therapy
AS+AQ	: Artésunate + Amodiaquine
AC	: Agent Communautaire
BAD	: Banque Africaine de Développement
BM	: Banque Mondiale
CAID	: Campagne d’Aspersión Intra-Domiciliaire
CHD	: Centre Hospitalier de District
CHRR	: Centre Hospitalier Régional de Référence
CPN	: Consultation Pré-Natale
CQ	: Chloroquine
CRC	: Croix Rouge Canadienne
CSB	: Centre de Santé de Base
DAC	: Dépistage actif des cas
DDT	: Dichloro-Diphényl-Trichloroéthane
DPLMT	: Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle
EDS	: Enquête Démographique et Sanitaire
ELISA	: Enzyme Linked Immuno-Sorbent Assay
EMAD	: Equipe de Management du District
FANOME	: Fandraisana Anjara No Omeko (Participation financière des usagers)
FFOM	: Forces Faiblesses Opportunités Menaces
FS	: Formation sanitaire
GFATM	: Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria (Fonds Mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, et le paludisme)
GTZ	: Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (Coopération technique allemande)
HTC	: Hautes Terres Centrales
JICA	: Japan International Cooperation Agency (Agence Japonaise de Coopération Internationale)
IEC/CCC	: Information Education Communication/Communication pour le Changement de Comportement
IPM	: Institut Pasteur de Madagascar
MEG	: Médicaments Essentiels et Génériques
MICS	: Multi-Indicator Cluster Survey (Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples)
MID	: Moustiquaire Imprégnée à efficacité Durable
MPR	: Malaria Programme Reviews
MSP	: Ministère de la Santé Publique
MIS	: Malaria Indicator Survey (Enquête sur les indicateurs du paludisme)
OBC	: Organisation à Base Communautaire
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONU	: Organisation des Nations Unies
PAIS	: Programme d’Action pour l’intégration des Intrants de Santé
PCIMEc	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant au niveau Communautaire
PCR	: Polymerase Chain Reaction (Réaction de Polymérase en chaîne)
PDSS	: Plan de Développement du Secteur Santé
PEC	: Prise en Charge
PhaGeCom	: Pharmacie de Gestion Communautaire
PhaGDis	: Pharmacie de Gros de District
PIB	: Produit Intérieur Brut

PMI	: President's Malaria Initiative (Initiative Présidentielle américaine contre le Paludisme)
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNS	: Politique Nationale de Santé
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPG	: Prévention du Paludisme pendant la Grossesse
PSI	: Population Services International
RBM	: Roll Back Malaria (Faire Reculer le Paludisme)
RER	: Réseau d'Etude de la Résistance
SIS	: Système d'Informations Sanitaires
SLP	: Service de Lutte contre le Paludisme
SP	: Sulfadoxine-Pyriméthamine
SPF	: Soins Périnataux Focalisés
SR	: Santé de la Reproduction
SSME	: Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant
SWAp	: Sector Wide Approach (Approche Sectorielle élargie)
TDR	: Test de Diagnostic Rapide
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
TRAC	: Tracking Results Continuously
UE	: Union Européenne
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	: United States Agency of International Development
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
AMFm	: Affordable Medicines Facility Malaria
BNGRC	: Bureau National de Gestion des Risques et des Catastrophes
CCM	: Country Coordination Mechanism
CAP-C	: Enquête Connaissance Attitude Pratique Communautaire

RESUME EXECUTIF

Le Paludisme reste un problème majeur de santé publique à Madagascar. Les données de formations sanitaires révèlent que la part de morbidité de paludisme est passée de 21,57% en 2003 à 5% en 2011 pour les enfants de moins de 5 ans et de 17,57% à 2,3% en 2011 pour les supérieures à 5 ans. Il représente la 8^{ème} cause de morbidité en 2011 au niveau CSB par rapport à 2010 où il représentait la 6^{ème} cause. Pour la mortalité, le taux est passé de 25,92% à 19% pour les enfants de moins de 5 ans et de 13,5% à 5% pour les personnes plus de 5 ans.

En janvier 2011, à travers une Revue du Programme Paludisme (RPP), le Gouvernement Malagasy s'est engagé avec ses partenaires à mener une évaluation approfondie de la performance du dernier Plan Stratégique et du programme Paludisme dans son ensemble visant à une meilleure planification adaptée au contexte épidémiologique actuel. Elle a démontré la haute priorité que les partenaires et le gouvernement accordent à la lutte contre le paludisme, l'engagement politique manifeste des dirigeants et autorités du pays, la planification et le développement des plans et stratégies basés sur les évidences, la prestation gratuite des soins et une relative augmentation des ressources financières.

Ses conclusions ont permis de mettre en évidence des résultats majeurs sur les progrès et la performance des interventions à travers une remarquable augmentation de la couverture des interventions et de raffermir l'engagement des partenaires autour de l'Etat dans sa vision de « Zéro décès » à Madagascar en 2017. Les interventions définies dans le nouveau Plan Stratégique 2013-2017 s'inscrivent dans ce contexte de réduction de la morbidité et de la mortalité et seront mises en œuvre selon le nouveau profil épidémiologique qui divise le pays en trois zones opérationnelles d'intervention. Le pays s'engage ainsi, d'ici fin 2017, à atteindre les objectifs suivants :

Dans les districts de pré-élimination :

- 95% des structures sont aspergées dans les zones ciblées
- Mettre en place toutes les mesures de surveillance adéquates au niveau des zones de pré-élimination.
- Prendre en charge correctement au moins 95% des cas de paludisme vus au niveau des formations sanitaires.
- Prendre en charge correctement au moins 80% de cas de fièvre ou notion de fièvre au niveau communautaire dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes chez les enfants de moins de 5 ans
- Détecter et gérer correctement 100% des épidémies
- Amener au moins 85% des populations cibles des interventions par zone à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme
- Assurer une disponibilité permanente des moyens diagnostics et thérapeutique antipaludique dans au moins 95% des formations sanitaires.
- Assurer le contrôle qualité d'au moins 90% des données rapportées par les formations sanitaires sur la lutte contre le paludisme.

Dans les districts en phase de contrôle (mise à l'échelle et consolidation) :

- Amener au moins 90% de la population à utiliser les MID comme moyen de prévention
- Amener au moins 80% des femmes enceintes à observer le Traitement Préventif Intermittent (TPI) conformément à la politique nationale dans les zones ciblées.

- Prendre en charge correctement au moins 95% des cas de paludisme vus au niveau des formations sanitaires.
- Prendre en charge correctement au moins 80% de cas de fièvre ou notion de fièvre au niveau communautaire dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes chez les enfants de moins de 5 ans
- Détecter et gérer correctement 100% des situations d'urgence
- Amener au moins 85% des populations cibles des interventions par zone à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme
- Assurer une disponibilité permanente des moyens diagnostics et thérapeutique antipaludique dans au moins 95% des formations sanitaires.
- Assurer le contrôle qualité d'au moins 80% des données rapportées par les formations sanitaires sur la lutte contre le paludisme.

Au niveau national, plusieurs cadres sont définis dans lesquels s'inscrit la mise en œuvre de l'actuel Plan Stratégique. Il s'agit en l'occurrence du Madagascar Action Plan (MAP) qui définit le cadre par lequel Madagascar doit atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), de la Politique Nationale de Santé (PNS), du Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS), de la Politique Nationale de lutte contre le paludisme et de la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC).

Le processus de développement de ce plan a été fortement appuyé par le réseau des partenaires RBM. Parmi ceux-ci, on note : le Fonds Mondial, l'OMS, l'UNICEF, la Principauté de Monaco, le President's Malaria Initiative (PMI/USAID), la République Populaire de Chine, l'USAID, la Coopération Française et les Organismes Non Gouvernementaux (ONG) internationaux et nationaux.

La consolidation de la mise à l'échelle des stratégies dans le cadre de l'élimination du paludisme aura comme conséquence le bouleversement du contexte épidémiologique de la maladie. Cette situation nécessite la mise en place d'un système de surveillance apportant des informations sur la tendance de la maladie, la résistance aux antipaludiques et aux insecticides ainsi que la gestion du programme en général. Actuellement, Madagascar, dans la plupart de ses districts, entre dans la phase de pré-élimination du paludisme. Aussi, la composante suivi et évaluation constitue un des points clés du programme de lutte contre le paludisme à Madagascar. Le plan de suivi évaluation a pour but de fournir des informations fiables sur les progrès en matière de lutte contre le paludisme. Il s'inspire fortement des objectifs et résultats attendus définis du Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2013-2017. Il a pour objectifs (i) d'évaluer la mise en œuvre des interventions planifiées et financées par les Partenaires et (ii) d'améliorer les performances du PNLP en matière de Suivi & Evaluation à tous les niveaux. Plusieurs objectifs spécifiques ont été identifiés pour atteindre ces objectifs :

- Renforcer les compétences en matière de S & E des responsables de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux ;
- Renforcer les capacités du système de collecte et d'analyse des données à tous les niveaux ;
- Suivre la mise en œuvre des interventions pour améliorer les performances et pour évaluer l'état d'avancement du plan stratégique dans le processus vers l'élimination ;
- Assurer la fiabilité et la disponibilité de données, à temps réel et à diffuser à tous les partenaires.

La mise en œuvre du plan de suivi évaluation s'élève à 13 087 864 USD. Ce budget ne prend pas en compte la Surveillance épidémiologique, l'entomologie et la pharmacovigilance.

PREMIERE PARTIE

PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE

ANALYSE SITUATIONNELLE

PLAN STRATEGIQUE 2008-2012

1 INTRODUCTION

A Madagascar, le paludisme constitue un problème de santé publique. Il représente la huitième cause de morbidité dans les centres de santé.

En moyenne, plus d'un million de cas présumés sont rapportés annuellement par les formations sanitaires avant le changement de la politique nationale de prise en charge (2). Les données relatives aux activités communautaires ne sont pas encore disponibles. Actuellement, avec la mise en œuvre de la nouvelle politique de prise en charge, les données de routine montrent que, parmi les 7.2 millions consultations externes dans les formations sanitaires rapportées pour l'année 2011, les cas confirmés de paludisme s'élèvent à 223 313 (3,07%)¹ avec un taux de complétude de 82%.

A cause de sa fréquence et de sa gravité, le paludisme entrave le développement de la population de Madagascar. Le coût supporté par le pays est estimé à plus de 52 millions USD par an (jours de productivité perdus, d'absentéisme scolaire, coûts de traitement et funérailles...).

Conscient des répercussions socio-économiques du paludisme sur la population, le Gouvernement de Madagascar a mis en place un Programme National de Lutte contre le Paludisme depuis 1998. C'est dans ce cadre que Madagascar a souscrit aux différentes initiatives internationales suivantes pour la lutte contre le paludisme :

- Les Objectifs du Millénaire pour le Développement dont l'objectif 6 vise à accélérer la mise en œuvre des stratégies pour combattre le VIH, la tuberculose et le paludisme afin de réduire de moitié la morbidité liée à ces 3 affections;
- L'initiative Roll Back Malaria (RBM) mise en place conjointement par l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale et le PNUD en 1998. Elle vise à réduire le fardeau du paludisme à l'échelle mondiale. Les principaux objectifs du RBM sont : la réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme par la promotion de l'utilisation des moustiquaires à imprégnation Durable, l'amélioration de la prise en charge des malades (PEC), le développement du partenariat et le renforcement du système de santé ;
- Le Partenariat Roll Back Malaria (RBM) a élaboré le Plan d'action mondiale contre le paludisme en vue d'apporter avant tout un soutien aux pays endémiques (lancement le 25 septembre 2008). Le Plan fournit un cadre global d'action à partir duquel les partenaires peuvent coordonner leurs efforts de façon continue en vue d'atteindre une couverture universelle de toutes les interventions efficaces. A ce stade, les différentes étapes à observer sont la mise à l'échelle pour l'impact, la consolidation des acquis, la pré-élimination et l'élimination.

¹MSPF SNISE

- Les objectifs du sommet d'Abuja en 2000 au cours duquel les chefs d'état africains ont décidé de réduire de 50% la mortalité imputable au paludisme en 2010
- La SADC a développé un cadre stratégique 2007-2015 dans lequel la stratégie d'élimination du paludisme a été développée et proposée pour certains pays comportant des zones de basse transmission et la possibilité d'y voir le paludisme éliminé en tant que problème majeur de santé publique vers la fin de 2015. Les Ministres de la Santé de la SADC ont approuvé ce cadre stratégique en mars 2007 et le Comité Intégré des Ministres de la SADC ainsi que le Conseil des Ministres de la SADC respectivement en juin et août 2007.

L'approche nationale consiste à renforcer les acquis du contrôle en vue de l'élimination. Ainsi, ce présent Plan Stratégique est conçu pour une période de cinq ans allant de 2013 à 2017. Il comporte trois phases : le passage à l'échelle, la consolidation des acquis et le début de la pré-élimination. Ses objectifs restent étroitement liés aux ODM, à la Politique Nationale de Santé, au Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) 2007- 2011 et de son plan intérimaire 2012-2013.

Son but est de fournir au Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et aux partenaires un document qui expose la situation actuelle de la maladie dans le pays, les stratégies pertinentes et les approches adéquates à mettre en œuvre pour suivre et évaluer les activités.

Le renforcement du système de santé et des compétences à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est étroitement lié à la mise en œuvre de ce plan et doit servir de plateforme pour la fourniture des produits antipaludiques essentiels et des interventions efficaces au profit des populations vulnérables. La mise en place d'un système d'informations sanitaire approprié, d'un système de surveillance épidémiologique, de suivi-évaluation, ainsi que la mise en place d'un système de gestion efficace en constituent les éléments essentiels.

2 PROFIL PAYS

2.1 SYSTEME SOCIOPOLITIQUE

Le phénomène de la pauvreté n'a cessé de s'amplifier ces dernières années avec une détérioration continue des conditions de vie des ménages avec la crise qui perdure à laquelle s'ajoute la suspension de l'aide extérieure. La dégradation de l'économie ne fait qu'accentuer la pauvreté déjà alarmante. En effet, selon les données des deux dernières Enquêtes Périodiques auprès des Ménages (EPM) de 2005 et 2010, la pauvreté a augmenté de 7,8 points.

2.2 DONNEES DEMOGRAPHIQUES

La population est estimée à 21,7 millions d'habitants en 2012. L'EDSMD-IV 2008-2009 rapporte un taux brut de natalité de 33,4 pour 1000. Le risque global de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 72 pour mille naissances, soit près d'un enfant sur treize. Avec une densité globale de l'ordre de 21 habitants au km², la population est inégalement répartie sur le territoire national, présentant ainsi un déséquilibre entre les régions. 15,2 % de la population habitent dans le milieu urbain et 84,8% vivent en milieu urbain et 70% en milieu rural.

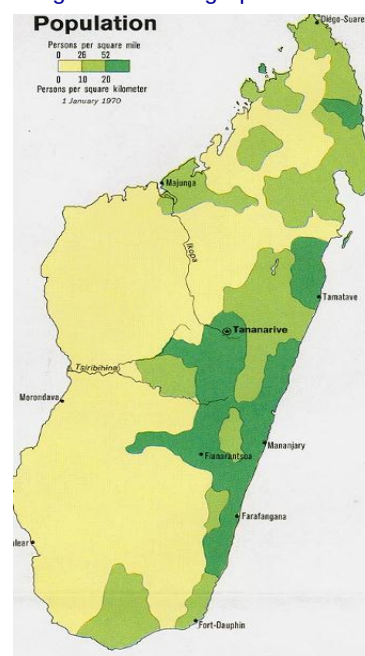
Le nombre d'enfants de moins de 5 ans est estimé à 4 200 000 (20%).

2.3 ECOSYSTEME, ENVIRONNEMENT ET CLIMAT

■ Contexte Général

Située entre 11°57' et 25°30' de latitude Sud et entre 43°14' et 50°27' de longitude Est, à cheval sur le tropique du Capricorne, Madagascar se trouve dans l'hémisphère Sud, dans le Sud-Ouest de l'Océan Indien, séparée de la côte de l'Afrique par le canal de Mozambique. Avec ses 587 401 km² de superficie, Madagascar apparaît comme une véritable île continent. Le pays compte 22 régions, divisées en 118 districts administratifs (111 Districts Sanitaires), 1557 communes et 17 500 fokontany. L'administration est en cours de décentralisation pour donner plus de décision au niveau des communes et des fokontany.

Figure 1 : Démographie

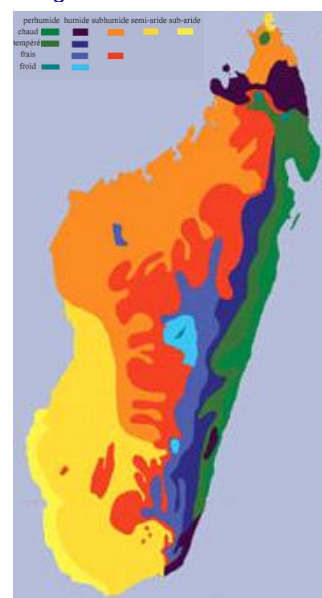


■ Environnement et Paludisme

○ Bioclimats

Les conditions bioclimatiques ont principalement des conséquences sur deux types de facteurs influant le paludisme : la distribution des anophèles et le développement du parasite dans ces moustiques. La distribution des anophèles ne suit pas strictement les régions bioclimatiques définies plus haut. Certaines conditions de sécheresse dans le Sud aride ou de froid en altitude au dessus de 1800 à 2000 mètres sont parfois limitantes quant au développement du moustique. Mais la plupart des vecteurs impliqués dans la transmission sont relativement tolérants quant aux climats et peuvent tempérer les écarts importants par une adaptation à l'homme, à son habitat (repos à l'intérieur des maisons par exemple) et à ses cultures (gîtes dans les rizières). Lors de son cycle à l'intérieur du moustique, le parasite est soumis aux aléas climatiques et son développement n'est possible que dans une gamme modérée de températures.

Figure 2: Bioclimats



○ Températures



Sur la côte Est, l'alizé et la proximité du courant chaud sub-équatorial masquent l'influence de la latitude, qui redevient importante sur le reste de l'île.

A l'Ouest, les conditions continentales l'emportent sur les conditions océaniques, le canal du Mozambique intervenant peu comme régulateur thermique. Enfin, les minima thermiques correspondent aux régions les plus élevées de l'île.

D'une façon générale, les basses températures correspondent également aux mois les plus secs. Les variations climatiques sont très rapides en fonction de l'altitude ou de l'opposition des versants.

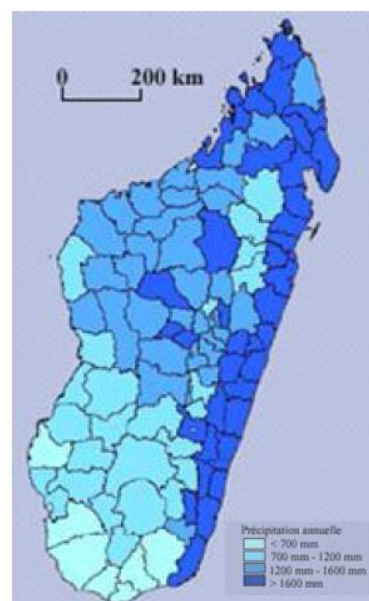
Les gradients les plus accentués se situent par exemple du Nord au Sud et enfin le long de l'axe de chaîne anosyennes. Il y a là une véritable "faille pluviométrique". Ces seuils correspondent d'ailleurs à des frontières phytogéographiques importantes.

○ Pluviométrie

Globalement, on distingue 4 grandes zones :

- Les régions orientales aux totaux annuels supérieurs à 1 600 mm de pluies et où les lignes d'égale pluviosité s'ordonnent selon un sens méridien parallèle aux rivages,
- Le sud caractérisé par la faiblesse des précipitations et où l'effet de continentalité aggrave la sécheresse de l'intérieur,
- Une bande de relative forte pluviosité au voisinage de l'extrême nord jusqu'à l'ouest d'Antananarivo où les forts totaux sont dus à la mousson estivale,
- Les Hautes Terres Centrales et du Sud ainsi que les régions côtières occidentales à pluviosité moyenne où se conjuguent pluies de mousson et d'alizé.

Figure 4 : Pluviométrie



2.4 SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE

La population malgache, à prédominance rurale, est relativement pauvre, avec un PIB par personne et par an estimé à 900 USD en 2010 (1). En 2010, selon l'Institut National de la Statistique Sanitaire à Madagascar (INSTAT), le revenu annuel moyen était estimé à 604 USD. La faiblesse des revenus des ménages, l'insuffisance de la couverture sanitaire (40% de la population rurale se trouve encore à plus de 5 km d'une formation sanitaire), l'insuffisance des ressources humaines et d'équipements font que l'accessibilité aux services de santé demeure insuffisante (2).

2.5 ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE

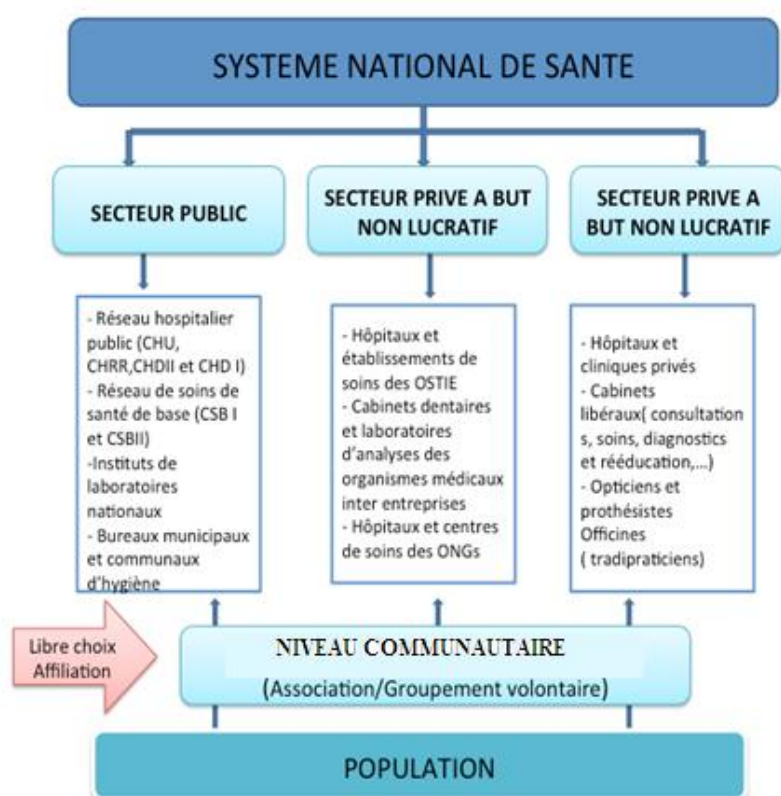
Les principes fondamentaux du système de santé concourent essentiellement à allonger l'espérance de vie du citoyen, à améliorer la qualité de son existence, pour permettre son implication active dans le développement économique et social et à favoriser un développement sanitaire harmonieux et intégré dans tout le pays.

■ Organisation du système de santé

Le système de santé à Madagascar s'articule avec la structure administrative. Il comporte 4 niveaux bien distincts et fonctionnels :

- **Le Niveau Central** qui définit l'orientation globale de la politique nationale de lutte contre le paludisme, les grands axes stratégiques et la mise en œuvre.
- **Le Niveau Régional** qui coordonne son exécution et sa mise en œuvre au niveau de la région et des districts sanitaires de rattachement ;
- **Le Niveau District** qui constitue le niveau périphérique, plaque tournante assurant toutes les activités de lutte au niveau des Centres Hospitaliers et des Centres de Santé de Base. Ces formations sanitaires assurent les activités promotionnelles, préventives et curatives, préventives et promotionnelles.
- En infrastructures, le secteur public dispose de 138 Centres Hospitaliers, 1.600 CSB2 et 879 CSB1 et 14.989 personnels de santé. Le taux d'utilisation de service de santé reste encore bas : les barrières financières à l'accès aux soins en sont les causes majeures. Néanmoins, Madagascar dispose également d'un important secteur privé qui fait partie intégrante du système hôpitaux de districts, ainsi que 350 centres de santé privés ou affiliés aux organisations confessionnelles. Il existe également un secteur pharmaceutique privé avec un réseau de 22 grossistes pharmaceutiques, 200 officines et plus de 1000 dépôts de médicaments. Il est à noter que 60% de la population totale vivent dans un rayon de 5 km et peuvent donc accéder aux soins dispensés au niveau des formations sanitaires au bout d'une heure de marche à pied et les 40% habitent dans des zones éloignées ou dans les

Figure 5: Système National de Santé



zones enclavées et ne peuvent atteindre les formations sanitaires qu'au prix de grandes difficultés parfois fatales.

- **Le Niveau Communautaire** constitue la base du système. C'est à la fois un acteur et un bénéficiaire. A côté des secteurs publics et privés, il existe un réseau d'agents communautaires encadrés par des comités, des formations sanitaires, des ONG internationales et nationales. Le défi est grand pour l'amélioration de l'organisation de ces AC en termes de quantité, qualité et motivation.

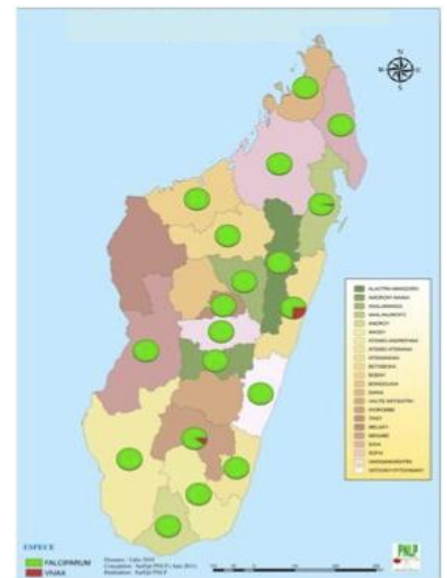
3 ANALYSE DE SITUATION DU PALUDISME

3.1 EPIDEMIOLOGIE

3.1.1 Parasites du paludisme

Parmi les 5 espèces plasmodiales pouvant infecter l'homme, 4 sont présentes dans la grande Ile (*Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale* et *Plasmodium malariae*), avec une prédominance de *P. falciparum* à plus de 90%.

Figure 6: Répartition des espèces plasmodiales par région (PNI P. 2010)



3.1.2 Vecteurs du paludisme (MPR 21)

Sur les 26 espèces d'Anophèles présentes à Madagascar, seules 4 sont potentiellement vectrices.

▫ *Anopheles gambiae sensu stricto*

Vecteur très efficace, il est **anthropophile**, **endophage** et **exophile** ; ce qui le rend moins accessibles aux pulvérisations intra-domiciliaires d'insecticide. Il se retrouve surtout dans les zones

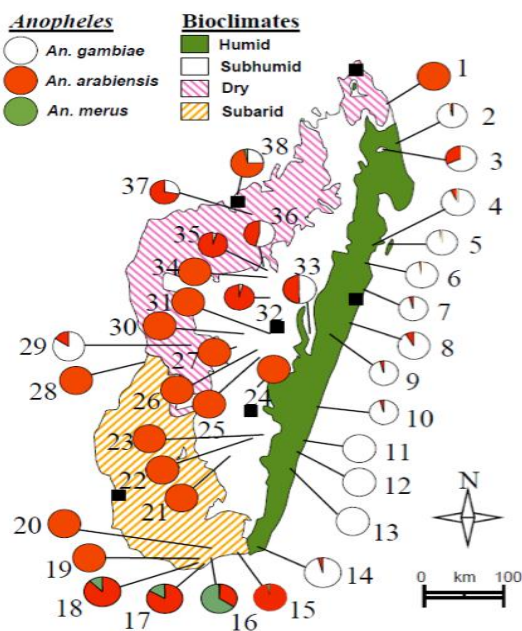
inférieures à 1000 mètres d'altitude. Ses gîtes sont des

collections d'eaux temporaires ensoleillées et sans végétations (mares, flaque d'eau, ornières, etc.).

Concernant les membres de ce complexe ***gambiae***, la distribution de chaque espèce est surtout fonction des faciès bioclimatiques et, dans une moindre mesure, de l'altitude. *An. arabiensis* est présent dans tous les faciès bioclimatiques avec la prévalence la plus élevée dans les faciès subhumide, sec et subaride.

An. gambiae possède une prévalence élevée dans le faciès humide, est en minorité dans les régions sèches, rare dans les régions subhumide et absentes dans les régions subarides.

Figure 7: Répartition du complexe *An. ddadgambiae*



▫ *Anopheles arabiensis*

Très présente à Madagascar, elle abonde sur les HTC et sur les marges à partir de 800 à 900 mètres d'altitude. Il s'agit d'une espèce **endophage** et **exophile** ce qui lui confère **un rôle dans le paludisme instable**. Ses gîtes larvaires sont des collections d'eaux temporaires peu ombragées à végétation basse, elle est de ce fait liée aux pluies et à la riziculture en début de croissance.

▫ *Anopheles funestus*

Ses larves se développent dans les eaux semi-permanentes ou permanentes à végétation dressées comme les rizières en phase d'épiaisons qui constituent les gîtes principaux. Le pic d'abondance d'*Anopheles funestus* suit celui d'*Anopheles arabiensis*. Très **endophile**, il est particulièrement bien contrôlé par la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticides rémanents (quasi disparition des HTC après les opérations insecticides des années 50). Son caractère **anthropophile** l'a rendu responsable des épidémies meurtrières de la fin des années 80.

▫ *Anopheles mascarensis*

Espèce identifiée il y a à peine une dizaine d'années, endémique à Madagascar et mise en évidence sur seulement 2 sites (Sainte-Marie, Taolagnaro). Largement **zoophile**, il pique également l'homme lorsque le bétail est rare. Les gîtes larvaires sont constitués par des plans d'eau renouvelables (rizières repiquées, canaux d'irrigation).

3.1.3 Dynamique de la transmission et niveau d'endémicité

3.1.3.1 Contexte Général

Située entre 11°57' et 25°30' de latitude Sud et entre 43°14' et 50°27' de longitude Est, à cheval sur le tropique du Capricorne, Madagascar se trouve dans l'hémisphère Sud, dans le Sud-Ouest de l'Océan Indien, séparée de la côte de l'Afrique par le canal de Mozambique. Avec ses 587 401 km² de superficie, Madagascar apparaît comme une véritable île continent. Le pays compte 22 régions, divisées en 118 districts administratifs (111 Districts Sanitaires), 1557 communes et 17 500 fokontany. L'administration est en cours de décentralisation pour donner plus de décision au niveau des communes et des fokontany.

3.1.3.2 Les indicateurs et Paramètres entomologiques des vecteurs:

De nombreux travaux consacrés à la transmission du paludisme sur le continent africain et à Madagascar ont montré, d'une manière générale, une grande hétérogénéité de situations. Sur les Hautes Terres (11) et dans le Moyen Ouest de Madagascar, les vecteurs sont *Anopheles arabiensis* et *An. funestus*, auxquels vient s'ajouter *An. gambiae* sur les côtes et les basses terres, occidentale et

orientale. Depuis 1992, *An. mascarensis* a été identifié comme vecteur d'importance locale sur la côte est de Madagascar dans l'île de Sainte-Marie (9) et à Fort Dauphin (18).

Gîtes larvaires

Pour *An.funestus*, les gîtes sont constitués essentiellement par des eaux claires, la plupart du temps courantes telles que les bords des rivières, ruisseaux, rizières irriguées en gradin, des étangs et des marais. Pour le complexe *An.gambiae*, les gîtes larvaires sont formés par des trous de terre avec une eau d'origine pluviale, des fossés, ornières, empreintes de pas et de sabots de bœufs très ensoleillées, des gîtes alimentés par la nappe d'eau phréatique comme les puits d'arrosage, trous de carrières à briques, fentes d'argiles craquelées le long des marais et étangs qui se dessèchent, trous de terre fluviaux et de ruisseaux en décrue, flaques latérales ou au milieu des lits de rivières desséchées. Les rizières aux différents stades de développement représentent pour *An.gambiae sl* les gîtes larvaires les plus importants. Dans le Sud, les impluviums constituent de bons gîtes.

Densité des vecteurs

La densité des vecteurs trouvée est variable selon les faciès et les périodes de captures. *An.gambiae sl* est présent dans les 5 faciès éco-épidémiologiques. Sa densité moyenne est très faible sur les HTC (0 à 1,24 piq/H/N). La plus élevée est enregistrée à l'Est (12,33 piq/H/N en juillet) et dans le Sud (13,6 piq/H/N en septembre, avant la CAID). Elle se trouve à un niveau moyen dans les marges. *An.funestus* est rencontré à l'Ouest, sur les HTC et les marges où sa densité moyenne reste basse (0 à 4,33 piq/H/N). C'est aussi à l'Est que sa densité est la plus élevée (8,2 piq/H/N en Novembre). Il n'a pas été rencontré dans le Sud.

Endo - exophilie, Endo - exophagie

An.gambiae sl est exophile dans les HTC, marges et Sud. A l'Est et l'Ouest, il présente une tendance endophile relativement élevée. Il est endophage à exophage avec différents degrés d'endophagie selon les strates (0% à 100%). *An.funestus* est aussi exophile sauf dans la strate de l'Ouest où il a une forte tendance endophile. Il est endophage à exophage avec divers degrés d'endophagie. Le plus fort taux d'endophagie (100%) a été rencontré à l'Ouest. *An.mascarensis*, à l'Est, est exophile et exophage présentant toutefois une faible tendance endophage (30%).

Taux de sporozoïtes et taux d'inoculation entomologique

Sur les 1 260 femelles d'*An.gambiae sl* et 180 d'*An.funestus* capturées dans toutes les strates sur tous les mois de l'année, disséquées et observées microscopiquement, aucune n'a été porteuse de sporozoïtes dans les glandes salivaires. D'autre part, sur les milliers d'anophèles testés par CSP ELISA, seulement 1 *Anopheles mascarensis* de Ambalahasina II, région d'Atsinanana, capturé en intérieur a été trouvé positif au *Plasmodium*.

Indice de sang humain

En général, *An. gambiae* ainsi que *An. funestus* sont plutôt anthropophiles tandis que *An. mascarensis* préfère prendre les repas sanguins sur les bovins (53% vs 32% sur homme). Cependant, certaines études ont montré la nette préférence d'*An. gambiae* aux repas sur bovins.

Tableau 1 : Répartition des vecteurs

	Côte Ouest	Centre et Marges	Côte Est	Sud
Ecologie	Zones tropicales	Hautes Centrales Terres et Marges	Zones équatoriales	Zones semi-désertiques
1 ^{er} vecteur	<i>An. gambiae</i> s.s	<i>An. funestus</i>	<i>An. gambiae</i> s.s	<i>An. funestus</i>
Endophilie	+	+++	+	+++
Anthrophilie	+++	++	+++	++
2ème vecteur	<i>An. arabiensis</i> , <i>An. funestus</i>	<i>An. arabiensis</i>	<i>An. arabiensis</i>	<i>An. arabiensis</i> <i>An. gambiae</i> s.s
Ratio <i>P. falciparum</i> avec autres espèces	90 : 10	85 : 15	100 : 0	95 : 5
Transmission	Presque continue	Saisonnnière	continue	saisonnnière
Haute saison	Septembre- juin	Janv -mai	Toute l'année	Saisonnnière
Basse saison	Juillet-août	Juin-septembre	Pas de Basse saison	Dépendant de la pluviométrie
Endémicité	Moyenne	Faible	Forte	Très faible

3.1.3.3 Changement du profil épidémiologique

Malgré les résultats majeurs enregistrés sur les progrès et la performance des interventions, une résurgence spectaculaire des cas de paludisme a eu lieu à la fin de 2011 et le premier trimestre de 2012 dans la côte sud-est endémique de Madagascar. Il a été observé une augmentation de 2,5 à 10 fois le nombre de cas signalés de 2008 à 2010 et ceci touchant tous les groupes d'âge avec des taux de positivité RDT variables. Ces résultats suggèrent qu'une zone habituellement endémique à transmission pérenne est en phase de mutation vers une zone à tendance épidémique. Les premières conclusions de l'enquête montrent des taux de couverture et d'utilisation des MID plus faibles que prévus, ceci 2 ans après une campagne universelle.

Cette situation pourrait être due aux changements climatiques et/ou à des conséquences des différentes stratégies de lutte contre le paludisme en l'occurrence les changements de comportement des vecteurs ou les changements du statut immunologique de l'homme.

3.1.4 Morbidité et mortalité

Les données de formations sanitaires révèlent que la part de morbidité de paludisme est passée de 21,57% en 2003 à 5% en 2011 pour les enfants de moins de 5 ans et de 17,57% à 2,3% en 2011 pour les supérieures à 5 ans. Il représente la 8ème cause de morbidité en 2011 au niveau CSB. Pour la mortalité, le taux est passé de 25,92% à 19% pour les enfants de moins de 5 ans et de 13,5% à 5% pour les supérieures à 5 ans.

3.1.5 Stratification et cartographie du paludisme

Districts	Transmission et phase de lutte	MFS	PPU5	IPA	TPL(RDT)* / (TTR*)	Prévention (CAID ou MILD) ACT
Districts Zone A1	Transmission Elevée en Phase de contrôle (Mise à Echelle de la lutte)	MFS > 20%	PPU5 > ou = 2%	IPA > 10/1000	> 5% (TTR > 10%)	< 80%
Districts Zone A2	Transmission modérée en Phase de contrôle (consolidation de la lutte)	MFS > 20%	PPU5 > ou = 2%	IPA > 10/1000	> 5% (TTR > 10%)	> 80%
Districts Zone B	Très bas : pré élimination	NA	PPU5 < 2%	IPA < 1/1000	< 5% (TTR > 10%)	> 80%
Zone C	Pas de transmission: Elimination	Zéro cas et Zéro décès (local)	Zéro cas et Zéro décès (local)	Zéro cas et Zéro décès (local)	NA	NA

3.1.5.1 Critères de stratification des districts : définition des zones d'interventions

MFS: Morbidité Paludisme au niveau des FS

PPU5: Prévalence Parasitaire chez les enfants de moins de 5 ans

IPA: Incidence Parasitaire Annuelle (Rapporté à la population / 1000)

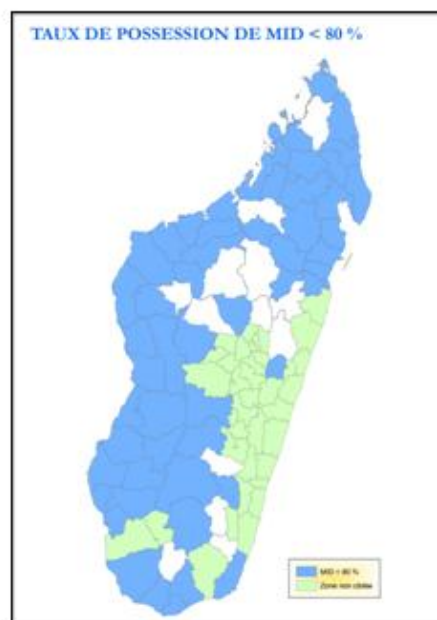
TTR: Taux de Tests réalisés

TPL: Taux de positivité des lames

3.1.5.2 Districts en phase de contrôle (morbidity $\geq 5\%$)

- Districts en phase de mise à échelle (Districts dont la couverture des interventions $< 80\%$)

Figure 9 : Possession de MID $< 80\%$



- Districts en phase de consolidation (Districts dont la couverture des interventions $\geq 80\%$)

Figure 10 : Possession de MID $> 80\%$

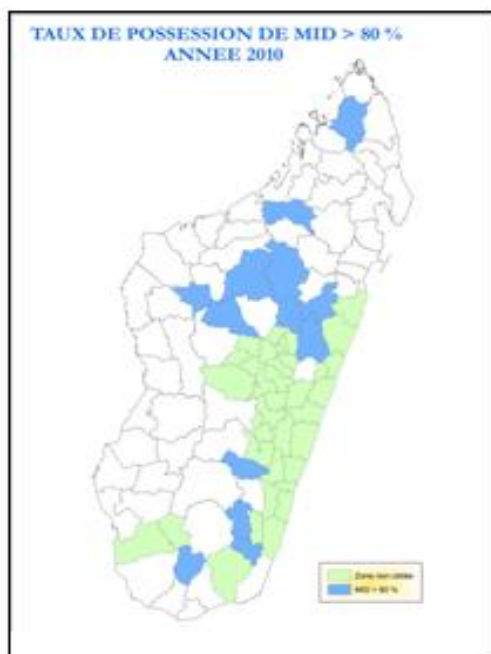
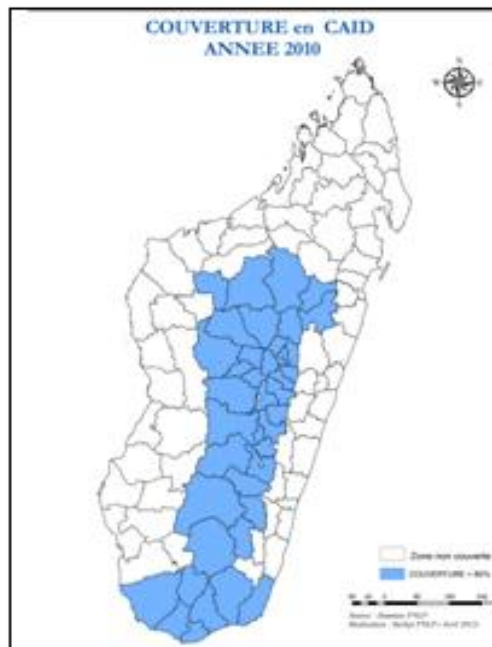
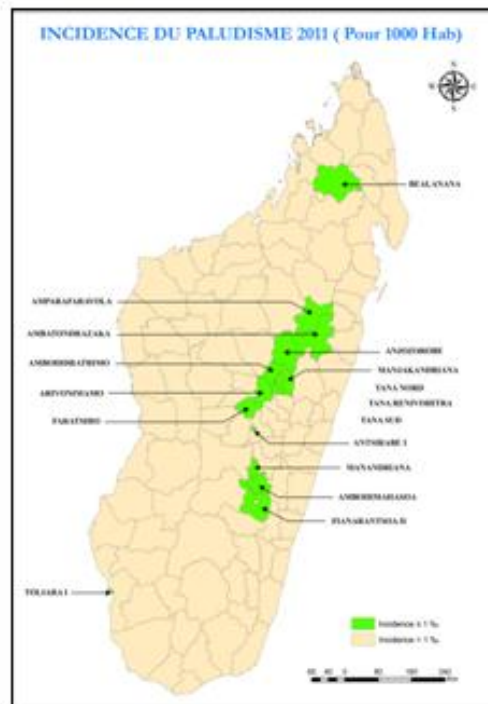


Figure 11 : Couverture en CAID



3.1.5.3 Districts en phase de pré-élimination (morbidité <5%)

Figure 12 : Répartition des districts en fonction de l'incidence



3.2 PERFORMANCE DU PROGRAMME DE PALUDISME

3.2.1 Historique du paludisme

- **1800** : Paludisme connu à Madagascar
- **1887** : Épidémie mortelle qui coïncide avec la généralisation de la culture du riz et l'introduction de la main d'œuvre venant du continent Africain
- **1895** : Quinine introduite par l'armée Française
- **1895** : Épidémies mortelles parmi les ouvriers construisant le chemin de fer entre Antananarivo et la Côte Est de Madagascar
- **1920-1930** : Introduction à petite échelle de larvicides chimiques et de poissons larvivores
- **1921** : Établissement du premier service de contrôle du paludisme à l'échelle nationale et lancement des études des épidémies du paludisme à Madagascar
- **1949-1962** : Programme national d'éradication du paludisme
- **1962** : Retrait progressif du programme national d'éradication
- **1982** : Notification des premiers cas de résistance à la chloroquine
- **1987** : Epidémie mortelle du paludisme « Bemangovitra » : le relâchement de la lutte et la négligence des activités de surveillance associés à un contexte socio- économique difficiles ont entraîné la résurgence progressive du paludisme
- **1997** : Surveillance des épidémies de paludisme et CAID ciblée sur les HTC

- 1988 : Introduction de la Campagne d'Aspersion Intra-Domiciliaire d'insecticides (CAID) et de la chimiothérapie précoce à l'échelle communautaire. Mise en place de la Direction de la Lutte contre les Maladies transmissibles et du Service de Lutte contre le Paludisme.
- **1998** : Réintroduction du programme national de lutte et élaboration d'une politique nationale de lutte contre le paludisme définissant les principaux axes stratégiques par faciès épidémiologique : Prise en Charge au niveau des formations sanitaires et communautaire (Prise En Charge A DOMicile ou PECADOM avec la chloroquine (CQ), promotion de l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides, CAID, surveillance épidémiologique, chimioprophylaxie chez femmes enceintes.
- **2000** : mise en place du système de surveillance de la résistance des parasites aux antipaludiques recommandés par la politique nationale de lutte contre le paludisme
- **2002** : Adhésion au mouvement Roll Back Malaria (RBM)
- **2004** : Introduction du Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte
- **2003-2007** : Madagascar met à l'échelle les stratégies de lutte grâce à d'importants financements du Global Fund à travers les Rounds 1,3,4. Des partenariats entre autres avec l'OMS, l'UNICEF, l'Union Européenne, la BM, l'USAID, les Coopérations Italienne, Française, Monégasque, Hollandaise, Allemande et Japonaise ainsi que les ONGs et la société civile ont été établis pendant cette période et ont mobilisé d'importantes ressources pour Madagascar dans sa lutte contre le paludisme.
- **2005** : Introduction des ACT dans la politique nationale de traitement des cas de paludisme simple. Avec l'appui de la communauté internationale, Madagascar a focalisé son programme de contrôle du paludisme sur la base de la prise en charge des cas avec l'ACT associée à l'utilisation de Test de Diagnostic Rapide ou TDR, de et la CAID dans toutes les zones prédisposées aux épidémies, et la mise en place du système de surveillance du paludisme dans ces zones.
- **2008** : Première Conférence Internationale puis la mise à jour du Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme avec la mise à l'échelle de toutes les stratégies : Campagne de distribution gratuite de MIDs, CAID généralisée dans les HTC puis étendue dans les marges, Surveillance ; la prise en charge dans les Formations sanitaires et la PCIMEc.
- **2009-2010** : Mise en œuvre de la Politique Nationale de santé communautaire et renforcement de la politique de prise en charge avec les financements NSA et AMFm. Initiation et extension de la PCIMEC.
- **2011** : Réalisation du Malaria Indicators Survey-MIS; Enquête parasitologique au niveau nationale; Revue du Programme Paludisme-MPR; Deuxième Conférence sur la Pré-élimination du Paludisme à Madagascar.

3.2.2 Situation actuelle du Programme Paludisme

■ Organisation institutionnelle et Planification

Jusque très récemment, le programme paludisme était un Service de Lutte contre le Paludisme qui dépendait de la direction des urgences et de la lutte contre la maladie. Par décret ministérielle N 2010-0372 du 02 juin 2011 ; le service a été érigé en une Direction du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) sous la tutelle directe de la Direction Générale de la Santé, à administration

publique. Cette structure lui confère une meilleure visibilité et un cadre approprié pour la planification, la coordination des partenaires et la mobilisation de ressources. Au cours des 5 dernières années, le PNLP est parvenu à installer des antennes régionales et de districts, à les doter de responsables périphériques (région et districts) et en moyens logistiques pour faciliter d'accomplissement de leur mission. Chaque année, le PNLP établit son plan de travail annuel en collaboration avec tous ses partenaires. Un plan de travail annuel est régulièrement élaboré avec la participation de toutes les parties prenantes. Au niveau décentralisé, on retrouve un plan de travail intégré de la région et du district.

▪ Politique, Stratégies et directives

Des documents de politiques et stratégiques sont développés au niveau central avec la collaboration du niveau périphérique et des directives sur la mise en œuvre de la lutte contre le paludisme sont appliquées suivant les différents niveaux de système de santé. En ce qui concerne l'accessibilité aux soins, le programme assure une politique de gratuité pour les mesures de prévention (MID, CAID, TPI) et de prise en charge des accès palustres simples. Cependant, les difficultés d'accès géographiques aux services de santé, particulièrement dans les zones enclavées limitent la portée des efforts d'équité.

Les rôles des différents acteurs sur les processus de développement et de mise en œuvre des documents de politique sont les suivants :

Au niveau central :

Définition des politiques et directives, coordination, orientation, planification des besoins nationaux, suivi et évaluation, appui de la mise en place et de la fonctionnalité des structures décentralisées.

Au niveau intermédiaire (région) :

Mise en place de la structure régionale de lutte contre le paludisme avec désignation d'un point focal ; coordination, suivi de la mise en œuvre des politiques, directives et orientations du Programme, collecte/compilation des données venant des districts/analyse/ diffusion des données et des résultats de l'analyse, planification et estimation des besoins au niveau régional, encadrement de l'EMAD (Equipe de Management du District) , supervision trimestriellement des districts relevant de sa juridiction.

Au niveau district :

Coordination et suivi des activités des différents intervenants, mise en œuvre les directives, orientations et stratégies du programme selon les qualités requises ; formation et encadrement du personnel du district ; collecte/analyse et diffusion des données des CSB ; appui à la formation, supervision et évaluation des AC en collaboration avec les ONG partenaires ;

Au niveau des formations sanitaires de base :

Appui à la formation, supervision, fonctionnalité et évaluation des AC, mise en œuvre des activités, établissement et transmission des rapports mensuels

Au niveau communautaire :

Organisation des OBC selon les termes de référence définis, mise en œuvre de la PCIMEc selon les directives nationales, participation active aux activités de formation et de supervision (COSAN), approvisionnement, établissement et transmission des rapports.

▪ Partenariat et Coordination

Il existe un cadre de coordination globale de tous les partenaires de la santé qui est piloté par une direction du Partenariat dorénavant rattachée au Ministre de la Santé Publique. Sa mission consiste à promouvoir le partenariat avec tous les intervenants de terrain et bailleurs financiers, y compris ceux impliqués dans la lutte contre le paludisme. Un mécanisme de coordination spécifique à la lutte contre le paludisme a été mis en place et comprend des Organes de soutien comme le Comité consultatif technique d'experts du paludisme, la Taskforce de RBM qui disposent des ressources humaines qualifiées, des experts internationaux et enfin la Commission nationale pour la lutte contre le paludisme permettent au programme de coordonner les activités concernant le paludisme. Durant la période 2004-2007, un partenariat dynamique s'est progressivement constitué. Les partenaires techniques et financiers du PNLP ont appuyé différents domaines d'interventions de lutte contre le paludisme.

▪ Revue des performances

Des revues bimestrielles pour le suivi de la mise en œuvre des plans annuels sont organisées, ainsi que des réunions mensuelles avec les différents intervenants. Les supervisions trimestrielles sont menées à tous les niveaux y inclut le niveau opérationnel. Les rapports périodiques et ponctuels sont rédigés et transmis au niveau supérieur pour documenter les activités du programme avec des canevas pré établis. La collaboration avec les institutions de recherche permet de disséminer les résultats de recherche opérationnelle à travers les publications scientifiques et des ateliers scientifiques pour partager les résultats de diverses études/enquêtes et réfléchir sur de nouvelles stratégies. Les cadres du PNLP participent à des réunions régionales et internationales. Le programme fait l'objet régulièrement d'audits externes techniques (GFATM) au terme desquels des recommandations sont formulées pour améliorer la gestion du programme. Les revues annuelles pour le suivi de la performance de programme comprennent :

- La revue annuelle des points focaux régionaux et du niveau central ;
- La réunion d'évaluation par les partenaires ;
- La revue annuelle au niveau régional des médecins inspecteurs, des points focaux des districts et des centres hospitaliers ;
- La revue SAMAC (Revue annuelle de la Région Afrique).

D'autres Revues sont réalisées par des équipes externes/internes en vue de renforcer le système de suivi et évaluation: MESST, RIA (OMS), DQA (GFATM). Les revues permettent de faire le bilan, d'avoir des échanges d'expériences, de tirer des leçons apprises, de capitaliser les bonnes pratiques, de

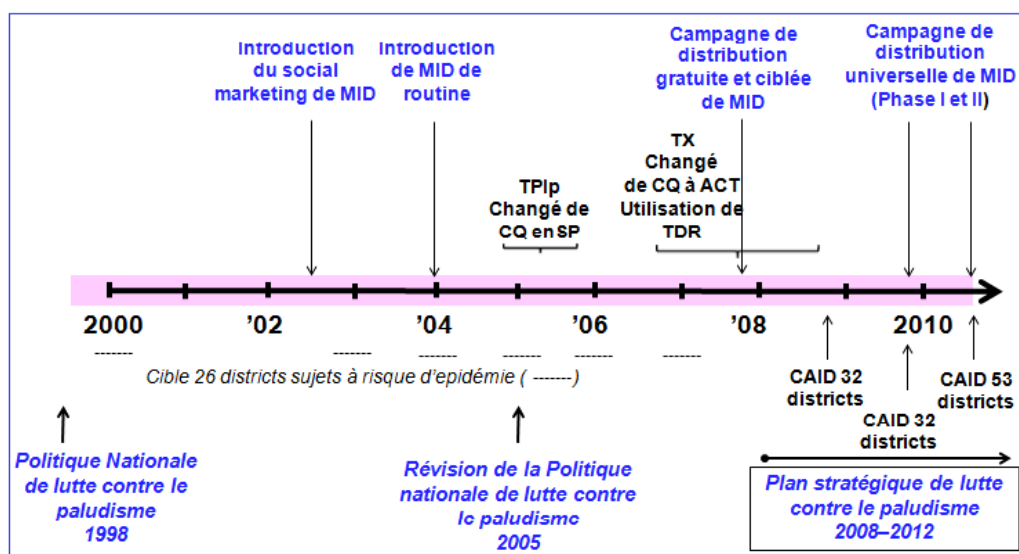
dresser des perspectives et d'émettre des recommandations, d'identifier le financement et la participation des partenaires, de réactualiser les connaissances.

■ Financement

Les différentes sources de financement du secteur santé incluent le budget de l'Etat, la participation des usagers et les subventions auprès des structures sanitaires (ressources internes), ainsi que l'aide extérieure (ressources externes). Le budget de santé, qui s'élevait à 9,7% du budget de l'Etat en 2001, n'en représente que 8,9% en 2011 avec une diminution de 5,19% du budget en termes nominaux par rapport à 2010. En 2011, 42,31 % du budget a été alloué au niveau Région et District contre 48,18% en 2010.

Le financement de l'Etat jusqu'en 2009 est moins de 20 000 USD, et lorsque le PNLP est promu à la direction, il a augmenté de cinq fois. Des mécanismes de financement internes favorisant l'accès financier aux soins, en particulier pour les plus démunis, ont été également mis en place : FANOME et fonds d'équité.

Figure 12 : Jalons du programme de lutte contre le paludisme à Madagascar, 2000–2010



3.2.3 Performance du programme par domaines thématiques

3.2.3.1 Possession et Utilisation des MIDs

Plusieurs campagnes organisées entre 2005 et 2011 ont permis de distribuer plus de 13 729 723 moustiquaires à raison de deux moustiquaires par ménage: Distribution de routine en 2005, 2006, 2008, 2010 et 2011 et distribution universelle en 2007, 2009 et 2010. C'est ainsi qu'en 2011, on note

au niveau national un taux de possession d'au moins 2 MIDs par ménage de 63% avec un taux d'utilisation de 83%.

Figure 13: Possession des ménages d'au moins 2 MID pour 91 districts, par faciès

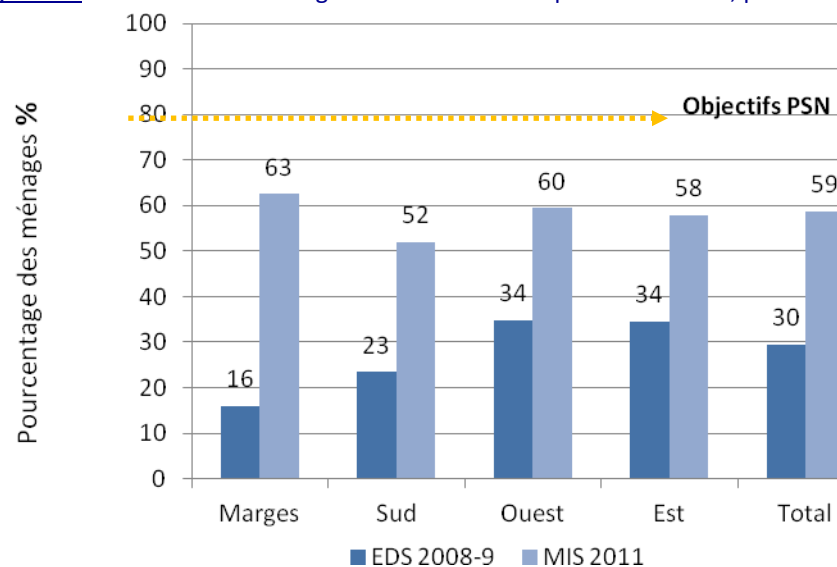
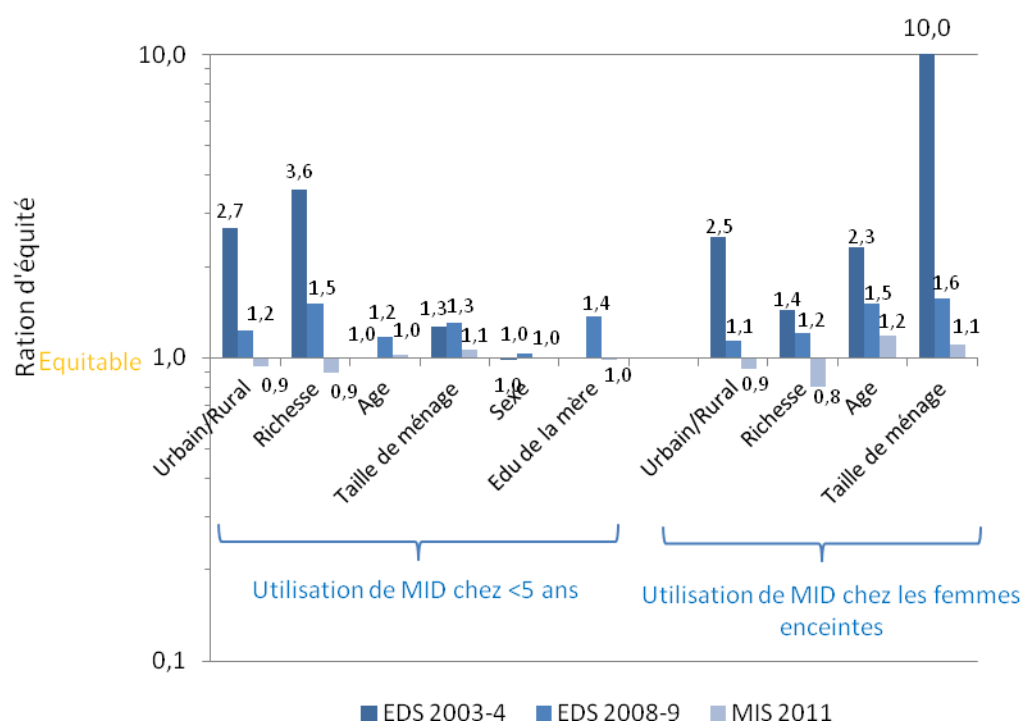
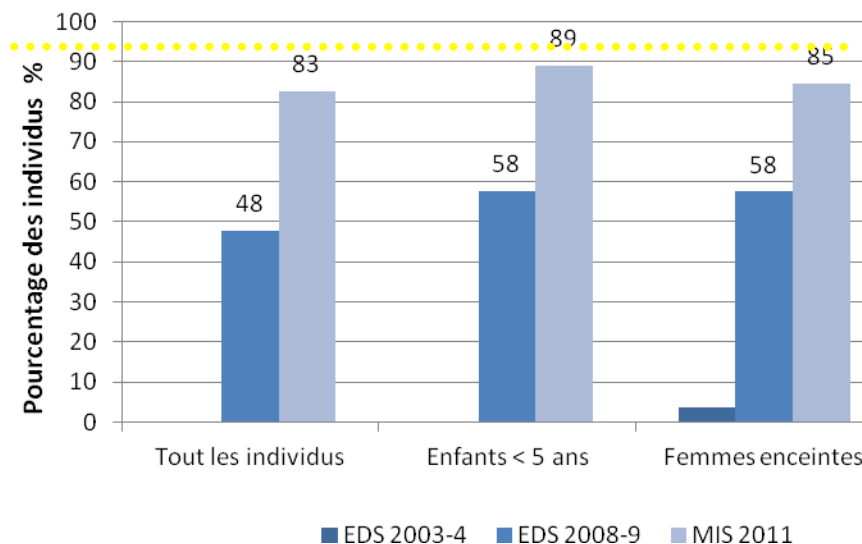


Figure 14 : Équité en rapport avec l'utilisation des MIDs, 2003-2011



Une analyse portant sur l'équité a permis de constater une bonne équité dans l'utilisation des MID par rapport à la zone de résidence, à l'âge, à la richesse et au niveau d'éducation de la mère.

Figure 15 : Utilisation de MID parmi tous les individus 2003-2011, 91 districts



3.2.3.2 Prise en charge des cas

Dans la perspective de diagnostiquer et de traiter précocement et correctement les cas de paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, le PNLP a mis en œuvre un paquet d'activités intégrées conformément au Plan Stratégique National 2008-2012. En 2008, la mise à l'échelle des RDT et ACT était effective dans tous les CSB de même que l'implication progressive du secteur privé dans le cadre des « trois uns », la mise à l'échelle de la PCIMEc et la mise à disposition des ACTs fortement subventionnées au niveau du secteur privé.

En 2008 le nombre de RDT positifs était inférieur au nombre d'ACT utilisés. Ceci pourrait être attribué à la non-systématisation du diagnostic par les agents de santé dans les résultats. Pour les années 2009 et 2010 la tendance est inversée et un nombre supérieur de RDT positifs est rapporté par rapport aux ACT utilisés. En 2008, il a été noté que le nombre de patients hospitalisés pour paludisme est supérieur au nombre de lames positives alors qu'en 2009, le nombre des lames positives était supérieur au nombre de patients hospitalisés pour paludisme. Il faut noter par ailleurs une tendance à la baisse du nombre de cas hospitalisés pour le paludisme et du nombre de décès attribués au paludisme.

Figure 16 : PEC des enfants de moins de 5 ans avec fièvre

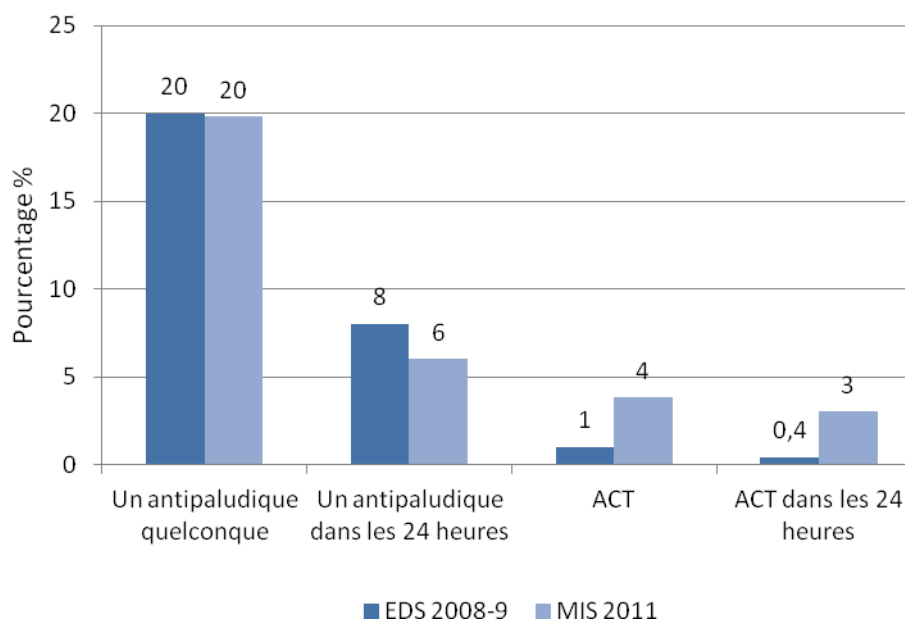
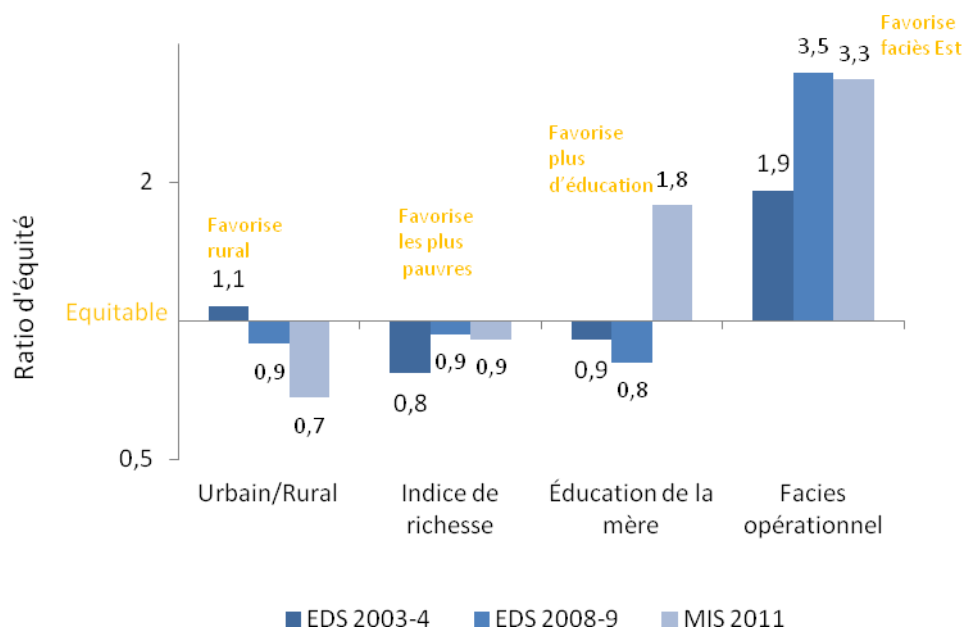


Figure 17 : Equité en rapport avec la PEC des enfants de moins de 5 ans 2003-2011.



L'analyse portant sur l'équité en rapport à la prise en charge des enfants de moins de 5 ans permet de noter que le milieu rural et les enfants à faible revenu sont plus favorisés. A l'exception des enfants dont les mères sont plus éduquées et les enfants du Faciès Est qui sont aussi favorisés par rapport aux autres enfants.

3.2.3.3 Lutte contre les vecteurs : CAID

En ce qui concerne l'étude de la bionomie des vecteurs, le nombre de sites sentinelles s'est multiplié progressivement selon la disponibilité du financement. De 1993 à 2008, sous le financement de la Banque Mondiale/CRESAN, 2 sites sentinelles sur les HTC et 1 site dans le sud ont été mis en place pour l'évaluation des Opérations de Pulvérisations Intra domiciliaires d'insecticide rémanent (OPID). Entre 1996 et 1998, l'extension des sites vers l'Ouest (2 sites) a permis de suivre la transmission du paludisme dans ces régions. En 2003, avec l'apport de financement de l'OMS, des sites supplémentaires ont été mis en place (2 sites sur la côte Est et 2 sur la côte Ouest) même si la couverture n'était pas encore représentative du pays. Actuellement, au moins un site par Région a été mis en place pour le suivi des activités entomologiques : (1) 12 sites représentant différentes strates épidémiologiques sont dédiés à l'étude mensuelle de tous les paramètres entomologiques (transmission, comportement trophique et de repos...). Ces sites sont sous la responsabilité du CNLP (2 sites), RTI (7 sites) et l'IPM (3 sites). Et 16 sites, représentant au moins un site par région, pour les investigations biannuelles sous la responsabilité du CNLP. Dans ces différents sites, les tests de sensibilité/résistance des vecteurs sont menés.

En ce qui concerne la CAID, Madagascar a une longue expérience dans la lutte contre le paludisme et a enregistré d'importants progrès dans ce domaine. En effet de 1997 à 2003, des campagnes généralisées de CAID ont été effectuées avec succès au niveau des HTC avec planification d'une extension au niveau des zones endémiques. La CAID focalisée a permis de protéger annuellement 1,2 Millions à 1,4 Millions personnes à chaque campagne de 2002 à 2007 soit 95% de la population des zones ciblées par la CAID focalisée équivalant à 20% de la population totale des HTC à couvrir. Les campagnes généralisées menées depuis 2008 jusqu'à présent ont permis de couvrir annuellement 97% des ménages et se poursuivront jusqu'en 2011 avec un objectif de couverture de 100% des ménages. Le gap de couverture de cette stratégie est alors estimé à 3%.

Figure 18 : Population protégée par la CAID ; MIS 2011

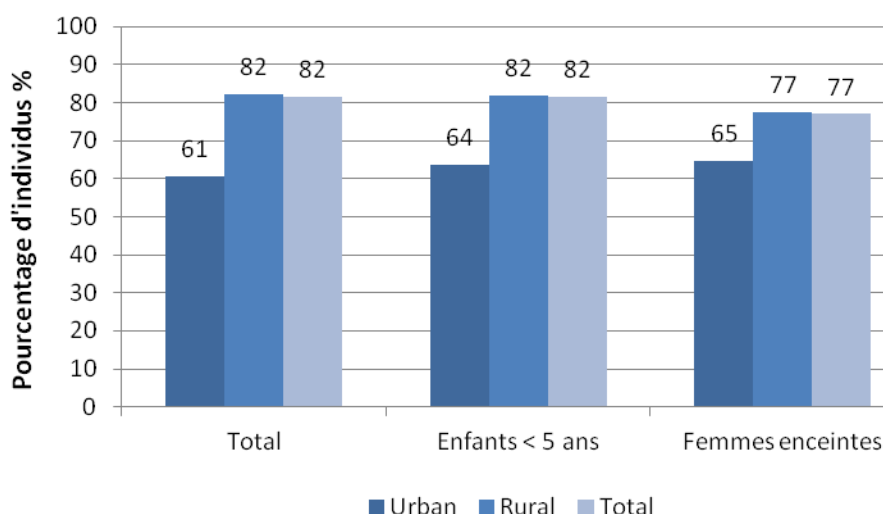
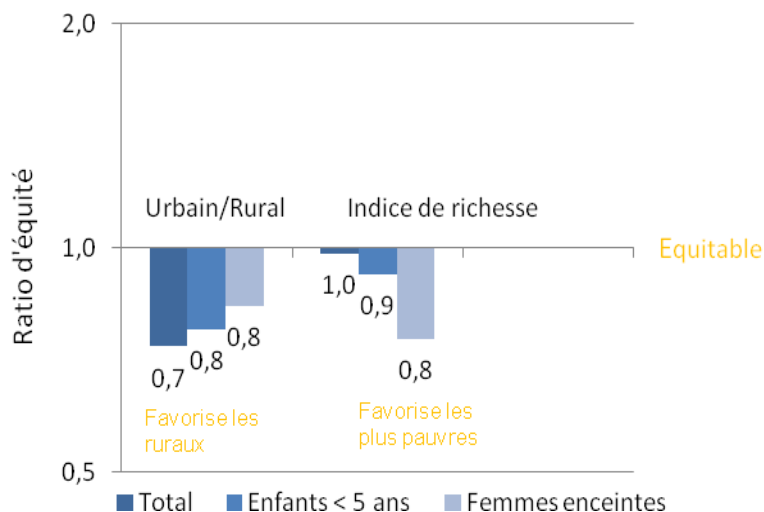


Figure 19 : Equité en rapport avec la population protégée par la CAID ; 53 Districts, MIS 2011



L'analyse portant sur l'équité en rapport avec la CAID a permis de noter que les milieux ruraux et les plus pauvres sont mieux favorisés.

3.2.3.4 TPI

En matière de prévention du paludisme par le TPI pendant la grossesse, la mise en œuvre a été faite de manière progressive. Les données rapportent un taux encore faible de la pratique de TPI mais aussi l'insuffisance du suivi de l'activité. Une réorientation stratégique est requise notamment pour l'amélioration du taux d'utilisation des services de CPN. La remise à niveau des prestataires, la formation d'un deuxième prestataire pour la mise à disposition du service, la décentralisation, l'implication du secteur privé et le renforcement du système de suivi/évaluation constituent d'autres approches pouvant permettre l'amélioration des taux couverture du TPI.

Figure 20 : Traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPI), 92 Districts

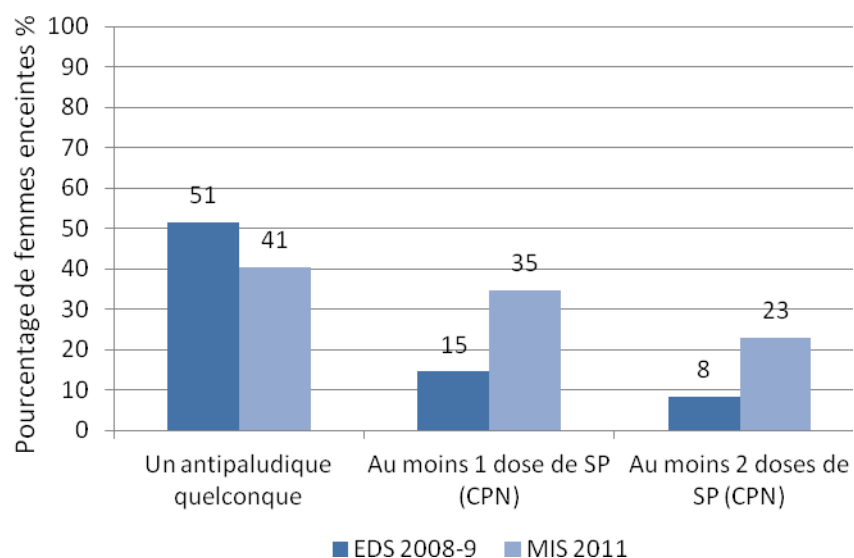
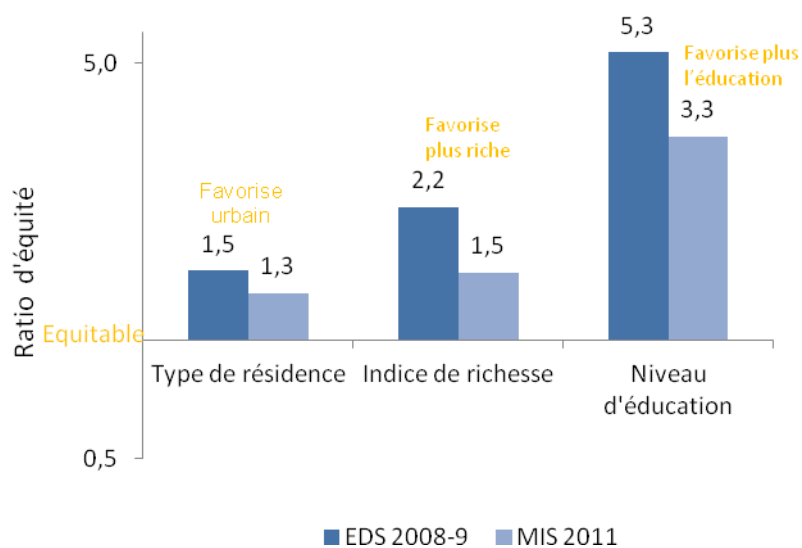


Figure 21 : Equité en rapport avec l'utilisation du TPI 2.



L'analyse portant sur l'équité en rapport avec le TPI a permis de noter que les milieux urbains, les femmes avec plus de revenus et plus éduquées sont mieux favorisés.

3.2.3.5 Promotion de la santé/CCC

Un document de plaidoyer retraçant l'importance de la lutte contre cette maladie a été élaboré en même temps que le plan stratégique 2008-2012 de même qu'un projet de sensibilisation sur la lutte contre le paludisme a vu le jour grâce aux actions de plaidoyer menées dans les régions d'Ihorombe, Anosy et AtsimoAndrefana. Plus récemment, un document de plaidoyer sur la mise en œuvre du Programme de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau communautaire (PCIMEc) a été élaboré, et validé au niveau du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et la Direction de la Promotion de la Santé. Au-delà de ces activités, le PNLp et ses partenaires effectuent de manière régulière des plaidoyers pour la mobilisation de ressources et pour le développement du partenariat intersectoriel avant chaque campagne de distribution de masse de MID, Campagne d'Aspersion Intra - Domiciliaire d'insecticide à effet rémanent (CAID) et avant chacune des célébrations des journées mondiales et nationales de lutte contre le paludisme. Le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique du système de santé sont tous impliqués. Le PNLp et ses partenaires élaborent ensemble des supports de communication, selon les moyens disponibles, pour mener les activités visant l'IEC/CCC. Plusieurs supports ont ainsi été déployés à tous les niveaux: spots radio, spots TV, émissions radio, brochures, vidéo mobile, affiches, flyers, boîtes à images, goodies, marionnettes. C'est ainsi que la mise en œuvre des activités de CCC a largement contribué aux bons taux d'utilisation des moustiquaires et à une amélioration des taux d'utilisation du TPI (22% en 2008) dans les zones ciblées.

3.2.3.6 Préparation et riposte aux épidémies

Suite à plusieurs épidémies mortelles depuis 1887, Madagascar avait mis en œuvre une surveillance sentinelle du paludisme depuis 1997 dans les « Hautes Terres Centrales » (HTC) et le « sud subdésertique » (SSD). La mise à l'échelle des stratégies dans le cadre de l'élimination du paludisme avait essayé d'améliorer la qualité des informations sur le paludisme, la standardisation du système existant et de l'extension sur toute l'étendue du territoire (couverture géographique). Mais la surveillance épidémiologique a été pratiquement focalisée au niveau de ces régions (HTC, SSD). Elle a été, est très performante grâce à la contractualisation et la dotation de ces contractuels en matériels roulants, matériels d'exploitation des informations (ordinateurs et accessoires), carburant pour appuyer les districts concernés dans la prévision et détection précoce, riposte.

La surveillance hebdomadaire a été instaurée au niveau de ces zones mais son effectivité, sa validité et sa fiabilité dépendent du centre de santé de base sans aucun contrôle extérieur.

Le système de prévision basé sur les données climatologiques et satellitaires ajouté au système d'alerte précoce actuel permettant de prédire les risques d'épidémies et de se préparer très tôt à la riposte, a été initié mais de façon irrégulière et les observations locales n'ont pas été exploitées par les responsables au niveau des zones d'implantation des stations climatiques. La décentralisation a été mise en œuvre, organisant le système en réseau jusqu'au centre de santé de base, mais la majorité des responsables (districts, CSB) ne sont pas formés.

La surveillance intégrée du paludisme aux autres maladies demeure insuffisante. La surveillance épidémiologique communautaire a été toujours évoquée mais non mise en œuvre et fait partie de

nouvelles stratégies. D'autres programmes l'ont initiée mais l'effectivité est aléatoire par faute de motivation des responsables communautaires.

3.2.3.7 Surveillance, suivi et évaluation et recherche opérationnelle

Des efforts ont été entrepris pour renforcer la surveillance, le suivi évaluation et la recherche opérationnelle au PNLP à travers la création de deux services avec des ressources adéquates, de la mise en place d'une base de données électronique fonctionnelle au niveau central et régional et de la création d'un comité technique Suivi et Evaluation.

A ce jour plusieurs réalisations sont à l'actif du Programme et parmi lesquelles on peut noter: (1) la mise en place d'unité de suivi évaluation au niveau central et périphérique depuis 2006, (2) la mise en place de la base de données unique sur le paludisme à Madagascar, (3) la disponibilité d'un plan de suivi évaluation, (4) La réalisation d'enquêtes périodiques (EDS 2004 et 2008, MIS 2011, TRAC 2004 et 2006, Evaluation Post Campagne MID, 2010), (5) la tenue de rencontres périodiques pour l'évaluation des activités (revue des partenaires, revue des responsables régionaux et centraux, revue des responsables des Postes Sentinelles, revue intermédiaires au niveau régional avec les responsables des districts), (6) l'évaluation de la qualité des données (Data Quality Assessment) initiée par le Fonds Mondial en août 2010, (7) l'évaluation de la base de données du paludisme à Madagascar (AFRO et OMS Genève en 2010).

Cependant plusieurs défis sont encore identifiés et demandent à être relevés pour améliorer le S&E du programme. Il s'agit : (1) de rendre plus performant le cadre de suivi de la fiabilité des données collectées, (2) de revoir l'exhaustivité du Rapport Mensuel des Activités par rapport aux données essentielles du Programme, (3) de trouver un consensus réel sur la définition des indicateurs de suivi du programme, (4) d'effectuer des études socio anthropologiques et (5) de réactualiser le profil épidémiologique du pays.

3.2.4 Analyse FFOM par thématique

3.2.4.1 Prise en charge des cas

PRISE EN CHARGE: DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT	
FORCES	FAIBLESSES
-Formation des laborantins en microscopie et des AS des CSB sur l'utilisation des RDT, des AC -Implication progressive du secteur privé dans la formation sur l'utilisation de RDT -Disponibilité des RDT la plus grande partie de l'année dans les CSB -Augmentation du nombre de laboratoires (privés et publics) participant régulièrement au système de contrôle de qualité -Le diagnostic ainsi que la prise en charge des cas de paludisme simple sont gratuits au niveau des CSB et CHD1 publics -Collaboration et appui financier et techniques des partenaires du PNLP	-Diagnostic par microscopie payant dans les CHD2 et CHRR/CHU -Manque de formation de certains prestataires privés -Insuffisance de ressources humaines (en nombre et en qualité) -Difficulté d'envoi des lames au centre de référence pour contrôle de qualité dû à l'enclavement de certains laboratoires -Infrastructure de laboratoire ne remplissant pas les normes -Absence d'outils de gestion (registre) -Problèmes de rapportage des données -Rupture de stocks fréquents au niveau de certains CHD2 et CHRR -Non appropriation de la politique nationale de traitement dans le secteur privé -Les centres hospitaliers ne peuvent pas commander des ACTs, -Rupture de stock en RDT et ACT au niveau CSB -La prise en charge payante pour les cas de paludisme graves au niveau des centres hospitaliers -non disponibilité des ACT et RDT dans quelques centres hospitaliers et retard de l'approvisionnement du RDT au niveau central dans certaines structures y compris au niveau communautaire -Faible taux d'analyse des données au niveau national et faible taux de rapportage des RDT utilisés dans les services des hôpitaux
OPPORTUNITES	MENACES
-Collaboration et appui financier et techniques des partenaires du PNLP -Formation à l'étranger -Consultation des experts internationaux -Missions de supervision sur le terrain	-Suspension/Arrêt de financement -risque d'augmenter la résistance pour la monothérapie des autres antipaludiques à coût abordable -Mauvaise gestion des intrants, Insuffisance d'intrants pour le secteur privé -Perte d'intérêt de la part des laboratoires dans le système de contrôle de qualité

3.2.4.2 MID

MOUSTIQUAIRES IMPREGNES D'INSECTICIDE (MID)	
FORCES	FAIBLESSES
- Capacité technique en matière de lutte contre le paludisme et un réseau de partenariat RBM opérationnel - Existence de manuel de formation mise à jour - Comité national de coordination de MID mis en place ; - Existence d'étude sur les tendances de la couverture en MID à Madagascar qui est en cours ; - Existence d'une culture d'utilisation régulière des MID en particulier dans les zones côtières - Une utilisation acceptable de MID en particulier chez les FE et E<5ans - Existence d'un partenariat IEC	- Insuffisance de suivi et de supervision ; - Insuffisance de l'appropriation de la prévention par les MID - Insuffisance de la coordination entre le secteur public, les ONG et le secteur privé - Faible capacité logistique pour distribuer les MID dans les régions éloignées - Insuffisance de l'appropriation de l'utilisation et entretien des MID par la population. Ceci entraîne une diminution de la durée de vie des MID dans la communauté - Absence de système de pérennisation de l'acquisition de MID - Insuffisance de la quantité de MID disponibles pour assurer une couverture universelle` - Difficulté sur l'accessibilité des sites de distribution de MID - Non disponibilité de base de données fiable sur le nombre de population des districts
OPPORTUNITES	MENACES
- Adhésion des partenaires et collaboration multisectorielle - Soutien des différents bailleurs et partenaires acquis. - Campagne intégrée avec les services de vaccination et de santé maternelle (SSME) 2 fois par an - Existence d'un réseau d'ONG œuvrant dans les zones rurales éloignées pour prendre en charge la distribution auprès de la communauté - Existence d'un laboratoire national de référence sur l'étude de la résistance aux insecticides et 6 sites sentinelles de surveillance	- Contrainte de temps pour l'achat et distribution de moustiquaires. - Pérennisation de l'intervention ; - Apparition éventuelle de Résistance aux insecticides des MID - Tendance à la préférence de certains types de MID par la population - Capacité de production de MID insuffisant au niveau mondial (offre inférieure à la demande) - Faible pouvoir d'achat - Possibilité de résistance du vecteur aux insecticides liée à la couverture à grande échelle en MID

3.2.4.3 CAID

ASPERSION INTRA- DOMICILIAIRE AVEC INSECTICIDE A EFFET REMANENT (AID)	
FORCES	FAIBLESSES
- Financement disponible - Collaboration interinstitutionnelle, voir avec RTI et UGP - Echanges d'expériences ; - Existence de manuel de formation mise à jour	- Non respect des directives techniques par certains asperseurs, - Insuffisance de suivi et de supervision ; - Insuffisance de l'appropriation de la prévention par la CAID.
OPPORTUNITES	MENACES
- Adhésion des partenaires et collaboration multisectorielle - Soutien des différents bailleurs et partenaires acquis.	- Pérennisation de l'intervention ; - Apparition d'éventuelle Résistance aux insecticides de la CAID; - Augmentation du taux de refus de la CAID ;

3.2.4.4 TPI

TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT	
FORCES	FAIBLESSES
- TPI inclus dans la politique nationale depuis 2004 ; - Disponibilité des formateurs centraux, régionaux et districts ; - Les agents de santé du secteur public sont formés ; - Disponibilité d'ordinogramme et d'affiche TPI ; - Effectivité du rapportage des données dû à la disponibilité du canevas rapport mensuel d'activité de CSB.	- Taux d'utilisation de la CPN bas ; Taux de TPI 2 bas ; - Insuffisance de recyclage ou de formation des Agents de santé - Absence de transfert de compétence en cas de mobilité du personnel formé ; - Non appropriation de la stratégie au niveau du secteur privé ; - Utilisation irrationnelle de SP ; certains agents de santé publics et la grande partie des prestataires privés l'utilisent encore comme traitement curatif. - Existence de ruptures de stock en SP - Non Complétude des reportages sur la stratégie
OPPORTUNITES	MENACES
- Soutien des bailleurs de fonds pour l'acquisition de SP ; - Existence d'un réseau communautaire pour la sensibilisation de la population cible ; - Possibilité d'utiliser le réseau d'approvisionnement, d'achat et de distribution à l'échelle nationale (programme PAIS) ; - Existence d'un système de pharmaco vigilance à travers la DAMM.	- La pérennisation de la disponibilité de SP, - Risque d'apparition de souches résistantes à la SP, - Utilisation de la SP en dehors du TPI à des fins thérapeutiques.

3.2.4.5 Promotion de la santé/CCC

PROMOTION DE LA SANTE/CCC	
FORCES	FAIBLESSES
- Mise en place de l'unité IEC au PNLP; du sous-comité IEC/CCC du RBM, des comités intersectoriels de lutte contre le paludisme aux niveaux région et districts ; - Nombreux intervenants en matière de communication et de mobilisation communautaire pour la lutte contre le paludisme ; - Plaidoyer - Effectivité des activités de communication au niveau communautaire ; - Formation des prestataires de soins sur toutes les stratégies de lutte et en techniques de communication ;	- Insuffisance de ressources humaines, financières et matérielles ; - Insuffisance de coordination, de Suivi et évaluation des activités de Supervision - Réunions du sous-comité occasionnelles, lors des grands événements du Programme ; - Insuffisance des activités de communication et supports au niveau des formations sanitaires, pour les agents de santé notamment pour le suivi des directives ; - Supports non mise à jour ou non conformes au directives ; - Existence de certaines résistances aux changements de comportement.
OPPORTUNITES	MENACES
- Financement pour la mise à jour de la politique de lutte contre le paludisme ; - Abondance des acteurs (agences de communication, projets, partenariat entre MSANP et MCOM, les comités à chaque niveau, partenaires régionaux et périphériques) - Disponibilité de matériels d'éducation et formation sur le paludisme en dialecte local ; - Existence de la Politique Nationale de la Santé Communautaire - Réunion périodique RBM ; - Existence des résultats TRACs, MIS, EDS, ACTWatch ;	- Mauvaise utilisation des supports (actualisation, décoration, Formulation des messages), - Non-disponibilité des supports dans certains cas, - Rapportage non régulier par les chefs CSB et les ASC - Manque de données socio-anthropologique pour réorienter les interventions en IEC/CCC, - Inexistence de stratégie nationale IEC paludisme - Pérennisation des activités IEC/CCC incertaines, - Contraintes budgétaires - Faible niveau d'alphabétisation, manque de motivation et Insécurité des AC,

3.2.4.6 Préparation et riposte aux Epidémies

PREPARATION ET RIPOSTE AUX EPIDEMIES	
FORCES	FAIBLESSES
-Élévation du PNLP au rang de Direction du Ministère de la Santé Publique ; -Partage d'information entre les entités responsable de la surveillance ; -Points focaux à chaque niveau ; -Financement de la riposte ; -Appuis aux districts par des contractuels PSSE/PSS ; -Existence d'un système de surveillance spécifique au paludisme ; -Existence d'une Base de données standard (mise en place avec OMS/AFRO).	-Dépendance aux PSS/E ; -Périodicité de rapportage pour districts non-standard (procédures); -Complétude et promptitude des données ; -Manipulation du logiciel GMP – Epi info non maitrisée à certains niveaux ; -Sous exploitation des informations ; -AC non formés en surveillance épidémiologique ; -Non disponibilité de plan de riposte PNLP central ; -Epidémies politiques.
OPPORTUNITES	MENACES
-Existence d'autres acteurs et de SSS ; -Existence d'une base de données informatisée jusqu'au niveau district ; -RH formées au SGIS disponibles jusqu'au niveau District ; -Exhaustive mensuelle : CSB/Districts/Région/National ; -Parc Informatique disponible jusqu'au niveau district ; -Contrôle de qualité (confrontation des données) ; -Au niveau de la communauté, existence de comités locaux des risques et catastrophes ; -Système de communication rapide (alerte, rapportage) existant ; -Projet de surveillance par un réseau de laboratoire.	-Pérennisation non assurée ; -Appui non coordonné du SSS par les programmes et autres services du Ministère de la Santé Publique ; -Ne prend pas en compte certains indicateurs essentiels de la lutte contre le paludisme ; -Informations non disponibles en temps utile ; -Définition des cas de paludisme différente au niveau des sites sentinelles « Fièvre »; -Non utilisation des infos/données de rétro information par les CSB, et districts ; -Risque d'épidémie.

3.2.4.7 Suivi Evaluation

SUIVI EVALUATION	
FORCES	FAIBLESSES
- Indicateurs et les valeurs cibles sont bien définis dans les documents de référence ; - Circuit des informations déjà mis en place (MSANP) ; - Tenue de revues périodiques à tous les niveaux ; - Contribution du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) pour la collecte des données ; - Disponibilité des outils standards de gestion de MID / CAID, des intrants et rétro information faite à tous les niveaux ; - Circuit d'information bien établi ; - Base de données unique sur le paludisme, mise en place depuis 2007 au niveau central, régional et les sites sentinelles ; - Bonne implication des partenaires (grandes enquêtes et réunions d'évaluation (internes et externes) ; - Disponibilité des matériels informatiques au niveau central, régional et de quelques districts ; - Mise en place de points focaux régionaux, districts et postes sentinelles de surveillance ; - La structure de l'unité Suivi et évaluation est bien définie dans l'organigramme fonctionnel du PNLP ; - Réalisation de supervisions périodiques (Trimestriel) à tous les niveaux. - Personnel d'appui aux districts qualifié: collectes-analyses-interprétation des données investigation-riposte ; - Existence d'un système de suivi des indicateurs du paludisme au niveau des hôpitaux (PSSIP) ;	- Certains indicateurs ne sont pas encore inclus (indicateur de qualité pour le PCIMEc), non définis au niveau des districts et des centres de santé ; Les tableaux de suivi non mis à jour systématiquement au niveau des districts ; - Les objectifs opérationnels annuels et plans de suivi ne sont pas utilisés au niveau district ; - Insuffisance de la qualité et complétude des données dans certaines structures ; - Absence de système de sauvegarde des données, des archives au niveau régional et district ; - Absence de formation de remise à niveau sur la gestion de base de données ; - Insuffisance de partage de Données (Informations financières, informations MID,..) en totalité par les partenaires; - Faible remontée des données communautaires et celles des structures privées ; - Sous-utilisation et sous exploitation des outils de gestion notée pour certaines structures ; - Non considération des zones d'intervention stratégiques du programme (TPI, CAID) au cours de l'enquête EDS IV entraînant fausse interprétation des résultats ; - Cumul de fonctions des responsables régionaux et districts - Non disponibilité d'un plan de suivi Evaluation au niveau régional et District ; - Mauvaise qualité des supervisions ; - La plupart des responsables de districts ne sont pas formés ; - Financement irrégulier et Interruption d'indemnité du contrat de travail - Données réelles (climatique, environnementale) non disponibles.
OPPORTUNITES	MENACES
- Système S&E mis en place ; - Circuit d'information bien défini et opérationnel ; - Existence de service santé environnement au sein du MINSANP ; - Existence de cellule d'exploitation SIG à l'IPM ; - Existence de station climatique dans le Sud .	- Pérennisation non assurée ; - Appui non coordonné du SSS par les programmes et autres services du MSANP ; - Informations non disponibles en temps utile ;

3.2.4.8 Gestion de Programme

GESTION DE PROGRAMME	
FORCES	FAIBLESSES
<u>Structure institutionnelle</u> - La mise en place d'un programme national de lutte contre le paludisme en 1998 et réseau de responsable paludisme à des différents niveaux (régional et district); - La locomotive pour certains programmes verticaux (PCIMEc ; pharmacovigilance ; RSS); - La disponibilité du document validé de PSN de lutte contre la maladie et de la politique national de santé communautaire (PNSC) - Le Plan opérationnel paludisme intégré dans le plan général annuel - Le Comité d'éthique national fonctionnel ; - La Politique de décentralisation en cours ; <u>Partenariat et gouvernance</u> - Un réseau de partenariat RBM fonctionnel et fort impliquant les parties prenantes nationales et internationales ; - Les campagnes MID sont une opportunité pour la coordination des partenaires de ce volet ; - Bonne gestion du Programme reconnue par tous les partenaires et ayant conduit l'augmentation du financement ; - Disponibilité des outils de support pour la supervision et la gestion des données ; - Engagement politique manifeste auprès des dirigeants et autorités du pays - Plusieurs Partenaires techniques et financiers du système de la santé.	- Insuffisance de la coordination des activités des multiples partenaires (politique« Trois Uns ») ; - Insuffisance des Ressources humaines - Qualité des ressources matérielles (informatiques, téléphonique...) - faible capacité de mise en œuvre des régions et districts situés dans les zones d'accès difficile ; - Insuffisance des compétences en gestion et planification du Programme à tous les niveaux ; - Insuffisance de l'appui technique et managérial des régions par le PNLP ; - Consolidation du PTA rendue difficile par l'arrivée des fonds non prévus de certains partenaires ; - Faible niveau d'Appropriation de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux ; - Qualité des données transmises par les niveaux périphériques ;
OPPORTUNITES	MENACES
- Engagement de l'Etat à travers la PNS - Implication de tous les partenaires (techniques et de recherche) dans la mise en œuvre des activités - Multi-source de financement	- Dépendance sur le financement extérieur (pérennisation de certaines interventions); - Lourdes procédures de déblocage des fonds par certains partenaires ; - Coordination et gestion des partenaires ; - Ingérence politique ; - Crise financière mondiale.

3.2.4.9 Gestion des approvisionnements des produits de lutte contre le paludisme

GESTION DES APPROVISIONNEMENTS DES PRODUITS	
FORCES	FAIBLESSES
- Existence d'une expertise nationale sur la chaîne de gestion des intrants à tous les niveaux - Existence de la Centrale d'achats pour l'acquisition des intrants de santé - Mise en place d'un système de suivi-évaluation du PGAS auprès du MINSAN - Acquisition et gestion de la chaîne d'approvisionnement suivant les normes ; - Existence et utilisation des outils de gestion à tous les niveaux - Analyse, quantification des besoins, détermination des spécifications techniques menées par le programme et en collaboration avec les parties prenantes ; - Système de pharmacovigilance mis en place ; - Implication des secteurs privés dans la gestion des intrants (gratuité des RDTs, ACTm au niveau des dépositaires et pharmacie d'officine) ; - Disponibilité d'un gestionnaire de pharmacie à différents niveaux ; - sources de financement interne et externes,	- Problèmes d'acquisition (quantification et l'estimation des besoins en intrants) - Problèmes de stockage (Absence des magasins et Mauvais stockage des intrants) - Problème de distribution du à une insuffisance des moyens logistiques et accessibilité dans les zones enclavées ; - Problème de suivi GAS (Qualité des outils de gestion des intrants, Manque de ressources humaines en GAS insuffisantes et non formé en PGAS)
OPPORTUNITES	MENACES
- Partage des spécifications techniques avec les partenaires de mise en œuvre ; - Existence d'un fort partenariat ; - Suivi de l'harmonisation des produits utilisés par le PNLP en collaboration avec le CNC ; - Implication des points focaux décentralisés	- Monopolisation du marché par un seul fournisseur ; - Remise en cause des procédures d'acquisition établies par certains fournisseurs ; - Financements tributaires du contexte sociopolitique du pays ; - Trop de formations sanitaires non-fonctionnelles

DEUXIEME PARTIE

DEUXIEME PARTIE : CADRE DU PLAN STRATEGIQUE 2013-2017

CADRE DU PLAN STRATEGIQUE 2013-2017

1 CADRE DU PLAN STRATEGIQUE

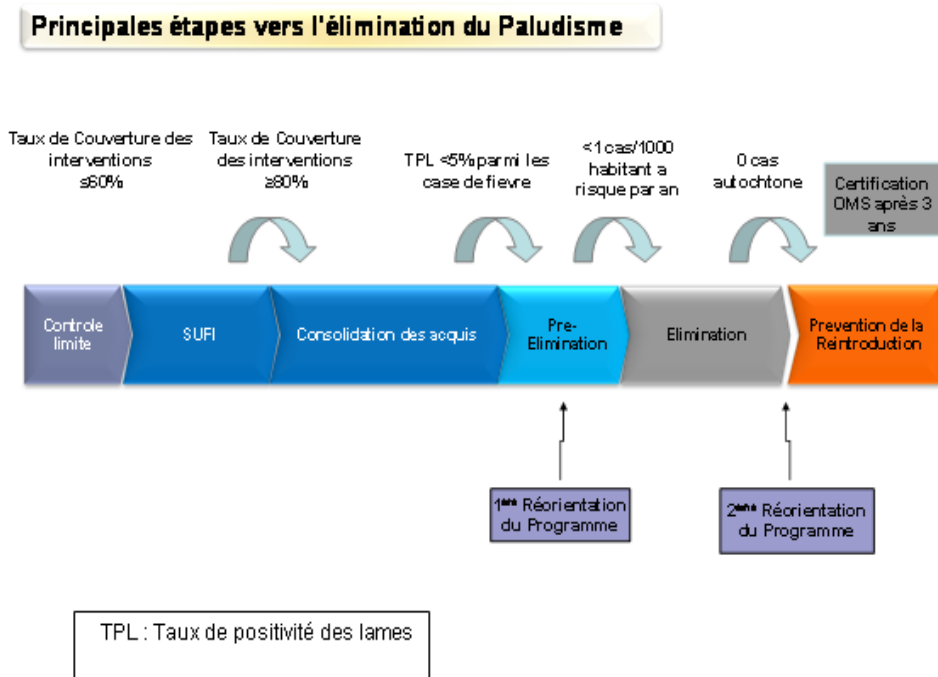
1.1 JUSTIFICATION

Le plan d'action mondial Roll Back Malaria définit la lutte contre le paludisme comme un continuum de deux principales étapes différentes bien que complémentaires :

- La mise à échelle pour l'impact avec comme objectif l'atteinte rapide de la couverture universelle de toute la population à risque au niveau local avec des interventions appropriées de lutte contre le paludisme soutenue par le renforcement du système de santé ;
- La conservation des acquis visant le maintien de la couverture universelle avec les principales interventions en continuant le renforcement du système de santé jusqu'à une couverture complète.

1.2 ETAPES VERS L'ELIMINATION

Figure 22 : Principales étapes vers l'élimination du paludisme



Madagascar est l'un des premiers pays à adopter le concept de SUFI dans la lutte. Plus de 5 millions de pièces d'habitation ont été aspergées d'insecticide en fin 2010 (rapport CAID 2010). Plus de 13 729 723 moustiquaires distribuées entre 2005 et 2011 à raison de deux moustiquaires par ménage (MIS).

La proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de SP au cours de visites prénatales est passée de 35,5% en 2005 (Enquête d'évaluation sur la stratégie de prévention du paludisme

pendant la grossesse, SLP) à 20,4 % en 2011 (EIPM).

Les TDR et les ACT ont été généralisés à la presque totalité des formations sanitaires publiques du pays pendant que la prise en charge des cas de fièvre au niveau communautaire est en train de se mettre en place au niveau de tout le pays avec des taux de plus de 35% dans les 47 districts d'intervention du

consortium des ONG. Comme résultat de cette progression vers la mise à échelle des interventions efficaces, Madagascar a enregistré des baisses significatives de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme contribuant ainsi à la réduction de la mortalité infantile toutes causes confondues conduisant ainsi le pays vers l'atteinte de l'objectif 4 des OMD.

1.3 PERSPECTIVES

Encouragé par ces résultats, Madagascar se fixe comme objectif de passer du SUFI vers la consolidation des acquis, étape clé dans le processus vers l'élimination. Dans les années à venir, Madagascar aura besoin de renforcer, de maintenir les progrès déjà réalisés, de s'assurer du contrôle qualité des services fournis et de consolider les interventions clés telles que la CAID, le diagnostic, la PEC communautaire et la surveillance épidémiologique. Ces étapes feront partie de la feuille de route vers l'élimination après 2012 au niveau des HTC, tout en atteignant une réduction de 90% de la morbidité dans les autres zones plus endémiques.

1.4 DETERMINANTS DE L'ÉLIMINATION

L'OMS a défini des repères épidémiologiques pour classer les pays en basse et moyenne transmission pour commencer une surveillance rigoureuse en vue de l'élimination. Si le taux de positivité des lames et/ou TDR chez les malades fébriles est inférieur à 5% ou l'incidence des cas de paludisme est moins de 5 p 1000 dans la population à risque, le pays ou le district dans certains cas peut être considéré comme en transition vers la pré élimination si certains facteurs sont bien en place.

La capacité du pays à mesurer et à connaître le taux d'incidence est une indication que le pays est prêt pour la pré-élimination. Les nouvelles étapes définies par le RBM et l'OMS pour le contrôle et l'élimination du paludisme peuvent être superposés à la terminologie utilisée durant le précédent programme d'éradication du paludisme initié dans les années 1950.

Le SUFI et la consolidation sont identiques à la phase d'attaque quand la prévalence est supérieure à 5 p 1000 habitants par an dans les zones à risque. La pré-élimination et l'élimination sont équivalentes à la phase de consolidation quand l'interruption de la transmission est atteinte. A la phase finale, la prévention de la ré-introduction de la transmission locale est maintenue pour 3 années consécutives au bout desquelles le pays peut obtenir de l'OMS sa certification d'élimination du paludisme.

A Madagascar, la pré-élimination commence à être effective dans certains districts selon les résultats de MPR. Dans les autres zones à haute transmission, Madagascar doit maintenir le taux de couverture universelle.

1.5 VISION

Madagascar sans paludisme. Un pays qui s'approprie sa santé.

1.6 BUT

Réduire jusqu'à près de zéro le décès du au paludisme d'ici fin 2017.

1.7 OBJECTIF GENERAL :

Réduire à moins de 5% la morbidité liée au paludisme au niveau de 50% des districts et à moins de 10% au niveau des autres districts d'ici fin 2017.

1.8 OBJECTIFS SPECIFIQUES :

D'ici fin 2017 :

Pour les districts en pré-élimination :

- 95% des structures sont aspergées dans les zones ciblées
- Mettre en place toutes les mesures de surveillance adéquates au niveau des zones de pré-élimination.
- Prendre en charge correctement au moins 95% des cas de paludisme vus au niveau des formations sanitaires.
- Prendre en charge correctement au moins 80% de cas de fièvre ou notion de fièvre au niveau communautaire dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes chez les enfants de moins de 5 ans
- Détecter et gérer correctement 100% des épidémies
- Amener au moins 85% des populations cibles des interventions par zone à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme
- Assurer une disponibilité permanente des moyens diagnostics et thérapeutique antipaludique dans au moins 95% des formations sanitaires.
- Assurer le contrôle qualité d'au moins 90% des données rapportées par les formations sanitaires sur la lutte contre le paludisme.

Pour les districts en phase contrôle :

- Amener au moins 90% de la population à utiliser les MID comme moyen de prévention
- Amener au moins 80% des femmes enceintes à observer le Traitement Préventif Intermittent (TPI) conformément à la Politique Nationale dans les zones ciblées.
- Prendre en charge correctement au moins 95% des cas de paludisme vus au niveau des formations sanitaires.

- Prendre en charge correctement au moins 80% de cas de fièvre ou notion de fièvre au niveau communautaire dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes chez les enfants de moins de 5 ans
- Détecter et gérer correctement 100% des situations d'urgence
- Amener au moins 85% des populations cibles des interventions par zone à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme
- Assurer une disponibilité permanente des moyens diagnostics et thérapeutique antipaludique dans au moins 95% des formations sanitaires.
- Assurer le contrôle qualité d'au moins 80% des données rapportées par les formations sanitaires sur la lutte contre le paludisme.

1.9 RESULTATS ATTENDUS SELON LES PHASES :

1.9.1 Résultats des districts en phase de contrôle (morbidity $\geq 5\%$)

▪ Districts en phase de mise à échelle (Districts dont la couverture des interventions $< 80\%$)

- Au moins 90% de la population sont protégés par les mesures préventives adéquates (CAID, MID, TPI) mises en place ;
- Au moins 95% des cas de paludisme sont correctement pris en charge au niveau des formations sanitaires (100% des cas des formations sanitaires du secteur public et au moins 80% des cas du secteur privé);
- Au moins 80% des cas de fièvre chez les enfants de moins de 5 ans sont correctement pris en charge au niveau communautaire dans les 24 h après l'apparition des signes ;
- 100% des épidémies sont détectées de manière précoce et contrôlées dans les 15 jours après l'alerte ;
- Au moins 90% des districts en zone de contrôle bénéficient d'un système de surveillance épidémiologique fonctionnel ;
- Au moins 90% des districts en zone de contrôle bénéficient d'un système de surveillance entomologique ;
- Au moins 01 étude sur les résistances aux antipaludiques sera menée tous les 2 ans au niveau des districts en zone de contrôle ;
- Au moins 80% des besoins en ressources humaines sont disponibles et opérationnels ;
- Au moins 80% des besoins financiers sont disponibles et mobilisés ;
- Au moins de 95% des formations sanitaires n'ont connu aucune rupture en RDT et ACT plus d'une semaine au cours des 03 dernier mois ;
- Au moins de 95% des formations sanitaires n'a connu aucune rupture en intrants pour la stratégie TPI (SP et MILD) plus d'une semaine au cours des 03 dernier mois
- Au moins 75 % des populations cibles des interventions par zone à adoptent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme

- Au moins 80% des données rapportées par les formations sanitaires sur la lutte contre le paludisme ont bénéficié d'un contrôle qualité adéquat.

▪ **Districts en phase de consolidation (Districts dont la couverture des interventions >=80%)**

- Au moins 90% de la population sont protégés par les mesures préventives adéquates (CAID, MID, TPI) mises en place ;
- Au moins 95% des cas de paludisme sont correctement pris en charge au niveau des formations sanitaires (100% des cas des formations sanitaires du secteur public et au moins 80% des cas du secteur privé);
- Au moins 90% des cas de fièvre chez les enfants de moins de 5 ans sont correctement pris en charge au niveau communautaire dans les 24 h après l'apparition des signes ;
- 100% des épidémies sont détectées de manière précoce
- 100% contrôlées dans les 15 jours après l'alerte.
- Au moins 90% des districts en phase de consolidation bénéficient d'un système de surveillance épidémiologique fonctionnel ;
- Au moins 90% des districts en phase de consolidation bénéficient d'un système de surveillance entomologique ;
- Au moins 01 étude sur les résistances à l'anti paludiques sera menée tous les 2 ans au niveau des districts en zone de contrôle ;
- Au moins 90% des besoins en ressources humaines sont disponibles et opérationnels ;
- Au moins 90% des besoins financiers sont disponibles et mobilisés ;
- Au moins de 95% des formations sanitaires n'ont connu aucune rupture en RDT et ACT plus d'une semaine au cours des 03 dernier mois ;
- Au moins de 95% des formations sanitaires n'ont connu aucune rupture en intrants pour la stratégie TPI (SP et MILD) plus d'une semaine au cours des 03 dernier mois ;
- Au moins 80% des populations cibles des interventions par zone à adoptent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme.
- Au moins 90% des données rapportées par les formations sanitaires sur la lutte contre le paludisme ont bénéficié d'un contrôle qualité adéquat.

1.9.2 Résultats des districts en phase de pré-élimination (morbidity <5%)

- Au moins 95% de la population cible sont protégés par les mesures préventives adéquates (CAID)
- Au moins 90% de la population cible sont protégées par les mesures préventives adéquates, MID);
- 100% des cas de paludisme sont correctement pris en charge au niveau des formations sanitaires (100% des cas des formations sanitaires publiques et 100% des cas du secteur privé sont correctement pris en charge);
- et 80% au niveau communautaire dans les 24h

- 100% des épidémies sont détectées de manière précoce et contrôlées dans les 15 jours après l'alerte
- 100% des districts ont un système de surveillance épidémiologique performant ;
- 100% des districts bénéficient d'un système de surveillance entomologique ;
- 100% des districts bénéficient d'un système de contrôle qualité de routine ;
- Aucune formation sanitaire n'a connu de rupture en intrants anti paludique intrants en RDT et ACT plus d'une semaine au cours des 03 derniers mois ;
- 100% des cas de paludisme diagnostiqués bénéficient d'une investigation complémentaire ;
- Au moins 80% des besoins financiers sont disponibles et mobilisés ;
- Au moins 80% des besoins en ressources humaines sont disponibles et opérationnels ;
- Amener au moins 85% des populations cibles des interventions par zone à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme ;
- 100% des données rapportées par les formations sanitaires sur la lutte contre le paludisme ont bénéficié d'un contrôle qualité adéquat.

1.9.3 Résultats des districts en phase d'élimination (morbidity <1/1000)

- 100% des cas de paludisme sont correctement et gratuitement pris en charge au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire (100% des cas des formations sanitaires publiques et 100% des cas du secteur privé sont correctement pris en charge);
- 100% des alertes sont détectées de manière précoce et contrôlées dans les 15 jours après l'alerte
- 100% des districts ont un système de surveillance épidémiologique performant ;
- 100% des districts bénéficient d'un système de surveillance entomologique ;
- 100% des districts bénéficient d'une surveillance météorologique ;
- 100% des districts bénéficient d'un système de contrôle qualité de routine ;
- Tous les cas de paludisme diagnostiqués bénéficient d'une investigation complémentaire ;
- 100% des besoins financiers sont disponibles et mobilisés ;
- 100% des besoins en ressources humaines sont disponibles et opérationnels avec une redéfinition de leurs rôles ;
- Au moins 85% des populations cibles des interventions par zone adoptent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme ;
- 100% des données rapportées par les formations sanitaires sur la lutte contre le paludisme ont bénéficié d'un contrôle qualité adéquat.

1.9.4 Résultats programmatiques transversaux

- Existence d'une Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme mise à jour
- Existence de Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme mis à jour
- Existence de Plan GAS, Plan de communication, Plan de Suivi et Evaluation
- Existence de Plan de développement des ressources humaines
- Existence de Plan de mobilisation des ressources nationales et internationales
- Réalisation périodique d'Enquêtes d'évaluation (MIS, EDS)
- Existence d'un Système de coordination effectif

2 INTERVENTIONS ET MISE EN ŒUVRE DES STRATEGIES

2.1 INTERVENTIONS EN FONCTION DES PHASES

2.1.1 Lutte anti vectorielle

Stratégies/interventions	Communes Zone Contrôle (Transmission élevée: Mise à Echelle des Interventions)	Communes Zone Contrôle (Transmission modérée: Consolidation des Interventions)	Communes Zone Pré- élimination (Transmission basse: Consolidation des Interventions)
AID (Couverture universelle)		✓	✓
AID (couverture focalisée en réaction à une épidémie).		✓	✓
Stratégies/interventions	Districts Zone Contrôle (Transmission élevée: Mise à Echelle des Interventions)	Districts Zone Contrôle (Transmission modérée: Consolidation des Interventions)	Districts Zone Pré élimination (Transmission basse: Consolidation des Interventions)
MID couverture universelle	✓	✓	
MID focalisée dans le foyer et population à haut risque			✓
MID de routine	✓	✓	
MID (couverture focalisée en réaction à une menace d'épidémie)		✓	✓

2.1.2 Prise en charge des cas

Stratégies/interventions	Districts Zone Contrôle (Transmission élevée: Mise à Echelle des Interventions)	Districts Zone Contrôle (Transmission modérée: Consolidation des Interventions)	Districts Zone Pré élimination (Transmission basse: Consolidation des Interventions)
PEC des cas			
Confirmation des cas (Diagnostic)	✓	✓	✓
Traitement non radical (CTA) pour cas confirmés	✓	✓	
Traitement radical (CTA+primaquine) pour cas confirmés			✓

2.1.3 Surveillance

Stratégies/interventions	Districts Zone Contrôle (Transmission élevée: Mise à Echelle des Interventions)	Districts Zone Contrôle (Transmission modérée: Consolidation des Interventions)	Districts Zone Pré élimination (Transmission basse: Consolidation des Interventions)
Surveillance épidémiologique hebdomadaire	✓	✓	✓
Dépistage actif en stratégie avancée au cours d'une épidémie (TDR/microscopie + traitement non radical)	✓	✓	
Détection active autour d'un cas diagnostiqué (TDR/Microscopie + PCR+ traitement radical)			✓

2.1.1 Autres interventions spécifiques

Stratégies/interventions	Districts Zone Contrôle (Transmission élevée: Mise à Echelle des Interventions)	Districts Zone Contrôle (Transmission modérée: Consolidation des Interventions)	Districts Zone Pré élimination (Transmission basse: Consolidation des Interventions)
Interventions Spécifiques			
TPI chez les Femmes enceintes	✓	✓	
Chimio prophylaxie chez les Voyageurs /migrants vers les zones/districts à haute endémicité	✓	✓	

2.1.2 Interventions de soutien

Stratégies/interventions	Districts Zone Contrôle (Transmission élevée: Mise à Echelle des Interventions	Districts Zone Contrôle (Transmission modérée: Consolidation des Interventions	Districts Zone Pré élimination (Transmission basse: Consolidation des Interventions
Interventions de soutien			
IEC/CCC, mobilisation communautaire	✓	✓	✓
IEC/CCC pour voyageurs et migrants		✓	✓
Surveillance basée sur le système de santé et communautaire efficace y compris le secteur privé	✓	✓	✓
Prévention et Riposte aux épidémies	✓	✓	✓
Planification et gestion efficaces du programme	✓	✓	✓
GAS efficace	✓	✓	✓
Bon contrôle de qualité et contrôle d'assurance	✓	✓	✓
Développement de capacité/supervision	✓	✓	✓
Suivi & évaluation (mensuel & stratégique)	✓	✓	✓

2.2 MISE EN ŒUVRE DES PRINCIPALES STRATEGIES

2.2.1 Campagne d'Aspersion Intra-Domiciliaire (CAID)

▪ Stratégie

La CAID constitue l'une des méthodes de contrôle du vecteur la plus efficace pour interrompre la transmission du paludisme. Elle consistera en l'organisation de campagnes d'aspersion avant le début de la saison de transmission, au niveau des zones d'interventions avant le pic de la transmission.

▪ Justification

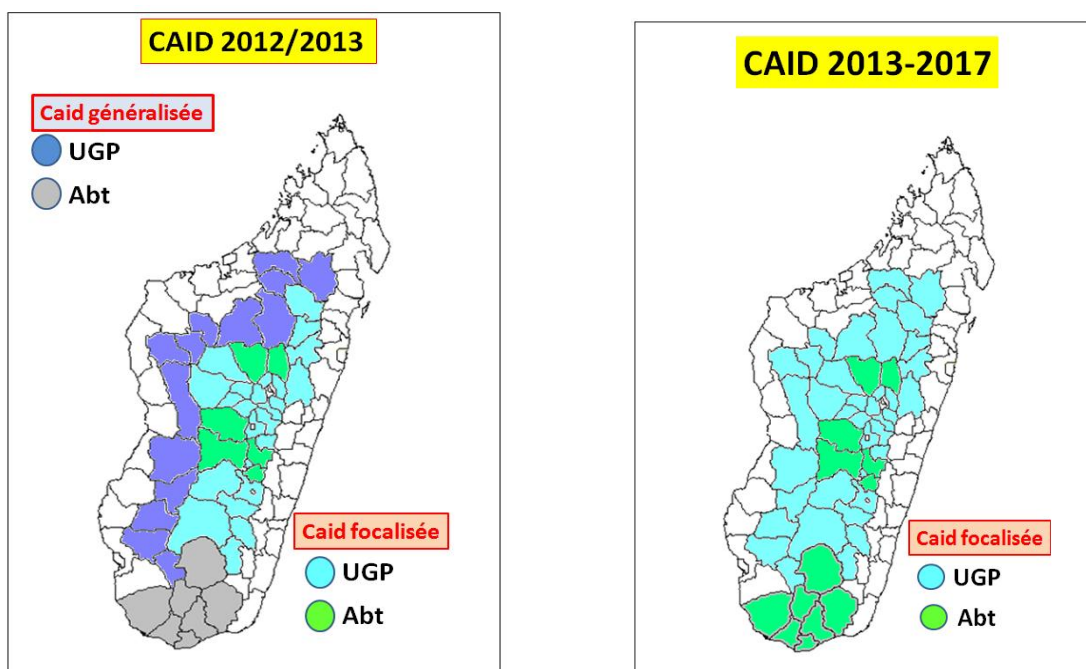
Madagascar a une longue expérience de la CAID dans la lutte contre le paludisme et a enregistré d'importants progrès dans ce domaine. En effet de 1997 à 2003, des campagnes généralisées de CAID ont été effectuées avec succès au niveau des HTC. Entre 2008 et 2012, l'objectif de la stratégie CAID généralisée combinée avec les autres stratégies était d'interrompre la transmission dans les zones à faible transmission et de réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme.

La CAID à couverture universelle a été réalisée : au niveau des HTC et des marges pendant 4 ans successifs (2007 – 2011), et 3 ans (2009 – 2012) au niveau des zones d'extension Sud et Ouest, et a protégé au moins 80% des ménages (MIS 2011).

La CAID combinée à la MID a réduit la morbidité palustre au niveau des marges et des zones d'extension. A partir de 2012, elle sera focalisée au niveau des communes sur la base des données épidémiologiques sur les HTC et marges et à partir de 2013 pour les zones d'extension Sud et Ouest. Des ripostes seront prévues dans les communes où des épidémies surviennent.

Une évaluation de l'efficacité de la combinaison des stratégies CAID et MIDs prévue en 2013 dans la recherche opérationnelle, permettra de réorienter les interventions.

Figure 23 : Cartographies CAID 2012 - 2017



- **Cibles de la CAID** : Communes des zones HTC ; Marges ; Sud ; Extension ouest ; selon le calendrier prévisionnel du PSN

Indicateurs	Base	Sources et Années	2013	2014	2015	2016	2017
Pourcentage de populations dans les zones ciblées (communes) couvertes par une pulvérisation intra-domiciliaire au cours des 12 derniers mois	80 %	MIS en 2011	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
Pourcentage de structures dans les zones (communes) ciblées couvertes par une pulvérisation intra-domiciliaire au cours des 12 derniers mois	80%	MIS en 2011	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%

- **Approches opérationnelles**

Stratégies/interventions	Principales activités	Responsables de MOE	Zones de MOE (Communes)
CAID	Planifier et évaluer les besoins	Coordonnateur National; Equipe Centrale	
	Lancer les commandes des matériels	Coordonnateur National; Equipe Centrale	
	Préparer la mise en œuvre	Equipes Centrale, Régionale, district	
	Assurer l'approvisionnement en insecticides et équipements pour les PID	PR et équipe centrale	Communes en zones de Contrôle et Communes en Zones de Pré élimination
	Mettre en œuvre la PID	PR, SR, SLAV, ABT, Equipes Centrale, Régionale et district,	Communes en zones de Contrôle et Communes en Zones de Pré élimination
	Superviser de la mise en œuvre	Equipes Centrale, Régionale et district	Communes en zones de Contrôle et Communes en Zones de Pré élimination
	Faire l'évaluation	Equipes Centrale, Régionale	Communes en zones de

		et district	Contrôle et Communes en Zones de Pré élimination
--	--	-------------	--

Recommandations pour l'équipe entomologie

- Suivre et réaliser les recommandations de MPR et de la conférence internationale du mois de novembre 2011 sur la lutte anti vectorielle.

Recommandations pour le service de surveillance épidémiologique

- Disposer de ressources pour les ripostes urgentes en cas d'épidémie ou reprise de la transmission ;
- Disposer des indicateurs parasitologiques et cliniques et de seuils critiques validés afin de pouvoir suspendre la CAID dans les zones de pré élimination.

2.2.2 Moustiquaires Imprégnées à efficacité Durable (MID)

▪ Stratégie

L'utilisation systématique de Moustiquaires Imprégnées à efficacité Durable (MID) est la mesure de protection individuelle recommandée dans les zones endémiques pour la population à risque, particulièrement les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Afin d'accélérer la couverture nationale en MID dans les zones recommandées par la stratégie et atteindre la couverture universelle de l'objectif de 01 MID pour 2 personnes, le programme recommande les stratégies de distribution à travers deux canaux que sont la distribution gratuite (à travers les campagnes et la routine) et la vente à prix fortement subventionné. Il est nécessaire de prendre en compte la durabilité des MID pour optimiser leur rentabilité et leur remplacement. Une forte mobilisation sociale accompagnée d'une communication pour le changement de comportement constitue la composante essentielle de cette stratégie.

▪ Justification

Les diverses études entreprises ailleurs dans le monde et en Afrique ont montré l'impact des MID comme méthode de prévention efficace du paludisme. Il a été ainsi démontré que l'utilisation correcte et continue des MID peut sauver la vie d'un enfant sur quatre et par conséquent, contribuer à la réduction d'environ 48% du nombre d'épisodes cliniques de paludisme. Des études entreprises au Kenya ont démontré que l'utilisation à grande échelle des MID peut contribuer à réduire de manière significative la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Dans la plupart des pays à forte endémicité palustre, la couverture en MID est encore en dessous des objectifs fixés. La meilleure façon pour une mise à l'échelle rapide de la prévention du paludisme est la distribution gratuite (campagne et routine) ou à un prix fortement subventionné (secteur privé). La distribution de MID doit être systématiquement accompagnée de fourniture d'un paquet d'informations relatives à leur utilisation (comment les suspendre, les utiliser et bien les entretenir).

L'effet de masse agit à 3 niveaux. Premièrement, la couverture de masse en MID réduit le nombre de moustiques dans la communauté (9, 12,14). Deuxièmement, la couverture de masse raccourcit la durée de vie des moustiques (12) réduisant ainsi la possibilité de maturation des sporozoïtes de Plasmodium et augmentant la diminution de la proportion de moustiques potentiellement infectants. Ainsi la possibilité de transmettre la maladie à d'autres personnes se trouve réduite. Troisièmement, avec certaines espèces d'anophèles la couverture de masse peut amener les moustiques à piquer les animaux plutôt que les hommes réduisant ainsi la transmission d'homme à homme.

▪ **Approches et Directives**

La stratégie de couverture universelle en MID consiste à fournir 1 MID pour 2 personnes. Deux (2) modes de distribution sont adoptés : la vente à un prix fortement subventionné ou marketing social (l'approche urbaine est une considération à prendre en compte) et la distribution gratuite, en vue de maintenir les acquis en matière de couverture. La distribution gratuite consiste en :

- une distribution gratuite ciblée, pendant les activités de routine dans les formations sanitaires publiques et privées des zones concernées qui est réservée pour les femmes enceintes, vue en CPN, et dès le premier contact, les enfants moins de un(1) an complètement vaccinés et ceux de un(1) à 5 ans vus en curative pour les problèmes de santé prioritaires.
- une distribution gratuite de masse, lors des campagnes qui cible la population en général.

▪ **Cibles MID**

INDICATEURS	Données de Base	Sources et Années	Objectif 2013	Objectif 2014	Objectif 2015	Objectif 2016	Objectif 2017
% de ménages possédant au moins 2 MID	59%	Enquête MIS 2011	80%	80%	85%	85%	90%
% de ménages ayant une MID pour 2 personnes	37,50%		60%	62%	80%	80%	80%
% de la population ayant dormi sous MID au cours de la nuit précédente	68,30%	Enquête MIS 2011	75%	75%	80%	85%	90%
% d'enfants âgés de moins de cinq ans ayant dormi sous MID au	71,20%	Enquête MIS 2011	86%	87%	88%	90%	90%

cours de la nuit précédente							
% des femmes enceintes ayant dormi sous MID au cours de la nuit précédente	76,60%	Enquête MIS 2011	85%	86%	88%	88%	90%
Nombre d'études réalisées sur la sensibilité du vecteur à l'insecticide	4						
% de MID distribuées utilisées	Rural : 86% Urbain : 88% Zone d'intervention : 87,6%		90%	92%	94%	94%	95%

▪ **Approches opérationnelles**

Stratégies interventions	Principales activités	Responsables de MOE	Zones de MOE (Districts)
MILD couverture universelle	Planification et évaluation des besoins	RBM, PR, PNLP et partenaires(CNC), DRSP, SDSP, CSB	Zones de contrôle
	Assurer l'approvisionnement en MID	PR, Partenaires	Zones de contrôle
	Mettre en œuvre la distribution des MID :	RBM, PR, PNLP et partenaires (CNC, ONG, SR), DRSP, SDSP, CSB, AC	Zones de contrôle
	Distribution gratuite ciblée, pendant les activités de routine des formations sanitaires	RBM, PR, PNLP et partenaires (CNC, ONG, SR), DRSP, SDSP, CSB, AC	
	Distribution gratuite: - de masse, lors des campagnes - lors de campagne de vaccination (rougeole, polio, SSME)	MSANP, DSME, DP, DPS, PNLP, Service de vaccination, partenaires, DRSP, SDSP, CSB, AC	
	1. Etape pré campagne : - Renforcement de la capacité des acteurs à tous les niveaux, - Dénombrement - Mobilisation sociale et le CCC ;	RBM, PR, PNLP et partenaires (CNC, ONG, SR), DRSP, SDSP, CSB, AC	Zones de contrôle
	2. Etape per campagne :	RBM, PR, PNLP et partenaires	Zones de

		(CNC, ONG, SR), DPS, DRSP, SDSP, CSB, AC	contrôle
	- Distribution et du retrait des MID par les bénéficiaires		
	3. Etape post campagne : - Suivi de la disponibilité dans les ménages - Assurer le suivi et évaluation de la mise en œuvre des activités - Assurer le suivi de l'utilisation des MID par les bénéficiaires - Mener une enquête post campagne de distribution	RBM, PR, PNLP et partenaires (CNC, ONG, SR), DPS, DRSP, SDSP, CSB, AC RBM, PR, Instat, PNLP et partenaires (CNC, ONG, SR), DPS, DRSP, SDSP	Zones de contrôle

Stratégies/interventions	Principales activités	Responsables de MOE	Zones de MOE (Districts)
MILD (couverture focalisée en réaction à une menace d'épidémie)	Mobiliser et acheminer les stocks de sécurité (ou d'urgence) de MID	MSANP, DSME, DP, DPS, PNLP, Service de vaccination, partenaires, DRSP, SDSP, CSB, AC	Zones de contrôle, zone de pré élimination
	Procéder à une étude de la situation, dont l'investigation entomologique afin de confirmer l'approche adoptée.	MSANP, BNGRC, PNLP, DP, DPS, 2DS, Partenaires, ONG, CNC, DRSP, SDSP, CSB, AC	Zones de contrôle, zone de pré élimination
	Mettre en œuvre la distribution des MID	MSANP, BNGRC, PNLP, DP, DPS, 2DS, Partenaires, ONG, CNC, DRSP, SDSP, CSB, AC	Zones de contrôle, zone de pré élimination
	Assurer le suivi et évaluation de la mise en œuvre des activités	MSANP, BNGRC, PNLP, DDS, Partenaires, ONG, CNC, DRSP, SDSP, CSB	Zones de contrôle, zone de pré élimination

2.2.3 Traitement Préventif Intermittent (TPIg) chez la femme enceinte

C'est une méthode de prévention du paludisme pendant la grossesse basée sur la prise de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP)

▪ Justification

Les effets néfastes du paludisme pendant la grossesse comportent l'infestation placentaire et l'anémie maternelle qui peuvent entraîner le faible poids à la naissance, l'avortement, l'augmentation de la mortalité néo-natale ou le décès de la mère en particulier chez les primigestes. Le TPI utilisé de manière correcte, peut contribuer à éviter toutes ces conséquences car il permet de nettoyer et d'éliminer les parasites du placenta.

▪ **Stratégie**

Depuis 2004, le PNLP recommande l'administration gratuite de 3 comprimés de SP en prise unique, supervisée. La SP doit être administrée deux (2) fois au cours de la grossesse. Les prises sont espacées d'au moins un mois d'intervalle. La première dose sera donnée après la perception des mouvements fœtaux par la mère, généralement après 16 semaines de grossesse. Une troisième dose est recommandée pour les femmes enceintes séropositives. L'IEC/CCC joue un rôle important dans la mise en œuvre de cette stratégie. La stratégie inclut donc : la consolidation du TPI dans toutes les zones de contrôle et la sensibilisation des femmes enceintes au niveau communautaire pour compléter les CPN et adhérer à la stratégie.

▪ **Cibles du TPI**

Indicateur	Base	Source et Année	2013	2014	2015	2016	2017
Pourcentage de femmes ayant reçu au moins deux doses de traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme au cours de leur dernière grossesse (au cours des deux dernières années)	22% (dans les districts ciblés)	Enquête MIS 2011	30%		40%		50%
Pourcentage de femmes ayant reçu 2 doses de traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme parmi les femmes vues en CPN1	55%	RMA de routine paludisme 2011	65%	70%	75%	80%	85%
Pourcentage de femmes ayant reçu 1 dose de traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme parmi les femmes vues en CPN1	72%	RMA de routine paludisme 2011	75%	80%	85%	90%	95%

Pourcentage de femmes ayant reçu 2 doses de traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme parmi les grossesses attendues	27,8%	RMA de routine paludisme 2011	40%	50%	60%	70%	80%
--	-------	-------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----

■ Approches opérationnelles

Au niveau des zones de pré-élimination, la stratégie TPI ne s'applique pas.

Au niveau des zones de contrôle :

. La SP est administrée pendant les consultations prénatales recentrées² (CPN), les stratégies avancées conduites par les formations sanitaires, les Semaines de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME) qui sont organisées deux fois par an. Les deux dernières stratégies sont prévues pour atteindre les populations des zones éloignées ayant des difficultés d'accès aux centres de santé.

. Une recherche active des FE perdues de vue pour la deuxième prise sera effectuée par les Agents Communautaires (AC). La sensibilisation, à travers les AC, le réseau des ONG, les radios locales joue un rôle important dans la mise en œuvre de cette stratégie.

Stratégies/interventions	Principales activités	Responsables de MOE	Zones de MOE (Districts)
Chimio prophylaxie chez les femmes enceintes: TPI	Améliorer le système de gestion, approvisionnement et stockage de SP ;		Zones en phase de contrôle
	Intégrer le TPI dans les activités de CPN recentrée, les stratégies avancées et dans les semaines de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME)	PNLP, DSM, Régionaux, SDSD, Prestataires des CSB	Zones en phase de contrôle
	Assurer la distribution en routine des MID au cours des CPN	Prestataires des CSB	Zones en phase de contrôle
	Superviser les activités de prévention du Paludisme pendant la Grossesse (PPG) ;	PNLP, RRP, SDSD,	Zones en phase de contrôle
	Effectuer une recherche active des FE perdues de vue pour la deuxième par les Agents Communautaires (AC).	Prestataires des CSB, AC	Zones en phase de contrôle

² Le TPI est intégré dans le paquet d'activités de la CPN recentrée.

	Assurer la surveillance de la résistance à la SP		Zones en phase de contrôle
Chimio prophylaxie chez les Voyageurs /migrants vers les zones/districts à haute endémicité	Chimio prophylaxie chez les Voyageurs /migrants vers les zones/districts à haute endémicité	Prestataires CSB, CHD	Zone en phase de contrôle, zone en phase de pré élimination, zone en phase de pré élimination

2.2.4 Prise en charge des cas

▪ Justification

La prise en charge précoce et correcte des cas de paludisme permet de réduire la mortalité et les charges socio-économiques engendrées par la maladie. Par ailleurs, le traitement des cas avec des médicaments efficaces influe aussi sur la morbidité et la mortalité imputables au paludisme. C'est ainsi que les combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine (ACT) agissent sur la biomasse parasitaire et les gamétocytes coupant ainsi la chaîne de transmission de la maladie. Dans les zones rurales de Madagascar, l'accès aux centres de santé est difficile de par les contraintes relevant entre autres de la distance, de la faiblesse des revenus, et des voies de communication (32 % de taux d'utilisation des centres de santé/EPM 2011). Compte tenu de cette situation et de la nouvelle politique nationale de santé communautaire (PNSC) élaborée en janvier 2009, la prise en charge communautaire des cas de fièvre constitue une stratégie cruciale et complémentaire à celle appliquée dans les formations sanitaires.

▪ Stratégie

Les approches de mise en œuvre de la PEC sont :

- la confirmation biologique de tous les cas suspects de paludisme par l'utilisation des tests de diagnostic rapide (RDT) dans les CSB et au niveau communautaire ou la microscopie au niveau des centres hospitaliers ;
- En cas de diminution des cas à moins de 5% (phase de pré élimination) dans le pays, l'utilisation des RDT sera progressivement couplée avec la microscopie et les résultats seront confirmés par biologie moléculaire à posteriori (papier buvard) ;
- Le traitement des cas simple au niveau des centres de santé de base ;
- La prise en charge des cas grave au niveau des hôpitaux ;
- la prise en charge des cas de fièvre au niveau communautaire chez les enfants de moins de 5 ans, intégrée dans la PCIMEc (Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfant) ;
- l'introduction des RDT au niveau communautaire dans le cadre de la mise en œuvre de la PCIMEc ;
- L'administration du traitement pré référentiel des cas graves ;
- La mise à disponibilité des intrants au niveau du secteur privé (RDT, Microscopie, ACT) ;

- le renforcement de l'assurance qualité des médicaments antipaludiques, de la pharmacovigilance, de l'utilisation rationnelle des médicaments ;
- la mise en place d'un système d'assurance qualité pour la microscopie et les RDT à l'échelle nationale ;
- le renforcement de la surveillance de la résistance des parasites aux antipaludiques
- la formation et remise à niveau des compétences des agents de santé effectuant la prise en charge ;
- la supervision des agents de santé formés en PEC.

▪ **Approches et Directives**

Diagnostic

- Le diagnostic consiste dans la confirmation biologique de tous les cas suspects de paludisme par l'utilisation des tests de diagnostic rapide (RDT) dans les CSB ou la microscopie au niveau des centres hospitaliers. Dans les districts avec un taux de positivité inférieur à 5 % (phase de pré élimination) l'utilisation des RDT sera progressivement couplée avec la microscopie pour confirmer le diagnostic du paludisme. En outre, un prélèvement sur papier buvard sera effectué pour vérification par biologie moléculaire dans ces zones. Les Centres de diagnostic et traitement (CDT) de la tuberculose et les CH de proximité seront inclus dans le circuit de lames pour la confirmation du diagnostic.

-

Traitement des cas de paludismes simples

- Le traitement de première intention pour les cas de paludisme simple à Madagascar est la combinaison Artésunate+Amodiaquine quelle que soit la zone d'intervention. Le traitement de deuxième intention est l'Artéméther+Luméfantrine. La première prise doit être supervisée par le prestataire.
- Dans les zones en pré-élimination une dose unique de primaquine sera ajoutée à ce traitement pour éliminer les gamétocytes. La primaquine est contre-indiquée chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 4 ans.
- Chez la femme enceinte la prise en charge est faite avec la quinine sous forme comprimé pendant le premier trimestre de la grossesse. L'ACT est recommandé à partir du deuxième trimestre de la grossesse.
- Un accès palustre chez un malade infecté par le VIH et sous zidovudine ou efavirenz est traité avec l'antipaludique de deuxième ligne.

Traitement pré-référentiel

- L'administration du traitement pré référentiel des cas graves : En cas de paludisme grave, le site communautaire et les CSB doivent référer en urgence le patient vers un centre avec un plateau technique adéquat après administration d'Artésunate suppositoire pour les enfants de moins de 5 ans. La forme injectable est utilisée pour les 5 ans et plus au niveau CSB.

Traitement des cas graves

- La prise en charge des cas graves au niveau des hôpitaux : L'Artésunate Injectable est le traitement de choix pour les cas de paludisme grave, à défaut utiliser la quinine en perfusion.

Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau communautaire PCIMEc

- la prise en charge des cas de fièvre au niveau communautaire chez les enfants de moins de 5 ans, intégrée dans la PCIMEc (Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfant) et l'introduction des RDT au niveau communautaire dans le cadre de la mise en œuvre de la PCIMEc ; La prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire s'effectue à travers l'approche PCIMEc qui intègrent les trois maladies les plus courantes chez les enfants de moins de 5 ans (le paludisme, les Infections Respiratoires Aigües et la diarrhée). La prise en charge des cas de paludisme assurée par les Agents Communautaires comporte la confirmation du diagnostic par les RDT et le traitement des cas simples par l'ACT. Les cas de paludisme graves seront référés au CSB le plus proche, après administration d'Artésunate suppositoire. Afin d'assurer la disponibilité permanente des intrants, les médicaments sont vendus à prix subventionné. Des traitements adjuvants peuvent être prescrits selon les symptômes présentés par le patient et sont payants.

Pharmacovigilance

- le renforcement de l'assurance qualité des médicaments antipaludiques, de la pharmacovigilance, de l'utilisation rationnelle des médicaments : La pharmacovigilance a pour but principal d'améliorer la sécurité des patients par la surveillance continue de l'impact sanitaire de l'utilisation des médicaments antipaludiques et par l'évaluation du rapport bénéfice/risque de ces derniers. Ainsi, les activités de la pharmacovigilance sont axées sur la détection des EIM et de tous les problèmes liés à l'utilisation des médicaments antipaludiques.
- Les cas des EIM constatés par les AC sont référés en urgence au CSB le plus proche pour la prise en charge et notification

Système d'Assurance/Contrôle Qualité

- la mise en place d'un système d'assurance qualité pour la microscopie, les RDT et les antipaludiques à l'échelle nationale :

Le système d'Assurance/Contrôle Qualité pour la microscopie et les RDT vise à renforcer les capacités des techniciens de laboratoire et autre personnel formé sur le diagnostic du paludisme, améliorer leurs conditions de travail et vérifier la qualité des intrants. En outre, il a l'objectif d'assurer la prise en charge correcte des patients en favorisant un climat de confiance entre les techniciens et les prestataires de santé, ainsi que la satisfaction finale du patient.

Le système d'Assurance/Contrôle Qualité pour les antipaludiques vise à assurer la bonne qualité des médicaments recommandés par la politique nationale pour la prise en charge

▪ Cibles de la PEC

Indicateurs	Zone	Valeurs de base			Objectifs				
		Baseline	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017
Proportion de cas de fièvre correctement pris en charge au niveau de la communauté dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes	Contrôle	5%	2011	MIS	35%	50%	60%	70%	80%
	Pré-élimination	5%	2011	MIS	40%	55%	65%	75%	85%
Nombre de cas de fièvre correctement pris en charge au niveau de la communauté dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes.	Contrôle	58	2011	MIS					> 90%
	Pré-élimination			MIS					> 95%
Proportion des cas de Paludisme confirmés traités correctement* au niveau des CSB publiques et privés	Contrôle	96,8%	2011	GMP PNLP	98%	98%	98%	98%	98%
	Pré-élimination	96,4%			98%	98%	98%	98%	98%

▪ **Approches Opérationnelles**

Stratégies	Principales activités	Responsables de MOE	Zones de MOE (districts)
Confirmation des cas (Diagnostic)	Assurer la disponibilité des intrants (RDT, microscopie et papier buvard) au niveau du secteur public et privé	Central (GAS) et partenaires	Tous districts <u>CSB</u> : RDT et circuit de lames et prélèvements sur PB (épidémie) dans les zones de pré élimination <u>CH</u> : microscopie et RDT (ATU et labo)
	Confirmer par biologie moléculaire les cas de paludisme détectés dans les zones de pré élimination	Central, partenaires (instituts de recherche)	Niveau central
	Assurer la formation et la remise à niveau des compétences des agents de santé effectuant le diagnostic	Central, Régional, Partenaires	Tous les districts
	Assurer l'utilisation des moyens de diagnostic (RDT et microscopie) au niveau des secteurs public et privé par des visites de supervision	Central, Régional, Districts et partenaires	Tous districts <u>CSB</u> : RDT et circuit de lames dans les zones de pré élimination <u>CH</u> : microscopie et RDT (ATU et labo)
	Assurer la disponibilité des intrants (RDT) au niveau communautaire	Central (GAS) et partenaires	Tous districts
	Assurer l'utilisation des RDT au niveau communautaire dans le cadre de la mise en œuvre de la PCIMEc	CSB et ONG	CSB et ONG ayant des AC effectuant le diagnostic
	Consolider le système 'Assurance/Contrôle Qualité pour la microscopie et les RDT (RDT, circuit de contrôle de lame, accréditation, vérification de compétence par lames de collection)	Central, Régional, Districts, Partenaires	Tous districts

Stratégies/ interventions	Principales activités	Responsables de MOE	Zones de MOE (Districts)
Traitement non radical (CTA) pour cas confirmés	Rendre disponible des médicaments antipaludiques	PNLP, PR, Responsable régional, Service de District Sanitaire	Zone en phase de contrôle
	Traiter les cas de fièvre au niveau communautaire chez les enfants de moins de 5 ans, intégrée dans la PCIMEc (Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfant)	Agents communautaires	Zone en phase de contrôle, zone en phase de pré élimination, zone en phase d'élimination
	Traiter les cas de paludisme simples au niveau des CSB (ACT)	Prestataires au niveau formation sanitaire publiques et privées	Zone en phase de contrôle, zone en phase de pré élimination, zone en phase d'élimination
	Administer le traitement de pré-référence aux cas graves/complicés au niveau communautaire et/ou CSB : Artésunate suppositoire (AC, CSB) ou injectable (CSB)	Prestataires au niveau formation sanitaire publiques et privées	Zone en phase de contrôle, zone en phase de pré élimination, zone en phase d'élimination
	Traiter les cas graves au niveau hospitalier : Artésunate injectable à relayer par l'ACT par voie orale	Prestataires de soins au niveau des centres hospitaliers	Zone en phase de contrôle, zone en phase de pré élimination, zone en phase d'élimination
	Assurer la pharmacovigilance	Tous prestataires de soins au niveau des formations sanitaires (CSB publics, privés, centres hospitaliers)	Zone en phase de contrôle, zone en phase de pré élimination, zone en phase d'élimination
	Renforcer l'assurance qualité des médicaments antipaludiques	DAMM, Points focaux Pharmacovigilance, prestataires de soins Centres hospitaliers, tous CSB	Zone en phase de contrôle, zone en phase de pré élimination, zone en phase d'élimination
	Renforcer la surveillance de la résistance des parasites aux antipaludiques à travers le réseau d'étude de la résistance (RER).	SPCP, Slabo	Zone en phase de contrôle, zone en phase de pré élimination, zone en phase d'élimination
Traitement radical (CTA+primaquine) pour cas confirmés	Rendre disponible des médicaments anti-paludiques	PNLP, PR, Responsable régional, Service de District Sanitaire, Prestataires CSB	Zone en phase de contrôle, zone en phase de pré élimination, zone en phase d'élimination
	Traiter les cas de fièvre au niveau communautaire chez les enfants de moins de 5 ans, intégrée dans la PCIMEc (Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfant)	CSB	Zone en phase de contrôle, zone en phase de pré élimination, zone en phase d'élimination
	Traiter les cas de paludisme simples au niveau des CSB (ACT+ primaquine)	Prestataires de soins au niveau des CSB publics et privés	Zone en phase de pré élimination, zone en phase d'élimination
	Administer le traitement de pré-référence aux cas graves/complicés au niveau communautaire et/ou CSB : Artésunate suppositoire (AC, CSB) ou injectable (CSB)	CSB	Zone en phase de contrôle, zone en phase de pré élimination, zone en phase d'élimination

	Traiter les cas graves au niveau hospitalier : Artésunate injectable à relayer par l'ACT par voie orale	Prestataires de soins au niveau des centres hospitaliers	Zone en phase de contrôle, zone en phase de pré élimination, zone en phase d'élimination
	Assurer la pharmacovigilance	DAMM, Points focaux Pharmacovigilance, prestataires de soins Centres hospitaliers, tous CSB	Zone en phase de contrôle, zone en phase de pré élimination, zone en phase d'élimination
	Renforcer l'assurance qualité des médicaments antipaludiques	DAMM, Points focaux Pharmacovigilance, prestataires de soins Centres hospitaliers, tous CSB	Zone en phase de contrôle, zone en phase de pré élimination, zone en phase d'élimination

2.2.5 Préparation et riposte aux épidémies et situation de recrudescence

▪ Justification

La mise à l'échelle de ces stratégies aura comme conséquence la diminution très importante de la morbidité et de la mortalité pouvant entraîner un changement du profil épidémiologique de la maladie. Cette nouvelle situation va occasionner chez les sujets une diminution de l'immunité pouvant être à la base d'éclosions d'épidémies. D'où la nécessité de mettre en place un système de veille combinant la surveillance de la maladie, le suivi de la résistance aux antipaludiques et aux insecticides.

▪ Stratégie

La stratégie consiste à mettre en place des mécanismes permettant d'améliorer le système de surveillance du paludisme dans le cadre du continuum vers l'élimination de la maladie à Madagascar. Le système de prévention et de contrôle des épidémies / des recrudescences est actuellement basé sur un système d'alerte précoce permettant de prévoir toute épidémie/recrudescence potentielle de paludisme, en fonction des données hebdomadaires de notification des cas au niveau des CSB, sur l'utilisation des seuils et sur les données climatiques.

Pour les zones de contrôle, des plans de riposte seront élaborés pour faire face à d'éventuelle recrudescence de cas de paludisme. Des kits d'urgence (antipaludiques, tests rapides, MID) seront pré-positionnés.

Zones de pré élimination :

Des plans de riposte seront élaborés pour faire face à d'éventuelles éclosions d'épidémie de paludisme. Des kits d'urgence (antipaludiques, tests rapides, insecticides, ...) sont pré-positionnés dans tous les districts prédisposés aux épidémies.

▪ **Approches et Directives**

La surveillance épidémiologique et la riposte aux situations d'urgence doivent être adaptées aux changements de la stratification épidémiologique. La redéfinition des directives de la surveillance épidémiologique et de la riposte se fera selon les deux zones épidémiologiques, zone de pré élimination et zone de contrôle. Le plan stratégique 2013-2017 respectera les recommandations issues récemment des différentes séries d'évaluations et d'échanges.

Renforcement institutionnel

Le service de surveillance épidémiologique élaborera un organigramme adapté à ses Termes de Référence dont l'accomplissement sera conditionné par les disponibilités des différentes ressources (humaine, logistique et financière). Des réunions périodiques et ponctuelles seront organisées avec le sous-comité surveillance épidémiologique du partenariat RBM.

Amélioration de la surveillance épidémiologique

Les directives réactualisées fixent les seuils selon les zones permettant de déclencher une alerte/action de riposte et détaillent les modalités opératoires de la vérification d'alerte multidisciplinaire et multisectorielle, de l'information /confirmation d'épidémie/recrudescence, de la notification des résultats de la vérification et de la riposte.

Dans la zone de pré élimination un (01) cas équivaut à une (01) alerte et fait l'objet de vérification et de recherche active d'autres cas éventuels.

Dans la zone de contrôle le seuil d'alerte est estimé à partir des données d'au moins 3 dernières années (moyenne + 2 écarts-type).

Les moyens pour garantir la qualité des informations sont fournis à chaque niveau (OG, moyens de communication, moyens de déplacement, supervisions).

L'élaboration des modules de formation en surveillance épidémiologique, l'organisation de la formation des formateurs, l'organisation des formations en cascade à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont effectuées.

Les RRP/RDP/PSSE assurent l'identification et le suivi des facteurs de prédiction/prévention/détection précoce d'épidémie / recrudescence spécifiques à chaque district. Le maintien de la couverture escomptée en sites sentinelles pour appuyer les CSB/Districts sanitaires dans la détection des épidémies/recrudescences et l'application au niveau opérationnel des directives reste pertinent compte tenu de l'augmentation progressive des zones à faible transmission. Les districts et les CSB sont renforcés en termes de ressources et de capacité. Les activités de suivi-évaluation renforcent les acquis et minimisent les failles.

L'implication de parties prenantes (établissements scolaires, différentes associations, ONG, autorités locales et religieuses) dans le système de pré alerte, en signalant les cas de fièvre ou cas

d'absentéisme à l'agent communautaire est impérative. Ce dernier assurera en premier lieu l'investigation.

Renforcement de capacités de riposte aux épidémies et situation d'urgence

- Un plan de riposte adéquat à une épidémie ou une recrudescence doit être disponible dans tous les districts, à priori dans les zones à hauts risques, les zones de pré élimination. Il fait ressortir les différentes étapes de la riposte exécutées par l'équipe d'intervention de chaque niveau et coordonnées par le comité de lutte. Il doit refléter la multisectoralité et la multidisciplinarité et l'adéquation des activités de riposte selon les zones épidémiologiques (zone de contrôle, zone de pré élimination). Ce plan comprendra des volets de suivi évaluation, les rôles et responsabilités des différents acteurs et les mécanismes de mobilisation des stocks épidémiques et du budget nécessaire.
- Le traitement radical est utilisé pour la prise en charge des cas en zone de pré élimination.
- Les activités d'IEC/CCC seront systématiques et adaptées selon la situation.
- L'AID sera systématique en zone de pré élimination. Dans le cas où la présence des vecteurs est confirmée, notamment au début de l'épidémie, elle sera effectuée dans la commune de rattachement et/ou les communes contigües sauf si elle se situe à la fin de la période de transmission.
- L'élaboration des modules de formation en riposte, l'organisation de la formation des formateurs, l'organisation des formations en cascade à tous les niveaux de la pyramide sanitaire seront effectuées. Les curricula de formation sur la surveillance épidémiologique et la riposte seront compilés dans un même document et les sessions de formation seront jumelées.

▪ **Cibles de la Surveillance Epidémiologique**

Indicateurs	Zone	Valeurs de base			Objectifs				
		Baseline	Année	Source	2013	2014	2015	2016	2017
%d'épidémies détectées et contrôlées dans délai de deux semaines	Zone de pré-élimination	100%	2010	Rapp PSSE	100%	100%	100%	100%	100%
	Zone de contrôle	ND			92%	93%	94%	95%	≥95%
%d'alerte vérifiée	Zone de pré-élimination	100%	2010	Rapp PSSE	100%	100%	100%	100%	100%

	Zone de contrôle	ND				92%	93%	94%	95%	≥95%
Pourcentage de cas testés au cours de l'investigation sur terrain par dépistage actif : Nombre de cas testés/Nombre de cas à cibler (20 ménages autour du foyer) x 100	Pré élimination	ND					90%	92%	95%	>95%
	Contrôle	ND					NA	NA	NA	NA
Pourcentage de cas testés au cours de l'investigation sur terrain par recherche active : Nombre de cas testés/20% de la population du Fokontany x 100	Pré élimination	ND					90%	92%	95%	>95%
	Contrôle	ND					90%	92%	95%	>95%
Pourcentage de cas confirmés et traités correctement selon le protocole national au cours de l'investigation des situations d'urgence	Zone de pré-élimination						100%	100%	100%	100%
	Zone de contrôle						100%	100%	100%	100%

▪ **Approches opérationnelles**

Autres Stratégies	Principales activités	Responsables de MOE	Zones de MOE (Districts)
Surveillance basée sur le système de santé et communautaire efficace y	Assurer l'identification et le suivi des facteurs de prédiction/prévention/détection précoce d'épidémie spécifique à chaque district par les RRP/RDP/PSSE.	CSB/SDSP/RRP/PNLP	Tous les SDSP
	Renforcer les postes sentinelles PNLP/Partenaires	CSB/SDSP/RRP/PNLP	SDSP élimination

compris le secteur privé	Assurer le suivi journalier des indicateurs épidémiologiques	CSB/SDSP/RRP/PNLP	SDSP élimination
	Assurer l'implication de parties prenantes dans le système de pré alerte	COMMUNAUTAIRE /CSB/SDSP/RRP/PNLP	SDSP élimination
	Mettre en place un système de surveillance épidémiologique communautaire	COMMUNAUTAIRE /CSB/SDSP/RRP/PNLP	SDSP élimination et contrôle
Prévention et Riposte aux épidémies	Rendre disponible un plan de riposte adéquat à une épidémie ou une situation d'urgence	PNLP/RRP/SDSP	Tous les SDSP
	Assurer la mobilisation efficace et rapide des stocks épidémiques	PNLP/RRP/SDSP	Tous les SDSP
	Assurer la mobilisation efficace et rapide des ressources financières, humaines et matérielles	Communauté /PNLP/RRP/SDSP	Tous les SDSP
	Investiguer et effectuer des recherches actives autour du foyer.	Communauté /SDSP/RRP	Tous les SDSP en cas d'alerte
	Mener des investigations entomologiques	Communes concernés à la demande	Communes concernées à la demande
	Rendre disponibles les moyen de prévention MID, CAID (focalisé en zone de contrôle) TPI(en zones de contrôle)	SDSP	SDSP à risque épidémique
	Instaurer un traitement adéquat (radical en zone de pré élimination et selon l'espèce plasmodiale et classique)	SDSP/CSB de pré élimination	SDSP/CSB de pré élimination
	Effectuer des activités d'IEC/CCC	SDSP/CSB/Communauté	SDSP/CSB/Communauté
	Assurer le suivi évaluation	RRP/SDSP/CSB/Communauté	RRP/SDSP/CSB/Communauté

2.2.6 Promotion de la Santé/CCC

▪ Justification

Du fait que 40% de la population n'ait pas accès aux FS et que 41.5%(EDS 2008-2009) n'ont aucun accès aux médias, les actions de mobilisation sociale menées par les AC viennent compléter les interventions menées à travers les médias et le système de santé national. C'est pourquoi la lutte contre le paludisme doit être basée sur un engagement des communautés des décideurs afin d'obtenir une appropriation des actions qui y seront menées et d'aboutir aux changements de comportements souhaités :

- Recours aux soins dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes ;

- Utilisation correcte et régulière des MID dans les zones cibles ;
- Adhésion des populations à l'AID et aux aspects environnementaux qui y sont liés ;
- Adhésion des populations à l'utilisation correcte des services de CPN et du TPI.

Les agents de santé constituent aussi un moyen de communication des messages clés sur le paludisme et il est capital d'améliorer leur compétence en matière d'IEC. De même, la résolution des déterminants du paludisme requièrent des actions des différents secteurs, autres que la santé.

▪ Stratégie

Il s'agit essentiellement de renforcer et de coordonner le plaidoyer, la promotion des actions intersectorielles, les actions de communication et de mobilisation sociale dans le cadre de la lutte contre le paludisme. Les intervenants à tous les niveaux doivent jouer un grand rôle dans la mise en œuvre de cette stratégie.

▪ Cibles et indicateurs

Indicateurs	Zone	Valeurs de base			Objectifs				
		Bas elin e	Ann ée	Source	2013	2014	2015	2016	2017
% des personnes responsables d'enfants qui ont eu recours aux soins des AC ou des AS dans les 24 heures après l'apparition des signes évocateurs de paludisme chez les enfants de moins de 5ans	Contrôle et pré-élimination	ND			25%	35%	50%	60%	75%
Pourcentage de chefs de ménage qui connaissent au moins deux mesures de prévention du paludisme	Contrôle et pré-élimination	ND			25%	35%	55%	70%	85%
Proportion des comités intersectoriels érigés fonctionnels (critères de fonctionnalité à identifier)	Contrôle et pré-élimination	ND			20%	50%	60%	70%	80%
Proportion des agents de santé formés sur la promotion de la santé pour la lutte contre le paludisme	Contrôle et pré-élimination	ND			60%	80%	90%	100%	100%

Proportion des agents communautaires formés pour la communication de messages clés contre le paludisme selon les normes	Contrôle et pré-élimination	ND			60%	80%	90%	100%	100%
---	-----------------------------	----	--	--	-----	-----	-----	------	------

▪ Approches et Directives

Renforcement du plaidoyer

Il est important d’obtenir et de maintenir l’engagement des décideurs à tous les niveaux en matière de lutte contre le paludisme. En plus de leur engagement, la détermination des actions concrètes et la mobilisation des ressources qui faciliteront la lutte contre le paludisme au niveau des communautés seront visés à travers le plaidoyer. L’établissement d’un partenariat concrétisera l’engagement des acteurs clés, notamment les opérateurs privés et les médias. Ainsi, les Comites intersectoriels de lutte contre le paludisme à différents niveaux seront redynamisé ou à ériger par le PNLP et ses partenaires.

Afin d’assurer l’harmonisation, la synergie des activités et l’alignement des partenaires du PNLP, des directives claires seront définies, des outils de plaidoyer seront mis à la disposition des acteurs. Des réunions périodiques de coordination seront réalisées par ces comités intersectoriels. L’inventaire et le mapping des acteurs précéderont l’élaboration d’un plan national de plaidoyer lequel comprendra les objectifs, les cibles, les indicateurs et les activités à mener. Le processus de mise en œuvre des activités répondra aux normes. De plus, pour assurer l’effectivité des activités, un suivi, et à terme, une évaluation, seront programmés.

Toute action de plaidoyer à tous les niveaux devra aboutir à l’adoption d’un plan d’engagement qui précisera les grandes activités, les cibles, les moyens ou ressources mobilisées et le chronogramme. En outre, la documentation des acquis et aussi leur publication de façon périodique dans le site du Ministère en charge de la santé seront assurées par le PNLP. Les documents techniques élaborés, relatifs à la lutte contre le paludisme seront mis à la disposition de tous les intervenants et archivés au niveau du centre de documentation du PNLP. Cette activité facilitera ultérieurement le plaidoyer pour la mobilisation de ressources et l’engagement des bailleurs et partenaires internationaux, qui seront informés à temps de toutes les réalisations du pays dans le cadre de la lutte contre le paludisme.

Renforcement de la Promotion de la Santé

Cette stratégie consiste principalement au développement des connaissances, attitudes et pratiques de la population dans le but de maintenir les acquis d’une part, et d’inculquer de nouveaux comportements favorables à la lutte contre le paludisme d’autre part.

Une stratégie nationale de communication sera élaborée pour renforcer la CCC à tous les niveaux, avec l'appui des experts du Ministère en charge de la santé et de ses partenaires. Une analyse comportementale et socioculturelle relative aux différentes composantes de la Communication du PNLP guidera les actions selon les zones.

Plusieurs techniques de communication seront utilisées et choisies selon les cibles et leurs particularités. Les supports de communication produits doivent suivre les normes, et intégrer les messages du PNLP traduit en dialecte local. Le document des normes et procédures en communication précisant le paquet d'activités en communication pour la lutte contre le paludisme à tous les niveaux et les directives et orientation sera vulgarisé.

La communication pour le changement de comportement privilégie la communication interpersonnelle. Les curricula de formations déjà disponibles seront utilisés et mis à jour selon les besoins du Programme de lutte contre le paludisme.

La diminution du niveau de transmission du paludisme dans certaines zones du pays exige une adaptation de l'IEC/CCC car le contexte de pré-élimination nécessite la modification sur certains messages antérieurement diffusés. Les messages à envoyer aux cibles diffèrent selon les zones : contrôle ou pré élimination. L'utilisation des médias de masse comme la télévision ou les radios locales sera favorisée pour les actions d'information. Les structures déconcentrées du PNLP ou du Ministère en charge de la Santé sont encouragées à développer un partenariat local avec les médias de proximité pour produire périodiquement des émissions pour la lutte contre le paludisme.

D'autres techniques ou moyens de communication ainsi que des supports et outils de communication adaptés aux contextes locaux seront identifiés pour le renforcement de la CCC. Toute action pour le renforcement de l'adoption de comportements favorables à la lutte contre le paludisme devra faire l'objet d'un suivi régulier, de revue périodique et d'une évaluation. Pour faciliter cette activité, un plan de communication sera élaboré au début de chaque année par les responsables de la communication du PNLP et ses partenaires. Par ailleurs, la fréquence des cataclysmes naturels et la recrudescence des cas nécessitent une intensification des activités d'IEC/CCC.

Développement de capacité technique de tous les intervenants (communautés, AS, partenaires privés et publics...)

Tous les intervenants en matière de lutte contre le paludisme doivent bénéficier de formations périodiques pour la mise en œuvre des activités de communication et de mobilisation sociale. Les curricula de formation ou autres documents de formation élaborés seront adaptés à la catégorie d'intervenants ciblés : PNLP, agents de santé, partenaires publics ou privés (autorités politiques, administratives, traditionnelles, religieuses, secteur privé, média, scout, ...), ou agents communautaires. Le contenu des curricula ou autres documents de formation sera basé sur

l'analyse des besoins en formation. En outre, des supervisions seront organisées tous les 3 à 6 mois selon les niveaux du système de santé pour assurer l'efficacité et la pérennisation des actions.

L'allocation de ressources matérielles et de support de communication à tous les responsables de communication de tous les niveaux facilitera la mise en œuvre des interventions.

La mobilisation communautaire sera appuyée par le renforcement des capacités des agents communautaires, réalisé par les CSB, à partir des documents élaborés par le PNLP et ses partenaires.

Le renforcement des capacités garantira l'opérationnalisation effective des comités intersectoriels de lutte contre le paludisme. Les responsables de communication bénéficieront de formation/remise à niveau en promotion de la santé, en planification, en gestion de programme, tant au niveau national qu'international. Leur participation à des échanges inter pays sera également favorisée.

Participation communautaire

La participation communautaire constitue un moyen efficace pour la pérennisation des actions de lutte contre le paludisme, car elle permet d'impliquer directement les communautés. En effet, les personnels du Ministère en charge de la santé, les comités intersectoriels, les réseaux communautaires, les ONG, les opérateurs économiques locaux, les leaders communautaires seront mobilisés pour l'utilisation effective des services préventifs et curatifs de lutte contre le paludisme, notamment la référence précoce des patients fébriles et la réalisation des activités de promotion de la santé.

Les actions de plaidoyer auprès des leaders communautaires et des acteurs locaux seront réalisées par les comités intersectoriels de lutte contre le paludisme, coordonnées par les structures déconcentrées du PNLP. Les organisations à base communautaires seront aussi sollicitées pour la mobilisation communautaire. Elles seront identifiées selon les particularités des localités. La collaboration avec les autres programmes de santé sera exploitée autant que possible pour rationaliser les ressources.

Mobilisation sociale

La mobilisation sociale requiert l'utilisation de la communication de masse à travers différents canaux et supports. Elle peut s'appuyer sur des événements locaux, nationaux ou internationaux pour renforcer la communication. Les thèmes seront axés sur l'utilisation des services offerts, l'acceptation des activités préventives et la réalisation d'activités promotionnelles préconisées par le PNLP. Les activités de mobilisation sociale seront renforcées avant et pendant les périodes d'épidémie ou de recrudescence du paludisme. Les zones à risque élevé de paludisme vont bénéficier d'appui spécifique en matière de mobilisation sociale.

Appui au programme

Le PNLP coordonne toutes les activités de promotion de la santé liées à la lutte contre le paludisme. Ainsi, tous les intervenants doivent s'aligner au plan national de communication.. Le renforcement du personnel par des personnes qualifiées (techniciens en communication, PAOiste, anthropologue, journaliste,...) est également préconisé étant donné l'importance des activités de communication.

La recherche opérationnelle sera privilégiée afin de baser le choix des stratégies sur des évidences. Une enquête anthropologique sera menée avant le début de la mise en œuvre de ce PSN et à la fin du projet, afin d'orienter les actions de promotion de la santé en faveur de la lutte contre le paludisme et d'évaluer ses impacts. Les données comportementales et socioculturelles seront compilées dans un document pour orienter les intervenants sur le volet Promotion de la Santé en matière de lutte contre le paludisme.

Les stratégies de mise en œuvre des activités de Promotion de la Santé seront adaptées en fonction des résultats des enquêtes. Les données spécifiques en communication recueillies à partir des canevas de rapport et lors des suivis et supervisions seront intégrées dans le système de rapportage du programme PNLP. Les documents issus des interventions sur la communication feront l'objet d'alimentation périodique du site Web du Ministère en charge de la santé.

■ Approches opérationnelles

Stratégies interventions	Principales activités	Responsables de MOE	Zones de MOE (Districts)
IEC/CCC , mobilisation communautaire	Organiser des Journées de célébration / événements nationaux et internationaux	PNLP-IEC,DRS,SSD,CSB	Selon le choix ministériel de la localité
	Mener des activités de plaidoyer au niveau régional, district, communes, en matière d'IEC/CCC et lutte contre le paludisme	PNLP-IEC,DRS,SSD,CSB	Dans toute l'ile
	produire et dispatcher les supports d'IEC/CCC pour les stratégies de prévention (MID CAID TPI) et de prise en charge (PEC FS et communautaire	PNLP-IEC,DRS,SSD,CSB	Dans toute l'ile
	Elaborer un plan de communication annuel au niveau central	PNLP-IEC et ses partenaires	Dans toute l'ile
	Assurer le développement de la capacité technique de tous les intervenants (communautés, AS, partenaires privés et publics...)	IEC central, AS, AC, Media,..	Dans toute l'ile

	Renforcer la participation communautaire	AC, comités intersectoriels, ABC ,les ONGs	Dans toute l'île
	Effectuer une enquête socio anthropologique en vue du renforcement des activités de promotion de la santé à tous les niveaux	PNLP-IEC et ses partenaires	Enquête à représentation Nationale
	Faire le suivi et l'évaluation des activités de promotion de la santé dans le cadre de la lutte contre le paludisme ;	PNLP-IEC, DRS, SSD, CSB et les partenaires	Dans toute l'île
IEC/CCC pour voyageurs et migrants	IEC/CCC pour voyageurs et migrants:	PNLP-IEC et santé aux frontières	Aéroport international TANANARIVE
	Rendre disponible les supports d'IEC/CCC pour les voyageurs et migrants(Dépliants)		

3 SUIVI EVALUATION

La marche vers l'élimination du paludisme nécessite le renforcement du dispositif de suivi et d'évaluation par niveau. Il s'avère incontournable d'obtenir des informations sur les progrès accomplis vers l'atteinte des objectifs. Le suivi de l'état d'avancement par niveau contribue à l'amélioration de performance avec compte - rendu et retro information périodiques. L'impact et les résultats du programme seront mesurés périodiquement par niveau avec des enquêtes nationales et spécifiques du programme. Le plan de suivi évaluation est réactualisé suivant la marche vers l'élimination et va impliquer tous les partenaires d'appui de la lutte contre le paludisme y compris le secteur privé.

3.1 CADRE DE PERFORMANCE

Un cadre de performance par niveau est défini respectivement pour les zones de contrôle et zones de pré -élimination. L'objectif étant d'assurer la disponibilité à temps et l'utilisation des données pour le suivi et l'évaluation des activités de 2013 à 2017.

CADRE DE PERFORMANCE : DISTRICTS EN PHASE DE CONTROLE

Plan Stratégique National 2013 - 2017	Année 3	Année 4	Année 5
Période:	2015	2016	2017

Buts

But:	
1	Réduire à zéro le décès du au paludisme d'ici fin 2017

Objectifs du programme et indicateurs par DPS

Objectifs	Objectif par stratégie, d'ici fin 2017
1	Amener au moins 90% de la population à utiliser les MID comme moyen de prévention
2	Amener au moins 80% des femmes enceintes à observer le Traitement Préventif Intermittent (TPI) conformément à la politique nationale dans les zones ciblées.
3	Prendre en charge correctement au moins 95% des cas de paludisme vus au niveau des formations sanitaires.
4	Prendre en charge correctement au moins 80% de cas de fièvre ou notion de fièvre au niveau communautaire dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes chez les enfants de moins de 5 ans
5	Détecter et gérer correctement 100% des situations d'urgence
6	Amener au moins 85 % des populations cibles des interventions par zone à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme
7	Assurer une disponibilité permanente des moyens diagnostics et thérapeutique anti paludique dans au moins 95% des formations sanitaires.
8	Assurer le contrôle qualité d'au moins 80% des données rapportées par les formations sanitaires sur la lutte contre le paludisme.

DPS	Indicateurs	Baseline	Targets				
		Valeur	Année 1 2013	Année 2 2014	Année 3 2015	Année 4 2016	Année 5 2017
Objectif 1: - Au moins 80% des besoins en ressources humaines sont disponibles et opérationnels - Au moins 80% des besoins financiers sont disponibles et mobilisés - Au moins de 95% des formations sanitaires n'ont connu aucune rupture en RDT et ACT plus d'une semaine au cours des 03 dernier mois							
Gestion du programme	% de réalisation des activités programmées	70%	90%	95%	100%	100%	100%
	Tenue de réunion d'analyse et de réflexion (retraite)	ND	100%	100%	100%	100%	100%
	Pourcentage de formations sanitaires ayant enregistrés une rupture de stock en antipaludiques (ACT) > 1 semaine au cours des trois derniers mois	10,52%	5%	0%	0%	0%	0%
	Pourcentage de formations sanitaires ayant enregistrés une rupture de stock en SP > 1 semaine au cours des trois derniers mois	1,60%	5%	0%	0%	0%	0%
Objectif 2: - Au moins 95% des cas de paludisme sont correctement pris en charge au niveau des formations sanitaires (100% des cas des formations sanitaires du secteur public et au moins 80% des cas du secteur privé); - Au moins 01 étude sur les résistances aux anti paludiques sera menée tous les 2 ans au niveau des districts en zone de contrôle							
Prise en charge au niveau formations sanitaires	Pourcentage de décès attribué au paludisme confirmé parmi tous les décès enregistrés au niveau des hôpitaux	5,7%	8%	6%	4%	3,50%	2%
	Proportion des cas de paludisme simple (confirmés) parmi les malades vus en consultation externe des CSB	5,5%	5%	5%	4%	3,50%	3%

	Taux de positivité des RDT	31,8%	25%	20%	15%	10%	< 5%
	Taux de positivité des lames	14,0%	10%	8%	7%	6%	< 5%
	Incidence du paludisme (confirmé) pour 1 000 Habitant	11,9	9,0	8,0	7,0	6,0	<5
	Proportion des cas de Paludisme confirmé, ayant reçu un traitement adéquat (à l'ACT) au niveau des Formations Sanitaires (CSB)	96,8%	98%	98%	98%	98%	98%
	Proportion des cas de Paludisme confirmé, traités correctement*(à l'ACT) au niveau des Formations Sanitaires (CSB)	ND	70%		85%		90%
Objectif 3: - Au moins 80% des cas de fièvre chez les enfants de moins de 5 ans sont correctement pris en charge au niveau communautaire dans les 24 h après l'apparition des signes							
Prise en charge communautaire	Proportion de cas de fièvre correctement pris en charge au niveau de la communauté dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes	5%	35%	50%	60%	70%	80%
	% de sites communautaires fonctionnels	56%	70%	75%	80%	80%	80%
Objectif 4: Amener au moins 90% des femmes enceintes à observer le Traitement Préventif Intermittent (TPI) conformément à la politique nationale dans les zones ciblées							
Traitement Préventif intermittent pour les femmes enceintes	Pourcentage de femmes ayant reçu au moins deux doses de traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme au cours de leur dernière grossesse	22% (Niveau national)	30%		40%		50%

Pourcentage de femmes ayant reçu 2 doses de traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme parmi les femmes enceintes vues en CPN1	61%	65%	70%	75%	80%	90%
Pourcentage de femmes ayant reçu 1 dose de traitement préventif intermittent (TPI) parmi les femmes vues en CPN1	80,5%	75%	80%	85%	90%	95%
Pourcentage de femmes ayant reçu 2 doses de traitement préventif intermittent (TPI) parmi les grossesses attendues	40,4%	40%	50%	60%	70%	80%
Pourcentage de femmes ayant reçu 1 dose de traitement préventif intermittent (TPI) parmi les grossesses attendues	53,3%	70%	75%	80%	85%	90%

Objectif 5: - Détecter au moins 90% des urgences dans les 15 jours
- Contrôler au moins 80% des situations d'urgences dans les 15 jours de leur détection
- Au moins 90% des districts en zone de contrôle bénéficient d'un système de surveillance épidémiologique fonctionnel

Surveillance épidémiologique	Pourcentage des situations d'urgences détectées et contrôlées respectivement dans le délai de deux semaines de leur survenue et de détection	ND	80%	82%	83%	85%	> 85%
	Pourcentage d'alerte vérifiée	82%	92%	93%	94%	95%	> 95%
	Pourcentage de cas testés au cours de l'investigation sur terrain par recherche active : Nombre de cas testés/20% de la population du Fokontany x 100	ND	85%	90%	92%	95%	> 95%

	Pourcentage de cas confirmés et traités correctement selon le protocole national au cours de l'investigation des urgences	ND	100%	100%	100%	100%	100%
Objectif 6: Au moins 90% de la population sont protégés par les mesures préventives adéquates: Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides							
Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides	Proportion des enfants de moins de 5 ans dormant sous MID la nuit précédente	76,6%	86%	87%	88%	90%	90%
	Proportion des femmes enceintes dormant sous MID la nuit précédente	71,2%	85%	86%	88%	88%	90%
	Proportion de la population dormant sous MID la nuit précédente	68,3%	75%	75%	80%	85%	90%
	Proportion des ménages ayant reçu 1 MID pour 2 personnes	33,3%	60%	62%	80%	80%	80%
	Pourcentage de ménages sinistrés ayant reçu au moins une MID	ND	40%	50%	60%	80%	90%
	Pourcentage de MID de routine distribués parmi les groupes cibles	ND	70%	75%	80%	85%	90%
Objectif 7: Au moins 90% de la population sont protégés par les mesures préventives adéquates: PID							
Pulvérisation intra domiciliaire	Pourcentage de populations dans les zones ciblées couvertes par une pulvérisation intra-domiciliaire au cours des 12 derniers mois	72% (Toutes les zones ciblées)	85%	85%	85%	85%	85%
	Pourcentage de population protégée par la pulvérisation intra-domiciliaire	96,55%	95%	95%	95%	95%	95%
	Pourcentage de structures, dans les zones ciblées, traitées par une pulvérisation intra-domiciliaire	96,34%	95%	95%	95%	95%	95%

Objectif 8: Au moins 80 % des populations cibles des interventions par zone à adoptent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme

IEC/CCC	% des personnes responsables des enfants qui ont eu recours aux soins des AC dans les 24 heures après l'apparition des signes évocateurs de paludisme chez les enfants de moins de 5ans	ND	25,00%		50,0%		75,0%
	Pourcentage des chef de ménage qui connaissent au moins deux mesures de prévention (IEC/CCC)	ND	25%		55%		85%
	Proportion des comités intersectoriels fonctionnels	ND	20%	50%	70%	80%	95%
	Proportion des agents de santé formés sur la promotion de la santé pour la lutte contre le paludisme	ND	50%	60%	70%	85%	90%
	Proportion des agents communautaires formés sur la communication de messages clés contre le paludisme	ND	50%	60%	70%	85%	90%

Objectif 9: Au moins 80% des données rapportées par les formations sanitaires sur la lutte contre le paludisme ont bénéficié d'un contrôle qualité adéquat.

SUIVI ET EVALUATION	Pourcentage des rapports des districts complets et reçu à temps au niveau du PNLP	78%	90%	93%	95%	95%	95%
	Pourcentage des rapports des formations sanitaires ayant bénéficié un contrôle de qualité de données	ND	50%	60%	70%	75%	80%
	Pourcentage d'investigations entomologiques réalisées	62%	80%	85%	85%	95%	95%
	Pourcentage de test de sensibilité effectué (test de sensibilité précédent le test de rémanence)	60%	100%	100%	100%	100%	100%
	Pourcentage de sites sentinelles fonctionnelles	46%	90%	90%	90%	100%	100%

CADRE DE PERFORMANCE : DISTRICTS EN PHASE DE PRE-ELIMINATION

Plan Stratégique National 2013 - 2017	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Période:	2013	2014	2015	2016	2017

Buts

But:	
1	Réduire à zéro le décès du au paludisme d'ici fin 2017

Objectifs du programme et indicateurs par DPS

Objectifs	Objectif par stratégie
1	95% des structures sont aspergées dans les zones ciblées.
2	Mettre en place toutes les mesures de surveillance adéquates au niveau des zones de pré-élimination.
3	Prendre en charge correctement au moins 95% des cas de paludisme vus au niveau des formations sanitaires.
4	Prendre en charge correctement au moins 80% de cas de fièvre ou notion de fièvre au niveau communautaire dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes chez les enfants de moins de 5 ans
5	Détecter et gérer correctement 100% des épidémies
6	Amener au moins 85 % des populations cibles des interventions par zone à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme
7	Assurer une disponibilité permanente des moyens diagnostics et thérapeutique anti paludique dans au moins 95% des formations sanitaires.
8	Assurer le contrôle qualité d'au moins 90% des données rapportées par les formations sanitaires sur la lutte contre le paludisme.

CADRE DE PERFORMANCE POUR LES DISTRICTS EN PHASE DE PRE-ELIMINATION

DPS	Indicateurs	Baseline			Targets				
		Valeur	Année	Source	Année 1 2013	Année 2 2014	Année 3 2015	Année 4 2016	Année 5 2017
Objectif 1: - Au moins 80% des besoins en ressources humaines sont disponibles et opérationnels - Au moins 80% des besoins financiers sont disponibles et mobilisés - Aucune formation sanitaire n'a connu de rupture en intrants anti paludique intrants en RDT et ACT plus d'une semaine au cours des 03 dernier mois									
Gestion du programme	% de réalisation des activités programmées	70%	2011	Rapport annuel du PNLP	90%	95%	100%	100%	100%
	Tenue de réunion d'analyse et de réflexion (retraite)	ND	2011	Rapport d'activités	100%	100%	100%	100%	100%
	Pourcentage de Districts passés en statut de pré élimination	13,4%	2011	PNLP	20%	30%	50%	70%	75%
	Pourcentage de formations sanitaires ayant enregistré une rupture de stock en antipaludiques (ACT) > 1 semaine au cours des trois derniers mois	10,52%	2011	Données de routine PNLP	5%	0%	0%	0%	0%
	Pourcentage de formations sanitaires ayant enregistré une rupture de stock en SP > 1 semaine au cours des trois derniers mois	1,60%	2011	Données de routine PNLP	5%	0%	0%	0%	0%
Objectif 2: - Au moins 100% des cas de paludisme sont correctement pris en charge au niveau des formations sanitaires (100% des cas des formations sanitaires du secteur public et au moins 100% des cas du secteur privé); - Au moins 01 étude sur les résistances aux anti paludiques sera menée tous les 2 ans au niveau des districts en zone de contrôle									
Prise en charge au niveau formations sanitaires	Pourcentage de décès attribué au paludisme confirmé parmi tous les décès enregistrés au niveau des hôpitaux ;	3,8%	2011	PNLP - SSS	3%	2,5%	2%	1%	0%
	Proportion des cas de paludisme simple (confirmés) parmi les malades vus en consultation externe des CSB	0,1%	2011	PNLP - SSS	0%	0,0%	0%	0%	0%

	Taux de positivité des RDT	3,2%	2011	PNLP	2%	1,5%	1%	0,5%	0%
	Taux de positivité des lames	15,0%	2011	PNLP - SSS	10%	5,0%	1%	0,5%	0%
	Incidence du paludisme (confirmé) pour 1 000 Habitant	0,49%	2011	PNLP	0,3%	0,2%	0,1%	0%	0%
	Proportion des cas de Paludisme confirmé, ayant reçu un traitement adéquat (à l'ACT) au niveau des Formations Sanitaires (CSB)	96,4%	2011	PNLP	98%	98%	98%	98%	98%
	Proportion des cas de Paludisme confirmé, traités correctement*(à l'ACT) au niveau des Formations Sanitaires (CSB)	ND		Enquête	70%		85%		90%
Objectif 3: - Au moins 80% des cas de fièvre chez les enfants de moins de 5 ans sont correctement pris en charge au niveau communautaire dans les 24 h après l'apparition des signes									
Prise en charge communautaire	Proportion de cas de fièvre correctement pris en charge au niveau de la communauté dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes	5%	2011	Enquête MIS	40%	55%	65%	75%	85%
	% de sites communautaires fonctionnels	56%	2011	Rapports PNL - SRS	70%	75%	80%	85%	90%
Objectif 5: - Au moins 95% des épidémies sont détectées de manière précoce et contrôlées dans les 15 jours après l'alerte en zone de preelimination - Au moins 90% des districts en zone de contrôle bénéficient d'un système de surveillance épidémiologique fonctionnel - 100% des cas de paludisme diagnostiqués bénéficient d'une investigation complémentaire									
Surveillance épidémiologique	Pourcentage d'épidémies détectées et contrôlées respectivement dans le délai de deux semaines de leur survenue et de détection	ND	2011	- Rapports des districts et sites sentinelles	92%	93%	94%	95%	> 95 %

	Pourcentage d'alerte vérifiée	ND	2011	- Rapports des districts et sites sentinelles	92%	93%	94%	95%	> 95 %
	Pourcentage de cas testés au cours de l'investigation sur terrain par dépistage actif : Nombre de cas testés/Nombre de cas à cibler (20 ménages autour du foyer) x 100	ND		Rapports d'investigations	85%	90%	92%	95%	>95%
	Pourcentage de cas testés au cours de l'investigation sur terrain par recherche active : Nombre de cas testés/10% de la population du Fokontany x 100	ND		Rapports d'investigations	85%	90%	92%	95%	>95%
	Pourcentage de cas confirmés et traités correctement selon le protocole national au cours de l'investigation des épidémies	ND		Rapports d'investigations et riposte	95%	100%	100%	100%	100%
Objectif 6: Au moins 90% de la population sont protégés par les mesures préventives adéquates: Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides									
Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides	Proportion des enfants de moins de 5 ans dormant sous MID la nuit précédente	76,60%	2011	Enquête MIS	86%	87%	88%	90%	90%
	Proportion des femmes enceintes dormant sous MID la nuit précédente	71,20%	2011	Enquête MIS	85%	86%	88%	88%	90%
	Proportion de la population dormant sous MID la nuit précédente	68,30%	2011	Enquête MIS	75%	75%	80%	85%	90%
	Proportion des ménages ayant reçu 1MID pour 2 personnes	33,30%	2011	Enquête MIS	60%	62%	80%	80%	80%
	Pourcentage de ménages sinistrés ayant reçu au moins une MID	ND	2012	Rapport de distribution	40%	50%	60%	80%	90%

	Pourcentage de MID de routine distribués parmi les groupes cibles	ND	2011	rapports mensuels des districts sanitaires	70%	75%	80%	85%	90%
Objectif 7: Au moins 95% de la population sont protégés par les mesures préventives adéquates: PID									
Pulvérisation intra domiciliaire	Pourcentage de populations dans les zones ciblées couvertes par une pulvérisation intra-domiciliaire au cours des 12 derniers mois	72% (Toutes les zones ciblées)	2011	Enquête MIS	85%	85%	85%	85%	85%
	Pourcentage de population protégée par la pulvérisation intra-domiciliaire	85,60%	2011	Rapport campagne AID	95%	95%	95%	95%	95%
	Pourcentage de structures ,dans les zones ciblées, traitées par une pulvérisation intra-domiciliaire	97,70%	2011	Rapport campagne AID	95%	95%	95%	95%	95%
Objectif 8: Au moins 80 % des populations cibles des interventions par zone à adoptent des comportements favorables à la lutte contre le paludisme									
IEC/CCC	% des personnes responsables des enfants qui ont eu recours aux soins des AC dans les 24 heures après l'apparition des signes évocateurs de paludisme chez les enfants de moins de 5ans	ND		Enquête MIS	25,00%		50,0%		75,0%
	Pourcentage des chef de ménage qui connaissent au moins deux mesures de prévention (IEC/CCC)	ND		Enquête MIS	25%		55%		85%
	Proportion des comités intersectoriels fonctionnels	ND		P.V de réunion trimestriel	20%	50%	70%	80%	95%
	Proportion des agents de santé formés sur la promotion de la santé pour la lutte contre le paludisme	ND		Rapport de formation	50%	60%	70%	85%	90%

	Proportion des agents communautaires formés sur la communication de messages clés contre le paludisme	ND		Rapport de formation	50%	60%	70%	85%	90%
Objectif 9: Au moins 80% des données rapportées par les formations sanitaires sur la lutte contre le paludisme ont bénéficié d'un contrôle qualité adéquat.									
SUIVI ET EVALUATION	Pourcentage des rapports des districts complets et reçu à temps au niveau du PNLP	78%	2011	Rapport PNLP	100%	100%	100%	100%	100%
	Pourcentage des rapports des formations sanitaires ayant bénéficié un contrôle de qualité de données	ND		Rapport de réunion de validation des données	100%	100%	100%	100%	100%
	Pourcentage d'investigations entomologiques réalisées	62%	2011	Rapport de descente sur terrain	95%	95%	95%	95%	95%
	Pourcentage de test de sensibilité effectué (test de sensibilité précédent le test de rémanence)	60%	2011	Rapport de descente sur terrain	100%	100%	100%	100%	100%
	Pourcentage de sites sentinelles fonctionnelles	46%	2011	Rapport de mise en place	100%	100%	100%	100%	100%

3.2 SUIVI DES PROGRES

3.2.1 Suivi

▪ Suivi Interne

Le système de suivi est assuré conjointement par l'Unité de SE au niveau Central, les PR, ainsi que les Responsables de programme par niveau. Au cours de la marche vers l'élimination le système de suivi est à renforcer notamment au niveau opérationnel (CSB et communauté) (Cf. Plan de suivi évaluation).

▪ Suivi Externe

C'est une organisation extérieure à l'Institution qui effectue le suivi de l'état de l'avancement du programme par rapports aux objectifs. Ce suivi est assuré conjointement par une équipe mixte (Partenaires, Responsables du Ministère de la Santé par niveau) selon une périodicité préconisée.

3.2.2 Supervisions

La supervision se fait à tous les niveaux suivant les normes et procédures définies. Un pool de superviseurs mixtes y compris les cliniciens et le secteur privé va assurer la supervision des interventions des parties prenantes (public, privé et ONG par niveau). Le mécanisme de supervision par niveau et par zones est présenté dans le Tableau ci dessous.

Tableau 3 : Niveau de supervisons et périodicité

Niveaux de supervision	Superviseurs	Supervisés	Périodicité
Régional	Responsables Centraux avec ou sans les partenaires	- Responsable Régional de lutte contre le paludisme (RRP) - Responsables des Centres Hospitaliers Régionaux (CHRR et CHU) - Responsable de laboratoire régional paludisme - ONG	Semestriel
	Responsables de laboratoire National de Référence	- Responsable de laboratoire régional paludisme	Trimestriel
District Sanitaire	RRP avec ou sans les partenaires	- Responsable palu des DS et les autres membres de l'EMAD impliqués dans les activités de lutte contre le paludisme - Responsable palu des Centres Hospitaliers et les autres - Responsables des Centres Hospitaliers du District impliqués dans les activités de lutte contre le paludisme - Responsables des laboratoires paludisme des DS - ONG	Trimestriel
CSB	Responsable palu district avec ou sans les partenaires	- Responsables CSB public et privé - ONG	Trimestriel (avec au moins une fois dans l'année pour les CSB enclavés)
Niveau communautaire	Responsables des CSB	Agents communautaires impliqués dans la lutte contre le paludisme ONG	Trimestriel

La supervision est réalisée tous les trimestres à tous les niveaux. Pour chaque niveau, les activités à entreprendre concerne toutes les stratégies de lutte contre le paludisme : la distribution et l'utilisation de MID, la CAID, le TPI, le diagnostic, traitement, surveillance épidémiologique, le suivi et évaluation (gestion des données, utilisation des outils de gestion) et la promotion des activités d'IEC. Les objectifs, le moyen de vérification et/ou méthodologie, la périodicité ainsi que les indicateurs de chaque activité, supervisée sont bien définies et doivent être respectés par les superviseurs. (Central, régional, district et chef CSB).

3.2.3 Audits organisationnel et financier

L'audit interne va assurer la vérification de la gestion des ressources selon les procédures en vigueur. Il est basé sur le manuel de procédures d'utilisation des ressources défini au niveau du PNLP et dont la vérification se fait avant et après la réalisation des activités.

Ce manuel a été élaboré pour améliorer la gestion administrative, financière, comptable et passation des marchés des subventions que le PNLP gère ou sera amené à gérer dans le futur. Le manuel décrit les phases administratives de traitement de toutes les fonctions opérationnelles au sein du PNLP. Il présente la synthèse du processus opérationnel en tenant dûment compte (i) des ressources humaines décrites dans l'organigramme du programme et (ii) de son efficacité opérationnelle tout en se conformant aux procédures et directives. La conception des procédures vise à rendre fonctionnelle et efficace la gestion des fonds au sein du PNLP.

L'audit externe est réalisé périodiquement suivant les Termes de Référence établis par les gestionnaires de fond PR. Il est mené semestriellement par un cabinet privé sélectionné au cours d'un appel d'offre national. Les recommandations d'audit contribueront à améliorer la gestion financière au niveau du programme.

3.3 LES RESULTATS ET LES IMPACTS

Les indicateurs de résultats et d'impacts du programme sont mesurés périodiquement par l'intermédiaire des grandes enquêtes (EDS, MIS) ainsi que par les données du SNIS.

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) permet de suivre mensuellement l'évolution des indicateurs sur la mortalité, la morbidité et la couverture des interventions au niveau des formations sanitaires et communautaires.

Les enquêtes périodiques auprès des ménages (EDS, MIS) permettent de suivre les progrès et d'avoir une vision, à une période déterminée, de la couverture des interventions auprès des bénéficiaires (Nombre de ménages ayant dormi sous MID la nuit précédant l'enquête, nombre de ménages protégés par l'Aspersion Intra Domiciliaire).

3.3.1 Evaluation à mi-parcours

L'évaluation à mi-parcours est réalisée à travers des revues/réunions périodiques à tous les niveaux et des enquêtes :

- Revue périodique du programme au niveau national : Des réunions périodiques de coordination et d'évaluation sont réalisées avec les partenaires techniques et financières.
- Evaluation par les évaluateurs externes (Fonds Mondial, OMS, RBM...)
- Réunion périodique au niveau régional
- Revue périodique du programme avec les responsables régionaux et les partenaires.
- Réunion périodique au niveau district
- Revue du programme avec les responsables du programme et responsables des centres hospitaliers au niveau du district sanitaire.
- Les enquêtes de couverture des interventions (EDS, MIS)

L'EIP (Enquête sur les indicateurs du paludisme : MIS) est spécifique au programme paludisme et a comme objectifs spécifiques :

- d'évaluer la couverture des interventions clés de prévention et de prise en charge ;
- d'estimer la prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois ;
- d'estimer la prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois par des tests sur le terrain et en laboratoire avec détermination de la parasitémie;
- d'estimer la prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois ;
- d'évaluer l'accès des ménages aux Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) et aux Moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action ou Moustiquaires Imprégnées Durables (MID) ;
- de mesurer le niveau d'utilisation des MII et des MID par les enfants de moins de 5 ans ;
- de mesurer le niveau d'utilisation des MII et des MID par les femmes enceintes ;
- d'évaluer le taux de couverture des CAID ;
- d'évaluer l'utilisation du TPI pour les femmes enceintes ;
- de mesurer la prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans ;
- de connaître les types de traitement de la fièvre et les délais de prise en charge chez les enfants de moins de 5 ans ;
- de mesurer a) les niveaux de connaissance et de croyance ainsi que les comportements en matière de traitement et de prévention de paludisme, b) la disponibilité des traitements

dans les ménages ; c) le coût de traitement de la fièvre ; et d) l'exposition de la population aux messages sur le paludisme.

Les indicateurs collectés à travers le MIS (EIP) permettraient d'évaluer toutes les stratégies de lutte contre le paludisme (prévention, traitement et les indicateurs de connaissance). L'EDS évaluera tous les indicateurs du programme de santé, incluant le paludisme. Mais, elle ne permet pas de collecter tous les indicateurs clés du programme.

3.3.2 Evaluation finale du projet

L'évaluation finale du Plan Stratégique se fera au cours d'une revue de performance du programme (MPR) ou les grandes enquêtes de couverture. Cette évaluation finale sera conduite avec des experts internationaux et à la fin du PSN. Toutes les stratégies seront évaluées au cours de cette MPR et les résultats seront analysés pour une réorientation possible du programme. Les grandes enquêtes (EDS, MIS) seront intégrées en une grande enquête qui évaluera toutes les indicateurs de couverture (MID, CAID, utilisation du traitement, prévalence) du programme. Les données de routine collectées au niveau des points de services permettront le suivi périodique des valeurs cibles et l'évaluation annuelle de l'impact des activités.

3.4 SURVEILLANCE ENTOMOLOGIQUE

3.4.1 Justification

Après les quatre années d'intensification de la lutte contre le paludisme, la situation épidémiologique a trouvé de grands changements dans les différentes strates éco-épidémiologiques. Les cas de paludisme dans les zones endémiques ont fortement diminué et des recrudescences et épidémies se manifestent actuellement dans ces zones où le paludisme a été stable.

On a constaté une baisse de la transmission et de la densité des vecteurs dans les zones endémiques ainsi qu'un changement de comportement des vecteurs presque partout dans l'île. Les vecteurs sont presque tous exophiles probablement à cause des pulvérisations intra domiciliaires d'insecticides et les moustiquaires imprégnées à longue durée en permanence dans les habitations humaines.

La résistance aux pyréthrinoïdes commence à apparaître et de nombreuses diminutions de la sensibilité aux pyréthrinoïdes et aux autres familles d'insecticides sont constatées dans les différentes strates suspectant déjà de la résistance.

La surveillance des vecteurs et de leur sensibilité aux insecticides dans tous les districts s'avère ainsi très indispensable et la présence ou absence de transmission dans ces cas d'épidémies devra être vérifiée afin de prendre les mesures adéquates.

3.4.2 But des observations entomologiques

Etablir des données entomologiques de base nécessaires à l'orientation/réorientation, la mise en œuvre et l'évaluation des activités de lutte anti vectorielle ou de lutte intégrée contre les vecteurs du paludisme dans tous les districts.

3.4.3 Objectifs généraux

1. Récolter dans tous les districts les données entomologiques de base nécessaires à l'orientation / réorientation des stratégies de lutte anti vectorielle ;
2. Evaluer l'efficacité des stratégies de lutte anti vectorielle et son impact sur les vecteurs
3. Dans les zones de pré-élimination, mener des investigations entomologiques en cas d'épidémies ou alertes suivant le plan de riposte établi par la surveillance épidémiologique ;
4. Mener des recherches opérationnelles selon les besoins du programme.

3.4.4 Approches de mise en œuvre

Une équipe entomologique régionale de deux techniciens « RG » sera constituée au niveau de chaque région ; elles seront formées en techniques entomologiques de base du paludisme.

Les enquêtes entomologiques pour la récolte des indicateurs seront effectuées dans tous les districts par ces techniciens avec la participation de la communauté qui servira de captureurs.

Chaque équipe sera dotée de tous les matériels nécessaires et effectuera les investigations dans chacun des districts de leur région.

Les résultats et les matériels biologiques seront envoyés et compilés au niveau des équipes actuelles « CNLP » lesquelles transmettront au niveau central pour les analyses en laboratoire. Les 6 équipes d'entomologistes actuelles « CNLP » resteront au niveau des directions régionales et responsables de trois à cinq régions.

Elles contribueront avec les équipes régionales « RG » dans toutes les activités : investigations entomologiques, tests de sensibilité des vecteurs au moins dans deux sites (2 districts) par région et bio-essais pour juger de l'efficacité des aspersions intra domiciliaires d'insecticides et/ou des moustiquaires imprégnées d'insecticides.

Les chefs des équipes « CNLP » et le responsable central assureront les supervisions formatives des techniciens périphériques. L'analyse préliminaire, la compilation des résultats provenant des différentes régions et la transmission des données au niveau central seront assurées par les équipes « CNLP ».

L'analyse de l'ineffectivité et de la nature des repas sanguin des moustiques se fera au niveau du laboratoire du Centre National de Lutte contre le Paludisme.

Un renforcement de la capacité technique des équipes et du laboratoire national d'entomologie sera effectué sur différents plans : laboratoire ELISA et PCR, capacité technique du personnel, ressources matérielles, ressources humaines, insectarium.

De nouvelles méthodes de lutte contre les vecteurs ainsi que de nouveaux insecticides non encore utilisés au pays mais agréés par WHOPES seront étudiés pour leur efficacité dans le contexte actuel de la lutte.

Approches opérationnelles

Autres Stratégies	Principales activités	Responsables de MOE	Zones de MOE (Districts)
Surveillance entomologique	Récolter dans tous les districts les données entomologiques de base nécessaires à l'orientation / réorientation des stratégies de lutte anti vectorielle	Equipes Régionales d'Entomologie constituées et formées dans le cadre du PSN 2013- 2017	Tous les 112 Districts
	Dans les zones de pré-élimination, mener des investigations entomologiques en cas d'épidémies ou alertes suivant le plan de riposte établi par la surveillance épidémiologique	Equipes d'Entomologie Centrale et périphérique du CNLP	Selon les épidémies détectées par la surveillance épidémiologique ; un site choisi dans la Commune concernée par l'épidémie
	Evaluer l'efficacité des stratégies de lutte anti vectorielle et son impact sur les vecteurs (tests de sensibilité des vecteurs et bio-essais pour aspersions intra domiciliaires d'insecticides et/ou des moustiquaires imprégnées d'insecticides).	Equipes d'Entomologie Centrale et périphérique du CNLP	-Test de sensibilité: Un ou deux sites (1 ou 2 districts) par Région selon le nombre du districts pour le - Bio-essais/MID: Deux sites par strates à MID; 2 bio-essais /site /an - 4 sites à PID /an dans les districts en contrôle et 4 sites dans les districts en pré élimination

3.5 RECHERCHE OPERATIONNELLE

Des activités de recherche opérationnelle seront développées pour une optimisation de l'effet de la lutte mais aussi pour une meilleure surveillance épidémiologique. La recherche opérationnelle sera menée par les équipes de chercheurs des institutions de recherche.

3.5.1 Contrôle des vecteurs (CAID, MID, Entomologie)

Le programme national de lutte contre le paludisme priorise les thèmes de recherche permettant de résoudre des problèmes ou de chercher des alternatives dans la mise en œuvre du programme tels que :

- les études sur la recherche de nouveau insecticide,
- les études sur le mécanisme de la résistance des vecteurs aux insecticides,
- les études sur les méthodes de lutte intégrée contre les vecteurs,
- les études sur les gîtes larvaires et la faisabilité de Lutte Anti larvaire,
- les études sur l'alternative du « Revêtement Durable » (entre PID et MID)
- les études sur les impacts des stratégies MID CAID et sur le nombre de cas de paludisme
- les études sur l'évaluation de coût et efficacité des stratégies de lutte contre le paludisme: MID, CAID.

Les résultats de la recherche opérationnelle aideront à la prise de décision ou à l'orientation à tous les niveaux programmatiques de la lutte anti vectorielle.

3.5.2 Prise en Charge et TPI

En ce qui concerne la PEC et le TPI, la recherche opérationnelle permet de disposer de données qualitatives et quantitatives pour une orientation, basée sur l'évidence des stratégies de lutte contre le paludisme. Elle se fait en collaboration avec les différentes institutions de recherche.

- La prévalence du déficit en G6PD dans la population et la fiabilité des kits G6PD sont méconnues à Madagascar. Ils feront l'objet d'une enquête de base pour orienter le PNLP sur la mise en place de la stratégie du traitement radical de *Pl. vivax* et *Pl. ovale* (14jours) à base de primaquine et l'introduction des kits.
- Des recherches périodiques seront menées pour la surveillance de la sensibilité des parasites aux antipaludiques sélectionnés par le PNLP et pour détecter la survenue d'éventuelles résistances.
- La SP est utilisée par le PNLP pour le TPI chez la femme enceinte ; cependant des gènes de résistance ont déjà été détectés dans les plasmodies à Madagascar. Le suivi de

l'efficacité de ces molécules va permettre au PNLP d'éventuel changement de stratégie de lutte.

- La chimio prophylaxie chez l'enfant fera l'objet d'une étude d'efficacité, de faisabilité et d'acceptabilité dans le contexte de la lutte contre le paludisme à Madagascar.
- Evaluation de la pertinence du TPI à la Sulfadoxine Pyriméthamine dans les zones où la transmission a baissée.
- Evaluation de la prise en charge des cas de fièvres auprès des formations sanitaires publiques.
- Evaluation de coût et efficacité des stratégies de lutte contre le paludisme: PEC, TPI
- Etude de l'adhérence des agents de santé aux résultats du Test de diagnostic rapide du paludisme et l'ACT
- Etude clinique et biologique des effets indésirables des médicaments antipaludiques rencontrés au niveau hospitalier

3.5.3 Surveillance épidémiologique

La recherche opérationnelle en préparation et riposte aux épidémies consiste à :

- Mener des études sur les 4 districts pilotes de pré-élimination sur l'application de nouvelles stratégies de surveillance et de riposte
- Mener des études dans les stations météorologiques sur les zones de prédiction.
- Mener des études sur la performance des stations météorologiques (Rentabilité, efficience)
- Mener des études sur l'évaluation de système de surveillance

3.5.4 Promotion de la santé/CCC

La recherche opérationnelle comportementale et socio-culturelle sur les différentes stratégies de lutte contre le paludisme seront menées à chaque recrudescence/ épidémie ou autres évènements pour l'identification des stratégies et de messages appropriés de la promotion de la santé. Par ailleurs, une évaluation de coût et efficacité des stratégies: IEC/CCC sera effectuée.

Une enquête anthropologique sera menée avant le début de la mise en œuvre de ce PSN et à la fin du projet, afin d'orienter les actions de promotion de la santé en faveur de la lutte contre le paludisme et d'évaluer ses impacts. Les données comportementales et socioculturelles seront compilées dans un document pour orienter les intervenants sur le volet promotion de la santé en matière de lutte contre le paludisme.

▪ **Approches opérationnelles**

Autres stratégies	Principales activités	Responsables de MOE	Zones de MOE (Districts)
Suivi Evaluation	Améliorer l'utilisation et traitement des données cartographiques	PNLP- PR	112 DS
	Instaurer un système pour améliorer la promptitude et le partage des informations au niveau périphériques et opérationnels: Renforcement du système de collecte de routine (création de point de collecte pour CSB enclavés)	PNLP- PR, régions, districts, CSB	112 DS et création de point de collecte dans 21 DS enclavés (Ambatomainy; Maintirano; Morafeno Be, Antsalova, Besalampy,, Befotaka; Ikongo; Midongy; Manja, Beroroha, Ankazoabo; Benenitra, Miandrivazo; Maroantsetra; Mananara Nord; Soanierana Ivongo, Marolambo; Bekily, Soalala, Mitsinjo; Analalava.
	Organiser un contrôle de qualité des données (Région, district, centre de santé de base, niveau hospitalier, sites communautaires): Partenaires RBM, PNL, Autres directions	PNLP	76 DS dont DS à pré élimination
	Publier périodiquement les informations sur la lutte contre le paludisme, renforcer le stockage et traitement des données au niveau national	PNLP	Niveau National
	Evaluer périodiquement la couverture des interventions et la performance du programme	PNLP; Partenaires; RBM; évaluateurs externes	* DS à déterminer lors de la préparation pour le MPR *112 DS pour le MIS
	Renforcer le Système National d'Information Sanitaires (SNIS)	PNLP - SSS- DEP	Niveau Central
	Renforcer de compétences des responsables au niveau central, régional et district	PNLP; Régions, Districts Sanitaires	Central, régional, Districts
	Mise à jour des outils de gestion (Canevas de supervision, outils de collectes de données)	PNLP - partenaires	Central
	Renforcement en matériels et maintenance	PNLP - MSANP	Central, région, District Sanitaire
	Superviser les activités de lutte contre le paludisme à tous les niveaux	Responsables centraux, régionaux, Districts	région, District Sanitaire
	Renforcement et Motivation des personnels	MSANP- PNL	Central; région; DS en phase de pré élimination
	Renforcement du système de suivi et évaluation	PNLP -partenaires	Central
	Recherche opérationnelle	PNLP- partenaires	Central
	(Renforcement du système de surveillance épidémiologique) Renforcement de la supervision	PNLP/SE; ; régions, Districts	112 DS; 22 Régions;

Autres stratégies	Principales activités	Responsables de MOE	Zones de MOE (Districts)
Recherches opérationnelles	Mener des études sur le contrôle des vecteurs CAID	PNLP, niveau régional, districts, Partenaires et instituts de recherche	HTC, Marges, Extension Ouest, Ouest
	Mener des études sur le contrôle des vecteurs: MID	PNLP, niveau régional, districts, Partenaires et instituts de recherche	Zones de contrôle
	Mener des études sur le contrôle des vecteurs: Entomologie	PNLP, niveau régional, districts, Partenaires et instituts de recherche	Zones de contrôle
	Mener des études sur la prise en charge	PNLP, niveau régional, districts, Partenaires et instituts de recherche	Districts en zones de contrôle et Pré élimination
	Mener des études sur le TPI	PNLP, niveau régional, districts, Partenaires et instituts de recherche	Districts en zones de contrôle et Pré élimination
	Mener des études sur la préparation et la riposte aux épidémies	PNLP, niveau régional, districts, Partenaires et instituts de recherche	Districts en zones de contrôle et Pré élimination
	Effectuer des recherches socio-anthropologiques pour améliorer la promotion de la santé/CCC	PNLP, niveau régional, districts, Partenaires et instituts de recherche	Districts en zones de contrôle et Pré élimination

4 GESTION DU PROGRAMME

4.1 RESSOURCES HUMAINES

Le renforcement de capacités des ressources humaines en nombre et en qualité notamment au niveau opérationnel est indispensable en vue d'une gestion de proximité efficace. Ainsi, une répartition des ressources humaines sera proportionnelle aux rôles et attributions de chaque niveau. Le programme de lutte contre le paludisme propose la « contractualisation » dans tout recrutement de personnel et la capitalisation des acquis.

4.1.1 Structure Organisationnelle

Le Ministère en charge de la santé, à travers la Direction du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) assurera le leadership dans le cadre de la planification, la coordination et le suivi évaluation du programme. Cette Direction qui fonctionne sous la tutelle directe de la Direction Générale de la Santé a été mise en place par décret n° 2010-0372 du 02 juin 2011. Ceci constitue un cadre institutionnel approprié pour la planification, la coordination des partenaires et la mobilisation de ressources, ainsi que la collaboration intra et intersectorielle.

A chaque niveau du système, le représentant du Ministère en charge de la santé assure le leadership, développe le partenariat et renforce les capacités techniques des intervenants selon le principe des « Trois Uns » : UN plan stratégique, UN système de coordination et UN système de suivi-évaluation.

Les Responsables de programme des 22 Régions et des 112 Districts ont été mis en place. Des efforts ont été fournis pour les rendre opérationnels : (1) formation continue et (2) dotation de moyens logistiques pour faciliter l'accomplissement de leurs rôles et attributions.

▪ Au niveau Région :

Le Responsable Régional de Lutte contre le paludisme a pour rôle principal d'assurer la coordination de la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme au niveau de la région. Il apporte également l'appui technique nécessaire aux Districts sanitaires **en vue de l'atteinte des objectifs fixés par le programme**. Enfin, Sous le leadership du Directeur Régional de la Santé Publique, en collaboration avec les ONG de proximité et les différents partenaires, il **harmonise les interventions en vue de leur synergie et de leur complémentarité selon la cartographie mise à jour par niveau**.

▪ Au niveau District :

Sous le leadership du médecin inspecteur et du responsable régional de lutte contre le paludisme, le Responsable de programme au niveau District effectue les tâches qui lui sont assignées selon ses termes de référence :

- Mise en œuvre des stratégies/activités en conformité avec les directives et orientations du Programme National de Lutte contre le Paludisme ;
- Renforcement des compétences des agents de santé publics, privés et communautaires ;
- Contribution à la supervision intégrée, priorisant le programme paludisme en se référant aux normes et procédures ;
- Collecte, analyse et transmission des données de tous les intervenants du niveau district aux instances supérieures hiérarchiques ;

- Retro information écrite ;
- Déclenchement de la riposte en cas d'épidémie en zone de pré-élimination, et maîtrise les phénomènes de recrudescence dans les zones de contrôle ;
- Harmonisation des interventions de tous les acteurs en vue d'une synergie et de complémentarité selon la cartographie mise à jour par niveau.

Tous les acteurs du secteur public et privé, ainsi que les ONGs œuvrant dans le domaine de la santé ont l'obligation de rendre compte au représentant du Ministère à chaque niveau. En contrepartie, le représentant du Ministère a le devoir d'émettre un rétro-information. Les Médecins Responsables de sites sentinelles de surveillance en collaboration avec le responsable régional appuient le district.

▪ **Au niveau Commune et communauté :**

Les activités sont menées par les services déconcentrés du Ministère de la Santé et en collaboration avec le secteur privé, les ONGs et les Agents communautaires.

4.1.2 Renforcement des capacités

La vision du programme vers l'élimination du paludisme à Madagascar, nécessitera l'accroissement en nombre et en qualité du personnel pour l'amélioration de la qualité de l'offre de services tant au niveau régional, district que communautaire. Les efforts de développement et de renforcement du PNLP devront être concentrés sur les vingt-deux régions existantes.

Or, l'insuffisance des ressources humaines en nombre et en qualité au niveau opérationnel ainsi que la non effectivité de la décentralisation des activités opérationnelles restent parmi les défis qui sont à relever pour la marche vers l'élimination du paludisme. Ainsi, le personnel du niveau régional, district et communes devra être renforcé en nombre et en qualité.

Les acquis du personnel en matière de formation seront à capitaliser : plaider en faveur du maintien du personnel formé au sein du Programme à tous les niveaux ainsi que de la mise en place du plan de carrière des agents auprès du Ministère en charge de la Santé.

Les responsables centraux, régionaux et districts en charge de la lutte contre le paludisme seront dotés en moyens logistiques appropriés leur permettant d'accomplir leur mission, notamment d'assurer la supervision et la gestion de données ainsi que l'appui à la surveillance épidémiologique du paludisme.

L'intégration des agents contractuels dans la fonction publique au même poste est proposée, compte tenu de leurs acquis et leur performance. En tant qu'organe de coordination des interventions de lutte contre le paludisme, le PNLP a également besoin d'augmenter sa capacité de planification, de coordination et de suivi de la mise en œuvre des activités de lutte contre le

paludisme. La fonctionnalisation d'un vaste réseau communautaire mis en place, constitué d'Agents Communautaires performants et bien organisés pour la pérennisation des stratégies de lutte, entre autres les mesures préventives, est à renforcer.

Les efforts dans le renforcement des capacités de gestion et du management du programme de lutte contre le paludisme pour obtenir des résultats positifs seront maintenus à tous les niveaux notamment le renforcement de la capacité des équipes en technique managériale et en planification au niveau opérationnel. Le renforcement de connaissances des acteurs de lutte, se fera à travers la politique de formation continue des différentes catégories de personnel de santé en charge de la lutte contre le paludisme.

Un plaidoyer pour la mise à jour des curricula des institutions responsables de la formation initiale des médecins et des paramédicaux sera mené pour prendre en compte les nouvelles orientations de la lutte contre le paludisme à Madagascar.

4.2 PLANIFICATION ET GESTION

À tous les niveaux, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) assure le leadership, définit les normes et directives nationales, et les diffuse auprès des différents intervenants. Il apporte un appui technique et logistique aux différents intervenants. La gestion du programme de lutte contre le paludisme à Madagascar se fera à différents niveaux : central, régional, district et communautaire. Les activités sont menées par les services déconcentrés du Ministère de la Santé, les formations sanitaires privées, les ONGs et les Agents communautaires.

Au niveau des 22 régions, le responsable régional de lutte contre le paludisme coordonne les activités de mise en œuvre. Il appuie techniquement le niveau périphérique dans la mise en œuvre du programme, collecte et analyse les données relatives au paludisme et collabore avec les ONG de proximité et les différents partenaires intervenant, dans la région. Il assure la supervision des points focaux dans les districts, s'assure que les approvisionnements sont faits correctement.

Au niveau des districts, le responsable de lutte contre le paludisme, est responsable du suivi des activités, assure la formation du personnel de santé des CSB en collaboration avec le médecin inspecteur et le responsable régional de lutte contre le paludisme. Le point focal paludisme assure la supervision et veille à l'approvisionnement des CSB. Il est chargé de la collecte de l'analyse et de la transmission des données du district au niveau de la région. Il collabore étroitement avec les ONG intervenant dans le District. Il s'assure que les activités de sensibilisation sont conduites régulièrement au niveau des CSB.

Au niveau communautaire, le district devra mettre en place un système permettant le partage des informations, l'harmonisation et la rationalisation des interventions, le renforcement de capacité des agents communautaires dans le but d'optimiser les résultats de lutte.

Les termes de référence des Services et des Divisions de la Direction de la Lutte contre le Paludisme seront redéfinis. Le suivi des termes de référence des acteurs de lutte du paludisme à tous les niveaux sera rendu effectif. La politique nationale de la santé communautaire sera appliquée dans la mise en œuvre de la lutte contre le paludisme en collaboration avec les autres programmes de santé tout en assurant la continuité. Un cadre de concertation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre des activités au niveau des Régions et des Districts sera mis en place.

Le rôle des Directions Régionales de la Santé dans la gestion et la mise en œuvre du programme sera renforcé par la mise en place d'un service de lutte contre le paludisme dans chaque direction régionale. Ainsi, leurs plans de travail devront prendre en compte l'aspect multisectoriel en tenant compte des spécificités régionales telles que la phase par rapport aux étapes de la marche vers l'élimination.

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) établit un plan de travail annuel en collaboration avec tous ses partenaires. La planification est ascendante et participative impliquant tous les acteurs à tous les niveaux pour un plan de travail unique et consolidé. La capacité de mobilisation et de gestion des ressources ainsi que la latitude de prise de décision en respectant les normes et directives du programme est à instituer au niveau périphérique.

4.3 PARTENARIAT ET COORDINATION

Plusieurs secteurs sont engagés dans la mise en œuvre des stratégies clés de la lutte contre le paludisme. En tant qu'organe de coordination, le PNLP a besoin d'augmenter sa capacité à optimiser les apports des différents partenaires. Au niveau central, un accent particulier sera mis sur la fonctionnalité des instances de coordination et plus précisément, le cadre de concertation des partenaires de la lutte contre le paludisme par l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'un plan de travail unique. Ce cadre qui regroupe tous les partenaires RBM, va appuyer le PNLP dans la mise en œuvre du programme et les efforts de plaidoyer à mener auprès des autorités gouvernementales et des partenaires de développement.

- **Élargissement du partenariat.**

Dans l'objectif de l'élimination, la recherche de nouveaux partenaires revêt un intérêt particulier. Les plans de travail basés sur le plan national et élaborés aux différents niveaux de mise en œuvre seront exécutés en collaboration étroite avec tous les secteurs intéressés. La définition et la complémentarité des actions des organismes partenaires seront négociées et établies pour renforcer la synergie des actions.

▪ **Secteur privé**

Le partenariat avec le secteur privé sera renforcé par la mise en place de mécanismes de collaboration avec les cabinets et cliniques privés, les infirmeries d'entreprises ainsi que les officines pour leur participation à la sensibilisation sur la lutte contre le paludisme, au dépistage et à la prise en charge des cas. La pratique du RDT sera rendue effective au niveau des prestataires du privé par une formation appropriée de ces derniers et par un approvisionnement périodique en RDT.

▪ **Société civile**

Les interventions des ONG seront inscrites dans les orientations de ce plan stratégique et cadrées dans les objectifs de la pré-élimination. Un effort d'intégration et de suivi des plans d'action des ONG se fera à l'échelle des districts et des régions. Pour les organisations communautaires de base, le partenariat sera renforcé dans le sens d'un meilleur maillage du territoire et d'une meilleure couverture des zones enclavées et difficiles d'accès. Les attributions de ces organisations seront définies à l'avance, et ces dernières seront responsabilisées en tant qu'acteur et bénéficiaire.

▪ **Domaines d'intervention des partenaires**

La mise en œuvre du Plan Stratégique National orienté vers l'élimination du paludisme dépend de l'engagement et du positionnement de ces différents partenaires. Ceci a été matérialisé depuis 2001 par la mise en place d'un Comité et d'un réseau technique Roll Back Malaria.

Ces dernières années, des partenariats ont été établis et ont permis de mobiliser d'importantes ressources pour Madagascar dans sa lutte contre le paludisme. Avec l'appui de la communauté internationale, Madagascar a refocalisé son programme de contrôle du paludisme sur la base d'une mise à l'échelle des différentes stratégies de lutte (Prise en charge par les ACT, CAID généralisée, Distribution universelle de MID, Surveillance épidémiologique).

D'autres partenariats intersectoriels nationaux existent dans le domaine de la surveillance épidémiologique (avec le Ministère de l'Environnement et de la Météorologie), ainsi que dans le domaine de la prévention et de la prise en charge (avec le consortium des ONG et du secteur privé confessionnel) et dans le domaine de la recherche (avec l'Université et l'IPM).

Partenaires Interventions	OMS	UNICEF	PMI/ USAID	GTZ	BM	GFATM	BAD	Principauté de Monaco	JICA	CRC	Chine
Prise en charge des cas	+	+	+		+	+	+	+			+
Prévention du paludisme. CAID	+		+		+	+					
Prévention du paludisme. MID	+	+	+	+	+	+		+	+	+	
Prévention du paludisme. pendant la grossesse TPI	+	+	+			+					
Prévention et des contrôle épidémies	+	+	+		+	+	+				

Partenaires Interventions	OMS	UNICEF	PMI/ USAID	GTZ	BM	GFATM	BAD	Principauté de Monaco	JICA	CRC	Chine
Surveillance épidémiologique	+	+	+		+	+					
Mobilisation sociale et communautaire	+	+	+	+		+	+	+			
Administration et Gestion	+	+	+		+	+		+			
Recherche opérationnelle	+	+	+			+		+			
Suivi et Évaluation	+	+	+		+	+		+		+	

▪ Mécanismes de coordination

Les mécanismes de coordination du Plan Stratégique National 2013-2017 s'intègrent dans le dispositif mis en place par le Ministère de la Santé Publique. Il s'agit entre autre, de la Revue annuelle conjointe du Comité interne de suivi et évaluation au niveau central et de la Revue annuelle de coordination du niveau régional. La revue annuelle conjointe est axée sur l'examen et l'analyse des rapports de performance du programme et est menée par les Ministères concernés, les acteurs nationaux et les partenaires techniques et financiers. Les réunions du comité de pilotage et du Cadre de Concertation des Partenaires pour la Lutte contre le Paludisme serviront de support à la coordination spécifique de la lutte. Les réunions de coordination des Directions Régionales de la Santé serviront aussi de plateforme de coordination des activités. Elles impliquent les districts sanitaires et les structures régionales de la santé, notamment les hôpitaux. Il en est de même pour les instances élargies à tous les secteurs de développement, notamment les comités régionaux, départementaux et locaux de développement.

4.4 SYSTEME DE GESTION DES ACHATS ET DE STOCK

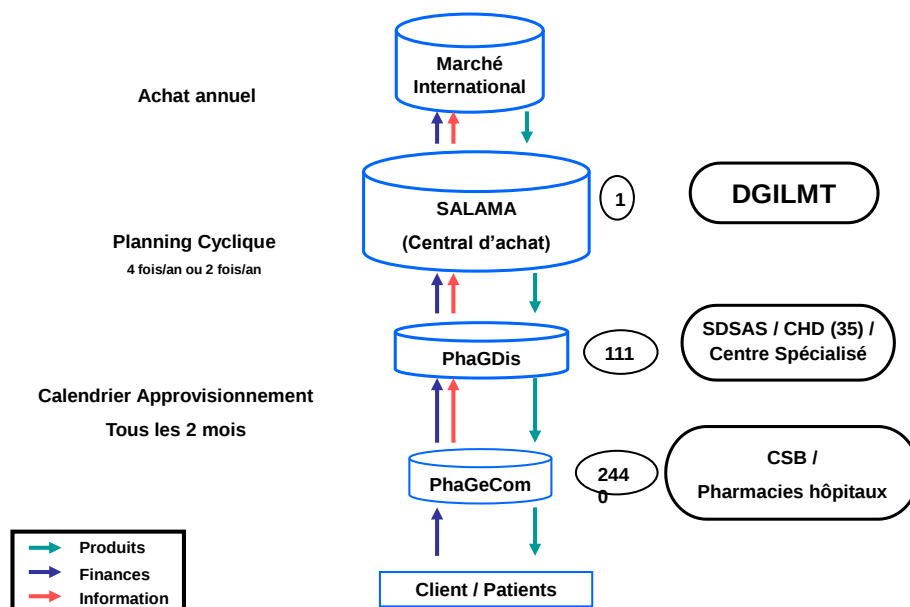
4.4.1 La politique d'Approvisionnement des intrants

Les intrants du programme de lutte contre le paludisme seront intégrés dans la gestion du système du Ministère de la santé à travers le Programme d'Action pour l'intégration des Intrants de Santé (PAIS) dont les objectifs sont :

1. Assurer un système d'approvisionnement performant et conforme aux normes, tout en renforçant la gestion de la chaîne logistique nationale dans toutes les Formations Sanitaires (Institutionnalisation du PAIS, renforcement de la Centrale d'Achat des Médicaments (SALAMA), renforcement du système de distribution au niveau périphérique) ;
2. Assurer l'intégration des médicaments et intrants de santé des programmes verticaux dont le Programme Paludisme dans le système distribution nationale des médicaments (Intégrer les fonctions logistiques des programmes verticaux dans le circuit SALAMA, intégration de l'information et de la supervision) ;
3. Assurer le renforcement des compétences du personnel pharmaceutique et logistique (Définition des normes et procédures et TdR, promotion d'un nouveau cadre logistique & pharmaceutique, renforcement de la capacité des acteurs existants, supervision, suivi et évaluation) ;
4. Assurer une disponibilité financière à tous les niveaux pour la pérennisation du système logistique pharmaceutique (Engagement de l'État, des programmes verticaux et des partenaires, renforcement du système FANOME (Participation financière des usagers) , de la gestion financière et de la motivation du personnel

Figure 24 : Circuit des intrants

Circuit des informations, des produits et des finances des MEG



La gestion de l'approvisionnement est définie dans le Plan de Gestion des Achats et des Stocks (ou PGAS) sur une période de 5 ans et suivant le Programme d'Action pour l'intégration des Intrants de Santé (ou PAIS). Le Plan de Gestion des Achats et des Stocks (PGAS) des produits antipaludéens qui est validé par l'ensemble des partenaires a pour objectif d'assurer la disponibilité permanente et l'accessibilité de produits de qualité à tous les niveaux.

Les intrants du Programme National de Lutte contre le Paludisme sont intégrés dans la gestion du Système national d'approvisionnement à travers le Programme d'Action pour l'intégration des Intrants de Santé (PAIS) dont les objectifs sont les suivants :

- Assurer un système d'approvisionnement performant et conforme aux normes, tout en renforçant la gestion de la chaîne logistique nationale dans toutes les Formations Sanitaires ;
- Assurer l'approvisionnement en médicaments et intrants de santé des programmes verticaux (dont le Programme National de lutte contre le Paludisme) dans le système de distribution nationale des médicaments SALAMA ;
- Assurer l'intégration de la collecte des informations sur la gestion des médicaments et intrants des autres programmes dans le cadre d'une supervision intégrée.

▪ Acquisition des intrants

Le Ministère de la Santé Publique dispose d'une liste nationale de médicaments essentiels génériques incluant les intrants du Programme national de lutte contre le paludisme. Toute acquisition d'intrants de santé passe par des appels d'offres ouverts aux nationaux et internationaux suivant le Code de marché public. La Personne Responsable de la Passation de Marché Public ou PRMP suit et valide les processus d'acquisition des intrants. Les procédures de passation de marché définies dans le Plan de Gestion des Achats et des Stocks (PGAS) sont évaluées et validées par le Fonds Mondial. Pour la Centrale d'Achats (SALAMA), ces procédures sont validées par un comité composé du Conseil d'Administration, du Ministère de la Santé Publique, des Partenaires et de différents techniciens.

4.4.2 Enregistrement des produits

Tout médicament qui entre à Madagascar passe obligatoirement par la Direction de l'Agence de Médicament de Madagascar (DAMM) pour être enregistré et recevoir une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Les insecticides sont soumis à l'homologation par un comité multisectoriel auprès de la Direction de la Protection de Végétaux (DPV) au sein du Ministère de l'Agriculture. Egalement, les fournisseurs de MID doivent délivrer pour leurs produits un certificat de conformité qui devra être homologué par un Comité restreint dirigé par le MSANP.

▪ Spécification

Chaque produit de lutte contre le paludisme (ACT, SP, RDT, MID, Insecticides pour AID) a ses propres spécifications techniques qui sont définies par le programme lui-même et ce, selon les normes internationales. La révision et la mise à jour sont faites périodiquement après analyse et validation des spécifications par le PNLP et les sous-comités respectifs de RBM (Roll Back Malaria).

Les caractéristiques spécifiques actuelles de chaque produit sont les suivantes :

- **ACT** : sous forme de comprimé bicouche hydrosoluble. Combinaison fixe d'Artésunate et d'Amodiaquine, et présentée en blister sous quatre formes selon les tranches d'âge (nourrisson, jeune enfant, enfant, adulte). L'ACT est prescrit aux patients ayant un RDT positif.
- **SP** : Sulfadoxine-Pyriméthamine, présenté sous forme de comprimé combiné en vrac.
- **RDT** : Rapid Diagnostic Test. Test combiné HRP2 combo, comportant des anticorps dirigés contre les antigènes HRP2 et aldolase ou HRP2 et PLDH pan spécifique.

- **MID** : Moustiquaire Imprégnée d'insecticides à efficacité Durable. Fibre polyéthylène mono filament ou polyester à multi filament, de 100 à 150 deniers, de dimension 190X180X170 cm, de forme rectangulaire, de couleur blanche, verte ou bleue.
- **Insecticides pour CAID** (Campagne d'Aspersion Intra Domiciliaire) : pyréthrianoïde et carbamate. Les insecticides sont soumis à l'homologation WHOPES.

4.4.3 Quantification des produits

Le PNLP a mis en place, à partir de 2011, un comité de travail regroupant les partenaires œuvrant dans l'approvisionnement pour estimer les besoins annuels en intrants. Ce comité se réunit deux fois par an pour un atelier de quantification et de mise à jour. Cet atelier est renforcé par des réunions périodiques d'échanges d'informations. L'estimation des besoins se fait à partir des données du rapport périodique des activités qui retrace la gestion des stocks de chaque formation sanitaire et des sites communautaires. **Il est impératif de disposer d'un stock de sécurité de trois à six mois.** Ainsi, les besoins en ACT selon les tranches d'âge, les RDT et le SP sont déterminés selon la CMM, la durée de rupture de stock, la quantité du stock disponible au cours du mois. Pour la CAID et les MIDs, on doit considérer les cibles, la périodicité des campagnes, les zones cibles et les populations à protéger. **Il faut tenir compte des paquets d'intrants définis pour les zones de contrôle et pour les zones de pré-élimination.**

4.5 GESTION DES RESSOURCES FINANCIERES

L'orientation stratégique de la marche vers l'élimination du paludisme à Madagascar nécessite une gestion décentralisée effective avec un transfert de compétences et de ressources requises au niveau décentralisé. Ainsi, l'allocation des ressources (financières, matérielles et humaines) en faveur des régions est de règle, en priorisant celles enclavées.

4.5.1 Le Circuit de Financement des activités

▪ Financement des partenaires

- Fonds Mondial

Le Principal récipiendaire (PR) du Fonds Mondial est Responsable de la supervision de l'utilisation de fonds. Il supervise l'utilisation des fonds par les Sous-Récepteurs et a l'obligation de rendre compte de la gestion financière aux instances supérieures (CCM, Fonds Mondial).

Pour la mise en œuvre du programme, le PR a mis en place un système de comptabilité répondant aux normes acceptables pour permettre au FM et aux auditeurs externes d'évaluer et de vérifier les rapports financiers. Le PR dispose d'un manuel de procédures

qu'il met à la disposition de tous les intervenants pour une gestion harmonisée du financement du Fonds Mondial.

Le SR est responsable de la mise en œuvre opérationnelle du programme. Pour cela, il reçoit du PR les ressources nécessaires à l'exécution des activités prévues suivant les procédures définies dans le manuel de procédures. Ainsi, le SR présente une requête auprès du PR à chaque début du trimestre avec le rapport d'activité du trimestre précédent. Une requête doit comporter au moins les éléments suivants : note de présentation, activités, Chronogramme des activités, résultats attendus, budgétisation détaillée. La validation des rapports périodiques permettra au PR de procéder au réapprovisionnement du compte du SR.

Le PR et le SR sont ainsi liés par une convention à travers laquelle les deux parties s'engagent mutuellement à respecter les conditions et les procédures pour la mise en œuvre efficace du Programme. Pour permettre au PR de suivre la gestion financière du SR, un compte bancaire individuel à part entière pour le Fonds Mondial est ouvert par le SR. Par ailleurs, le SR devra ouvrir et tenir à jour les documents comptables (livres de comptabilité, registres, liste des pièces justificatives, etc.) pour faciliter la vérification des rapports financiers.

- Les autres partenaires

Ces dernières années, les accords de partenariats, entre autres avec l'OMS, l'UNICEF, l'Union Européenne, la Banque Mondiale, l'USAID, CDC, la Croix Rouge Internationale, la Croix Rouge Canadienne, la Croix Rouge Malgache, les Coopérations Allemande, Canadienne, Chinoise, Française, Hollandaise, Italienne, Japonaise et Monégasque ainsi que les ONG et la société civile ont permis de mobiliser d'importantes ressources pour Madagascar dans sa lutte contre le paludisme. Les procédures de gestion de ces différents partenaires sont en ce moment utilisées en attendant la procédure unique de gestion du principe de « Trois Uns ».

▪ Financement de l'État

En vue de la pérennisation du programme, il est important de faire le plaidoyer pour l'augmentation de la contribution de l'État, notamment pour l'acquisition des intrants et le fonctionnement de la Direction et des Services du PNLP. Pour le moment, les financements de l'État se conforment aux « Circulaires de l'Exécution Budgétaire de l'État », et aux procédures en vigueur selon les partenaires en attendant l'harmonisation des procédures.

Approches opérationnelles

Autres stratégies	Principales activités	Responsables de MOE	Zones de MOE (Districts)
Gestion de Programme et GAS : Renforcer les capacités managériales et opérationnelles du programme à tous les niveaux	Réactualisation des documents de politique, stratégiques et des directives de lutte contre le paludisme	PNLP, Partenaires	National
	- Mettre à jour la politique nationale de lutte contre le paludisme - Elaborer le plan stratégique national 2018 – 2022 - Elaborer le plan de suivi – évaluation - Elaborer le plan de mise en œuvre du plan stratégique - Elaborer le document et directives techniques pour la prévention et la prise en charge du paludisme: - Elaborer le document des directives de lutte contre les épidémies et les situations d'urgence:	PNLP, Partenaires	National
	Mobilisation des ressources pour le financement de la lutte contre le paludisme	MSANP, PNL, Partenaires	National
	- Mobiliser les fonds auprès des partenaires internationaux - Obtenir l'engagement des différents niveaux: - Organiser une table ronde avec tous les partenaires	MSANP, PNL, Partenaires	National
	Renforcement de la coordination du programme à tous les niveaux du système de santé	MSANP, PNL, Partenaires	National
	- Renforcer la coordination intra sectorielle et intersectorielle - Mettre en place l'Unité de planification et de coordination de lutte contre le paludisme	MSANP, PNL, Partenaires	National
	Renforcement du partenariat		
	- Renforcer le partenariat avec les autres secteurs - Renforcer la mise en œuvre des plans d'actions - Consolider les plans d'activités des ONGs - Animer un cadre de collaboration avec les officines, les cabinets et cliniques privés, les infirmeries d'entreprise - Renforcer la collaboration avec les grossistes pour la fourniture des MIDs	PNLP, Partenaires	National

	Renforcement des capacités	Min SanP, PNLP, Partenaires	National
	- Assurer le renforcement des capacités complémentaires des agents - Renforcer la capacité managériale et leadership du personnel à tous les niveaux - Renforcer le suivi des activités - Elargir le cours national de paludologie aux médecins des régions et des districts - Renforcer la capacité des Gestionnaires de programme - Renforcer le curriculum de formation en matière de Paludisme - Renforcer la capacité des Prestataires à tous les niveaux - Améliorer le fonctionnement du programme	PNLP, Partenaires	National

5 BUDGETISATION

BUDGET - PSN - PAR STRATEGIES (USD)							
STRATEGIES	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	%
CAID	18 390 252	18 904 081	24 729 227	24 916 704	25 109 430	112 049 695	16,34 %
MID	37 485 409	11 508 448	34 105 796	39 115 286	9 631 263	131 846 203	19,23 %
PEC	7 849 543	13 974 085	11 942 841	13 455 388	12 811 742	60 033 599	8,75%
DIAGNOSTIC	946 381	1 683 188	1 165 762	1 500 206	1 437 273	6 732 810	0,98%
TPI	2 660	58 978	123 493	100 717	113 012	398 861	0,06%
IEC_CCC	4 750 802	3 760 466	1 914 346	3 253 464	2 354 613	16 033 690	2,34%
SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE	47 603 692	51 445 241	56 589 765	62 248 742	68 473 616	286 361 055	41,76 %
SUIVI - EVALUATION	7 605 185	5 839 259	6 224 375	4 285 914	5 823 098	29 777 831	4,34%
GESTION DE PROGRAMME	1 565 264	1 783 960	1 895 702	2 072 509	2 528 237	9 845 672	1,44%
SOUS TOTAL	126 199 187	108 957 706	138 691 308	150 948 931	128 282 284	653 079 416	
COUTS ADMINISTRATIFS	6 309 959	5 447 885	6 934 565	7 547 447	6 414 114	32 653 971	4,76%
GRAND TOTAL	132 509 147	114 405 591	145 625 874	158 496 377	134 696 398	685 733 387	100%

Les besoins globaux du Plan stratégique s'élèvent à 685 733 388 USD dont 286 361 055 USD pour la surveillance épidémiologique du budget Total. La CAID s'élève à 16,3% du budget tandis que les MID représentent 19,2% et la prise en charge à 8,8%. Le Suivi Evaluation inclut la Pharmacovigilance, l'entomologie, la recherche opérationnelle. Elle intègre également une partie de la surveillance épidémiologique mais budgétisée dans la même rubrique.

6 MOBILISATION DES RESSOURCES

6.1 ANALYSE DES GAPS FINANCIERS

STRATEGIES	PSN	DISPONIBLE	GAP	NSA	GAP RESIDUEL
CAID	\$ 112 049 695	\$ 7 587 593	\$ 104 462 102	\$ 16 768 098	\$ 87 694 004
MID	\$ 131 846 203	\$ 38 679 282	\$ 93 166 921	\$ 7 492 527	\$ 85 674 394
PEC/TPI/PharmacoV	\$ 74 667 332	\$ 4 100 472	\$ 70 566 860	\$ 26 568 760	\$ 43 998 100
IEC_CCC	\$ 16 033 690	\$ 419 216	\$ 15 614 474	\$ 8 643 206	\$ 6 971 268
M&E	\$ 316 138 887	\$ 6 559 271	\$ 309 579 616	\$ 12 658 958	\$ 296 920 658
GESTION DE PROGRAMME	\$ 42 499 643	\$ 22 857	\$ 42 476 786	\$ 11 398 753	\$ 31 078 033
GRAND TOTAL	\$ 685 733 387	57 368 691	\$ 628 364 697	\$ 83 530 302	\$ 544 834 395

6.2 CARTOGRAPHIE DES BAILLEURS

Partenaires	Domaines d'intervention									
	MILDA	PID	TP I	Diagnosti	Prise en charge	IEC/ CCC	S&E	Gestion du Programme	Recherche Opérationnelle	Assistance technique
Fonds Mondial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
OMS	X	X	X	X	X	X	X		X	X
UNICEF	X		X			X	X		X	X
USAID/PMI	X	X	X	X	X	X	X		X	X
MONACO	X							X		X
PACS Banque Mondiale										

PACT Madagascar							X	X	X	
AIM						X		X		
SALAMA			X	X	X		X			
UGP		X	X	X	X		X	X		
IPM							X		X	X
Université d'Antananarivo (FAC Médecine)							X		X	
ASOS						X				
SALFA					X					
EKAR					X					
ABT Associates		X					X			
	Domaines d'intervention									
Partenaires	MILDA	PID	TPI	Diagnostic	Prise en charge	IEC/CCC	S&E	Gestion du Programme	Recherche Opérationnelle	Assistance technique
DELIVER	X			X	X			X	X	X
PSI Madagascar	X				X	X	X			
Croix Rouge Malagasy					X					
SAF FJKM					X					

ANNEXES

ANNEXE 1 : BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE 2 : ORGANIGRAMME DU PNL

ANNEXE 3 : ESTIMATIONS DES BESOINS ET ANALYSE DES GAPS PROGRAMMATIQUES

ANNEXE 4 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE

ANNEXE 5 : PLAN DE SUIVI ET EVALUATION

ANNEXE 6 : PLAN DE COMMUNICATION

ANNEXE 7 : BUDGET DETAILLE

BIBLIOGRAPHIE

- Annuaire Statistique de la Santé 2011 préliminaire
- Enquête Démographique et de Santé, Madagascar – 2008-2009
- Enquête nationale d'évaluation de l'appropriation et de l'utilisation des MID à Madagascar 6 mois après la campagne intégrée Rougeole / Paludisme d'Octobre 2007
- Malaria strategic plan for the SADC region : 2007-2015 . October 2006, draft 1
- Manual For Developing a National Malaria Strategic Plan, September 2011
- Ministère de la Santé et du Planning Familial, Plan Stratégique faire reculer le paludisme 2005 – 2009, Repoblikan'ny Madagasikara, Décembre 2004
- Ministère de la Santé et du Planning Familial, Politique de lutte contre le paludisme, Repoblikan'ny Madagasikara, Décembre 2006
- Ministère de la Santé et du Planning Familial, Plan de Développement Secteur Santé - 2007 – 2011, 28 mars 2007, Repoblikan'ny Madagasikara
- Organisation Mondiale de la Santé AFRO, Rapport de la mission d'appui technique à Madagascar pour la lutte contre le paludisme ; Septembre 2004
- Organisation Mondiale de la Santé, Malaria elimination – a field manual for low and moderate endemic countries, 2007
- Organisation Mondiale de la Santé, Rapport de mission d'appui technique au service de lutte contre le paludisme (SLP) à l'organisation d'un atelier de formation de l'équipe de superviseurs et d'encadreurs sur le protocole et outils sur les stratégies de lutte contre le paludisme pendant la grossesse, Madagascar ; 14-25 octobre 2006
- Plan stratégique de lutte contre le paludisme RWANDA.
- Plan stratégique de lutte contre le paludisme SENEGAL.
- République du Mali. Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2007-2011
- Revue de la Performance du Programme Paludisme à Madagascar, 2011
- Service de lutte contre le Paludisme, Madagascar, Rapport Annuel du service de lutte contre le paludisme, Ministère de la Santé et du Planning Familial, Antananarivo, 2006
- V Robert G le Goff, L Andrianaivolambo, FM Randimby, O Domarle, M Randrianarivelojosia, V Raharimanga, A Raveloson, C Ravaonjanahary, F Arieu Moderate transmission but high prevalence of malaria in Madagascar, International Journal for Parasitology 2006
- World Bank, Madagascar Health SectorWide Approach Project, February 22, 2007World Health Organisation, Informal consultation on malaria elimination: setting up the WHO agenda, WHO: Tunis février 2006

ANNEXE 2 : ORGANIGRAMME DU PNLP

