MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

2018
2022

« Elimination progressive du paludisme à Madagascar »

MOT DU MINISTRE

Pour le garant du développement, de l'épanouissement des personnes et de la prospérité de notre société, la santé reste un élément essentiel. En effet, la réduction de la mortalité liée aux endémies majeures constitue une priorité pour l'Etat Malagasy. Au cœur de ce combat, le paludisme occupe une place particulière. Il est responsable d'un lourd fardeau économique à Madagascar, car il constitue encore un facteur d'aggravation de la pauvreté dans notre pays si douloureusement affecté par tant de souffrances.

L'actuel Plan Stratégique 2013-2017 arrive à son terme, un nouveau Plan doit donc être élaboré. Pour cela, conformément aux recommandations de l'OMS, une revue du programme a été menée. Cette revue a ainsi abouti à des solutions réalistes et efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité attribuable au paludisme, afin de soulager les souffrances des couches les plus vulnérables.

Dans la région africaine, le principe de l'élimination du paludisme a été adopté pour les pays qui ont contrôlé avec succès la maladie. Dans sa vision, Madagascar a opté ce principe pour l'élaboration de ses plans stratégiques.

Pour les cinq années à venir, l'orientation des axes stratégiques s'est basée sur les constats, les conclusions et les recommandations issus de la revue. Ce document reste le cadre de référence de tous les acteurs de la lutte

Pour atteindre la vision de Madagascar sans paludisme et les objectifs ambitieux définis, il me revient de solliciter la coopération et d'inviter tous les acteurs nationaux à tous les niveaux et les partenaires internationaux à coordonner nos efforts pour la réalisation des nouvelles perspectives de lutte encore plus efficaces, plus pertinentes et plus efficientes définie dans ce nouveau plan stratégique pour l'élimination définitive du paludisme à Madagascar. Ensemble, allons vers l'élimination du paludisme dans le pays.

Le Ministre,

TABLE DES MATIERES

1. CONTEXTE 1

Contexte & justification 3

2. SITUATION ACTUELLE DU PALUDISME A MADAGASCAR 4

2.1. EPIDEMIOLOGIE DU PALUDISME 6
2.1.1. Stratification épidémiologique 6
2.1.2. Vulnérabilité 7
2.1.3. Evolution de l'incidence et de la prévalence parasitaire 8
2.1.4. Districts en pré-élimination 9
2.1.5. Évolution de la mortalité globale et par faciès 10
2.1.6. Parasites responsables du paludisme 11
2.1.7. Vecteurs du paludisme 11
2.1.8. Evolution du profil entomologique 12
2.1.9. Evolution de l'incidence mensuelle du paludisme et des paramètres climatiques 15

2.2. PERFORMANCE DU PROGRAMME 16

2.2.1. Niveau d'atteinte des principaux indicateurs 16
2.2.2. Evolution de l'incidence selon les interventions par faciès 18
2.2.3. Lutte antivectorielle 20
2.2.4. Prise en charge 22
2.2.5. Prévention du paludisme chez les femmes enceintes 24
2.2.6. Gestion du Programme 27
2.2.7. Suivi évaluation 28
2.2.8. Surveillance et réponse aux épidémies 29
2.2.9. Gestion et Approvisionnement du Stock (GAS) 30
2.2.10. Communication pour un Changement Social de Comportement 32
2.2.11. Financement de la lutte 33

3. PLAN STRATEGIQUE 2018-2022 34

3.1. VISION 37
3.2. DEFIS DU PLAN STRATEGIQUE 37
3.3. PRINCIPES DIRECTEURS 38
3.4. OBJECTIFS GENERAUX 39
3.5. OBJECTIFS SPECIFIQUES 39
3.6. AXES STRATEGIQUES ET ENJEUX 40

3.6.1. Renforcement de la gestion du Programme 41
3.6.2. Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock 44
3.6.3. Consolidation du cadre de prévention (GIV, MID, CAID, TPI) 46
3.6.4. Renforcement du cadre de prise en charge 54
3.6.5. Amélioration des services offerts aux populations clés 57
3.6.6. Renforcement du cadre de communication 59
3.6.7. Amélioration du cadre de surveillance 61
3.6.8. Amélioration du cadre de suivi évaluation 64

3.7. IMPACT ATTENDU 67
3.7.1.1. Interventions selon les strates 67

3.7.2. Hypothèses d'impact 68
3.7.3. Diminution de l'incidence annuelle 68

4. BIBLIOGRAPHIE 69

5. ANNEXES 70
5.1. MADAGASCAR EN BREF 70
5.2. ORGANIGRAMME MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA DLP 73
5.3. CADRE DE SUIVI EVALUATION 74
5.4. INTERVENTIONS SPECIFIQUES SUR LES POPULATIONS CLES 86
5.5. BUDGET ESTIMATIF DU PSN 2018-2022 88
5.6. SOURCE DE FINANCEMENT DU PSN 2018-2022 89

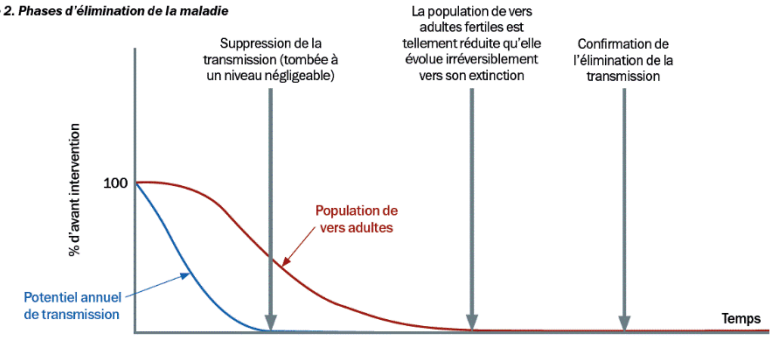
LISTE DES ACRONYMES

AC	Agent Communautaire
ACT	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
AL	Arthémeter Luméfantrine
An	*Anopheles*
AS	Agent de Santé
ASAQ	Combinaison Artésunate Amodiaquine
CAID	Campagne d'Aspersion Intradomiciliare
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CH	Centre Hospitalier
CIP	Communication Interpersonnelle
CPN	Consultation Prénatale
CSB	Centre de Santé de Base
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DHIS2	District Health Information Software 2
DLP	Direction de Lutte contre le Paludisme
DS	District Sanitaire
FBP	Financement Basé sur le Performance
FM	Fonds Mondial
GA	Grossesse Attendue
GAS	Gestion des Achats et Stocks
GE	Goutte Epaisse
GIV	Gestion Intégrée des Vecteurs
HTC	Haute Terre Centrale
IEC	Information-Education-Communication
INSTAT	Institut National de la Statistique
IPA	Indice Parasitaire Annuelle
MID	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MNT	Maladie Non Transmissible
MSANP	Ministère de la Santé Publique
MTR	Mid Term Review (Revue à Mi-Parcours)
NMF	Nouveau Modèle de Financement
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OTSS	Outreach Training and Support Supervision
PCIMEc	Prise en Charge Intégré des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire
PCP	Prise en Charge du Paludisme
PDSS	Plan de Développement du Secteur Santé

PEC	Price en Charge
PHAGECOM	Pharmacie de Gestion Communautaire
PID	Pulvérisation Intra-Domiciliaire
PMI	President's Malaria Initiative
PRE	Plan de Riposte aux épidémies
PSI	Population Service International
PSN	Plan Stratégique National
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaire technique et Financier
RBM	Roll Back Malaria
RCCS	Responsabilisation et Communication pour le Changement Social
RDT	Rapid Diagnostic Test (test de diagnostic rapide)
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RLPR	Responsable de Laboratoire Paludisme Régionaux
RMA	Rapport Mensuel d'Activité
RPD	Responsable Paludisme de District
RPR	Responsable Paludisme Régional
SCOM	Service de la Communication
SDSP	Service de District de Santé Publique
SEI	Surveillance Epidémiologique Intégrée
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UCP	Unité de Coordination des Projets
USAID	United States Agency for International Development
VAD	Visite à Domicile
3T	Test –Treat-Track

PREMIERE PARTIE
CONTEXTE

Figure 2. Phases d'élimination de la maladie



Transmission	En cours	Négligeable, à condition que les interventions soient maintenues	Évolue irréversiblement vers zéro en raison de l'insuffisance ou de l'absence de vers adultes	Zéro
Intervention	Intervention active visant à réduire la charge parasitaire ou la transmission (traitement de masse et/ou mesures antivectorielles)		Aucune	Aucune
Surveillance	Suivi et évaluation des progrès accomplis		Surveillance active pour prouver l'élimination	Surveillance pour détecter rapidement toute réintroduction potentielle de l'infection

Depuis 2006, le principe de l'élimination du paludisme a été adopté par les chefs d'Etat africains pour les pays qui ont contrôlé avec succès la maladie. Madagascar a inscrit ce principe dans sa vision.

PSN Paludisme, Madagascar 2013-2017

Contexte & justification

Le paludisme demeure un problème de santé publique à Madagascar. Jusqu'en 2013 la notification annuelle du nombre de cas de paludisme simple confirmé au niveau des formations sanitaires était de 6,5% par rapport à l'ensemble des consultations externes. En 2016, cette proportion était de 5,6%. Le paludisme est ainsi la **quatrième** cause de morbidité dans les centres de santé et la **quatrième** cause de mortalité hospitalière.

A cause de sa fréquence et de sa gravité, le paludisme entrave la prospérité et le développement économique du pays. Le coût supporté par le pays est estimé à plus de **50 millions USD par an** si on considère les coûts directs et indirects liés à la maladie et les coûts macro-économiques (impact négatif sur le tourisme, commerce, investissements, etc.)

Depuis 2006, le principe de l'élimination du paludisme a été adopté par les chefs d'Etat africains pour les pays qui ont contrôlé avec succès la maladie. Madagascar a inscrit ce principe dans sa vision. La mise en œuvre du plan stratégique 2013-2017, qui se fixait comme objectif de préparer le pays à la réalisation de cette vision en portant et en maintenant à l'échelle toutes les interventions au niveau du pays, arrive actuellement à son terme. Un nouveau Plan doit donc être élaboré et pour cela, conformément aux recommandations de l'OMS, **une Revue du Programme** a été effectuée Juillet 2017.

Les résultats de cette revue révèlent que malgré une réduction constante de la mortalité suite aux multiples interventions de prévention, de prise en charge et de soutien, le paludisme constitue encore un fardeau pour la santé des populations.

L'évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique finissant montre que la proportion d'activités mise en œuvre est de 88%. Le taux d'exécution du PSN reste donc modéré selon les critères de l'outil d'analyse de la performance de l'OMS.

Par ailleurs, après une augmentation du nombre de districts à transmission élevée passant de 48 en 2013 à 62 en 2015, il a été observé une diminution du nombre de ces districts en 2016 (39 districts) et en 2017 (23 districts). Il n'y a pas de changement dans la distribution spatiale des parasites au niveau du pays, mais les vecteurs deviennent **moins endophages et plus agressifs à l'extérieur**.

L'analyse du paysage de financement révèle quant à elle un taux global de décaissement insuffisant de 71,4%, une faible contribution de l'Etat et de faibles **stratégies innovantes de financement** impliquant les partenaires non traditionnels tels que le secteur privé national et les grandes multinationales.

C'est dans ce contexte que s'inscrit l'élaboration de ce nouveau plan stratégique 2018-2022.

DEUXIEME PARTIE

SITUATION DU PALUDISME A MADAGASCAR

Selon le niveau d'incidence, 41 districts présentent une incidence élevée (> 100 cas pour 1000 habitants), 23 modérée (100-50), 29 basse (50-10), 16 très basse (< 10 cas pour 1000) et 5 districts en moins de 1 cas pour 1000….

DLP Madagascar, 2013-2017

2.1. EPIDEMIOLOGIE DU PALUDISME

2.1.1. Stratification épidémiologique

Selon l'OMS, les strates épidémiologiques sont définies par les niveaux d'incidence : (i) **Haute** si elle est supérieure ou égale à 450, **Modérée** si entre 250 et 450, **Basse** si entre 100 et 250, **Très basse** si inférieure à 100 et **Free** si égale à 0. Appliquée à Madagascar, seul un district serait en strate de haute incidence en 2016. Ce qui pourrait sous-estimer le poids de la morbidité. Aussi, compte tenu de l'insuffisance de la remonté des données au niveau communautaire les cas réels peuvent être sous-estimé. (Figure 1.a, 1.b)

En conséquence, une autre classification basée sur un choix raisonné plus proche de la réalité a été adoptée : (i) **Haute** si l'incidence est supérieure ou égale à 100‰, **Modérée** si entre 50 et 100‰, **Basse** si entre10 à 50‰, **Très basse** si entre 1 à 9‰ et **en élimination** si inférieure à 1 (figure 1.b). Cette nouvelle stratification révèle qu'en 2016, 39 districts soit 21,6% de la population vivent en zone de haute incidence, 3 en pré élimination et 5 en élimination.

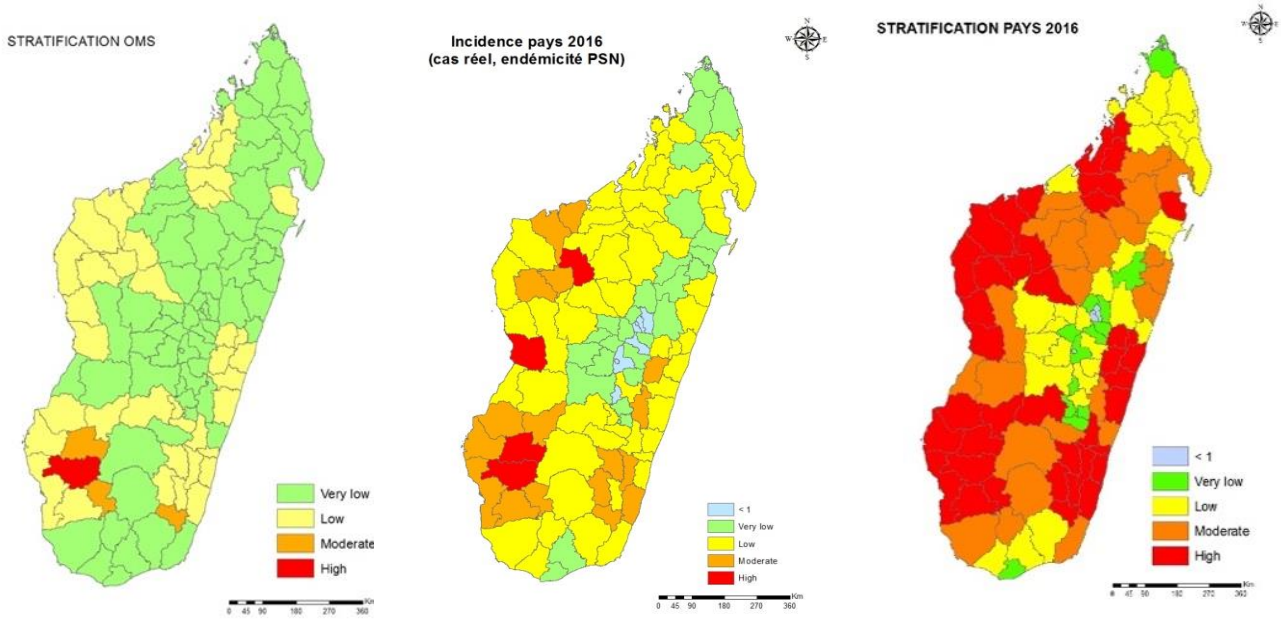


Figure 1: (a) Stratification de l'incidence selon les critères de l'OMS ; (b) Stratification de l'incidence selon les cas réels et la stratification adaptés au pays ; (c) Stratification selon les cas estimés et les critères adaptés au pays.
(*Source : SNIS)*

2.1.2. Vulnérabilité

Le score de vulnérabilité a été défini selon quatre indicateurs : l'incidence annuelle, la létalité palustre, le taux de fréquentation des formations sanitaires et l'indice de pauvreté (par district). Un score a été affecté à chacun de ses critères allant de 1 à 6.

Ce score de vulnérabilité permettra de prioriser les districts pour la mise en œuvre des interventions.

Tableau 1 : Classification des districts selon le score de vulnérabilité

Vulnérabilité	Score	Nombre de Districts	Populations
Très vulnérable	≥4	29	5 338 371
Vulnérable	3	29	5 560 192
Vulnérabilité Modérée	2	31	7 648 649
Vulnérabilité Faible	≤1	25	5 602 294
			24 149 507

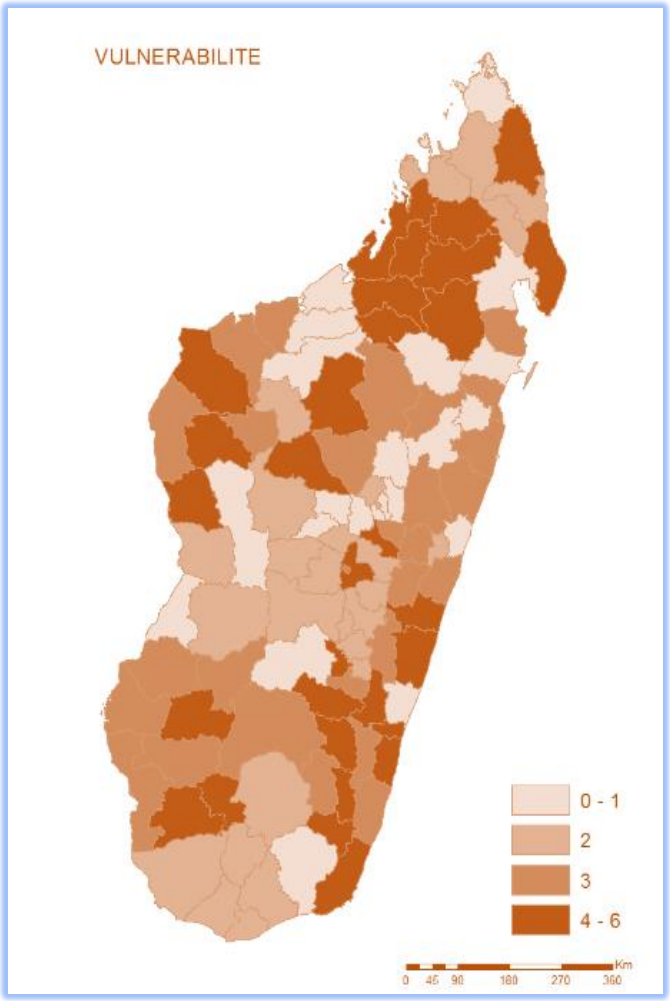


Figure 2. Cartographie de la vulnérabilité (Source : DLP)

2.1.3. Evolution de l'incidence et de la prévalence parasitaire

Entre 2013 et 2014, une réduction de l'incidence du paludisme a été constatée dans toute l'île passant de 97,72‰ en 2013 à 79,91‰ en 2014. Mais en 2015, on observait une augmentation des cas dans presque tout le pays (130,69‰), résultant de l'insuffisance de financement de l'année 2014 ainsi qu'aux problèmes de mise en œuvre. Les régions du Moyen Ouest, Sud-Est et du Sud-Ouest étaient particulièrement touchées (Figure 2). En 2016, l'évolution de l'incidence a connu un progrès par rapport à 2015. Selon le niveau d'incidence, 39 districts présentent une incidence élevée, 25 modérée, 29 basse, 16 très basse et 5 en moins de 1 cas pour 1000.

Les deux indicateurs d'incidence et de prévalence parasitaire se concordent dans leur évolution (Figure 3).

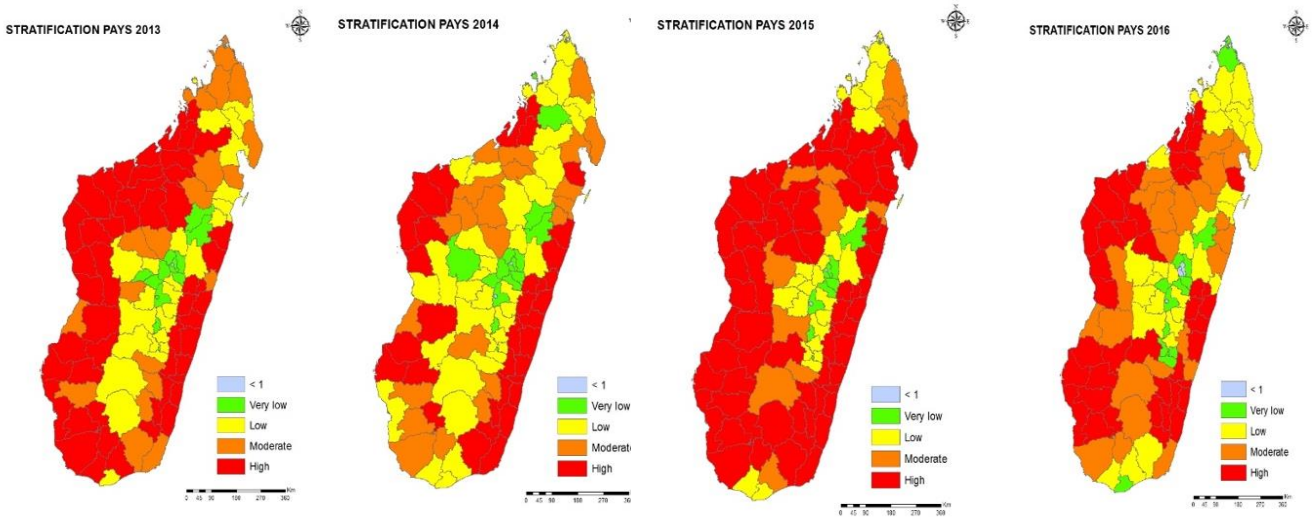


Figure 3. Evolution de l'incidence depuis 2013 à 2016 (Source : SNIS)

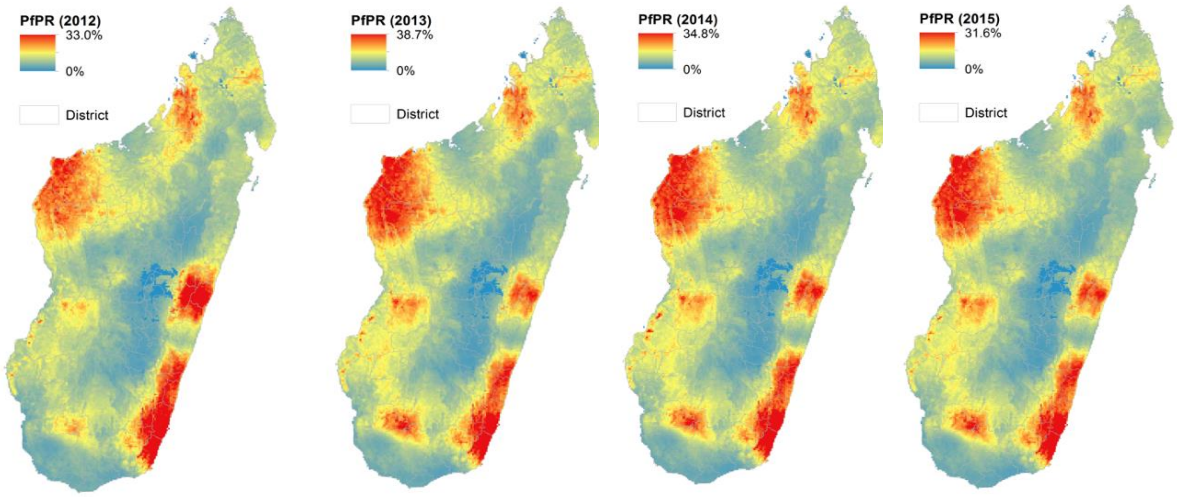


Figure 4. Evolution de la prévalence parasitaire depuis 2012 à 2015(Source : Howes et al. Contemporary epidemiological overview of malaria in Madagascar: operational utility of reported routine case data for malaria control planning. Malar J (2016) 15:502).

2.1.4. Districts en pré-élimination

Depuis 2010, 16 districts auraient pu atteindre le statut de pré-élimination (Taux de positivité <5%), mais la moitié est repassée en phase de contrôle (tableau 1). En 2016, les districts qui sont restés en pré-élimination prédominent dans les Hautes Terres Centrales dont Antananarivo-Avaradrano, Antsirabe I, Antananarivo-Renivohitra, Antananarivo Atsimondrano, Manjakandriana, Antsirabe II ; un district à l'Ouest du pays (Mahajanga I) et un district au Nord (Antsiranana I).

Tableau 2 : Evolution des districts en pré élimination (taux de positivité) entre l'année 2013 - 2016 (Source : SNIS)

District	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ANTANANARIVO-AVARADRANO	3,64	2,97	3,80	3,32	4,15	2,35	1,06
ANTSIRANANA I	4,63	3,42	3,77	4,30	2,43	3,34	1,47
ANTSIRABE I	3,28	2,54	3,15	3,66	2,65	3,07	1,56
ANTANANARIVO-RENIVOHITRA	4,81	3,37	3,45	2,62	3,03	3,77	2,24
ANTANANARIVO-ATSIMONDRANO	5,65	4,94	5,61	4,43	3,79	5,45	2,67
MAHAJANGA I	9,40	4,57	9,63	8,81	5,42	12,05	4,17
MANJAKANDRIANA	6,26	4,19	3,05	3,53	6,36	5,74	4,55
ANTSIRABE II	10,86	13,80	11,22	11,01	10,66	9,43	4,76
FIANARANTSOA I	2,43	5,22	11,45	6,91	12,83	12,03	5,48
AMBATONDRAZAKA	16,88	5,73	3,25	9,96	6,33	6,87	5,90
AMBOHIDRATRIMO	3,99	3,27	4,34	5,35	8,73	26,72	6,35
AMPARAFARAVOLA	8,15	7,89	2,16	5,96	4,14	10,17	7,93
MANANDRIANA	4,26	1,27	4,49	4,58	6,70	10,20	8,80
ARIVONIMAMO	4,84	10,19	6,91	6,14	3,58	15,96	17,01
TOLIARY I	2,88	2,04	5,07	9,20	7,43	31,66	21,69
SOAVINANDRIANA	15,18	17,84	2,81	5,69	24,74	34,47	30,34

2.1.5. Évolution de la mortalité globale et par faciès

La gravité et le fardeau du paludisme se réfèrent aussi bien sur l'incidence que sur le taux de mortalité. Respectivement, le nombre de cas graves est passé de 10 777 cas à 8 136 et le nombre de décès de 667 à 443 soit une **diminution respective de 24,50% et de 33,58%** de 2013 à 2016.Chez les enfants de moins de 5 ans, la mortalité était globalement élevée dans tous les faciès en 2015, surtout dans les faciès Equatorial et Ouest (25,71%).

Figure 5. Evolution de la mortalité liée au paludisme : (a) taux de mortalité dans la population globale, (b) mortalité chez les enfants moins de 5ans par faciès. (Source : SNIS)

2.1.6. Parasites responsables du paludisme

Quatre espèces plasmodiales sont présentes dans la Grande Ile (*Plasmodium falciparum, Plasmodium vivax, Plasmodium ovale et Plasmodium malariae).*

La présence de ces espèces est cependant surtout dominée par le *Plasmodium falciparum* avec une proportion de plus de 90%.

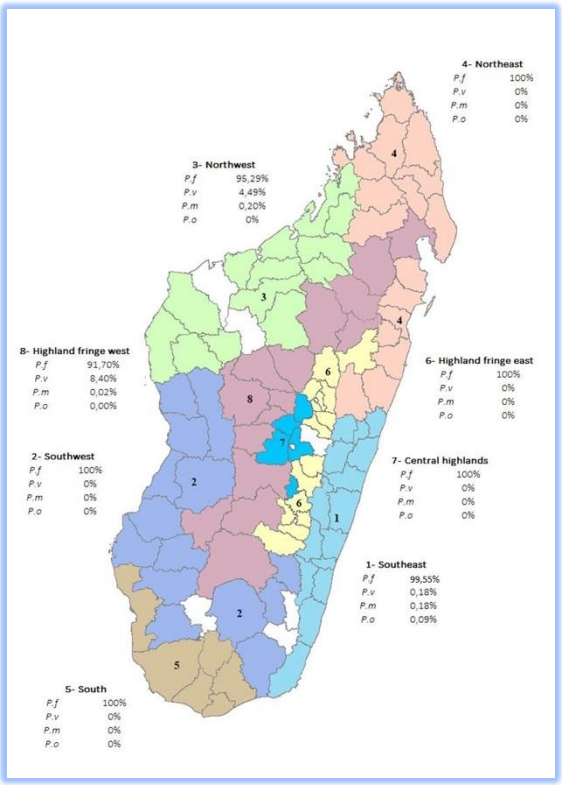
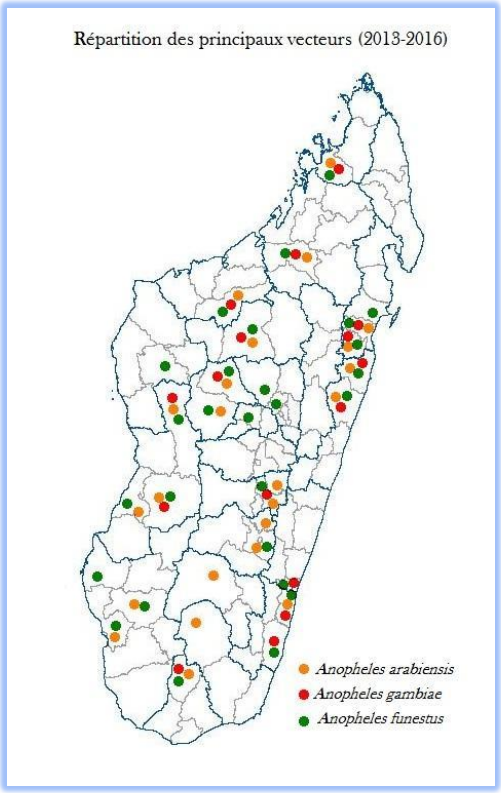


Figure 6. Répartition des espèces plasmodiales (Source : DLP, IPM)



2.1.7. Vecteurs du paludisme

Les résultats de la surveillance entomologique réalisée pendant la mise en œuvre du PSN 2013-2017 ont montré qu'aucun changement majeur n'a été observé sur la composition des espèces vectrices principales de l'agent du paludisme présente à Madagascar (figure 7). Toutefois, la présence *d'An. funestus et d'An. gambiaes.s*. dans plusieurs sites des Hautes Terres Centrales a été observée et mérite une surveillance étroite.

Quant aux espèces vectrices secondaires, la présence *d'An. mascarensis, An. merus, An. coustani et An. coluzzii* (rapport Abt Associates, 2016) à Madagascar a également été signalée pendant la même période.

Figure 7. *Répartition géographique des vecteurs (Source : DLP, IPM)*

2.1.8. Evolution du profil entomologique

Dans tous les facies, depuis 2013, le taux d'endophagie d'Anophèle *gambiae sl* est resté en dessous du seuil de 50% révélant un changement de comportement du vecteur qui pique de plus en plus en dehors des habitations. Dans le faciès Nord-Ouest, ce taux a été au-dessus de 50% en 2015 par rapport à 2013. Ceci pourrait prédire d'un changement majeur dans l'utilisation de la CAID.

Figure 8. (a) Variation annuelle des taux d'endophagie d'Anopheles gambiae s.l. par écozones (2013-2016), (b) Variation annuelle des taux d'endophagie d'Anopheles funestus par écozone (2013-2016). (Source : SNIS)

Par ailleurs, il a été aussi observé des changements sur les horaires des piqûres des moustiques qui deviennent de plus en plus tôt.

Mais le nombre et la répartition des sites ne représentent pas l'ensemble du pays. L'idéal est d'avoir assez de données sur les cinq strates. Le programme suit en ce moment 22 sites (1site/région).

En outre, les ressources humaines de l'équipe centrale d'entomologie restent insuffisantes pour réaliser les activités de surveillance dans les 22 sites (ressources humaines, moyens de déplacement), d'où la nécessité d'impliquer des équipes régionales.

Durant la mise en œuvre du PSN 2013-2017, les données entomologiques étaient insuffisantes avant et pendant les alertes épidémiques mais aussi après les ripostes pour l'évaluation des impacts.

Par ailleurs, le contrôle de la qualité de l'aspersion intra-domiciliaire et l'évaluation de la rémanence des insecticides de la CAID ont été planifiées sur les HTC, et dans les régions Est et Sud-Est.

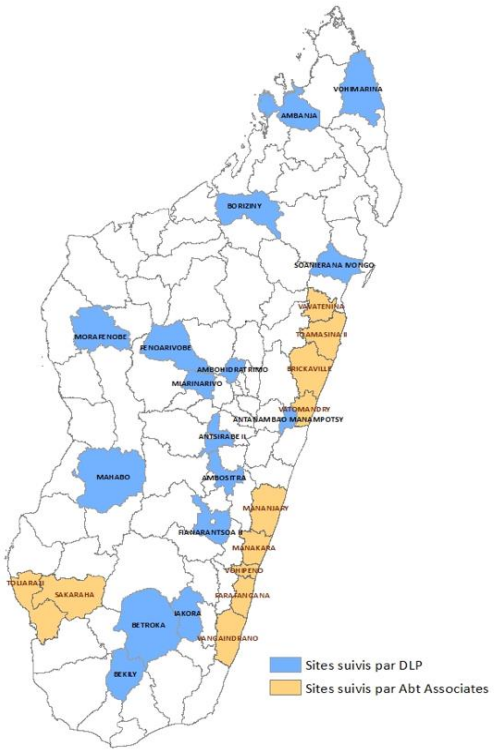


Figure 9. Répartition géographique des sites de surveillance entomologique. (Source : DLP)

- **Sensibilité des vecteurs aux insecticides**

Les principales espèces vectrices identifiées à Madagascar pendant la période de 2013 à 2016 sont encore sensibles à l'Actellic® (Organophosphoré), l'insecticide actuellement utilisé pour l'aspersion intradomiciliaire (AID). Par contre, une extension géographique de la résistance d'*Anopheles gambiae s.l.* aux pyréthrinoïdes (insecticides utilisés sur les moustiquaires imprégnées) a été détectée pendant la même période.

- **Infection des vecteurs/Partie Profil**

Deux des quatre espèces plasmodiales identifiées à Madagascar : *P. falciparum* et *P. vivax* ont été détectées dans six strates (Sud Est, Sud-Ouest, Nord-Ouest, Nord Est, Marge Ouest et Haute Terre Centrale chez les principales espèces vectrices. Par contre, seule l'espèce *P. falciparum* a été détectée chez *Anopheles gambiae sl.* dans des zones d'étude de la Marge Est des Hautes Terres Centrales. La « non-détection » des autres espèces pourrait-être due au faible nombre de sites d'étude (1 par strate) et par conséquent le faible nombre d'échantillons de moustiques analysés.

Afin d'assurer l'efficacité des interventions de lutte, les activités entomologiques prévues dans le PSN 2018-2022 présenteront les trois défis majeurs suivants :

1. Une meilleure connaissance des espèces vectrices dans chacun des niveaux de transmission du paludisme par le renforcement du système de surveillance des vecteurs (décentralisation de surveillance entomologique, méthodes et augmentation de la fréquence de la surveillance adaptée à chaque niveau de transmission).

2. Un renforcement technique du laboratoire d'entomologie : recours systématique à la biologie moléculaire pour l'identification jusqu'au niveau spécifique des complexes d'espèces vectrices présents à Madagascar ; mise à disposition du programme des connaissances sur l'infection et le comportement trophique des vecteurs (technique immunoenzymatique) et une meilleure connaissance des méthodes d'interventions de lutte susceptible d'être appliquées à Madagascar.

3. Une mise en œuvre effective du Plan National de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides.

La réalisation de ces défis majeurs requiert la concrétisation des actions notamment la mise en commun des sites de surveillance épidémiologique, parasitologique et entomologique, le renforcement en nombre et des compétences techniques du personnel ainsi qu' en infrastructure du laboratoire d'entomologie de la Direction de Lutte contre le paludisme.

2.1.9. Evolution de l'incidence mensuelle du paludisme et des paramètres climatiques

Une évolution parallèle entre la pluviométrie et l'incidence du paludisme est constatée entre 2013 et 2016 (figure 10).

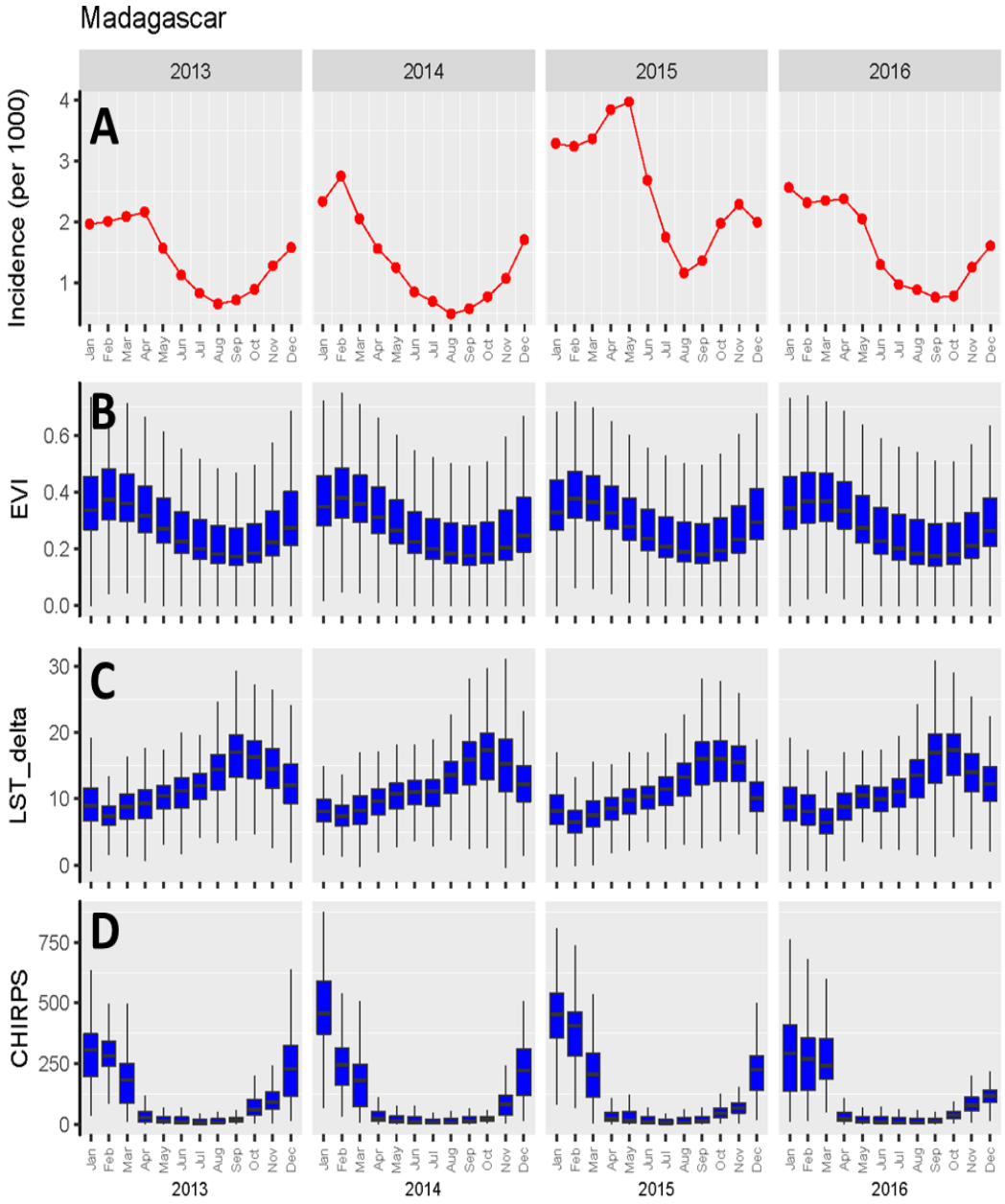


Figure 10 : Tendances de l'incidence mensuelle du paludisme et des paramètres climatiques à Madagascar entre Janvier 2013 et Décembre 2016. Kang S, Batt, Ratsimbasoa A, [...] Howes RE.

(A) Incidence mensuelle du paludisme. Source : DLP.

(B) Couverture de vegetation, une mesure indicative de la disponibilité d'eau. Source: MODIS, NASA (https://modis.gsfc.nasa.gov/data/dataprod/mod13.php).

(C) Difference diurnal de température ambiante (jour et nuit). Source: MODIS, NASA (https://modis-land.gsfc.nasa.gov/temp.html).

(D) Pluviométrie totale mensuelle (mm). Source: CHRIPS (ClimateHazards Group InfraRedPrecipitationwith Station data;http://pubs.usgs.gov/ds/832/)

2.2. PERFORMANCE DU PROGRAMME

Le taux d'exécution des activités planifiées durant le PSN 2013-2017 est de 88% du fait des nombreux obstacles qui ont entravé sa mise en œuvre parmi lesquels :

- La faiblesse du système de santé communautaire,
- La défaillance de la gestion logistique des intrants,
- L'absence de données complètes pour les besoins de quantification des intrants au niveau des districts,
- Le retard de démarrage des activités dû à l'allocation tardive de la subvention.

2.2.1. Niveau d'atteinte des principaux indicateurs

Afin de déterminer le niveau de performance, le niveau d'atteinte de ces indicateurs et les domaines de prestation de service ont été évalués selon les scores suivants :

Tableau 3 : Codification du score de performance par DPS

Fortement Adéquat	Adéquat	Existant mais pas adéquat	Pas du tout Adéquat
3	2	1	0

	Niveau de performance du programme	
1	Réduction observée du nombre et de l'ampleur des épidémies dans le temps	3
2	Réduction observée dans les districts à transmission de paludisme dans le temps	1
3	Réduction observée de la capacité vectorielle sur 5 ans	0
4	Taux de mortalité infanto-juvénile toutes causes confondues	0
5	Baisse (%) de cas de paludisme (Année 4 à Année 0)	0
6	Baisse (%) des décès dus au paludisme (Année 4 à Année 0)	0
7	Cas de paludisme par 1 000 habitants	3
8	Prévalence de l'anémie : Enfants âgés de 6 à 59 mois avec une mesure d'hémoglobine de 8mg/dl	0
9	Décès dus au paludisme (par diagnostic du paludisme confirmé en milieu hospitalier) (proportion)	0
10	Taux de positivité des lamelles/TDR : Lamelles/TDR positifs parmi toutes les lamelles/tous les TDR effectués (pourcentage)	2
11	Baisse observée du taux de positivité des lamelles dans le temps	ND
12	Indice parasitaire annuel (IPA) : nombre de cas de paludisme confirmés par microscopie détectés par 1 000 habitants durant une année	2

13	Proportion d'hospitalisations pour paludisme (confirmé) parmi toutes les hospitalisations	2
14	% de cas de paludisme confirmé par microscopie ou TDR	2
15	% de cas de paludisme sans complications recevant un traitement prompt et efficace dans les 24 heures selon la politique nationale	0
16	Proportion de cas de paludisme/fièvre traités avec le traitement antipaludique de première ligne selon les recommandations nationales	2
17	% d'enfants de moins de 5 ans ayant la fièvre qui ont reçu un traitement antipaludique par prise en charge à domicile	0
18	Proportion de ménage ayant au moins une MII/MID	0
19	Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII/MID la nuit précédente	2
20	Proportion de membres du ménage qui ont dormi sous une MII/MID la nuit précédente	3
21	Proportion de ménages ayant au moins une MII/MID et/ou dont l'habitation a été aspergée par PID au cours des 12 derniers mois	0
22	Proportion de femmes qui ont reçu 2 doses ou plus de traitement préventif intermittent (TPI) pour le paludisme au cours de leur dernière grossesse (sur les 2 dernières années)	0
23	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la fièvre au cours des 2 dernières semaines qui ont reçu un traitement antipaludique selon la politique nationale de traitement dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre	ND
24	Proportion de patients admis avec paludisme grave qui reçoivent un traitement correct aux formations sanitaires	ND
25	MII/MID distribuées au cours des 3 dernières années (à comparer avec le nombre de population divisé par deux)	3
26	Pourcentage de structures ciblées ou d'unités/murs dans les zones cibles de la PID traitées par PID au cours des 12 derniers mois	3
27	Pourcentage de ménages (dans les zones cibles) qui ont bénéficié de la pulvérisation dans le cadre d'une campagne de PID au cours des 12 derniers mois	ND
28	Proportion de formations sanitaires disposant de microscopie et/ou de TDR	ND
29	Proportion de formations sanitaires qui ne rapportent aucune rupture de stock de plus d'une semaine des antipaludiques selon les recommandations nationales, au cours des 3 derniers mois	ND

2.2.2. Evolution de l'incidence selon les interventions par faciès

Tableau 5 : Revue de la performance de l'Epidémiologie du paludisme

Réduction observée dans les tendances de cas dans le temps	0,00
Réduction observée dans les tendances de décès dans le temps	3,00
Réduction observée dans le nombre et l'ampleur des épidémies dans le temps	3,00
Baisse observée du taux de positivités de lamelles dans le temps	2,00
Réduction des cas et des décès de 50% tous les cinq ans	0,00
Réduction observée dans les districts à transmission du paludisme dans le temps	1,00
Réduction observée de la capacité vectorielle sur 5 ans	0,00

Lors des précédents plans, les stratégies ont été réalisées en fonction des faciès. Le pays était alors subdivisé en quatre faciès selon des critères bien définis dont la durée et l'intensité de la transmission.
Mais une particularité sur les zones limitrophes des hautes terres centrales et des autres faciès à haute endémicité a conduit le pays à définir un cinquième faciès appelé les Marges.

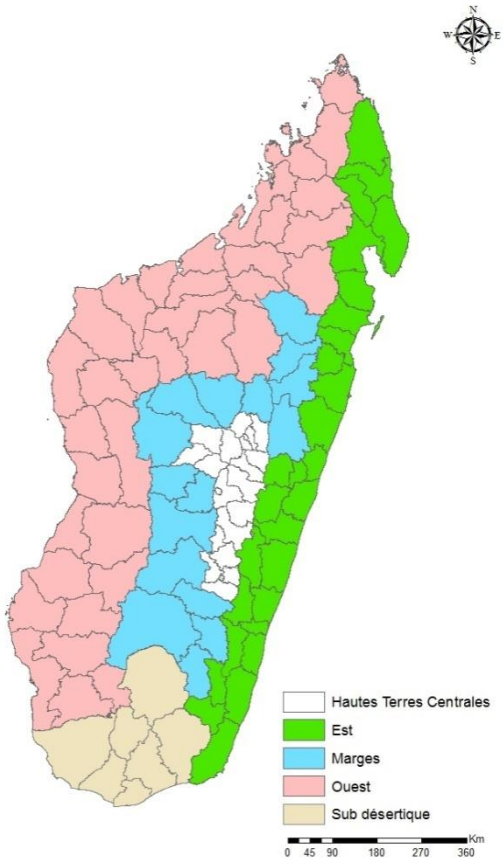
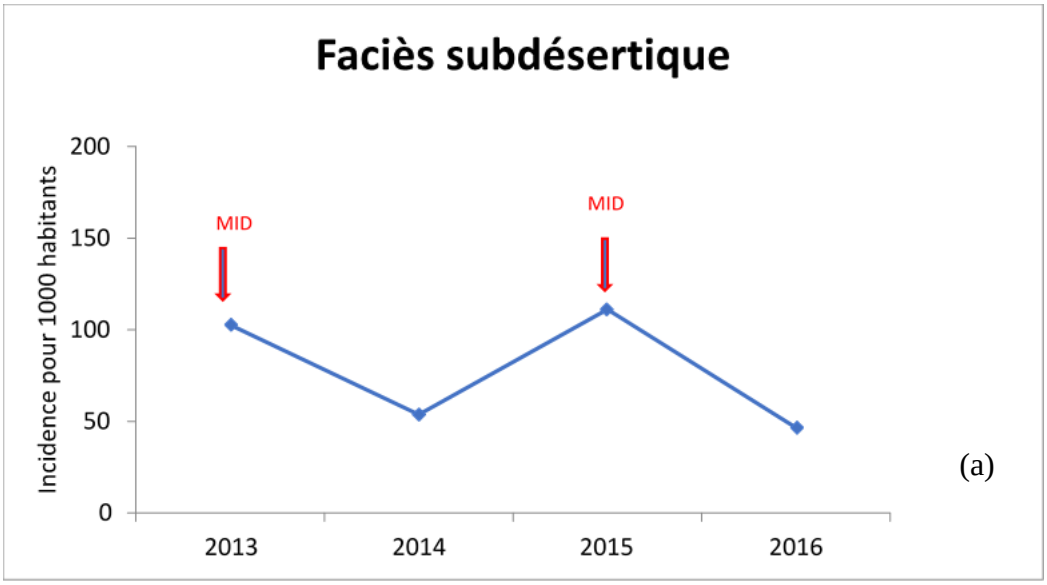
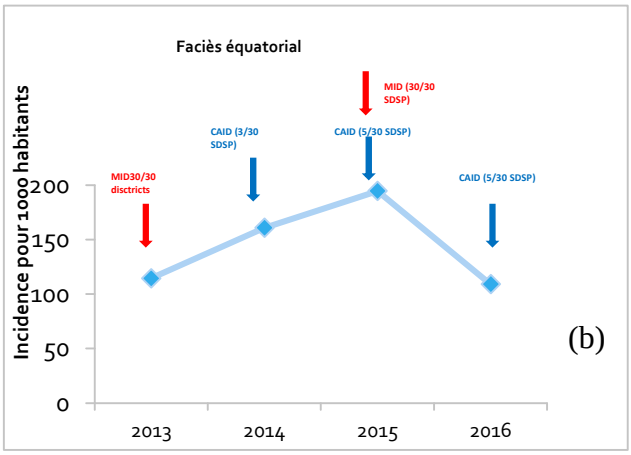


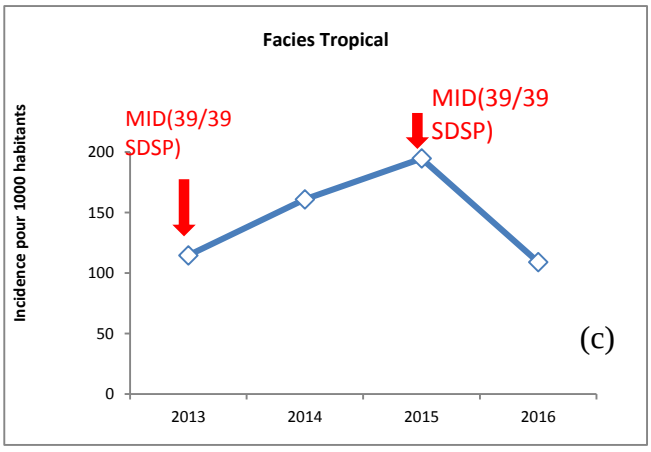
Figure 11. Les quatre faciès du PSN 2013-2017

Selon les interventions réalisées dans chaque faciès, les courbes suivantes démontrent l'évolution de l'incidence du paludisme. Chaque faciès a ses interventions spécifiques.

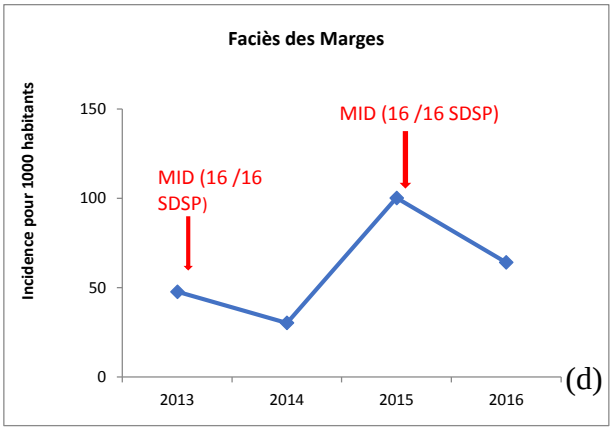


Dans le faciès subdésertique, en 2013, après la réalisation des CAID généralisées et la distribution des MID, une diminution temporaire de nombre de cas a été observée. Puis en 2015, un rehaussement de l'incidence est constaté motivant une riposte de la part de la DLP à travers un traitement ciblé des enfants de moins de 15 ans dans ces zones (Cf. figures 10 a).





Malgré les interventions réalisées en 2013 dans les faciès Equatorial et Tropical, le nombre de cas n'a pas diminué suite à un faible taux de couverture en MID au niveau des zones enclavées de ces faciès. L'amélioration des modalités de distribution et de choix des MID lors de la campagne de 2015 (le polyester étant mieux accepté par la population) a permis cependant de noter une diminution de l'incidence entre 2015 et 2016. (Cf. figures 12b et 12c).



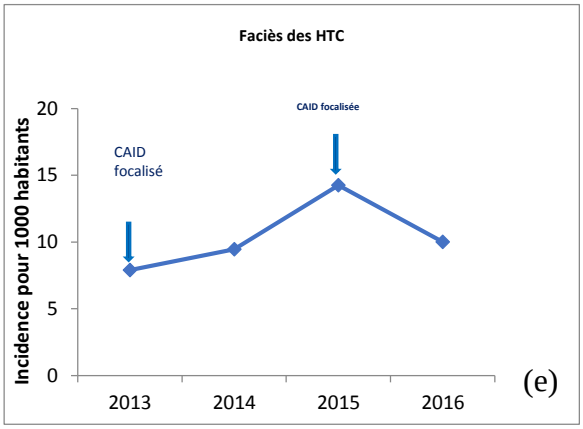


Figure 12: Evolution de l'incidence selon les interventions par faciès ; (a) faciès subdésertique, (b) faciès équatorial, (c) faciès haute terre centrale, (d) faciès marges, (e) faciès tropical. (Source : SNIS)

Au niveau des marges où on observe moins de zones enclavées, les campagnes de MID de 2013 et 2015 ont permis d'observer des diminutions temporaires de l'incidence suivie d'une remontée dans le 12 mois (Cf. figure 12d).

Au niveau des HTC où la principale intervention de prévention demeure la CAID, il n'a été observé une diminution de l'incidence qu'après la campagne de 2015. Il est à rappeler qu'en 2015 l'alphacyperméthrine (6 mois de rémanence) a été utilisé dans les 40 communes ciblées alors qu'en 2013, seules 12 soit 30% ont bénéficié de l'alphacyperméthrine ; les 28 communes restantes ayant bénéficié du carbamate qui a une durée de rémanence beaucoup plus courte (3 mois).

2.2.3. Lutte antivectorielle

Tableau 6 : Revue de la performance de la Prévention

Utilisation des MID comme principale stratégie de prévention communautaire	2,70
Pulvérisation intra-domiciliaire rémanente	2,75
Gestion intégrée des vecteurs	2,13

- **CAID**

Les stratégies de la lutte anti vectorielle sont une approche de prévention de la transmission du paludisme. Les interventions visent à réduire le contact homme-vecteur. Ainsi, les cibles sont bien déterminées en relation avec les indicateurs et les données de base.

De 2013 à 2017, la CAID de prévention prévue au niveau des HTC n'a pas pu être réalisée régulièrement par faute de financement. Il faut cependant noter qu'en 2015, le pourcentage

de la population protégée par la pulvérisation intradomiciliaire était de 98,43 % soit 950 111 populations protégées au niveau des 100 communes cibles des HTC.

Avec l'appui des partenaires (USAID/PMI), des CAID de réduction de la transmission ont été effectuées au niveau de 7 districts des HTC, 7 districts du Sud, 3 districts de l'Est et 5 districts du Sud-Est depuis 2012 avec un taux de couverture moyenne de 95%.

Il faut noter que des CAID de riposte ont été effectuées dans les zones de HTC et du Sud-Ouest suite à une recrudescence.

Pour 2017, une CAID focalisée sera effectuée au niveau des 19 districts des Hautes Terres Centrales avec une rotation triennale des insecticides (Organophosphoré : Actellic CS300, Pyréthrinoide : Alphacyperméthrine).

Cependant, de grands défis devront être relevés pour le respect de la mise en œuvre de cette intervention. Il s'agit de la dépendance du financement aux bailleurs, de la limitation des zones d'intervention après recrudescence (CAID focalisée de riposte), de l'enclavement des zones ciblées et de la lourdeur logistique de mise en œuvre (transport de matériel, nombre élevé d'applicateur à recruter et à forme etc.).

- ***MID***

Les MID représentent l'une des interventions de prévention qui couvre la grande majorité de la population à travers plusieurs canaux de distribution. Chez les groupes vulnérables regroupant les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, l'objectif de 88 % du PSN est presque atteint avec 80% de couverture en 2016.

Le taux d'utilisation est cependant relativement bas. En effet, la proportion de personnes utilisant une moustiquaire imprégnée d'insecticide n'est que de 68,2% (Rurale : 67,5% ; Urbain : 74,2%) et la proportion parmi les personnes disposant d'une MID est de 85,7 % (Masculin : 84,3% ; Féminin : 87,1%, Riches : 81,8% ; Pauvres : 86,7%) selon le MIS 2016. Il est donc nécessaire d'adopter de nouvelles méthodes de CCSC pour aller vers l'appropriation des MID.

La distribution des MID a été effectuée dans les 92 districts des zones endémiques où 88,4% de la population disposant d'une MID ont déclaré avoir dormi sous moustiquaire imprégnée contre 75,5% dans les zones non endémiques.

Afin de maintenir la couverture universelle, les autres canaux de distribution utilisés sont la distribution continue communautaire, la distribution de routine dans les formations sanitaires et le marketing social à un prix fortement subventionné (3.000 Ar/1 USD par MID).

Lors de sa mise en œuvre, la distribution des MID s'est heurtée à des difficultés, essentiellement liées à l'enclavement ou à l'insécurité de certaines zones, à la logistique d'acheminement, à la non fiabilité des données de dénombrement, à la surcharge de travail des personnels au niveau périphérique, à l'absence de supervision et de suivi à toutes les étapes de la distribution, au système de rapportage des données et à la dépendance au financement extérieur. Pour la distribution continue, les rares problèmes identifiés demeurent le rapportage des données sur les moustiquaires distribuées par les AC.

2.2.4. Prise en charge

Tableau 7 : Revue de la performance de la Prise en charge des cas de paludisme

Diagnostic du paludisme	2,13
Traitement du paludisme	2,75
Paludisme chez la femme enceinte (TPIg)	3,00
Gestion de l'approvisionnement du programme	1,50
Suivi de l'efficacité potentielle des médicaments	2,00
Pharmacovigilance	2,50
Supervision et renforcement de capacité en matière de PCP	1,86

La prise en charge des cas dans les formations sanitaires et au niveau communautaire constitue l'un des axes principaux de la lutte contre le paludisme à Madagascar basée sur les directives « 3T » de l'OMS, Test-Treat-Track.

Cette stratégie a comme objectifs de :

(i) Prendre en charge correctement au moins 95% des cas de paludisme vus au niveau des formations sanitaires.

(ii) Prendre en charge correctement au moins 80% de cas de paludisme au niveau communautaire dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes chez les enfants de moins de 5 ans.

Une confirmation par un RDT est recommandée dans les Centres de santé et les sites communautaires. Au niveau des centres hospitaliers un RDT est effectué pour les cas simple et un examen parasitologique (goutte épaisse et frottis mince) est requis pour les cas de paludismes graves. Malgré ceci, un très faible taux de demande d'examen microscopique en cas de suspicion de paludisme grave est constaté.

Le traitement du paludisme simple se fait par la combinaison thérapeutique à base d'Artémisinine (ACT).

L'Artesunate - Amodiaquine (ASAQ) est le médicament de première intention tandis que l'Arthémeter Luméfantrine (AL) est utilisé en deuxième intention.

Pour les zones en pré-élimination, une dose unique de Primaquine est administrée avec l'ACT.

La prise en charge du paludisme grave quant à elle se fait par l'Artesunate injectable en première intention et par la quinine injectable en seconde intention.

Ces nouvelles directives de prise en charge ont été adoptées depuis 2013.

Le diagnostic et le traitement du paludisme sont gratuits dans les formations sanitaires publiques.

En général, les sites communautaires sont fonctionnels et contribuent à la prise en charge des enfants de moins de 5 ans. Cependant, certains sites enregistrent des ruptures fréquentes en intrants. Cette prise en charge communautaire ne prend pas encore en compte les enfants de plus de 5ans.

L'évaluation de l'efficacité médicamenteuse a été réalisée jusqu'à présent seulement sur l'ASAQ et la SP.

Plus de 90% des cas confirmés par RDT ont reçu un traitement adéquat, toutefois le nombre de cas rapporté reste faible par rapport au nombre de cas attendus. (Figure 13)

La PEC fait face cependant à de nombreux problèmes :

- Rupture de stock liée le plus souvent à l'acheminement des produits (niveau district vers CSB ou sites communautaires),
- Transfert des données (communautaires et secteur privé en général)
- Application des directives de prise en charge,
- Retard de recherche de soins.

Au niveau de la chaîne d'approvisionnement du secteur privé, les RDT et les ACT de qualité existent à prix subventionné. Mais le respect effectif de la politique de prise en charge n'est pas encore satisfaisant.

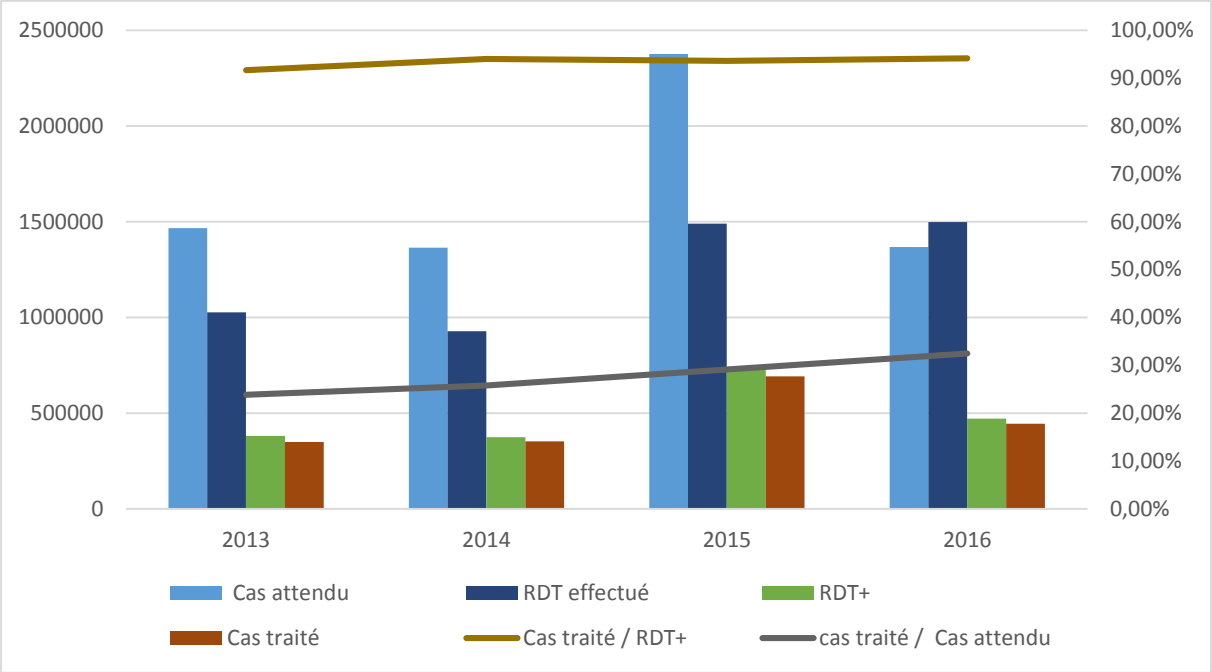


Figure 13: Evolution de la prise en charge des cas de paludisme depuis 2013- 2016. (Source : SNIS)

2.2.5. Prévention du paludisme chez les femmes enceintes

Le Traitement Préventif Intermittent (TPI) chez la femme enceinte a été introduit à Madagascar en 2004. Le PSN actuel a pour objectif d'amener au moins 80% des femmes enceintes à observer les trois doses de TPI dans les 93 districts en phase de contrôle. Cette cible n'est pas encore atteinte et de nombreux efforts restent à faire.

Depuis 2013, la couverture en TPI 1 varie entre 34% et 57% parmi les femmes vues en CPN 1. En 2016, une tendance à une diminution a été constatée due essentiellement à une longue rupture en Sulfadoxine pyriméthamine (SP). Le TPI 3, introduit en 2015 dans le pays selon les recommandations de l'OMS reste encore très faible, le taux de couverture a été de 17% en 2016 parmi les grossesses attendues.

Il a été aussi constaté une diminution progressive de la couverture des femmes enceintes en MID depuis 2013.

Ces deux facteurs expliquent probablement l'augmentation du nombre de femmes enceintes testées positives entre 2015 et 2016 (figure 14).

Par ailleurs, l'analyse de la performance de TPI montre des taux de couvertures faibles, alors qu'il a été observé une augmentation du nombre de femmes enceintes vues en CPN entre 2013 et 2016.

Il faut noter d'autre part que c'est dans les strates à incidence haute que les taux de TPI 1 les plus faibles ont été retrouvés (figure 15).

Tableau 4 : Evolution de la couverture du TPI

Années	2013	2014	2015	2016
Couverture TPI 1 par rapport CPN 1	34 %	35 %	57 %	-
Couverture TPI 2 par rapport CPN 1	23 %	21 %	42 %	-
Couverture TPI 3 par rapport CPN 1	-	-	16 %	25 %

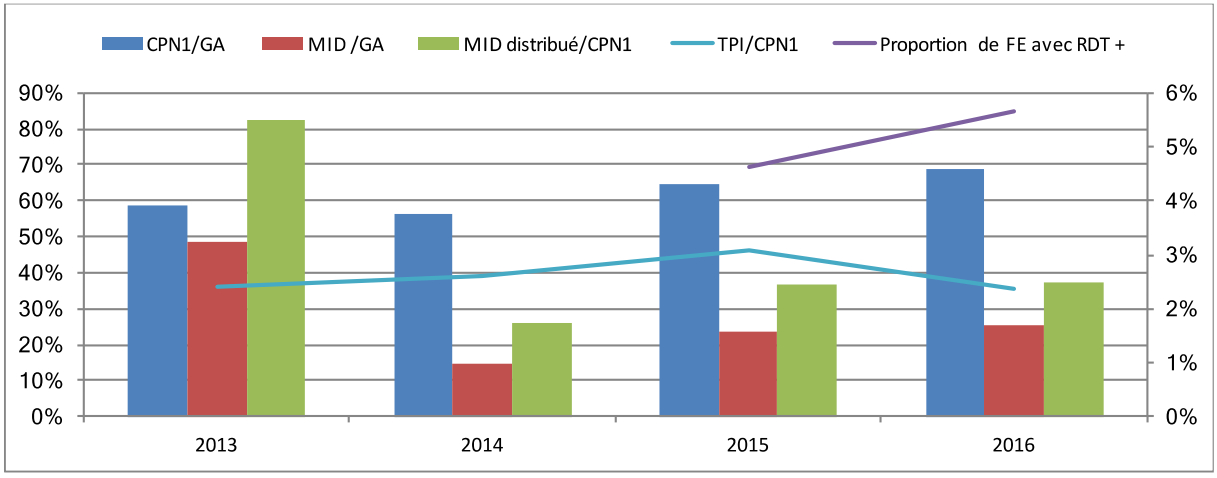


Figure 14: Evolution du taux de CPN, TPI et distribution des MID chez les femmes enceintes entre 2013-2016. (Source : SNIS)

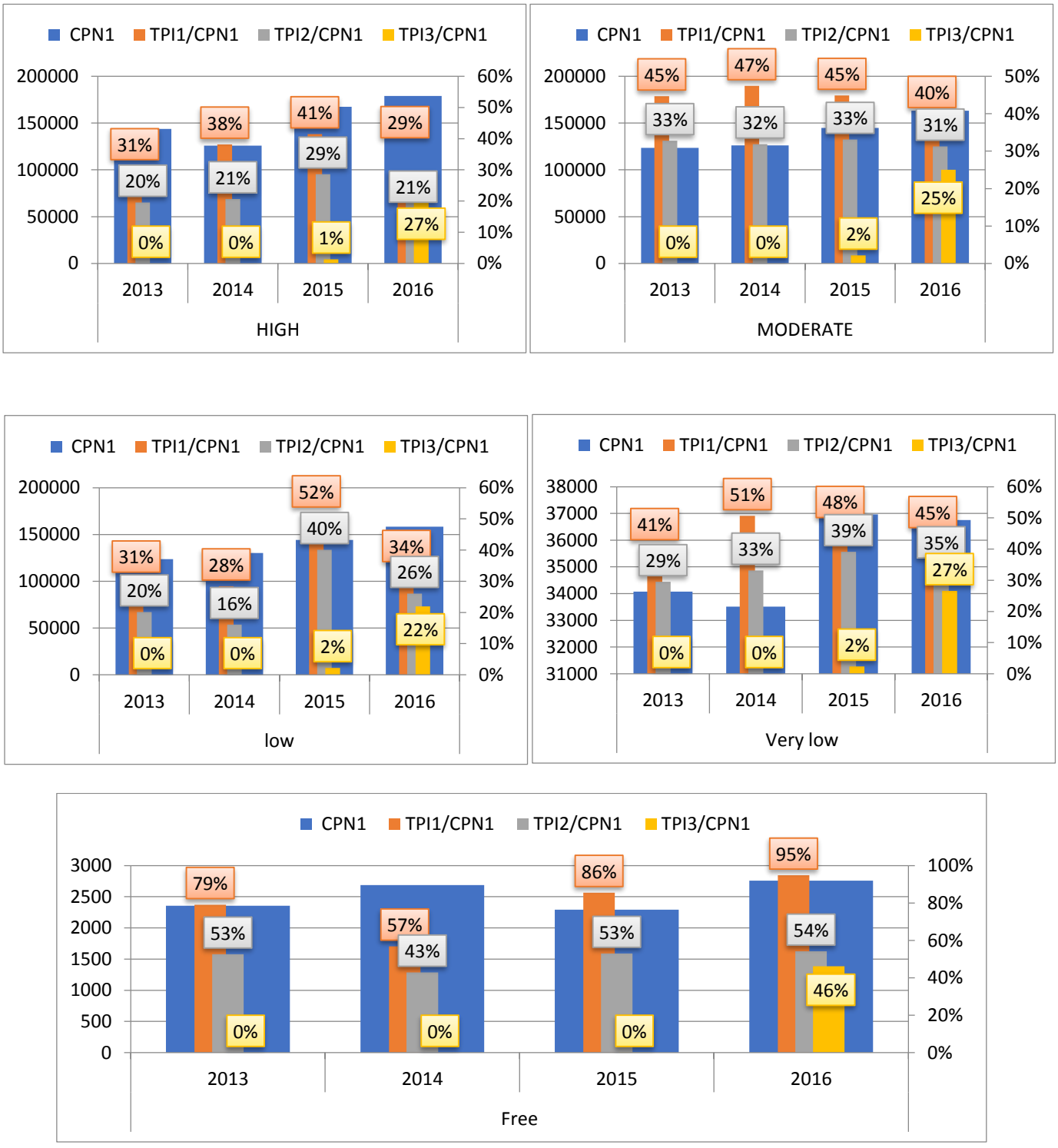


Figure 15: Evolution des taux de CPN, TPI 1-2-3 selon les strates;(a) high, (b) moderate, (c) low, (d) very low, (e) free.
(Source : SNIS)

Les défis à relever pour l'amélioration de la couverture du TPI chez les femmes enceintes restent multiples. Il s'agit entre autres de :

- La remise à niveau des prestataires avec la formation d'un deuxième prestataire en TPI au niveau de chaque structure qui offre ce service,
- La disponibilité permanente des intrants à travers l'implication du secteur privé dans l'amélioration de l'acheminement sur les derniers Kilomètres,
- Le renforcement du système de suivi/évaluation de la consommation et de la disponibilité des intrants,
- La mise en œuvre progressive du TPI communautaire,
- Le renforcement de la sensibilisation des prestataires et des bénéficiaires,
- La recherche des perdues de vue.

2.2.6. Gestion du Programme

Tableau 8 : Revue de la performance de la Gestion du Programme

Place de la lutte contre le paludisme dans le Programme national de développement	0,20
Place de la lutte contre le paludisme dans le Système de santé	3,00
Adéquation de l'organisation et de la gestion du programme national de lutte contre le paludisme	2,06

Le programme est ancré au sein du Ministère de la Santé Publique. Avec l'engagement des leaders politiques et la contribution de multiples partenaires, l'atteinte des cibles définies dans cette unité a connu des progrès.

Le Partenariat Roll Back Malaria national est actif et appuie le programme dans les efforts de coordination et d'harmonisation, dans les orientations stratégiques, les mobilisations des ressources ainsi que dans le suivi de la mise en œuvre. Ceci sur la base de la complémentarité. Le Programme dispose d'une infrastructure lui permettant de mener à bien ses activités selon les normes requises.

L'unité de coordination de la DLP comprend 41 cadres techniques dont 17 Spécialistes en Santé Publique, 3 Epidémiologistes, 7 Paludologues, 8 Entomologistes, 2 Spécialistes en CCSC, et 4 Techniciens de laboratoire et du personnel de soutien (assistants administratifs et financiers, chauffeurs, techniciens de surface, gardiens etc.). Elle est constituée de cinq services : Prise en charge, Lutte Antivectorielle, Laboratoire, Communication, Suivi et Evaluation des performances.

Il est retenu de scinder le service de laboratoire en deux entités (Parasitologie, Entomologie) au cours de la mise en œuvre du nouveau plan stratégique.

Au niveau périphérique, le programme ne dispose que d'un point focal au niveau de chacun des 113 districts sanitaires et des 22 régions. Il parait urgent de renforcer ces points focaux au niveau régional avec un entomologiste et un responsable GAS au moins.

L'approche de la mise en œuvre tend vers le renforcement de la coordination intra sectorielle (avec les autres départements du MSANP) et extra sectorielle représentée par les partenaires regroupés au sein du comité RBM.

Il faut noter par ailleurs que l'insuffisance des ressources humaines, logistiques et financières entrave la performance du programme et rend la mise en œuvre de la stratégie difficile.

Une assistance technique est en place pour renforcer la coordination de la gestion logistique et le suivi stratégique des financements du programme.

Les procédures d'exécution budgétaire devront être aussi améliorées avec l'appui d'une agence fiscale.

2.2.7. Suivi évaluation

Tableau 9 : Revue de la performance du Suivi Evaluation

Suivi de programme	2,00
Evaluation de programme	2,80
Recherche opérationnelle	1,50
Stockage et utilisation de données et site web	2,00

Le programme dispose d'un plan de suivi évaluation couvrant la période 2013-2017 et plus de la moitié (53%) des activités planifiées dans ce plan ont été réalisées dont :

(i) La mise en place du système de surveillance électronique intégrée,
(ii) La mise à jour et diffusion des grilles de supervision,
(iii) La revue mensuelle des qualités des données du Programme au niveau central avec toutes les directions concernées du Ministère,
(iv) Les enquêtes périodiques,
(v) La MTR en 2014 et Revue Finale du Programme en 2017,
(vi) La mise en place des outils de gestion et de collecte de données au niveau des points de prestation de service,
(vii) La publication de la première édition de Bulletin trimestriel d'information sur le Paludisme en 2017,
(viii) La supervision intégrée périodique à tous les niveaux du système de santé,
(ix) La formation des formateurs centraux et régionaux en Suivi et Evaluation,
(x) Le déclenchement des processus et des activités pour la mise en place du système DHIS2 national.

Malgré toutes ces interventions, certains défis sont à relever, tels que :

- Le faible taux de rapportage et de promptitude des données y compris les données communautaires,
- Le retard de prise de décision à tous les niveaux face aux situations de recrudescence,
- La non disponibilité des procédures d'archivage des rapports de supervision et des investigations,
- Le retard de déblocage des fonds et la lourdeur des procédures administratives.

2.2.8. Surveillance et réponse aux épidémies

Tableau 10 : Revue de la surveillance et de la réponse aux épidémie

Système de PRE de paludisme fonctionnel	2,25
Réponse efficace aux épidémies de paludisme et aux urgences	2,33
Plan de surveillance, de suivi et d'évaluation	2,67
Capacité de surveillance, de suivi et d'évaluation	2,75
Surveillance	2,38
Sites sentinelles de surveillance	2,20

En collaboration avec plusieurs entités du Ministère de la Santé et des partenaires, le programme s'est fixé comme objectif la détection et la gestion correcte de la totalité des épidémies.

Les outils de gestion des épidémies sont disponibles au niveau des formations sanitaires avec un seuil épidémiologique bien défini et une courbe de surveillance hebdomadaire.

Actuellement, la surveillance se fait hebdomadairement à partir des données collectées par l'Institut Pasteur de Madagascar à travers les sites sentinelles et les données de la surveillance électronique intégrée qui ne concerne que 29 districts sanitaires.

Les zones à potentiel épidémique sont bien identifiées. Un bulletin de la situation épidémiologique du paludisme est partagé toutes les semaines à tous les partenaires RBM ainsi que les régions et les districts concernés par la situation de recrudescence, pour permettre des actions de riposte concertées.

Les alertes sont notifiées par les AS et envoyés au niveau des DS. La vérification, les investigations et les ripostes sont attribués aux DS avec appui éventuel du niveau régional et le niveau central. Ainsi, 80% des alertes ont été vérifiées en 2016 et 100% des alertes confirmées ont été maitrisées suivant le protocole national au cours de l'investigation des urgences.

L'analyse de l'évolution des alertes montre une prédominance dans le Sud-Ouest de Madagascar.

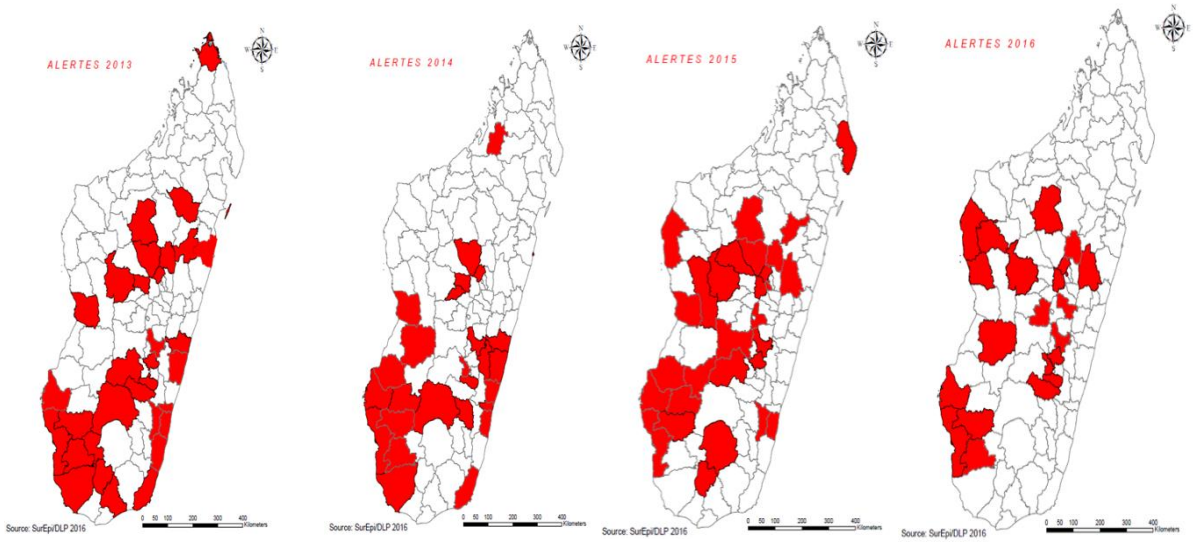


Figure 16: Evolution de la répartition géographique de l'alerte notifiée depuis 2013 à 2016. (Source : SNIS)

2.2.9. Gestion et Approvisionnement du Stock (GAS)

Tableau 11 : Revue de la performance du GAS

Gestion de l'approvisionnement du programme	1,5

La gestion de l'approvisionnement a pour objectif d'assurer une disponibilité permanente des moyens diagnostiques et thérapeutiques dans au moins 95% des formations sanitaires.

Les canaux d'approvisionnement des intrants antipaludiques ne sont pas encore harmonisés. Les circuits d'achat des principaux partenaires financiers du programme restent distincts. Cependant, tous les intrants sont stockés et acheminés par la centrale d'achat SALAMA jusqu'au niveau des districts. L'acheminement des intrants du district vers les CSB et les sites communautaires reste encore à améliorer.

Le nombre de structures sanitaires n'ayant pas signalé une rupture de stocks reste toujours en deçà des cibles, même si la proportion est passée de 25% à 89,86% de 2013 à 2016 concernant les ACT (Figure 17).

L'estimation des besoins se fait à partir des données du rapport périodique des activités qui notifie la consommation et les stocks des formations sanitaires et sites communautaires.

Le programme a mis en place depuis 2011, un comité de travail afin d'estimer les besoins annuels en intrants. Ce comité se réunit deux fois par an. L'atelier de quantification de 2017 permettra de définir les besoins en intrants pour le prochain PSN.

Les principaux problèmes identifiés sont liés à l'incomplétude, la promptitude et à la qualité des données de GAS. Mais surtout le problème d'acheminement des intrants entre les Districts Sanitaires et les Formations sanitaires exposant aux ruptures fréquentes.

Le renforcement de la collaboration entre DLP et ses partenaires (FM, USAID/PMI, UCP, PSI, SALAMA, Secteur privé etc…) permettra d'améliorer l'acheminement des intrants jusqu'aux bénéficiaires.

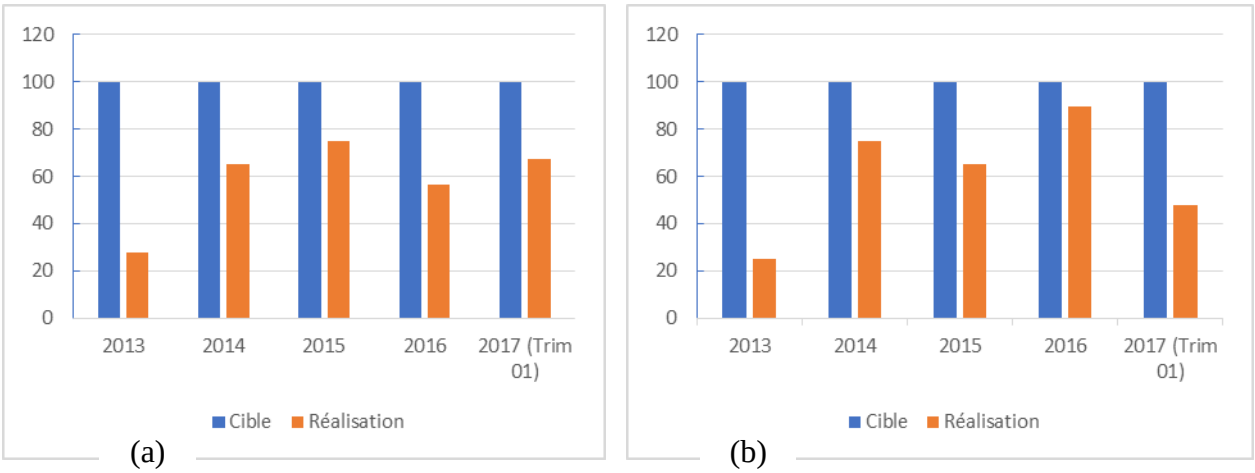


Figure 17: Courbe d'évolution des pourcentages des établissements sanitaires n'ayant pas déclarés des ruptures de stock en intrant ; (a) SP, (b) RDT et ACT.
(Source : SNIS)

2.2.10. Communication pour un Changement Social de Comportement

Tableau 12 : Revue de la performance d'CCSC

Communication pour un changement de comportement et mobilisation communautaire	1,5

La réussite des stratégies de la lutte contre le paludisme repose surtout sur le changement de comportement de la population. La CCSC est une stratégie de soutien qui accompagne les stratégies de prévention et de contrôle pour ce changement de comportement.

Les stratégies de proximité s'avèrent être plus efficaces pour atteindre les cibles. Les interventions sur la CCSC et la mobilisation communautaire sont mises à échelle dans toute l'ile avec un niveau de mise en œuvre peu satisfaisant. Peu d'activités d'évaluation ont été cependant menées.

D'autres défis restent à relever dont l'harmonisation des supports CCSC, le renforcement du suivi des Agents Communautaires, le faible niveau d'éducation des AC, le suivi régulier de la mise en œuvre des activités CCSC, l'implication des tradipraticiens et matrones sur la recherche de soins des populations.

Par ailleurs le faible accès de la population aux mass média (faible possession de radio et de télé) constitue encore un obstacle à la mise en œuvre des interventions de communications.

2.2.11. Financement de la lutte

En 2016, la lutte contre le paludisme était financée à plus de 95% sur des ressources extérieures, principalement par President's Malaria Initiative (PMI) et le FM. D'autres financements extérieurs provenaient de la Principauté de Monaco, OMS, UNICEF, Banque Mondiale.

La contribution effective du gouvernement était de 5%, affectée essentiellement aux ressources humaines et au fonctionnement. Les interventions des bailleurs sont bien cartographiées par zone et par domaine de prestation de services. De plus, le gouvernement a consenti un montant de USD 9.835.000 comme contrepartie financière à la subvention du NMF1 dont USD 5.388.369 pour la composante paludisme.

Pour la période de 2013 - 2017, le budget du PSN était de **289 000 000** USD dont 44 000 000 USD pour la surveillance épidémiologique soit 15,22% 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%.

Certaines interventions essentielles ont pu être réalisées grâce aux bons taux de mobilisation et d'exécution des financements notamment la PEC (les tests de diagnostic rapide et les combinaisons thérapeutiques à base d'Artémésinine), le traitement préventif intermittent (TPI) des femmes enceintes, la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent dans les zones en pré élimination et lors des ripostes et la distribution des MILDA.

Le taux d'exécution budgétaire (71,42%) a été globalement satisfaisant, particulièrement avec le PMI et la Chine (100%).

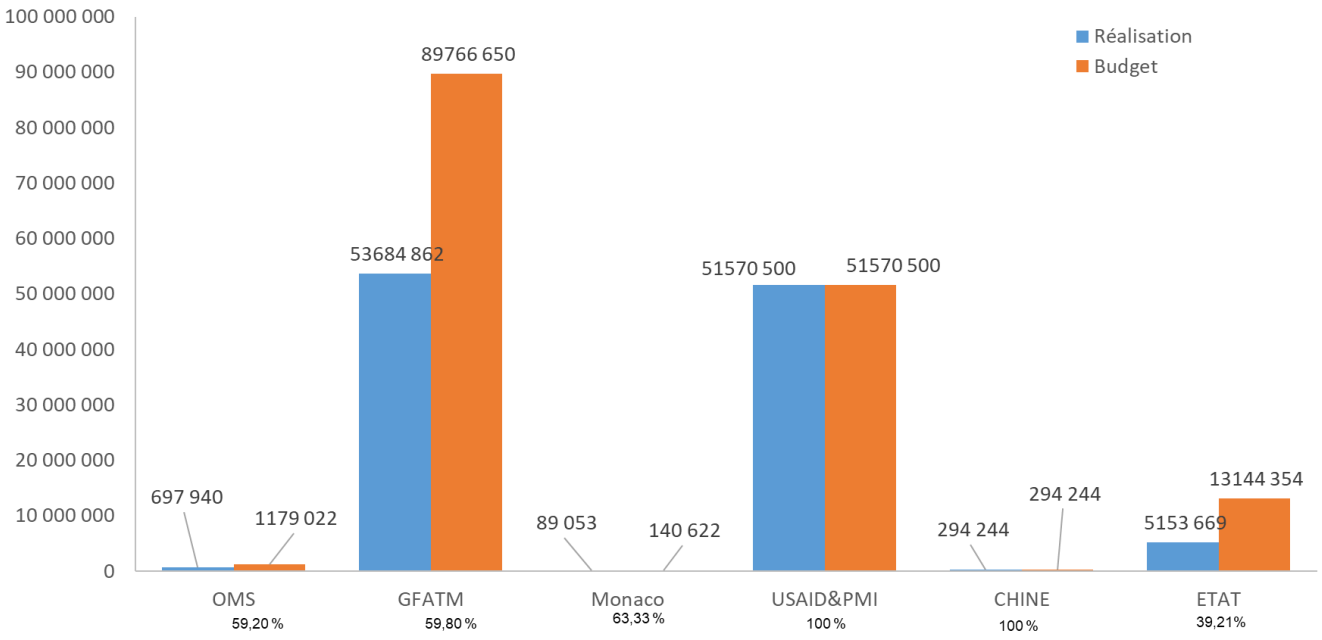


Figure 18. Taux de réalisation par partenaire

TROISIEME PARTIE

PLAN STRATEGIQUE 2018-2022

Hiaraka Isika hanafoana ny tazomoka
Hiaraka Isika hanafoana ny tazomoka,
< 1
Very low
Low
Moderate
High

Nous,
Ministère de la Santé Publique
Et les Partenaires du Programme National de Lutte contre le Paludisme…

… Prenons l'engagement de poursuivre la mise à échelle des interventions et de mettre en œuvre les recommandations de la Revue du Programme pour une couverture universelle et un impact durable, avec pour objectif prioritaire, l'élimination du paludisme à Madagascar.

Comité RBM, Madagascar

3.1. VISION

Madagascar sans paludisme.

3.2. DEFIS DU PLAN STRATEGIQUE

Les défis du plan stratégique permettront une meilleure réorientation politique et stratégique. Ils sont articulés autour de trois grands axes :

La nouvelle vision des décideurs du Ministère de la Santé Publique qui sera à la base du leadership et de l'impact transformationnel. Cette nouvelle vision permettra une meilleure orientation des interventions du programme. En effet, un comité de pilotage et un comité d'exécution sont mis en place au sein du Ministère. Ils tiennent le rôle de catalyseur de changement et permettra de définir les interventions prioritaires afin d'élaborer un cadre d'investissement.

L'approche intégrée : Il s'agit de l'intégration des activités des différents programmes au niveau du Ministère. Afin de capitaliser les ressources et d'éviter le chevauchement d'une même activité par des personnes de plusieurs Directions voir d'une même Direction envoyée au même moment et au même endroit. Elle inclut aussi un "Capacity Building" permanent.

La responsabilisation du gouvernement : Les programmes du Ministère de la Santé sont dépendant des bailleurs. Le budget de l'Etat attribué à la Santé ne cesse de diminuer. Les approches suscitées permettront, en premier lieu de prioriser les interventions et d'établir un cadre d'investissement dans l'objectif à moyen et à long terme de « ne demander aux partenaires que ce que le pays ne peut pas faire ». Ce cadre d'investissement bien ficelé permettra d'effectuer un plaidoyer au niveau des différents responsables afin d'obtenir l'engagement, la contribution et l'investissement de l'Etat dans la lutte contre le paludisme.

La prise en charge de ces défis lors de la mise en place de ce nouveau plan stratégique permettra à la DLP de renforcer :

1. La prise en charge précoce de tous les cas simples dans tous les secteurs et jusqu'au niveau des sites communautaires et la disponibilité permanente des intrants en paludisme,

2. La prise en charge adéquate et universelle de tous les cas graves afin d'aboutir à zéro décès lié au paludisme,

3. La protection effective des femmes enceintes, des enfants et des populations clés par des moyens de prévention et de prise en charge efficients,

4. Le monitoring continu de la distribution des parasites et des changements de comportements du vecteur au niveau de toutes les strates, ceci afin d'adapter continuellement la lutte anti vectorielle,

5. L'analyse périodique des données de routine et de surveillance et la diffusion des informations clés pour prise de décision à tous les niveaux,

6. La décentralisation effective de la lutte contre le paludisme au niveau des régions et districts (budget régional dédié à la lutte contre le paludisme, renforcement des équipes régionales à travers le recrutement d'épidémiologistes, d'entomologistes, d'experts GAS et appui à la mobilisation des ressources des plans régionaux).

3.3. PRINCIPES DIRECTEURS

Le succès de la lutte contre le paludisme à Madagascar dépendra essentiellement des principes directeurs suivants :

(1) Une approche intégrée, complémentaire et multidimensionnelle fondée sur la collaboration entre les différents secteurs et partenaires et la coordination à tous les niveaux,

(2) Un engagement et une mobilisation de la communauté qui seront renforcés par la santé communautaire,

(3) La lutte contre les inégalités sociales à travers le renforcement du partenariat public-privé et l'offre de services particuliers aux populations clés.

3.4. OBJECTIFS GENERAUX

1. Réduire à zéro la mortalité liée au paludisme d'ici 2022.
2. Amener le nombre de districts en phase de pré-élimination de 3 à 64 d'ici 2022.
3. Amener le nombre de districts en phase d'élimination de 5 à 13 d'ici 2022.

3.5. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Pour atteindre ces objectifs généraux, douze (12) objectifs spécifiques sont définis à travers cinq objectifs stratégiques :

A. Renforcer la Gestion et la Coordination du Programme

1. Renforcer les capacités managériales et opérationnelles à tous les niveaux.
2. Assurer une disponibilité permanente en médicaments et en produits de lutte contre le paludisme dans tous les secteurs et à tous les niveaux.

B. Assurer la protection de toute la population à travers les interventions de prévention les plus efficientes

3. Protéger au moins 90 % de la population des zones ciblés par la CAID et les MID.
4. Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le TPI conformément aux directives nationales.

C. Prendre en charge correctement tous les cas de paludisme simples et graves

5. Diagnostiquer 100% des cas suspects de paludisme par TDR ou Goutte épaisse selon les directives nationales.
6. Traiter 100% des cas confirmés de paludisme selon les directives nationales.

D. Renforcer le cadre de communication et de mobilisation sociale

7. Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à la prévention et à la prise en charge du paludisme.

E. Améliorer le cadre de surveillance

8. Détecter dans la semaine 100% des épidémies et situations d'urgence avec un système d'alerte précoce et contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection.
9. Dans les zones de pré-élimination, renforcer le système de surveillance afin de cartographier les groupes de population à forte incidence et les sources de l'infection.
10. Dans les zones d'élimination, mettre en place un système performant d'investigation des cas confirmés.

F. Améliorer le cadre de suivi évaluation

11. Intégrer les données du paludisme dans le DHIS2.
12. Maintenir à au moins 90% le taux de promptitude et de complétude des rapports de toutes les structures sanitaires.

3.6. AXES STRATEGIQUES ET ENJEUX

Au cours de la période 2018-2022, le Ministère de la Santé Publique et son réseau de partenaires relèveront les défis à travers huit axes stratégiques et onze domaines de prestations de services.

- **Axe Stratégique 1 :** Renforcement de la gestion et de la coordination du Programme.
  - DPS 1 : Gestion du Programme
- **Axe Stratégique 2 :** Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock.
  - DPS 2 : Gestion Approvisionnement et Stock (GAS)
- **Axe Stratégique 3 :** Consolidation du cadre prévention.
  - DPS 3 : Gestion Intégrée des Vecteurs (GIV)
  - DPS 4 : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MID)
  - DPS 5 : Aspersion Intra Domiciliaire (AID)
  - DPS 6 : Traitement Préventif Intermittent (TPI)
- **Axe Stratégique 4 :** Renforcement du cadre de prise en charge.
  - DPS 7 : Prise en Charge
- **Axe Stratégique 5 :** Amélioration des services offerts des populations clés
  - DPS 8 : Services spécifiques des Populations Clés
- **Axe Stratégique 6 :** Renforcement du cadre de communication
  - DPS 9 : Communication et Mobilisation sociale
- **Axe Stratégique 7 :** Amélioration du cadre de surveillance.
  - DPS 10 : Surveillance et Riposte
- **Axe Stratégique 8 :** Amélioration du cadre de suivi évaluation.
  - DPS 11 : Suivi et évaluation

AXE STRATEGIQUE 1
RENFORCEMENT DE LA GESTION DU PROGRAMME

3.6.1. Renforcement de la gestion du Programme

DOMAINE DE PRESTATION 1
GESTION ET COORDINATION

Renforcer les capacités institutionnelles, techniques et managériales à tous les niveaux.

▫ **Enjeux**	▫ **Orientations**
Réorganisation de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux afin de bien coordonner la mise en œuvre des activités.	La mise en œuvre des activités prévues dans le PTA à tous les niveaux, est réalisée à 95% avec les compétences nécessaires et les documents techniques mis à jour. L'identification de goulot d'étranglement avec des interventions correctrices et réorientation stratégique.

▫ **Interventions prioritaires**

Cet axe stratégique concerne surtout les approches visant à améliorer la gestion de programme, aussi bien au niveau central que périphérique afin d'atteindre les objectifs spécifiques du programme. La disponibilité des ressources techniques sera renforcée afin d'améliorer la mise en œuvre des activités.

- Réactualisation des documents cadres de la lutte contre le paludisme incluant le Plan Stratégique 2018 - 2022, le Plan de Suivi Evaluation, les nouvelles normes et procédures seront disséminés et seront utilisés comme documents de base à tous les niveaux.

- Renforcement du partenariat : un plaidoyer sera mené auprès des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et auprès du gouvernement pour une meilleure coordination surtout dans la prise en charge de l'acheminement des intrants du niveau district jusqu'au niveau CSB et communautaire.

- Renforcement de l'unité de coordination du programme :

  - Organisation d'un audit institutionnel et organisationnel de la DLP afin de mieux informer la réorganisation du programme.
  - Réorganisation interne du programme afin d'avoir un maximum de rentabilité/efficacité et éviter toute surcharge de travail du chef de service.

- Restructuration du cadre de suivi en renforçant les équipes régionales sur la mise en œuvre des activités programmatiques. Quatre coordonnateurs seront nommés pour suivre les activités selon les niveaux d'endémicité.

- Afin d'harmoniser et de coordonner la mise en œuvre des activités prévues dans l'actuelle Plan Stratégique, des revues de programmes seront envisagées pour détecter à temps les goulots d'étranglement et d'apporter des interventions correctrices dont les revues semestrielles avec les partenaires et les 22 RPR, les revues semestrielles avec les RPR et les RPD de chaque Région, les revues annuelles avec toutes les parties prenantes, les revues à mi-parcours et finale du programme.

- Renforcement de la capacité de gestion à tous les niveaux : La capacité des Responsables Paludisme Régionaux (RPR) et les Responsables Paludisme Districts (RPD) en matière de la Gestion de l'Approvisionnement et des Stock (GAS), en Entomologie, en Epidémiologie et en Suivi Evaluation. Un plan de formation sera ainsi élaboré. Ce développement de capacité sera réalisé durant la première année de la mise en œuvre du nouveau Plan Stratégique.

- Décentralisation des activités du programme conditionné par :

  - La disponibilité des ressources humaines, financières et logistiques au niveau des services déconcentrés (région et district) pour qu'ils puissent assumer leurs responsabilités, de même au niveau des Centres de Santé de Base (CSB) et au niveau des Sites Communautaires.

  - Les ressources humaines au niveau des CSB, en priorisant les zones enclavées, doivent inclure 1 chef CSB, 1 responsable CPN et 1 responsable de PHAGECOM. La situation actuelle au niveau du MSANP montre que 1 148 CSB sur 2 653, soit 34 % des CSB, sont tenus par un seul agent de santé. Ce manque de personnel entrave la réalisation des paquets d'activités y compris la lutte contre le paludisme. Un plaidoyer sera donc mené par le MSANP auprès du Ministère des Finances et du Budget. Les agents de santé recrutés et travaillant au niveau des CSB tenus par un seul agent de santé s'engagerait d'une manière quadriennale suivant les directives du Ministère de la Santé Publique et avec un plan de carrière bien précis.

  - La couverture des sites communautaires fonctionnels : pour avoir une couverture nationale de prévention et de prise en charge précoce du paludisme des enfants moins de 5 ans au niveau communautaire, les 16 346 sites communautaires, en plus des sites appuyés par l'USAID, doivent être fonctionnels. Ceci nécessite la dotation de lot de démarrage et des outils de gestion, ainsi que la mise à disponibilité continue des intrants au niveau des sites communautaires.

  - Renforcement de l'intégration des activités communautaires : supervision des AC, intégration des données communautaires dans le SNIS et quantification des besoins en intrants par les CSB.

- **Résultats stratégiques 1**

Résultat Stratégique 1 - RENFORCEMENT DE LA GESTION DU PROGRAMME

1.1	Le PSN 2018-2022 est disponible chez tous les acteurs de la lutte (Ministère, autres directions, partenaires) et à tous les niveaux avant Décembre 2018
1.2	Un Audit institutionnel et organisationnel réalisé avant Décembre 2018
1.3	Les recommandations de l'audit seront mises en œuvre avant fin 2019
1.4	Le plan d'investissement du PSN est disponible avant Juin 2018
1.5	Le manuel des normes et procédures à jour est disponible chez tous les acteurs de la lutte (Ministère, autres directions, partenaires) et à tous les niveaux avant fin Décembre 2018
1.6	Quatre coordonnateurs responsables du suivi de la mise en œuvre des activités programmatiques au niveau des 4 zones d'endémicité seront nommés avant juin 2018
1.7	Le laboratoire national est réorganisé en deux services (Parasitologie et Entomologie) avant juin 2018
1.8	Les 22 RPR sont formés en GAS, en entomologie et en épidémiologie en Juin 2018
1.9	Les 113 RPD sont formés en GAS, en entomologie et en épidémiologie avant Septembre 2018
1.10	Deux agents du laboratoire d'entomologie (1 entomologiste et/ou 1 technicien entomologiste) participent au trimestre 2 des années 2019 et 2020 à des échanges d'expériences avec un pays endémique du paludisme en matière de surveillance entomologique
1.11	Quatre entomologistes participent annuellement à une réunion scientifique internationale en T4 de chaque année
1.12	Deux techniciens entomologistes sont formés sur les études moléculaires et métaboliques des mécanismes de résistance des vecteurs aux insecticides
1.13	Un entomologiste et un gestionnaire de données ont participé à un stage d'imprégnation sur l'évaluation des impacts du plan national de gestion de la résistance
1.14	Les 5 équipes d'entomologie (5 entomologiste + 10 techniciens d'entomologie) et 3 agents d'insectarium sont formés pour le suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides, l'analyse des mécanismes et le contrôle de l'efficacité des interventions anti-vectorielles (MID, CAID)
1.15	Un responsable qualité du laboratoire d'entomologie est recrutée
1.16	Un responsable de la gestion des données est recruté pour la gestion et l'analyse des données entomologiques
1.17	Les infrastructures du laboratoire d'entomologie de la DLP sont réhabilitées le premier semestre de l'année 2019
1.18	Les matériels du laboratoire et les matériels de terrain des 5 équipes d'entomologie sont entretenus une fois par an
1.19	Présence permanente d'un point focal paludisme dans les 22 régions et les 113 districts
1.20	Deux revues semestrielles sont tenues tous les ans avec les partenaires et les 22 régions
1.21	Deux revues semestrielles sont tenues tous les ans avec les 22 RPR et les 113 RPD
1.22	Une Revue par an est tenue avec les PTF et les autres directions du MSANP

AXE STRATEGIQUE 2

AMELIORATION DE LA GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT ET DU STOCK

3.6.2. Amélioration de la Gestion de l'Approvisionnement et du Stock

DOMAINE DE PRESTATION 2

GESTION APPROVISIONNEMENT ET STOCK (GAS)

Disponibilité permanente en médicaments et en produits de lutte contre le paludisme pour au moins 90% des structures sanitaires.

▫ **Enjeux**	▫ **Orientations**
Quantification et émission des commandes à tous les niveaux en respectant les normes et le délai. Acheminement et livraison des intrants jusqu'au niveau communautaire.	Renforcement de capacité en gestion d'intrants à tous les niveaux.

▫ **Interventions prioritaires**

- Quantification des intrants :
  - Maintenir une quantification et une revue pour mise à jour par an,
  - Sensibiliser les AC, CSB, SDSP à envoyer à temps les rapports, les commandes par trimestre pour les SDSP accessibles, par semestre pour les SDSP enclavés, tous les deux mois pour les CSB en respectant le calendrier d'approvisionnement.

- Acquisition des intrants au niveau national :
  - Etablir les spécifications techniques et orienter le choix sur des fournisseurs pouvant répondre aux besoins du pays au niveau quantité, qualité, délai de livraison, documentation administrative,
  - Prévoir le délai imparti pour les procédures administratives,
  - Procéder à l'acquisition des intrants par le Programme pour les produits antipaludiques et par la centrale d'achat pour les produits FANOME.

- Planification et régularité de l'acheminement et de la livraison des intrants.

- Stockage :
  - Au niveau SDSP, stocker les intrants à la Pha-G-Dis pour être gérés par le prestataire,
  - Au niveau CSB, stocker les intrants à la Pha-Ge-Com pour être gérés par le comité de gestion communautaire,
  - Assurer le suivi des normes de stockage,
  - Mettre à jour les fiches de stock.

- Distribution :
  - Du niveau central à la Pha-G-Dis : pour une meilleure distribution, les commandes doivent être parvenues à la DLP au préalable afin de pouvoir respecter le planning cyclique de SALAMA,
  - De la Pha-G-Dis à la Pha-Ge-Com : les CSB récupèrent les intrants à la Pha-G-Dis moyennant un frais d'acheminement de ces intrants,
  - De la Pha-Ge-Com aux AC : les AC récupèrent les intrants au CSB moyennant un frais d'acheminement de ces intrants.

- Suivi des Commandes et de la consommation :
  - Supervision formative :
    - Norme de stockage,
    - Respect du Min /Max suivant le niveau,
    - Rappel sur le respect du planning cyclique de SALAMA,
    - Intégration de la gestion des intrants,
    - Gestion de stock,
    - Seuil d'alerte.
  - Au niveau SDSP, suivi des PVRD.

- **Résultats stratégiques 2**

Résultats Stratégiques 2 - AMELIORATION DE LA GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT ET DU STOCK

2.1	Une quantification et une revue de mise à jour réalisées annuellement
2.2	Commandes trimestrielles des SDSP accessibles et commandes semestrielles des SDSP enclavés reçues délais
2.3	Tous les intrants de santé antipaludiques stockés à SALAMA pour le niveau central
2.4	Tous les SDSP ont reçu leurs intrants conformément à leur commande 15 jours après l'envoi par la centrale d'achat
2.5	Tous les intrants de santé antipaludiques stockés au niveau des Pha-G-Dis pour le niveau district
2.6	Tous les CSB ont reçu leurs intrants conformément à leur commande 15 jours après l'envoi
2.7	Tous les intrants de santé antipaludiques stockés au niveau des Pha-Ge-Com pour le niveau CSB
2.8	Tous les intrants commandés par les AC sont acheminés jusqu'au niveau des sites communautaires
2.9	Les besoins quantifiés pour les zones d'accès difficile périodiques (période de pluies) sont livrés durant la période d'accessibilité

AXE STRATEGIQUE 3

CONSOLIDATION DU CADRE DE PREVENTION (GIV, MID, CAID, TPI)

3.6.3. Consolidation du cadre de prévention (GIV, MID, CAID, TPI)

DOMAINE DE PRESTATION 3

GESTION INTEGREE DES VECTEURS (GIV)

Protéger au moins 90% de la population avec la CAID et les MID à travers une approche de mise en œuvre et de gestion intégrée des vecteurs

▫ **Enjeux**	▫ **Orientations**
Prise en compte du processus et du plan GIV pour assurer la mise en œuvre et la gestion intégrée des vecteurs.	Stratégie basée sur la gestion intégrée des vecteurs : CAID, MID, gestion des gites larvaires, aménagement environnemental, protection individuelle et lutte biologique. Implication des acteurs et niveaux décentralisés dans la mise en œuvre.

▫ **Interventions prioritaires**

Le pays s'est engagé à mener une lutte intégrée des vecteurs incluant ceux du paludisme depuis 2016. Un comité composé du Ministère de la Santé Publique, du Ministère de l'environnement, du Ministère de l'Agriculture, du Ministère de la Population, Ministère de l'Education Nationale et du Ministère de la Décentralisation sera érigé au niveau national.

La mise en œuvre de la GIV implique plusieurs secteurs. Cette stratégie nécessite une collaboration multisectorielle forte. Ainsi, un plaidoyer auprès de tous les acteurs est l'une des activités de base pour la lutte intégrée des vecteurs. Dans le cadre du PSN 2013-2017, les activités liées à la lutte antivectorielle menées par le programme se sont concentrées uniquement sur la CAID et le MID. Dans ce nouveau PSN 2018-2022, cet axe stratégique va renforcer la lutte antivectorielle par la GIV. La GIV sera mise en œuvre dans les zones d'élimination afin de prévenir la résurgence de l'épidémie et sera étendue progressivement selon l'augmentation du nombre de district en élimination.

Une élaboration d'un plan de gestion intégrée des vecteurs permettant d'identifier les besoins, les moyens et les possibilités existantes pour la lutte anti vectorielle est prévu en 2018. Ce plan inclura les stratégies et les plans nationaux de gestion intégrée des vecteurs pour toutes les maladies à transmission vectorielle.

Afin de renforcer la lutte anti vectorielle, une formation en Gestion Intégrée des Vecteurs sera réalisée à l'endroit des techniciens de District, des chefs CSB, des AC, des représentants des autres secteurs locaux pour mettre en place un mécanisme intersectoriel opérationnel pour la collaboration et la coordination multisectorielle. Il existe différents types de lutte intégrée adaptée selon la stratification.

- **Gestion de l'environnement :** réduction des gites larvaires (assainissement environnemental, lutte anti larvaire), adaptation de l'habitat des vecteurs (sensibilisation pour la fermeture de toiture des maisons...). Elle est effectuée à titre pilote au niveau des districts où les gites larvaires sont peu nombreux, fixes, faciles à contrôler et repérables.

- **Lutte mécanique** : poser un écran anti moustique aux fenêtres et aux portes. Elle est réalisée dans les zones de pré élimination.

- **Lutte biologique** : introduction du poisson larvivore et autres prédateurs. Cette lutte n'est réalisable que dans les gites larvaires bien déterminés et faciles à contrôler.

- **Protection individuelle** : utilisation des produits répulsifs. Elle dépend des données anthropologiques et entomologiques. Mais en général, elle s'effectue dans les zones très vulnérables et vulnérables.

- **Lutte chimique : CAID** (dans les zones de préélimination), **MID** (dans les zones de contrôle)**.**

Pendant la mise en œuvre des stratégies de lutte, une supervision des activités de l'équipe centrale tous les 6 mois sera planifié afin de mesurer l'impact de la lutte intégrée de même qu'une réunion d'évaluation annuelle de tous les acteurs de la GIV.

- **Résultats stratégiques 3**

Résultats Stratégiques 3 - GESTION INTEGREE DES VECTEURS

3.1	Plan de lutte anti vectorielle élaboré et distribué à tous les PTF avant Décembre 2018
3.2	Plan de gestion intégrée des vecteurs élaboré et distribué à tous les PTF avant Décembre 2018
3.3	Les impacts des interventions de lutte sur les populations vectrices sont connus pendant les 4 années qui suivent la première année d'interventions
3.4	Les informations sur la gestion de la résistance aux insecticides sont publiées chaque année
3.5	Planification en GIV effectuée tous les ans avant le troisième mois de l'année
3.6	Les résultats d'une étude d'identification des gites larvaires sont disponibles avant 2019
3.7	Les huit acteurs du SLAV, SCOM et le Laboratoire d'entomologie ont reçu une formation en GIV avant Avril 2018
3.8	Les responsables du Districts (Chef CSB, AC, autres secteurs) ont reçu une formation en GIV avant Juin 2018
3.9	Une réunion d'évaluation en GIV des autres secteurs effectués tous les ans à partir de l'année 2019
3.10	Une réunion d'évaluation en GIV des AC effectuée tous les ans à partir de l'année 2019
3.11	Les 120 agents communautaires des 2 districts sont formés en gestion des gîtes à larves d'anophèles (deux formations soit une formation par district)
3.12	La sensibilité des larves de vecteurs aux insecticides est suivie annuellement dans 5 districts d'élimination, à Nosy Be et à Sainte Marie
3.13	Une réunion annuelle de coordination entre le Service de Lutte anti vectorielle, le Laboratoire d'entomologie de la DLP et les partenaires impliqués dans la stratégie MID est organisée avant Décembre 2018

DOMAINE DE PRESTATION 4

MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES D'INSECTICIDE (MID)

Protéger au moins 90 % de la population des zones ciblées par les MID	
▫ **Enjeux**	▫ **Orientations**
Couverture universelle en MID afin de protéger les populations ciblées à travers divers canaux de distribution.	Approches basées sur la stratification et la classification des districts en considérant les données épidémiologiques actuelles. Implication des acteurs et des niveaux décentralisés dans la mise en œuvre.

▫ Interventions prioritaires

Afin de promouvoir l'utilisation des MID au niveau des populations dans les zones ciblées, le pays a priorisé la distribution de MID comme principal moyen de prévention du paludisme dans les zones à forte endémicité et a opté pour la mise à l'échelle de la distribution de MID depuis 2007. Une première grande campagne universelle de MID a eu lieu en 2009. Pour atteindre toute la population, cette approche a impliqué plusieurs secteurs dont les partenaires, les services décentralisés, les représentants de la communauté et les agents communautaires.

Cet axe stratégique consistera alors à la mise en œuvre des différents canaux de distribution de MID à savoir la campagne de distribution universelle, la distribution de routine pour les femmes enceintes, les enfants gravement malades de moins de cinq an et les enfants moins de 1 an, distribution continue à base communautaire et le marketing social. Les MID seront aussi distribués lors des urgences et les catastrophes.

Concernant la distribution gratuite de MID (distribution de masse, routine et continue), un nouveau processus de mise en œuvre sera pris en compte dans le PSN 2018-2022. En effet, la mise en œuvre s'effectuera selon un système unique sous le leadership du MSANP à travers la DLP. En 2018, une campagne de distribution universelle de MID sera réalisée dans les 106 districts en phase de contrôle. Pour assurer le niveau de couverture et d'efficacité, une distribution continue sera effectuée dans les zones à haut niveau d'endémicité pendant les quatre années à venir.

Pour assurer la bonne couverture des interventions liées au MID durant la campagne universelle, de nouvelles approches et recadrage seront prévus : renforcement des approches multisectorielles, la décentralisation de la gestion et de la coordination, le renforcement du système de santé dans la mise en œuvre de la campagne afin d'en assurer la pérennité.

Des efforts seront aussi entrepris pour améliorer les méthodes de suivi et collecte de données, ainsi que le suivi de la Campagne pour toutes les phases, dans la gestion du fonds concernant le paiement des activités communautaires, l'utilisation des cartes MID pour le suivi de l'effectivité de la présence de MID au niveau de chaque ménage. Des études anthropologiques seront également menées pour analyser les obstacles liés aux us et coutumes afin d'identifier les actions efficientes pour l'amélioration de l'utilisation des MID. Des études sur la durabilité des MID et l'efficacité des insecticides seront aussi menées.

Selon les approches par strates adoptés pour le nouveau plan stratégique, les zones ciblées par la Campagne passeront de 106 districts en 2018 à 56 districts en 2021 en fonction de la diminution attendue de l'incidence.

Tableau 5 : Nombre de district ciblés par les distributions de MID par année

Mode distribution	2018	2019	2020	2021	2022
Campagne	106			56	
Routine	106	106	64	56	53
Continue		39	39	39	39
Marketing Social	Zones urbaines au niveau de 21 Régions				

- **Résultats stratégiques 4**

Résultats Stratégiques 4 - UTILISATION EFFICIENTE DES MID PAR LES POPULATIONS CIBLES	
4.1	Quantification des MID effectuée avant fin 2017
4.2	Acquisition et disponibilité des MID au niveau du pays au moins trois mois avant le début des distributions
4.3	Le contrôle de la qualité des nouvelles MID arrivées au pays est effectué systématiquement (à chaque arrivée pour 4 vagues)
4.4	Tous les ménages bénéficiaires sont identifiés en vulgarisant la Carte MID (avant Février 2018)
4.5	Un plaidoyer sur la Campagne MID, avant Février 2018, est réalisé au niveau des 22 régions
4.6	22 Comités Régionaux ainsi que les techniciens nationaux sont formés sur la MID, avant Fin Février 2018
4.7	106 Comités de District formés sur les MID au moins trois mois avant le début de la campagne
4.8	Un Comité par Commune est formé sur les MID au moins trois mois avant le début de la campagne
4.9	Les MID sont disponibles au niveau du magasin au niveau des sites de distribution
4.10	Les agents responsables du suivi de tous les processus sont recrutés et opérationnels au niveau des 106 districts
4.11	Analyse disponible sur des modalités, us et coutumes, caractère des ménages face à l'utilisation des MID, 1 an après la campagne
4.12	Atelier d'évaluation finale de la Campagne MID et dissémination nationale des résultats six mois après la Campagne
4.13	Acheminement par les SDSP vers les CSB selon quantification pré établie
4.14	Une campagne est réalisée sur les 106 districts en phase de contrôle en novembre 2018.
4.15	Suivi de l'effectivité de la distribution par tous les niveaux réalisés.
4.16	Réunion à tous les niveaux pour la réalisation du rapportage de l'activité
4.17	Les MID pour la distribution continue sont acquis selon la quantification du pays.
4.18	Plaidoyers au niveau des différentes collectivités décentralisées effectués pour la réalisation de la distribution continue de 2019, 2020, 2021 et 2022
4.19	Les MID sont disponibles au niveau des Districts et stockés au niveau des magasins adéquats
4.20	MID positionnés au niveau des communautés
4.21	Les agents communautaires sont dotés en kits de distribution
4.22	Revue trimestrielle effectuée après trois mois de la mise en œuvre
4.23	Atelier de dissémination des résultats effectué pour chaque fin d'année de distribution
4.24	L'efficacité des 5% des MID utilisées dans 2 districts de chaque strate à MID ou 2 sites par strates (= 8 sites) est évaluée semestriellement

DOMAINE DE PRESTATION 5

ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE (AID)

Protéger au moins 90 % de la population des zones ciblée par l'AID

▫ **Enjeux**	▫ **Orientations**
Réduction rapide de la transmission en augmentant les zones ciblées par l'AID.	Approches basées sur la stratification et la classification des districts en considérant les données épidémiologiques actuelles. Implication des acteurs et des niveaux décentralisés dans la mise en œuvre.

▫ Interventions prioritaires

Depuis 2013, le pays a mise en œuvre la campagne d'aspersion intra-domiciliaire de manière généralisée au niveau des hautes terres centrales. L'approche a été changée en CAID focalisé à partir de 2015 ciblant surtout les localités où la transmission reste élevée. La non disponibilité à temps des financements en 2014 et 2015 n'a pas permis de mener une campagne dans les districts ciblés.

Pour les prochaines années de mise en œuvre, la CAID généralisée d'élimination sera effectuée au niveau de tous les districts qui passent en phase de pré-élimination, afin de consolider les résultats obtenus.

Des CAID de réduction de transmission seront mise en œuvre dans quatre districts du Sud-Est et deux districts du Sud-ouest compte tenu de l'ampleur du paludisme dans ces régions.

Au niveau des districts identifiés pour la CAID, une rotation triennale des insecticides sera effectuée pour la gestion de la résistance.

La CAID de riposte sera réalisée suivant les déclarations du service de Surveillance Epidémiologique.

Résultats stratégiques 5

Résultats Stratégiques 5- UTILISATION EFFICIENTE DE LA CAID AU NIVEAU DES ZONES CIBLEES

5.1	Deux plaidoyers multisectoriels sont effectués au niveau national avant la mise en œuvre des activités en 2018
5.2	Un Plaidoyer annuel est effectué au niveau des Districts à partir du 1èr semestre de l'année 2018
5.3	Une CAID généralisée d'élimination est effectuée au niveau des districts en pré élimination à partir de l'année 2019
5.4	Une CAID de réduction de la transmission est effectuée au niveau de six districts de haute transmission
5.5	Une CAID de riposte est réalisée dans les zones déclarantes de la recrudescence ou d'épidémie
5.6	Deux supervisions semestrielles de l'AID sont effectuées par an
5.7	La rémanence des insecticides de l'AID est déterminée dans au moins trois districts en pré-élimination
5.8	Le plan de gestion de résistance aux insecticides est correctement mis en œuvre

DOMAINE DE PRESTATION 6

TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT (TPI)

Protéger au moins 90 % des femmes enceintes par le TPI conformément aux directives nationales

▫ **Enjeux**	▫ **Orientations**
Amélioration de la prévention du paludisme chez les femmes enceintes par l'augmentation de la couverture en TPI au niveau de tous les établissements de santé y compris le niveau communautaire.	Renforcement de la prévention du paludisme chez la femme enceinte dans tous les établissements de santé. Introduction de la délivrance du TPI au niveau communautaire à partir du TPI 2 dans les zones à incidence haute et modérée.

▫ Interventions prioritaires

Des nouvelles recommandations de l'OMS ont été émises stipulant que le TPI doit être administré à partir de la 13ème semaine de grossesse jusqu'à l'accouchement dans les zones ciblées.

Madagascar a adopté cette stratégie qui consiste à donner au moins 3 doses de 3 comprimés de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) espacées de 1 mois à partir de 13 semaines de grossesse jusqu'à l'accouchement. Suivant les nouvelles stratifications du nouveau PSN, **le TPI sera administré chez les femmes enceintes vivant dans les districts en phase de contrôle qui sont au nombre de 106 en 2018**.

Le TPI est en effet le moyen de réduire l'anémie maternelle chez la femme enceinte, de réduire d'environ 21% le risque de faible poids à la naissance et de 61 % la mortalité néonatale. L'accent sera mis sur l'appropriation et l'engagement de tous les prestataires publics et privés pour l'application des nouvelles directives.

Les compétences de tous les prestataires que ce soient hospitaliers, publics ou privés sont renforcées par des formations et des suivis périodiques en collaboration avec le programme de santé maternelle et reproductive. Le dispositif CPN sera mise à contribution pour le suivi de cette stratégie. En fonction des résultats du projet de démonstration, les offres de services préventifs vont faire l'objet d'une extension de la délivrance de TPI au niveau communautaire.

La coordination entre les professionnels de la santé et les agents communautaires chargés de cette activité sera renforcée.

- **Résultats stratégiques 6**

Résultats Stratégiques 6 - UTILISATION EFFICIENTE DU TPI AU NIVEAU DES ZONES CIBLEES

6.1	Normes et procédures de TPI à jour disponible au niveau central avant Mars 2018
6.2	Normes et procédures disponibles auprès des formations sanitaires publiques avant juin 2018
6.3	Normes et procédures disponibles auprès de 686 formations sanitaires privées avant juin 2018
6.4	Les 1250 prestataires de secteur privé formé sur les nouvelles directives PPG/TPI avant Juin 2019
6.5	Deux cents agents de santé du secteur public nouvellement recrutés formés sur les directives PPG/TPI tous les deux ans
6.6	Les outils de travail et de gestion des AC sont disponibles au niveau central avant Février 2019
6.7	Tous les AC des trois districts de démonstration du TPI communautaire sont formés sur la délivrance du TPI avant Mars 2018

AXE STRATEGIQUE 4
RENFORCEMENT DU CADRE DE PRISE EN CHARGE

3.6.4. Renforcement du cadre de prise en charge

DOMAINE DE PRESTATION 7 PRISE EN CHARGE	
Prendre en charge correctement 100%des cas de paludisme diagnostiqués	
▫ **Enjeux**	▫ **Orientations**
Prise en charge correcte conformément à la politique nationale de tous les cas de paludisme au niveau de tous les établissements de santé y compris le niveau communautaire et le privé.	Amélioration des compétences des prestataires. Extension de la prise en charge au niveau communautaire de 6 à 15 ans dans les zones enclavées. Mise à disponibilité continue des intrants

▫ **Interventions prioritaires**

Un ancrage solide de la prise en charge sera une priorité suivant la nouvelle stratification. L'accent sera mis sur le renforcement de l'assurance performance et qualité des soins conformément aux normes et procédures de la prise en charge qui est basée sur les 3T de l'OMS (Test-Treat-Track) et sur le renforcement de capacité de tous les prestataires des établissements sanitaires publics et privés. Les prestataires seront appelés à appliquer les protocoles de diagnostic et de traitement du paludisme. La prise en charge précoce et correcte sera renforcée à tous les niveaux et dans tous les secteurs.

Le diagnostic biologique est OBLIGATOIRE devant tout cas suspect de paludisme. Une confirmation par un RDT sera effectuée avant tout traitement dans les Centres de Santé et les sites communautaires, et le couplage RDT ou Goutte Epaisse (GE)/frottis mince (FM) dans les Centres Hospitaliers et dans quelques CSB2 ayant un microscope.

Le traitement des cas de paludisme simple à *Plasmodium falciparum* se fera par la combinaison Artésunate-Amodiaquine ou Artéméther-Luméfantrine.

Dans les zones en pré-élimination une dose unique de Primaquine sera ajoutée à l'ACT. La Primaquine est contre-indiquée chez les femmes enceintes et les enfants de moins de six mois.

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'Artéméther-Luméfantrine.

Au niveau des hôpitaux, l'Artésunate Injectable sera utilisé pour la prise en charge des cas graves et à défaut la quinine en perfusion sera employée.

Au niveau des CSB, l'Artésunate Injectable sera mis en place pour le traitement pré-référentiel, De même qu'au niveau communautaire où l'Artésunate suppositoire sera mis à la disposition des AC.

Les infections à *P. vivax* seront traitées par ACT. Afin de prévenir les rechutes, la Primaquine sera ajoutée au traitement ; le dosage et la fréquence d'administration devront être ajustés en fonction de l'activité enzymatique de la glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD).

La Primaquine est contre indiquée chez les femmes enceintes, chez les femmes allaitantes d'un enfant de moins de 6 mois, et chez les enfants de moins de 6 mois. Pour cela, le statut de chaque patient vis-à-vis de G6PD doit être confirmé par un *POC G6PD* avant toute administration de traitement. Pour les personnes présentant de la déficience en G6PD il est recommandé une dose de 0,75mg/kg une fois par semaine pendant 8 semaines.

L'association Atovaquone-Proguanil (*Malarone* ®) est proposée comme prophylaxie pour les voyageurs non immuns. Ceci doit commencer au moins 24 h avant de pénétrer dans la zone impaludée, durant tout le séjour et pendant les sept jours qui suivent le départ de la zone de transmission.

Les RMA des hôpitaux seront mis à jour afin d'améliorer la cartographie des espèces plasmodiales et le rapportage des données sera renforcé. Il en est de même pour le système d'approvisionnement des hôpitaux en kit diagnostic microscopique qui sera amélioré.

Des lames standardisées suivant les directives de l'OMS seront mises en place pour servir de support de formation des techniciens de laboratoire (création d'une banque de lames). Des séries de formations et supervisions à différents niveaux seront effectuées du fait du nombre insuffisant des formateurs nationaux accrédités.

Le défi du laboratoire de parasitologie est de devenir un laboratoire de référence sur le paludisme au niveau national. Un renforcement du système de management qualité à tous les départements sera alors effectué progressivement par l'équipe du laboratoire central, et un nouveau système de contrôle qualité des lames sur le terrain sera mis en place avec l'appui des experts qualifiés OMS.

Les compétences des prestataires seront renforcées sur la conduite à tenir et les directives à respecter surtout dans les zones de pré-élimination avec l'introduction de la dose unique de Primaquine lors du traitement.

Les offres de services curatifs communautaires qui concernent les enfants de moins de cinq ans feront l'objet d'une extension **à la tranche d'âge de 6 à 15 ans** dans les zones enclavées.

La mise en œuvre effective de la prise en charge communautaire par l'approche PCIMEc au niveau national sera donc renforcée par des suivis périodiques des activités des agents communautaires par leur CSB de rattachement, et par la mise à disponibilité permanente effective des intrants antipaludiques.

La sécurité pharmacologique constitue une des conditions de réussite du traitement dans la lutte contre les maladies y compris la lutte contre le paludisme. La Pharmacovigilance sera ainsi renforcée avec une remise à niveau des points focaux régionaux.

La pérennisation de la surveillance de l'efficacité thérapeutique des médicaments antipaludiques sera un objectif à atteindre à travers la mise en place de sites communs pour la surveillance épidémiologique, entomologique et parasitologique.

- **Résultats stratégiques 7**

Résultats Stratégiques 7 - RENFORCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE A TOUS LES NIVEAUX

7.1	Les documents de formation sur la prise en charge du paludisme chez les enfants de plus de cinq ans dans les zones enclavées sont disponibles avant Juin 2018
7.2	Le Kit de formation de diagnostic est mis à jour avant Juin 2018 incluant le volet biologie moléculaire selon les directives de l'OMS
7.3	Les RMA mis à jour sont disponibles au niveau de tous les centres hospitaliers avant Juin 2018
7.4	Les 12 techniciens de laboratoire régionaux et centraux sont accrédités tous les trois ans selon le cursus de l'OMS à partir de 2018.
7.5	Les 22 responsables de laboratoire régionaux (RLPR) sont formés par des formateurs nationaux accrédités selon le cursus OMS, en 2018 pour identifier et augmenter le pool de formateurs
7.6	Les 199 techniciens de laboratoire des centres hospitaliers publics et privés sont formés /remis à niveau par les responsables régionaux qualifiés ou à défaut les experts centraux qualifiés, tous les 2 ans à partir de 2018.
7.7	Les 1935 personnels de garde au niveau des 129 Centre Hospitaliers Publics sont formés/remis à niveau en cascade, annuellement, sur la confection des lames à partir 2018
7.8	Les 900 Agents de santé au niveau des CSB des districts en phase de pré-élimination et des 2 petites îles sont formées sur la confection, la coloration des lames et sur la confection des confettis annuellement, par les techniciens de laboratoires des CH pour compléter les données sur la surveillance parasitologique infra-microscopique, jusqu'en 2022
7.9	Les 30 000 frottis standardisées (banque de lames) selon les directives de l'OMS sont disponibles à partir de 2018
7.10	Dix pour cent des lames lues au niveau district sont contrôlées sur terrain semestriellement
7.11	Les 5 services par CH (645 services) effectuant la confection des lames pendant la garde sont supervisés en OTSS annuellement par les techniciens de laboratoire des CH, à partir de 2018
7.12	Les AS des districts en phase de pré-élimination et les 2 petites îles sont supervisés après la formation en OTSS par les techniciens de laboratoire des CH
7.13	Les 1250 Prestataires du secteur privés sont formés sur la PEC et le TPI avant Décembre 2018
7.14	Deux cents agents de santé nouvellement recrutés sont formés sur la PEC et le TPI tous les 2 ans
7.15	Deux cent cinquante prestataires des CH sont formés sur la PEC du paludisme grave avant Décembre 2018
7.16	Tous les agents de santé sont formés sur l'utilisation de la Primaquine dans les zones en pré élimination avant Décembre 2018
7.17	Le contrôle qualité des lots de RDT (le premier test à l'arrivée des RDT au pays et le deuxième test sera effectué 6 mois avant la date de péremption) sont effectués à partir de 2018
7.18	La notification sur les effets indésirables disponible au niveau central sera effectuée au plus tard dans les sept jours suivant leur apparition.
7.19	Les 26 sites *in vitro* communs pour la surveillance épidémiologique, entomologique et parasitologique pour la DLP, seront mise en place à partir de 2018
7.20	Les dix confettis par mois et par site sont collectés au niveau des 26 sites de surveillance moléculaire

AXE STRATEGIQUE 5

AMELIORATION DES SERVICES OFFERTS AUX POPULATIONS CLES

3.6.5. Amélioration des services offerts aux populations clés

DOMAINE DE PRESTATION 8

SERVICES SPECIFIQUES DES POPULATIONS CLES

Rendre accessible les services de lutte contre le paludisme à au moins 80% des populations clés recensées	
1. Enjeux	**2. Orientations**
Etendre l'ensemble des services de lutte contre le paludisme à toutes les populations clés recensées.	Cartographie exhaustive des groupes de populations clés (zone des résidences, nombre, barrières à l'accès aux services). Identification d'interventions pertinentes et définition des modalités d'offre de services aux populations clés.

3. Interventions prioritaires

En plus de la politique de gratuité de l'Etat envers les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans pour tous les intrants de lutte contre le paludisme, une analyse approfondie des populations clés a été effectuée permettant d'identifier plusieurs groupes de populations clés. Ce sont les travailleurs saisonniers, les minorités autochtones (Mikéas), les sans-abris, les populations carcérales, les populations indigentes, les groupements spéciaux constitués des populations vivant dans les orphelinats ou les hôpitaux, les populations ayant un faible accès aux services de santé et les populations vivants dans les zones minières.

L'ensemble de ces populations ont un accès limité aux services offerts par le programme du fait de plusieurs obstacles qui ont été identifiés. Il s'agit notamment d'obstacles financiers, géographiques, socio-culturels, d'obstacles liés au faible niveau d'offre des services ou à la mobilité permanente de certains groupes de population.

Ces obstacles ont été analysés et des approches spécifiques vont être développées. (cf Annexe 4).

C'est ainsi qu'il a été retenu entre autres de procéder à :(1) des distributions de moustiquaires périodiques au niveau des groupes de migrants, des orphelinats, des hôpitaux avec l'appui des ONGs travaillant avec ces groupes et les responsables des structures hospitalières, (2) de renforcer les capacités des points focaux des associations de prise en charge des enfants de la rue en prise en charge du paludisme et de les doter d'ACT et de TDR , (3) de renforcer la capacité des infirmiers des maisons carcérales en prise en charge du paludisme et de les doter en ACT et de TDR , (4) d'impliquer des pairs comme points focaux dans la communauté minoritaire (Mikéas) et de renforcer leur capacité en prise

en charge du paludisme et de leur doter d'ACT et de TDR, (5), de procéder à la PID ciblée dans les maisons carcérales, les orphelinats et les hôpitaux.

Par ailleurs, il est prévu de mener une étude sur le paludisme au sein de ces populations en 2018.

- **Résultats stratégiques 8**

Résultats Stratégiques 8 - SERVICES SPECIFIQUES DES POPULATIONS CLES

8.1	La cartographie exhaustive des groupes de populations clés (zone des résidence, nombre, barrières à l'accès aux services) est disponible avant Mars 2018
8.2	L'évaluation des besoins de prévention et de prise en charge des populations clés est effectuée avant Mars 2018
8.3	Le Rapport d'étude sur le risque et la vulnérabilité des populations clés vis-à-vis du paludisme disponible avant Juin 2018
8.4	Les rapports d'activité de mise en œuvre des interventions spécifiques aux populations clés sont élaborés et partagés à tous les acteurs trimestriellement

AXE STRATEGIQUE 6
RENFORCEMENT DU CADRE DE COMMUNICATION

3.6.6. Renforcement du cadre de communication

DOMAINE DE PRESTATION 9

COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE

Faire adopter à au moins 80% de la population des comportements favorables à la prévention et à la prise en charge du paludisme

▫ **Enjeux**	▫ **Orientations**
L'atteinte des objectifs de prévention et de prise en charge à travers un changement de comportement favorable à la santé.	Renforcement de l'approche enfant-communauté (école). Elargir les cibles de la sensibilisation en intégrant les hommes, les beaux - parents, les jeunes et les enfants de 6 à 15 ans tout en considérant également les groupes de population clés.

▫ **Interventions prioritaires**

La réussite des stratégies de prévention et de prise en charge du paludisme repose surtout sur l'adoption de comportements favorables aux interventions de lutte par la population malagasy. Les stratégies de proximité s'avèrent plus efficaces pour atteindre les cibles.

Il s'agira d'identifier clairement les messages clés pour la lutte contre le paludisme afin d'élaborer et de diffuser des informations, d'éducation et de communication à travers les médias appropriés, y compris la radio et la télévision et sous forme d'affiches, de brochures, boites à image, stickers, spots, de jingles, supports pour les écoliers types dessins animés, bandes dessinées, chansons, films et marionnette.

L'utilisation des marionnettes dans les transmissions des messages cadrent dans l'approche « divertir pour éduquer ». Seulement, sa couverture reste encore limitée. Ces supports adaptés par les cibles doivent être accompagnés par la communication interpersonnelle sans occulter la communication de masse.

Les agents de santé et surtout les agents communautaires, ainsi que les autorités, les leaders traditionnels, les chefs religieux seront les acteurs clés de la mobilisation sociale. Ces entités mobilisatrices contribuent à la sensibilisation en utilisant les supports adaptés et disponibles selon les cibles. La coordination des intervenants sera renforcée sous le leadership du MSANP.

Chaque année la célébration de la journée Mondiale de lutte contre le paludisme sera une opportunité pour « sensibilisation-mobilisation » de la communauté à grande échelle. Des journées de sensibilisation au niveau des régions, districts, communes victimes de forte incidence du paludisme sont des compléments de cette sensibilisation.

La sensibilisation avant les périodes de haute transmission sera renforcée. Les activités CCSC optées seront similaires dans les zones de contrôle et de pré-élimination mais le contenu des messages doit être adapté au contexte et les us et coutumes locales. Les messages à transmettre doivent être toujours Massive-Répétitive-Intense-Persistante(MRIP).

Le suivi-évaluation des activités CCSC et la responsabilisation à tous les niveaux sont aussi des éléments importants à renforcer pour mieux cibler les interventions. L'amélioration de la coordination des intervenants sous le leadership du MSANP s'avère aussi capital avec la mise en place d'une armoire virtuelle pour tous les supports CCSC paludisme.

Pour la riposte aux épidémies, les actions de communication réalisées au niveau de la communauté seront effectuées à travers les actions de plaidoyers, de communication interpersonnelle et de la communication de masse en utilisant les différents canaux de communication.

Pour cela, il est nécessaire de mobiliser tous les acteurs clés de communication à tous les niveaux pour l'implication et surtout pour leur participation active aux activités de sensibilisation pré, per et post épidémie.

Il sera procédé à des enquêtes sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques en rapport avec le paludisme et les interventions de lutte.

- **Résultats stratégiques 9**

Résultats Stratégiques 9 - RENFORCEMENT DU CADRE DE COMMUNICATION ET DE MOBILISATION SOCIALE

9.1	Le Plan de communication 2018-2022 est élaboré et distribué à tous les PTF avant Juin 2018
9.2	L'Armoire virtuelle de tous les supports CCSC de lutte contre le paludisme est mis en place avant juin 2018
9.3	Les SMS sur le paludisme continuent à être diffusés à travers les usagers des opérateurs téléphoniques
9.4	Des spots spécifiques sont diffusés dans les radios locales au niveau des zones de pré élimination et au niveau des autres districts (36 diffusions par trimestre par districts) à partir du 3ème trimestre 2018
9.5	Des spots TV sont diffusés dans la station TV nationale (12 Diffusions par trimestre) à partir du 3ème trimestre 2018
9.6	Les émissions radio " Feon'ny Fahasalamana" (thème Paludisme) sont diffusées dans la station radio nationale (trois émissions par trimestre) à partir du 3ème trimestre 2018
9.7	Les messages du théâtre radiophonique "Tia Miaina" sont diffusés à partir de juin 2018 (18 Diffusions par trimestre)
9.8	Le curriculum CCC / dialogue communautaire pour les AC est disponible avant fin juillet 2018
9.9	Une séance de formation des formateurs (20 formateurs par séance) sur l'approche enfant communauté et sur la technique CCC /dialogue communautaire est réalisée pour les districts en phase de contrôle à partir de 2019
9.10	3 formateurs en marionnettistes et en jeu de rôle sont formés dans les district en phase de contrôles
9.11	Tous les AC dans les districts en phase de contrôle sont formés en technique CCC /dialogue communautaire et en approche enfant communauté avant fin 2019

AXE STRATEGIQUE 7
AMELIORATION DU CADRE DE SURVEILLANCE

3.6.7. Amélioration du cadre de surveillance

DOMAINE DE PRESTATION 10
SURVEILLANCE ET RIPOSTE

Détection dans la semaine de 100% des épidémies et situations d'urgence avec un système d'alerte précoce et contrôle de 100% des épidémies et situations d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection.

Dans les zones de pré-élimination, renforcement du système de surveillance pour la cartographie des groupes de population à forte incidence et des sources d'infection.

Dans les zones d'élimination, mise en place d'un système performant d'investigation des cas confirmés.

▫ **Enjeux**	▫ **Orientations**
Renforcement du système de surveillance épidémiologique du paludisme, de la préparation et de la riposte aux épidémies au niveau national.	Disponibilité d'une base de données de qualité sur le paludisme. Renforcement de la capacité de réponse aux épidémies.

▫ **Interventions prioritaires**

- Prédiction et détection des épidémies :

A Madagascar, la surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique dont le paludisme relève du Ministère de la Santé Publique. Le système de surveillance mis en place est composé d'outils, de procédures, du personnel et des structures produisant les informations sur le paludisme.

Par rapport à l'objectif du PSN2018-2022, le système de surveillance épidémiologique sera renforcé pour pouvoir détecter précocement les épidémies en vue d'une riposte immédiate et à temps, mais aussi pour la cartographie des groupes de population à forte incidence et la mise en place d'un système performant d'investigation des cas confirmés.

Cet axe stratégique consistera donc au renforcement de la mise en place du système d'information unique à travers le DHIS 2. C'est ainsi que le pays envisage de mettre en place une base de données sanitaire unique. La DLP continuera à rendre effective la mise en place de ce système intégré.

Afin qu'on puisse améliorer la promptitude et la disponibilité des données de surveillance, la mise à l'échelle de la surveillance électronique intégrée (SEI) utilisant les nouvelles technologies au niveau de tous les districts sanitaires sera priorisée. Aussi, le système de surveillance communautaire sera particulièrement renforcé sur la base de l'expérience des ONG à travers la SEI.

Madagascar devra alors tenir compte des directives de l'OMS en matière de qualité de données et ainsi entretenir des échanges avec la communauté internationale. Ainsi, le système du contrôle de la qualité des informations produites sera renforcé à tous les niveaux du système de santé.

Dans les zones à basse transmission, la surveillance concernera les groupes de population subissant la plus forte incidence du paludisme et constituant des sources probables d'infection. Un traitement ciblé sera alors réalisé en cas de besoin.

Par contre, dans les zones en phase d'élimination, la surveillance reposera sur l'identification des cas qui feront l'objet d'investigations notamment épidémiologique, parasitologiques et entomologiques. Des équipes d'investigation seront constituées et formées sur ces différents domaines au niveau des régions et districts.

Un plan de surveillance, d'investigation et de riposte sera ainsi élaboré afin de permettre aux différents acteurs de s'approprier des stratégies.

L'implication des secteurs privés doit être effective par le développement d'un cadre de collaboration et un renforcement de capacité.

Des centres d'excellence de surveillance épidémiologique, parasitologique et entomologique seront mis en place au niveau de certains districts choisis comme sites sentinelles.

Une base de données d'investigation des cas et des foyers sera mise en place au niveau périphérique et central afin de guider la mise en œuvre du programme, servir de référence à l'avenir et constituer un corpus de preuves pour l'éventuelle certification du pays en tant qu'exempt de paludisme.

- Préparation et Riposte aux épidémies et aux recrudescences

Pour que la riposte soit efficace une bonne préparation est nécessaire afin de pouvoir contrôler à temps la situation et sauver plus de vies. Le plan de riposte sera mis à jour et dispatché pour aboutir à de nouvelles orientations menant à la prise de décisions adéquates, prompt et à la disponibilité d'un personnel performant.

La coordination entre les différents acteurs sera renforcée pour harmoniser la mise en œuvre des diverses activités sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique. Un plaidoyer en vue de redynamiser les comités de lutte du niveau central et périphérique sera conduit périodiquement et renforcer avant la période de transmission.

Dans le cadre de la préparation aux épidémies, le pré-positionnement des stocks épidémiques d'intrants de prise en charge au niveau national sera réalisé. Les insecticides et les matériels CAID ainsi que les MID d'urgence seront pré-positionnés dans les régions et les districts à risque de recrudescence.

Une distribution de MID d'urgence est effectuée en cas de catastrophe naturelle (incendie, cyclone…). Par contre, la CAID de riposte sera réalisée dans toutes les zones quels que soit leurs

statuts en cas d'épidémie ou de recrudescence. Ainsi, les responsables régionaux et des districts seront formés pour la mise en œuvre de la CAID et la distribution de MID de riposte.

Les compétences des responsables de districts et les chefs CSB en termes de surveillance et de riposte seront aussi renforcées.

La coordination entre les différents acteurs sera à renforcer continuellement pour harmoniser la mise en œuvre des diverses activités sous la tutelle du Ministère de la Santé afin d'assurer une meilleure efficience.

- **Résultats stratégiques 10**

Résultat Stratégique 10 - RENFORCEMENT DU CADRE DE SURVEILLANCE ET DE LA RIPOSTE

10.1	D'ici 2022, la surveillance électronique intégrée sera mise en place dans toutes les formations sanitaires du pays
10.2	La transmission à temps des données au niveau central par les formations sanitaires (CSB, CHRD, CHU, ES) est effectuée hebdomadairement pour les données de surveillance et mensuellement pour les données de routine
10.3	L'ensemble des données communautaires sont transmises à temps au même moment que les données des formations sanitaires
10.4	Les notes de rétro-informations sur la qualité de données sont envoyées mensuellement au niveau des 22 régions
10.5	La capacité des responsables centraux en surveillance sera renforcée périodiquement
10.6	La qualité des données de surveillance est contrôlée périodiquement par les responsables de différents niveaux
10.7	Les responsables régionaux, des districts et des CSB sont formés en surveillance, investigations et ripostes
10.8	Les stocks épidémiques ainsi que les intrants et matériels sont pré-positionnés dans les zones à risque de recrudescence ou d'épidémie avant la période de haute transmission
10.9	L'intégralité des alertes notifiées sont vérifiées dans la semaine de leur apparition
10.10	Toute la population des zones d'alerte est testée lors de l'investigation/riposte
10.11	L'ensemble des cas confirmés sont traités correctement selon le protocole national au cours de l'investigation
10.12	La totalité des épidémies détectées/situations d'urgences sont contrôlées respectivement dans le délai de deux semaines de leur survenue/détection
10.13	La dissémination des résultats des investigations et des ripostes ainsi que de la situation de lutte est effectuée annuellement

AXE STRATEGIQUE 8
AMELIORATION DU CADRE DE SUIVI EVALUATION

3.6.8. Amélioration du cadre de suivi évaluation

DOMAINE DE PRESTATION 11
SUIVI EVALUATION

Intégration de toutes les données du paludisme dans le DHIS2.

Maintenir à au moins 90% le taux de promptitude et de complétude des rapports de toutes les structures sanitaires.

▫ **Enjeux**	▫ **Orientations**
Renforcement du système de suivi et évaluation du Programme à tous les niveaux.	Mise en place du système DHIS2. Disponibilité d'une base de données de qualité sur le paludisme intégré au DHIS2.

▫ **Interventions prioritaires**

Le but en suivi-évaluation du PSN 2018-2022 est de fournir des informations fiables sur les progrès en matière de lutte contre le paludisme.

Afin de mesurer les progrès pour l'atteinte des objectifs et des résultats escomptés, plusieurs stratégies sont prévues pour évaluer le niveau d'atteinte des différents indicateurs du programme conformément aux cibles fixées. Ces stratégies seront orientées sur deux grands axes le renforcement de capacité en suivi évaluation des responsables à tous les niveaux et le renforcement des capacités du système de collecte et d'analyse des données à tous les niveaux.

Renforcer la capacité en suivi évaluation implique une mise à jour et une distribution des documents, références et informations sur le programme ainsi que le renforcement de la coordination et l'harmonisation des activités de lutte contre le Paludisme. Un système de motivation sera mis en place afin de primer les Districts et les CSB performants sur le rapportage des données et la diminution de la morbidité palustre. La capacité du programme sur le suivi des intrants sera aussi améliorée.

La collecte, l'analyse des données et leur utilisation pour la prise de décision à tous les niveaux ne dépendent pas seulement du programme. L'opérationnalisation du DHIS2 par le Ministère de la Santé Publique permettra d'assurer la fiabilité et la disponibilité de données, à temps réel et de diffuser ces tous les partenaires. En collaboration avec les autres directions du Ministère, l'intégration des données du PNLP dans le DHIS2 permettra une meilleure organisation de la collecte à tous les niveaux

de la pyramide sanitaire. Garantissant ainsi une meilleure complétude et une meilleure promptitude des données à l'échelle nationale.

Dans le domaine des évaluations, des enquêtes nationales sur les indicateurs du paludisme sont menées tous les trois ans. Les rapports finaux sont diffusés auprès de tous les partenaires et acteurs. Ce présent plan stratégique fera l'objet d'une évaluation à mi-parcours qui permettra de réorienter le programme en fonction des résultats obtenus. Des revues annuelles seront effectuées pour suivre la performance.

Afin de renforcer la lutte antivectorielle, il sera procédé à une **recherche opérationnelle centrée sur la lutte biologique et l'utilisation des répulsifs naturels.**

L'utilisation des prédateurs dans la lutte anti-moustique est pratiquée depuis longtemps. Le plus prometteur de ces prédateurs est un poisson larvivore appelé *Gambusia affinis (J. GHRAB et A. BOUATTOUR, 1999)*. Cette lutte biologique pourrait présenter plusieurs avantages :

- Pas de risque pour la santé humaine et pour l'environnement,
- La grande plasticité écologique de ce poisson lui permettant de s'adapter à la majorité des collections d'eau naturelles ou artificielles et sa prolifération rapide (une femelle peut donner des alevins toutes les 3 à 5 semaines),
- Le coût bas de cette méthode (ces poissons sont répandus dans la majorité des collections d'eau et ne coûte pas chers,
- La facilité d'application de cette méthode et l'appropriation communautaire de cette approche,
- L'efficacité prouvée par l'expérience sur le terrain et par les études de recherche.

Devant le changement de comportement de moustique qui devient de plus en plus exophage et qui pique de plus en plus tôt, il devient urgent d'expérimenter des stratégies de prévention complémentaires. L'utilisation de l'huile de la cataire (*dihydronépétalactone*) en est une.

Le département de recherche de l'université de l'Iowa a constaté que l'huile essentielle extraite à partir de la *Nepeta Cataria*, appelée « Essence de Népéta» s'est avérée être 10 fois plus efficace pour repousser les moustiques que le*N-diethyl-m-toluamide* (DEET) qui est présentement le produit répulsif le plus utilisé. La synthèse du *dihydronépétalactone* peut être obtenue par hydrogénation du népétalactone. C'est un insectifuge qui se présente comme une alternative valable au DEET.

Il est à rappeler que le DEET est entièrement synthétique et peut causer des réactions allergiques ou toxiques chez certains enfants contrairement à la cataire qui peut être utilisée sans risque chez de très jeunes enfants et chez la femme enceinte.

La cataire est une plante très facile à cultiver et pousse dans tout type de terre. Elle demande beaucoup de lumière, donc s'adapte bien au climat de l'Afrique et de Madagascar en particulier. Les graines semées germent au bout de 7 à 20 jours. Le taux de germination est très élevé. Elle repousse à partir de ses racines après la moisson.

- **Résultats stratégiques 11**

Résultat Stratégique 11 - RENFORCEMENT DU CADRE DE SUIVI EVALUATION

11.1	Les Districts et les CSB performants reçoivent leur prime annuelle (Diminution de l'incidence conformément aux prévisions)
11.2	Les Deux Réunions de coordination annuelle sont effectuées entre le niveau central et les responsables régionaux
11.3	Revues annuelles du programme effectuées avant le mois de Décembre de l'année en cours
11.4	Réunions de coordination entre le niveau central et les responsables des centres hospitaliers des 6 ex-provinces avant Janvier 2019
11.5	11 régions supervisées semestriellement par le niveau central à partir de 2018 jusqu'en 2022
11.6	57 districts supervisés trimestriellement par le niveau régional à partir de 2018 jusqu'en 2022
11.7	700 CSB supervisées trimestriellement par le niveau district à partir de 2018 jusqu'en 2022
11.8	Canevas de supervision intégrée du Programme est mise à jour et distribué auprès des partenaires avant Juin 2020
11.9	250 bulletins d'information trimestriels multipliés et diffusés trimestriellement à partir de 2017
11.10	25 personnels de suivi et évaluation du programme seront formés sur les méthodes de concepts statistiques liés au Paludisme
11.11	114 responsables au niveau district seront formés sur la connaissance en suivi et évaluation et surveillance
11.12	3000 AS des CSB privés et publiques seront formés sur le remplissage des outils de suivi et des surveillances
11.13	Suivi formatif des 22 régions formées en suivi et évaluation réalisé par le niveau central (en 2018)
11.14	Suivi formatif des 114 districts formés en suivi et évaluation réalisé par le régional (6 mois après la formation)
11.15	Formation des 15 responsables de l'unité de suivi et évaluation sur l'utilisation d'un support de partage des données avec diffusion au sein de RBM
11.16	Réalisation de la formation des 25 responsables de suivi et évaluation du Programme sur les logiciels de suivi en 2018
11.17	Formation des 25 responsables de suivi et évaluation du Programme sur la méthodologie d'élaboration des rapports des revues et d'évaluation en 2018
11.18	Mise à jour des compétences des 25 responsables de suivi et évaluation du Programme sur l'utilisation de logiciel ARCGIS en 2020
11.19	Atelier de 35 personnes sur la publication des documents de bonne pratique en matière de Lutte contre le Paludisme (1 atelier par an).
11.20	Deux études comportementales des gens face à la Lutte contre le Paludisme (étude anthropologique) réalisée jusqu'en 2022
11.21	Une Enquête sur l'indicateur d'impact du Programme Paludisme (RIA 2020) réalisée et Deux enquêtes sur l'indicateur du Paludisme à Madagascar (EIPMD) MIS 2019- 2022
11.22	Les Revues à mi-parcours et finale sont réalisées respectivement en 2020 et en 2022
11.23	Les rapports des recherches opérationnelles effectuées sont disponibles et partagés avec tous les acteurs

3.7. IMPACT ATTENDU

3.7.1.1. Interventions selon les strates

Tableau 6 : Définition des objectifs et des interventions selon la stratification.

Stratification Epidémiologique		Classification		Objectifs	Interventions	Nombre de Districts concernés	Populations Couvertes	Interventions Ponctuelles
High	>= 100	Contrôle	Incidence ≥ 200 ou Incidence ≥ 100 et Vulnérabilité ≥ 4	Réduire rapidement la transmission à moins de 100	MID, TPI, PEC, Surveillance, Interventions de soutien (IEC, SE)	25	3 466 336	**CAID de riposte si recrudescence ou épidémie confirmée MDA si épidémie**
		Contrôle	Incidence < 200 ou Incidence ≥ 100 et Vulnérabilité < 4	Réduire rapidement la transmission à moins de 100	MID, TPI, PEC, Surveillance épidémie, Interventions de soutien (IEC, SE)	14	1 751 470	
Moderate	50 - 100	Contrôle		Réduire la transmission à moins de 50	MID, TPI, PEC, surveillance épidémie, Interventions de soutien	25	5 366 047	
Low	10 -- 50	Contrôle		Réduire la transmission à moins de 10	MID, TPI, PEC, surveillance épidémie, Interventions de soutien	29	6 923 542	
Verylow	1 -- 10 et TP ≥ 5%	Contrôle		Aller vers la pré élimination	MID, TPI, PEC, Surveillance épidémie, Interventions de soutien	13	3 132 994	
	1 -- 10 et TP < 5%	Pré-élimination		Aller vers l'élimination	CAID d'élimination, PEC, Surveillance des foyers et Traitement ciblés, Interventions de soutien.	3	1 024 444	
Free	< 1	Elimination		Eliminer le paludisme	Surveillance active (investigation autour d'un cas & dose unique primaquine), Interventions de soutien	5	2 484 673	

3.7.2. Hypothèses d'impact

L'objectif du plan mondial de lutte contre le paludisme est de réduire l'incidence du paludisme d'au moins 75% en 2030 par rapport à 2015. Le présent PSN se base sur une hypothèse de diminution annuelle d'incidence de 40% par rapport aux chiffres de 2016 dans les districts à forte endémicité, et une diminution de 30% dans les autres districts.

La réduction durant toute la durée de mise en œuvre du PSN est estimée à 80%.

3.7.3. Diminution de l'incidence annuelle

Suivant l'hypothèse de diminution annuelle de l'incidence de 40% dans les districts à forte endémicité et 30% dans les autres districts, Madagascar peut atteindre l'objectif d'élimination géographique progressive du paludisme. En effet, le nombre de districts à forte endémicité devrait diminuer rapidement au cours de la mise en œuvre de l'actuel PSN, d'ici 2020 seuls trois districts auront une incidence entre 50 et 100 ‰. En parallèle, le nombre de districts ayant atteint le niveau d'élimination devrait augmenter allant de cinq en 2018, à sept en 2020 et à 13 districts en 2022. Les interventions seront réajustées au fur et à mesure de l'évolution de l'incidence.

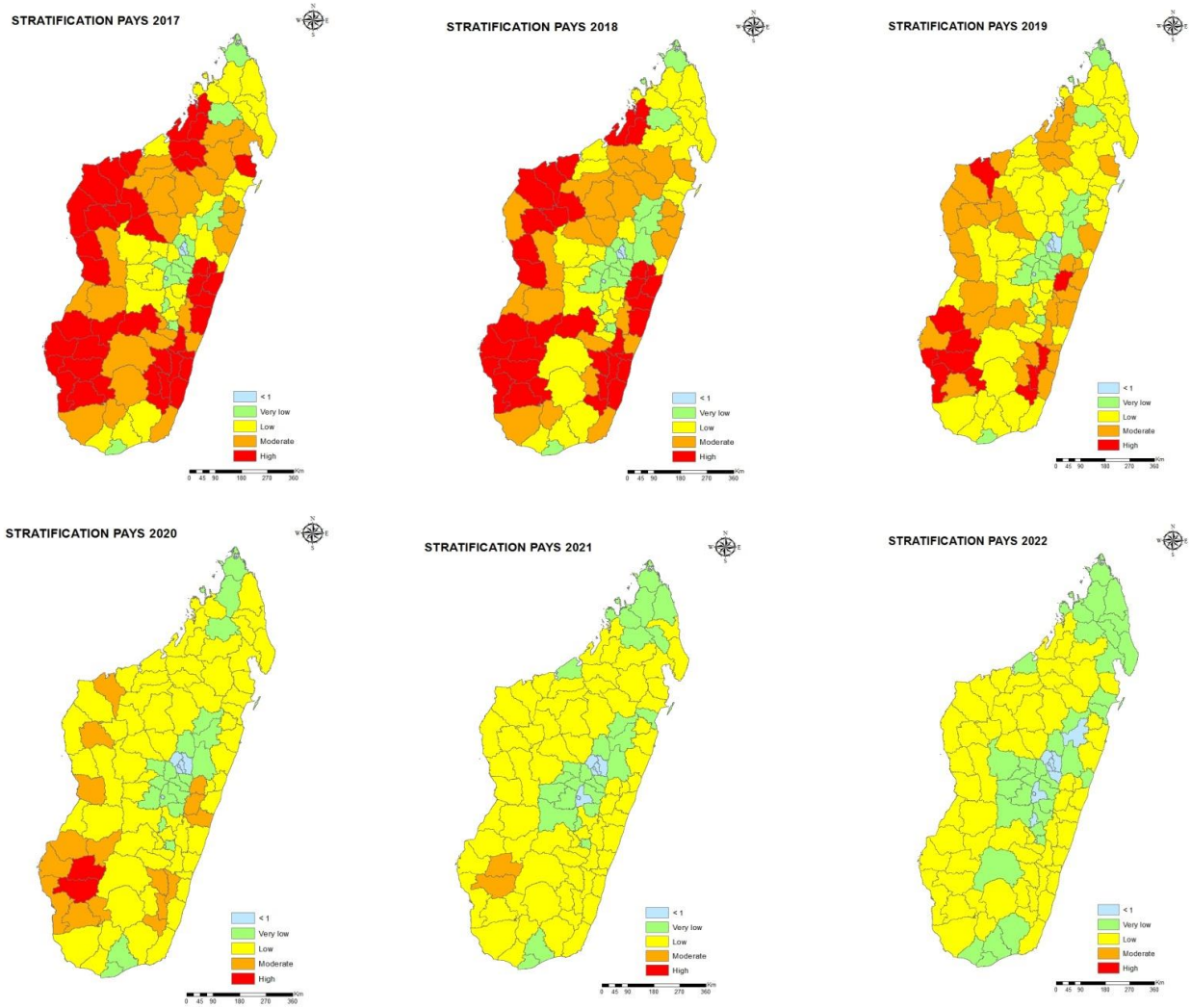


Figure 19: Evolution prévisionnelle des districts vers l'élimination.

BIBLIOGRAPHIE

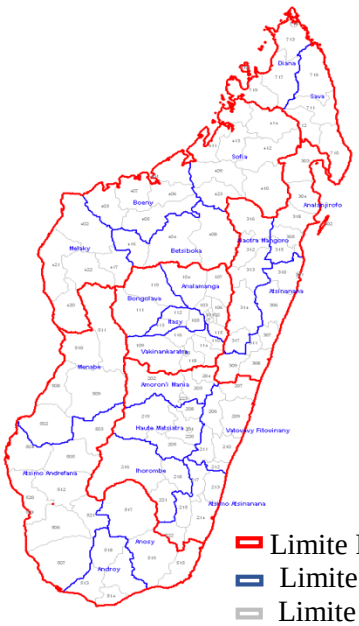
1. INSTAT. Projection de la population de Madagascar à partir de RGPH de 1993.
2. PNLP. Rapport de la revue de performance 2013 – 2017, Madagascar, juillet 2017.
3. PNLP. Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2013 -2017, Madagascar.
4. INSTAT, PNLP, IPM, ICF. Enquête sur les indicateurs du Paludisme à Madagascar (EIPM). Rapport MIS 2016, Madagascar, janvier 2017.
5. Data PNLP. Donnée de routine, Programme National de Lutte contre le Paludisme Madagascar.
6. OMS. Stratégie technique Mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2015. Disponible à l' http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/176720/1/9789242564990_fre.pdf.
7. WHO. World Malaria Report 2016. Genève: WHO. 2017. Disponible à l'http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report/en/.
8. WHO. World Malaria Report 2016 – country profiles. Disponible à l' http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/WMR-2016-profiles.pdf.
9. Celine ZDB, Albert K, Andrea B et al. Evaluation of community-based continuous distribution of long-lasting insecticide-treated nets in Toamasina II District, Madagascar. Malar J (2017) 16: 327, DOI 10.1186/s12936-017-1985-7.
10. RBM. Guidelines for Core Population-Based Indicators. RBM TP.1; January 2009.
11. OMS. Programme mondial de lutte antipaludique, Terminologie OMS du paludisme. Genève : Organisation mondial de la Santé ; 2017. Disponible à l'http://www.who.int/malaria/fr.
12. Global Fund. Monitoring and evaluation toolkit. Part2: Tools for monitoring programs for HIV, tuberculosis, malaria and health systems strengthening. Monitoring and Evaluation Toolkit - 3rd Edition English Hard Copy. Disponible à l'http://www.theglobalfund.org.
13. RBM. Action and investment to defeat malaria 2016 – 2030. Geneva: World Health Organization, Roll Back Malaria.

ANNEXES

5. ANNEXES

5.1. MADAGASCAR EN BREF

- **Carte administrative, géographie**



L'île est située entre 11°57' et 25°30' de latitude Sud et 43°14' et 50°27' de longitude Est, dans l'hémisphère Sud, Sud-Ouest de l'Océan Indien, à cheval du tropique du Capricorne. Madagascar est une île continente, se trouvant au cinquième des plus grandes îles du monde avec une superficie de 587 401 km2.

Le pays dispose administrativement 22 régions avec une subdivision de : 119 districts administratifs, 113 districts sanitaires, 1 693 communes et 18 251 Fokontany.

- **Aspects démographiques et économiques**

Selon les données démographiques d'INSTAT, la population est estimée à 24 430 325 d'habitants en 2016 avec une densité relative de 42 habitants au km² (projection RGPH 1993). Elle est surtout caractérisée par une population jeune avec une proportion de 42% des moins de 15 ans. Les enfants moins de 5 ans représentent 18% de la population. La densité populaire prédomine surtout dans l'haute terre centrale regroupant près de 45% de la population totale.

L'instabilité politique ayant frappé le pays a entraîné des impacts négatifs sur l'état économique du pays. Après la dernière crise politique de 2009, de 2011 en 2016, le taux moyen de 2,6% de la croissance de PIB a été dépassé. Malgré, un taux extrême de pauvreté de 77,8% en 2012 a été constaté. Le pays reste confronté à de nombreux défis : 90% de la population vit dans la pauvreté, le PIB par habitant s'élève à 420 dollars, un enfant sur deux des moins de 5 ans souffre de malnutrition chronique. Le pays se trouve au 154ème rang sur 187 pays selon l'indice de développement humain réalisé en 2015.

- **Climat**

Madagascar se trouve en majorité dans la zone intertropicale. Ainsi, le climat de l'île est déterminé par les grands centres d'action météorologique : d'une part, l'anticyclone des Mascareignes durant l'été et d'autre part par les basses pressions équatoriales situées au nord. En outre, le paludisme est une maladie infectieuse endémo-épidémique surtout importante pour les populations vivant dans les zones intertropicales.

L'île dispose principalement 5 régions climatiques : (i) littoral Est caractérisé par un climat chaud et humide, (ii) hautes terres jouissant un climat tropical d'altitude, (iii) Côte et région Ouest caractérisé par un été chaud et humide, (iv) extrême Sud avec un climat de type semi-aride et (v) région de Sambirano avec un climat analogue à celui de la côte Est.

Cependant, Madagascar est exposé à des risques élevés de changement climatiques. En corollaire, le développement des vecteurs dépend des conditions climatiques principalement de la chaleur et de l'humidité. En conséquence, des changements épidémiologique (parasitologique et entomologique) ont été constaté, secondaire à la fois à ce changement climatique et aux interventions de lutte menées antérieurement.

- **Principaux indicateurs de santé**

Indicateurs	Valeurs
1. Population totale en 2016	24 894 551
2. Population âgée de 0 à 14 ans (% du total) en 2016	41,3
3. Espérance de vie à la naissance, total (années) en 2015	65,5
4. Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) en 2016	34,0
5. Taux de mortalité infantile, moins de 5 ans (pour 1 000) en 2016	46,4
6. Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans en 2016	37 373
7. Ratio de décès maternel (estimation nationale, pour 100 000 naissances vivantes) en 2013	480,0
8. Prévalence de la malnutrition (% des enfants de moins de 5 ans) en 2004	15,2
9. Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (% du total) en 2013	44,3
10. Ratio de la population pauvre disposant de moins de $ 1,90 par jour en 2012 (% de la population)	77,8
11. Dépenses en santé, total (% du PIB) en 2014	3,0
12. Dépenses en santé, publiques (% du total des dépenses en santé) en 2014	48,4
13. Dépenses en santé, publiques (% des dépenses du gouvernement) en 2014	10,2
14. Dépenses en santé, privées (% du PIB) en 2014	1,6
15. Taux d'alphabétisation, total des adultes (% des personnes âgées de 15 ans et plus) en 2012	71,6
16. RNB par habitant, ($ PPA internationaux courants) en 2016	35 962 140 356

Sources: World Bank staff estimates based

Situation sanitaire de Madagascar

Sur le plan sanitaire, des efforts ont été menés dans le but d'améliorer les disponibilités des soins de santé à Madagascar. Ils ont été surtout mis pour : réduire les mortalités maternelle et néonatale, améliorer la santé infantile, éradiquer la poliomyélite, lutter contre le paludisme et contre les maladies tropicales négligées. Cependant, la protection de la population face aux problèmes de santé reste insuffisant.

La mortalité infantile reste un grand défi à relever. Chaque année, environ 44.000 enfants âgés de moins de cinq ans meurent, soit 120 par jour suite à des causes qui peuvent être prévenues : pneumonie (21%), paludisme (20 %) et diarrhée (17 %). Le retard de croissance affecte 47% des enfants de moins de 5 ans. La mortalité maternelle est élevée, environ 3.000 femmes par an meurent de causes liées à la grossesse, soit 8 chaque jour.

Une lutte contre la poliomyélite a été menée en 2016 suite à la découverte des souches de virus en 2015. Une épidémie de peste est rapportée annuellement. L'incidence de la tuberculose ne cesse d'augmenter avec un rythme de croissance de l'incidence de 5%/an. En 2014, le taux de notification de la tuberculose était de 89/100 000 habitants.

Le pays est confronté à la fois au problème des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles. La filariose lymphatique fait partie des maladies tropicales négligées endémique dans 99 districts sur 113 du pays. La prévalence moyenne est de 8,91%. Les schistosomiases, urinaire et intestinale, sont endémiques dans 106 districts. La lèpre reste un problème de santé publique avec plus de 1000 nouveaux cas par an.

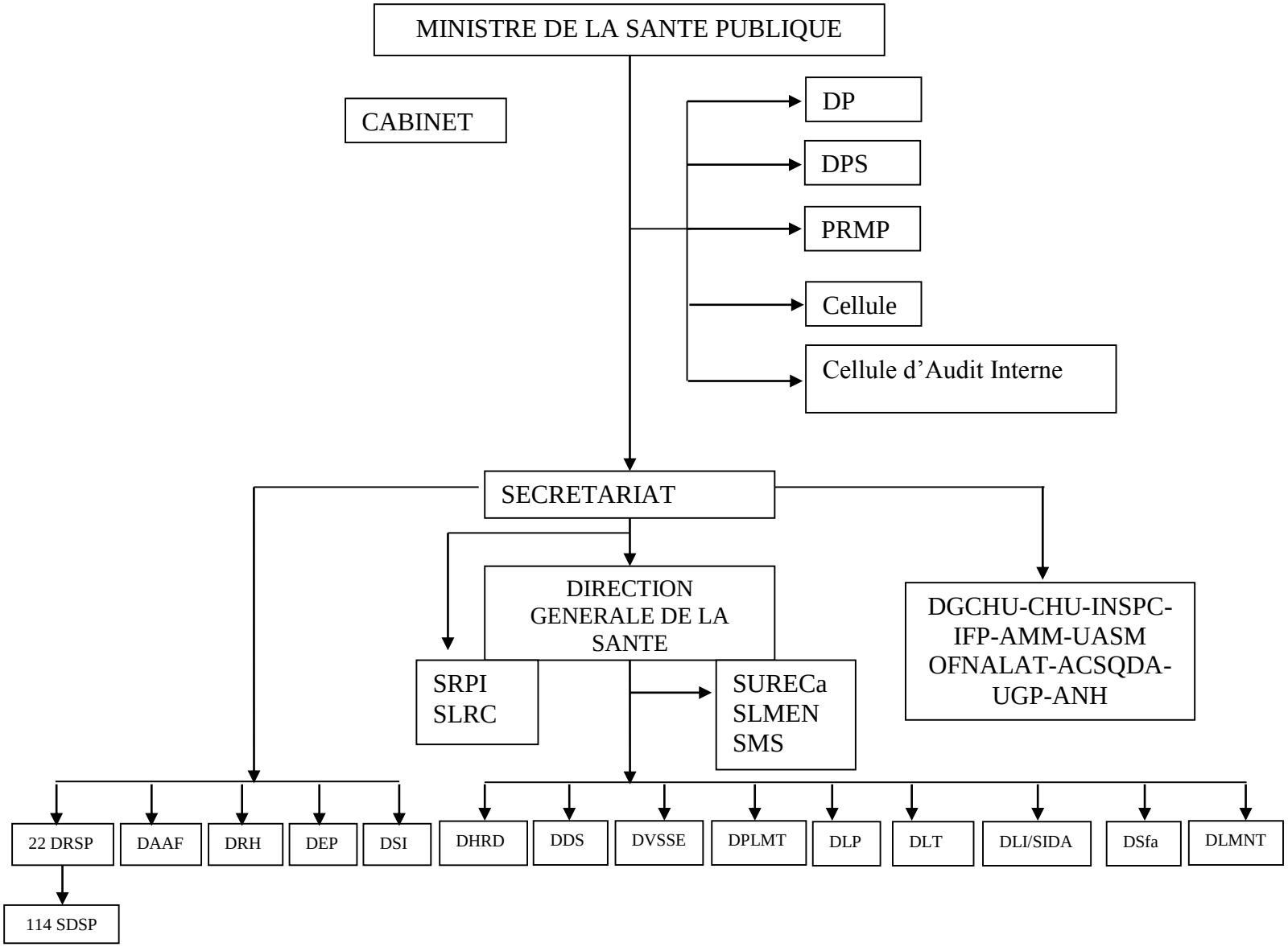
Les maladies non transmissibles sont responsables de 49% des décès. L'HTA se voit chez 36% de la population. Environ 880 000 cas le nombre de diabétiques sont estimés. Pour les cancers, leur dépistage reste faible. Seulement 1500 cas par an de cancer sont dépistés pour un état estimé de 20 000 cas avec 50% de cancers gynécologiques.

Système de santé de Madagascar

Relatif à l'organisation du système de santé, le pays possède un système pyramidal à 4 niveaux fonctionnels :

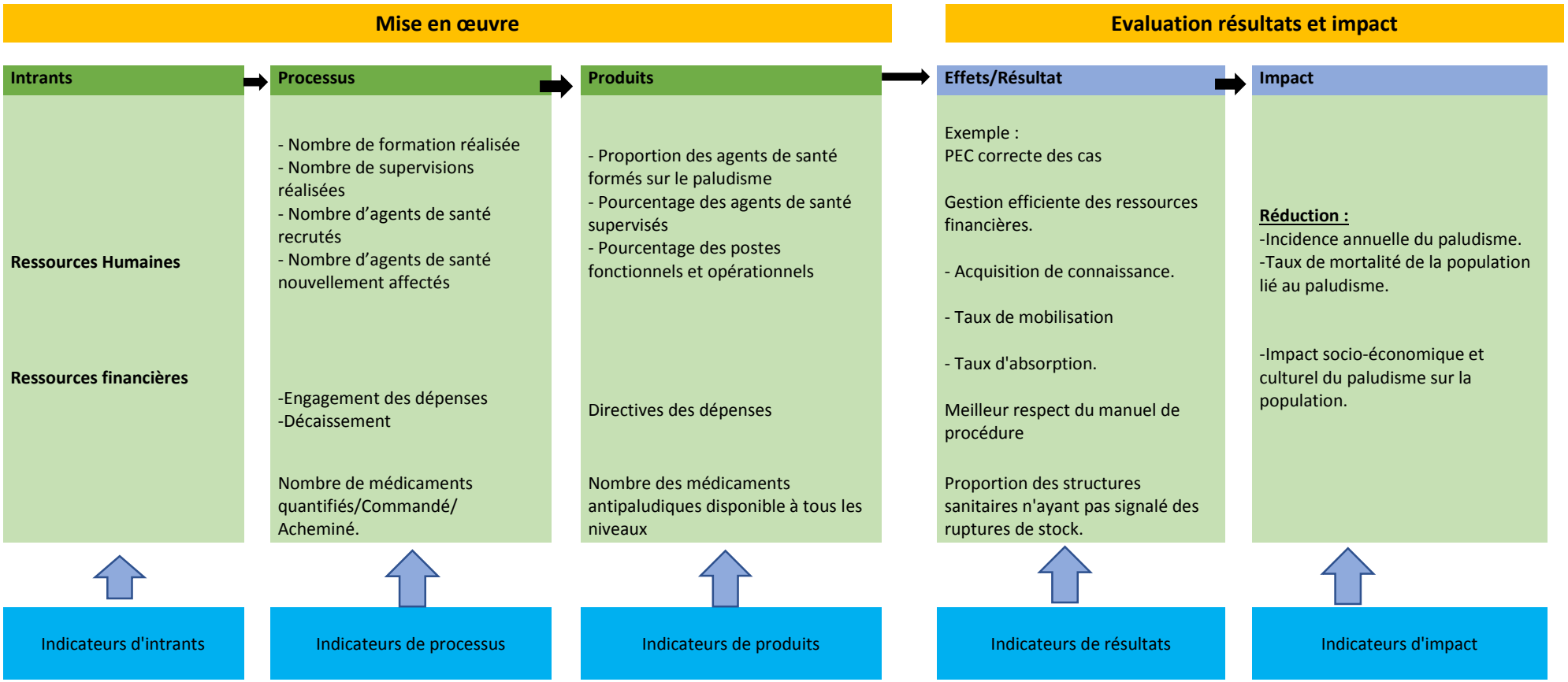
- Le niveau central responsable de l'orientation globale de la politique nationale, des grands axes stratégiques et de la mise en œuvre,
- Le niveau régional qui exécute et met en œuvre au niveau de la région et des districts sanitaires de rattachement,
- Le niveau district assure toutes les activités de lutte (au niveau des centres hospitaliers et des centres de santé de base, y compris le secteur privé). Ces formations sanitaires assurent les activités promotionnelles, préventives et curatives,
- Le niveau communautaire qui est à la fois un acteur et un bénéficiaire, à la base du système.

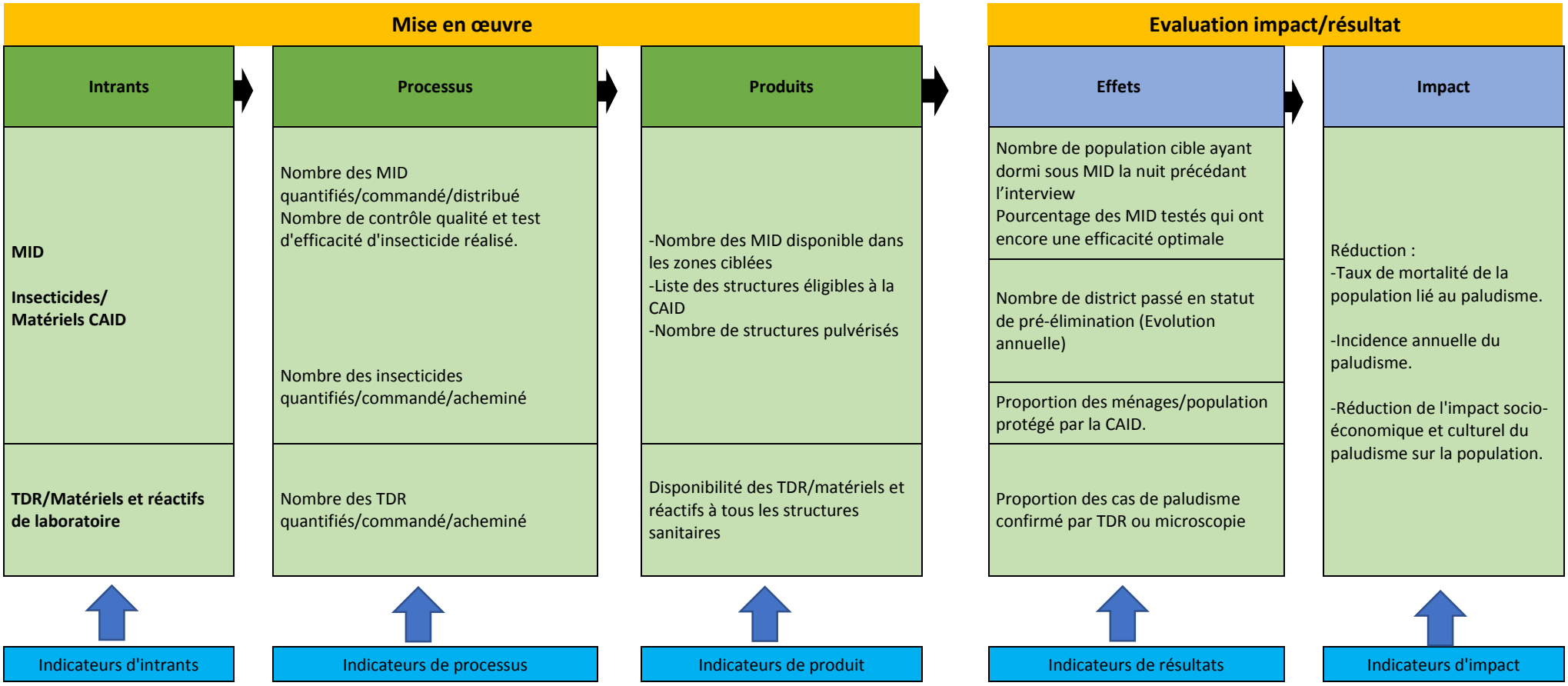
5.2. ORGANIGRAMME MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA DLP

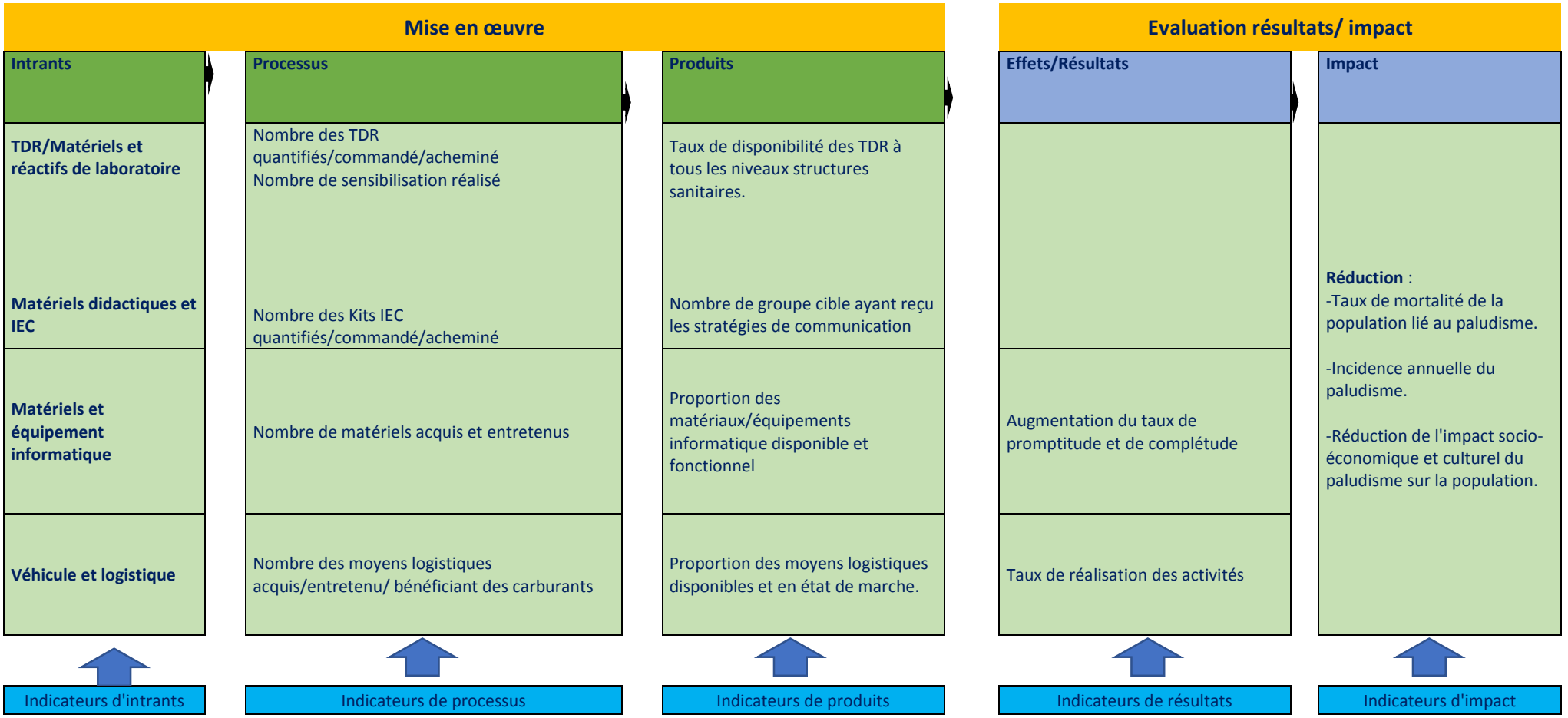


5.3. CADRE DE SUIVI EVALUATION

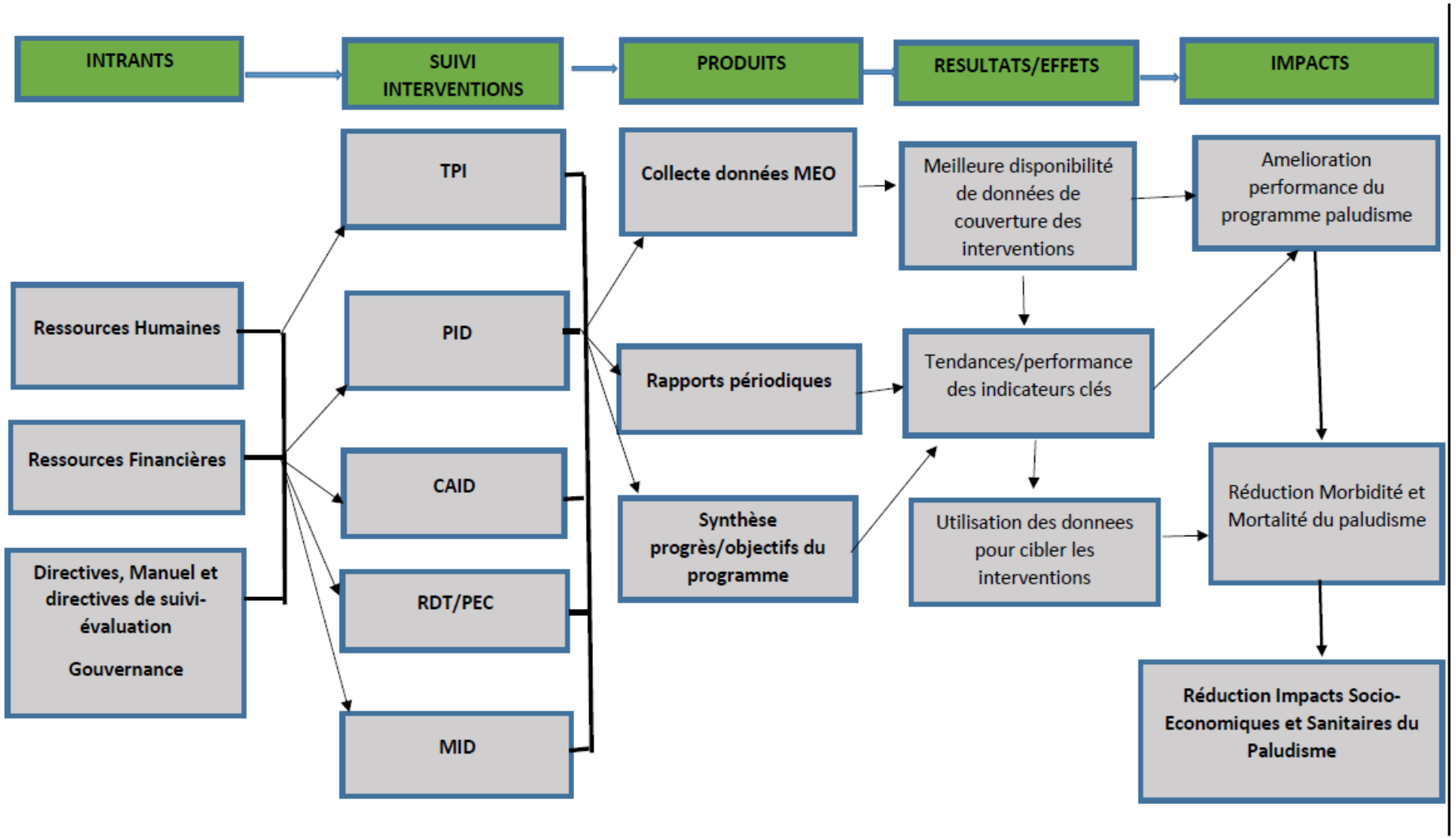
- **Cadre logique de Suivi Evaluation**




Mise en œuvre
Evaluation impact/résultat
Intrants
Processus
Produits
Effets
Impact
MID
Insecticides/
Matériels CAID
Nombre des MID quantifiés/commandé/distribué
Nombre de contrôle qualité et test d'efficacité d'insecticide réalisé.
Nombre des insecticides quantifiés/commandé/acheminé
-Nombre des MID disponible dans les zones ciblées
-Liste des structures éligibles à la CAID
-Nombre de structures pulvérisés
Nombre de population cible ayant dormi sous MID la nuit précédant l'interview
Pourcentage des MID testés qui ont encore une efficacité optimale
Nombre de district passé en statut de pré-élimination (Evolution annuelle)
Proportion des ménages/population protégé par la CAID.
Réduction :
-Taux de mortalité de la population lié au paludisme.
-Incidence annuelle du paludisme.
-Réduction de l'impact socio-économique et culturel du paludisme sur la population.
TDR/Matériels et réactifs de laboratoire
Nombre des TDR quantifiés/commandé/acheminé
Disponibilité des TDR/matériels et réactifs à tous les structures sanitaires
Proportion des cas de paludisme confirmé par TDR ou microscopie
Indicateurs d'intrants
Indicateurs de processus
Indicateurs de produit
Indicateurs de résultats
Indicateurs d'impact


Mise en œuvre
Evaluation résultats/ impact
Intrants
Processus
Produits
Effets/Résultats
Impact
TDR/Matériels et réactifs de laboratoire
Nombre des TDR quantifiés/commandé/acheminé
Nombre de sensibilisation réalisé
Taux de disponibilité des TDR à tous les niveaux structures sanitaires.
Matériels didactiques et IEC
Nombre des Kits IEC quantifiés/commandé/acheminé
Nombre de groupe cible ayant reçu les stratégies de communication
Réduction :
-Taux de mortalité de la population lié au paludisme.
-Incidence annuelle du paludisme.
-Réduction de l'impact socio-économique et culturel du paludisme sur la population.
Matériels et équipement informatique
Nombre de matériels acquis et entretenus
Proportion des matériaux/équipements informatique disponible et fonctionnel
Augmentation du taux de promptitude et de complétude
Véhicule et logistique
Nombre des moyens logistiques acquis/entretenu/ bénéficiant des carburants
Proportion des moyens logistiques disponibles et en état de marche.
Taux de réalisation des activités
Indicateurs d'intrants
Indicateurs de processus
Indicateurs de produits
Indicateurs de résultats
Indicateurs d'impact

- **Cadre conceptuel de la mise en œuvre du suivi-évaluation**



- **Plan d'utilisation des données**

INDICATEUR	UTILISATIONS	PARTIES PRENANTES	MECANISME	FORMAT
Taux de mortalité imputable au paludisme	-Réviser les directives de prise en charge -Réviser les stratégies de lutte	RBM PMI/USAID OMS NMF ONGs	Atelier de restitution Policy briefs E-mail Site web	Résumés Présentation PowerPoint
Proportion de ménages avec au moins une MILDA pour deux personnes (nouveau)	Niveau de protection de la population, Planification des besoins en MILDA	RBM PMI/USAID OMS NMF ONGs	Atelier de restitution Policy briefs E-mail Site web	Résumés Présentation PowerPoint
Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MILDA la nuit précédente	Niveau de protection des enfants Planification des besoins et stratégies de couverture	RBM PMI/USAID OMS NMF ONGs	Atelier de restitution Policy briefs E-mail Site web	Résumés Présentation PowerPoint
Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une MILDA la nuit précédente	Protection des femmes enceintes et prise de mesures pour combler le gap	RBM PMI/USAID OMS NMF ONGs	Atelier de restitution Policy briefs MPR E-mail Site web	Résumés Présentation PowerPoint
Proportion de femmes ayant reçu 3 doses ou plus de TPI lors des visites de la CPN lors de leur dernière grossesse	-Niveau de protection de la FE du paludisme à travers les CPN - Planifier les besoins en SP - Adapter les stratégies du TPI chez la FE	RBM PMI/USAID OMS NMF ONGs	Atelier de restitution Policy briefs MPR Réunion périodique des partenaires	Résumés Présentation PowerPoint
Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu des CTA (ou autre traitement de première ligne), parmi les enfants avec un paludisme confirmé lors des 2 dernières semaines ayant reçu un traitement antipaludique quelconque	Niveau de couverture du traitement par CTA	RBM PMI/USAID OMS NMF ONGs	Atelier de restitution Policy briefs MPR Réunion périodique des partenaires	Résumés Présentation PowerPoint

- **Cadre de performance**

INDICATEURS	Données de base		CIBLES PAR ANNEE				
INDICATEURS D'IMPACT	**Valeurs**	**Sources**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Cas de paludisme enregistrés, présumés et confirmés **(cas confirmés)**	471 599	SNIS - Routine Data	377 279	245 231	159 400	103 610	67 347
Cas de paludisme confirmés (par microscopie ou test de dépistage rapide) pour 1000 habitants par an.	19,3	SNIS - Routine Data	15,44	10,036	6,5234	4,24021	2,7561365
Pourcentage de décès attribué au paludisme confirmé parmi tous les décès enregistrés au niveau des hôpitaux.	7%	SNIS - Routine Data	4,0%	2,4%	1,5%	0,87%	0,5%
Nombre de décès de patients hospitalisés dus au paludisme pour 1000 habitants et par an.	0,02	SNIS - Routine Data	0,011	0,007	0,004	0,002	0,001
Taux de positivité du paludisme	32%	SNIS - Routine Data	20%	13%	9%	6%	4%
Létalité liée au paludisme en milieu hospitalier.	5%	SNIS - Routine Data	4%	2%	1%	1%	1%
Proportion de cas de paludisme simple (confirmés) parmi les malades vus en consultation externe des CSB.	6%	SNIS - Routine Data	4%	2%	2%	1%	0,66%
Proportion de cas de paludisme simple (confirmés) parmi les cas de fièvre vus au niveau des sites communautaires.	45%	SNIS - Routine Data	29%	19%	12%	8%	5%
Proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois présentant une infection palustre.	7%	Malaria Indicator Survey	5%	3%	2%	1%	1%

INDICATEURS D'EFFETS ET INDICATEURS DE PROCESUS							
MID	**2016**	**Sources**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	73%	Malaria Indicator Survey		84%			97%
Proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente	69%	Malaria Indicator Survey		79%			91%
Proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes	54%	Malaria Indicator Survey		62%			71%
Proportion de la population ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide la nuit précédente	68%	Malaria Indicator Survey		78%			90%
Proportion de personnes utilisant une moustiquaire imprégnée d'insecticide parmi les personnes disposant d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide	86%	Malaria Indicator Survey		94%			95%
Proportion de ménages équipés d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes et/ou ayant fait l'objet de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent au cours des 12 derniers mois	81%	Malaria Indicator Survey		89%			98%
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée distribuées aux populations à risque à travers les campagnes à grande échelle.	10 640 000	Rapport Campagne	12 118 018			10 242 765	
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées en routine aux groupes à risque cibles (Femmes enceintes, enfants <1 an, Enfant gravement malade).	142 292	SNIS - Routine Data	1 857 008	1 858 045	1 911 850	1 698 574	1572026

INDICATEURS D'EFFETS ET INDICATEURS DE PROCESUS							
MID	**2016**	**Sources**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées en mode continue aux populations à risque	ND	Données PSI/DLP		3 149 160	3 237 337	3 327 982	3 421 166
Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée distribuées en mode marketing Social	205217	Données PSI	4 500	4 500	4 500	4 500	4 500
CAID							
Pourcentage de la population protégée par la pulvérisation intra domiciliaire au cours des 12 derniers mois	98%	Rapport d'aspersion	95%	95%	95%	95%	95%
TPI							
Pourcentage de femmes bénéficiant de soins prénatals	36%	SNIS - Routine Data	80%	82%	85%	87%	90%
Pourcentage de femmes ayant reçu au moins une dose de traitement préventif intermittent (TPI) parmi les femmes vues en CPN 1	35%	SNIS - Routine Data	44%	55%	69%	86%	86%
Pourcentage de femmes ayant reçu au moins deux doses de traitement préventif intermittent (TPI) parmi les femmes vues en CPN 1	27%	SNIS - Routine Data	33%	42%	52%	65%	82%
Pourcentage de femmes ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent (TPI) parmi les femmes vues en CPN 1	25%	SNIS - Routine Data	31%	39%	49%	61%	76%
Pourcentage de femmes ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent (TPI 3) parmi les femmes enceintes	10%	SNIS - Routine Data	13%	16%	20%	25%	31%

INDICATEURS D'EFFETS ET INDICATEURS DE PROCESUS							
TPI	**2016**	**Sources**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Pourcentage de personnes responsables d'enfants qui ont eu recours aux soins des AC dans les 24 heures après l'apparition des signes évocateurs du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.	7%	Malaria Indicator Survey		11%			16%
Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant cité la fièvre comme symptôme principal du paludisme	63%	Malaria Indicator Survey		79%			98%
Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant cité les piqures de moustiques comme moyen de contracter le paludisme	50%	Malaria Indicator Survey		63%			78%
Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant cité les MID comme moyen efficace de prévenir le paludisme	20%	Malaria Indicator Survey		29%			42%
PEC	**2016**		**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Proportion de cas suspect de paludisme grave soumis à un diagnostic microscopique dans les Centres Hospitaliers.	38%	SNIS - Routine Data	46%	55%	66%	80%	96%
Proportion de cas suspect de paludisme grave soumis à un diagnostic microscopique dans des établissements de santé du secteur public	90%	SNIS - Routine Data	95%	99%	99%	99%	99%
Proportion de cas suspect de paludisme grave soumis à un diagnostic microscopique au niveau communautaire	93%	SNIS - Routine Data	98%	99%	99%	99%	99%
Proportion de cas suspect de paludisme grave soumis à un diagnostic microscopique dans des établissements de santé du secteur privé	90%	SNIS - Routine Data	95%	99%	99%	99%	99%

INDICATEURS D'EFFETS ET INDICATEURS DE PROCESUS							
PEC	**2016**	**Sources**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention, conformément à la politique nationale dans des établissements de santé du secteur public et privé	94%	SNIS - Routine Data	99%	100%	100%	100%	100%
Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention, conformément à la politique nationale, dans des établissements de santé du secteur public	94%	SNIS - Routine Data	99%	99%	99%	99%	99%
Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention, conformément à la politique nationale au niveau communautaire	76%	SNIS - Routine Data	80%	84%	88%	92%	97%
Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention, conformément à la politique nationale, dans des établissements de santé du secteur privé	73%	SNIS - Routine Data	80%	88%	97%	99%	99%
GAS	**2016**		**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas signalé de rupture de stock en RDT	86%	SNIS - Routine Data	100%	100%	100%	100%	100%
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas signalé de rupture de stock de médicaments essentiels (ACT).	67%	SNIS - Routine Data	100%	100%	100%	100%	100%
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas signalé de rupture de stock de médicaments essentiels (SP).	46%	SNIS - Routine Data	100%	100%	100%	100%	100%

INDICATEURS D'EFFETS ET INDICATEURS DE PROCESUS							
GAS	**2016**	**Sources**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas signalé de rupture de stock en Artesunate Injectable.	ND	SNIS - Routine Data	100%	100%	100%	100%	100%
Pourcentage des rapports de suivi des intrants au niveau des PHAGDIS transmis au niveau de la direction.	ND	Rapport du SALAMA	90%	95%	95%	95%	95%
GESTION DE PROGRAMME	**2016**		**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Nombre de partenaire et représentants d'autres secteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme.	38%	Rapport annuel du programme	68%	98%	98%	98%	98%
Proportion de personnels formés en matière de lutte contre le paludisme.	ND	Rapport annuel du programme	80%	85%	90%	95%	100%
Taux d'absorption du budget alloué au paludisme.	27%	Rapport financier programme	80%	80%	85%	85%	90%
SUVI EVALUATION	**2016**		**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Pourcentage des activités réalisées par rapport aux activités mentionnées dans le Plan de Travail Annuel du Programme.	38%	Rapport annuel du programme	68%	98%	98%	98%	98%
Pourcentage d'entités déclarantes présentant leurs rapports dans les délais selon les directives nationales.	89%	SNIS - Routine Data	90%	95%	95%	95%	95%

SURVEILLANCE ET RIPOSTE	2016		2018	2019	2020	2021	2022
Pourcentage d'alertes vérifiées sur alertes notifiées.	80%	Rapport d'investigation	95%	100%	100%	100%	100%
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	Rapport d'investigation	95%	95%	100%	100%	100%
Pourcentage des souches sensibles à l'ASAQ.	100%	Rapport d'étude	100%	100%	100%	100%	100%

5.4. INTERVENTIONS SPECIFIQUES SUR LES POPULATIONS CLES

Interventions /Stratégies	Zones d'intervention/Cibles	Populations clés
GESTION DU PROGRAMME		
PREVENTION		
Moustiquaires		
MID couverture universelle	District en phase de contrôle	Travailleurs saisonniers, Mikea
MID de routine	District en phase de contrôle	Travailleurs saisonniers, Mikea
MID continue	District en Haute endémicité	Travailleurs saisonniers, Mikea, Hôpitaux, Internats
MID d'urgence	Tous les Districts en cas d'épidémie (Nombre MID)	Travailleurs saisonniers, Mikea
CAID		
AID spécifiques des populations clés	NA	Population carcérale, Centre d'accueil des sans abris
TPI		
TPI dans Formation sanitaire publique	Districts en phase contrôle	Population carcérale
TPI Communautaire	Districts de démonstration et d'extension	Mikea
TPI Spécifiques des populations clés (infirmeries prisons)	Districts en phase contrôle	Centre d'accueil des sans abris,
PRISE EN CHARGE		
Diagnostic et traitement dans les FS Publiques et privées (TDR+ACT)	District en phase de contrôle	Travailleurs saisonniers, Sans abris, Population carcérale

TDR + ACT + Primaquine	District en pré-élimination et District en élimination	Travailleurs saisonniers, Sans abris, Population carcérale
TDR + Primaquine (14j) + POC G6PD	Zones à forte prévalence en *Plasmodium vivax*	Travailleurs saisonniers, Sans abris, Population carcérale
Prise en charge des cas graves de paludisme (pré-référence)	Tous les Districts (CSB vers centres hospitaliers)	Travailleurs saisonniers, Sans abris, Population carcérale
Prise en charge des cas graves de paludisme (traitement cas graves)	Tous les Districts (Centres Hospitaliers)	Travailleurs saisonniers, Sans abris, Population carcérale
Diagnostic et traitement dans la Communauté par les AC (PCIMEc)	Tous les Districts (Communauté à plus de 5Km)	Travailleurs saisonniers, Mikea,
COMMUNICATION (IEC/CCC)		
Communication interpersonnelle	Tous les districts	Travailleurs saisonniers, Populations carcérales, Mikea, Centre d'accueil des sans abris, Internats, Hôpitaux…
Communication de masse	Tous les districts	Travailleurs saisonniers, Populations carcérales, Mikea, Centre d'accueil des sans abris, Internats, Hôpitaux…
Approche enfant-communauté (école)	Tous les districts	Travailleurs saisonniers, Populations carcérales, Mikea, Centre d'accueil des sans abris, Internats, Hôpitaux…
Dialogue communautaire	Tous les districts	Travailleurs saisonniers, Populations carcérales, Mikea, Centre d'accueil des sans abris, Internats, Hôpitaux…
CCSC pour les urgence et catastrophes naturelles	Tous les districts en cas d'urgence	Travailleurs saisonniers, Populations carcérales, Mikea, Centre d'accueil des sans abris, Internats, Hôpitaux…

5.5. BUDGET ESTIMATIF DU PSN 2018-2022

DOMAINE DE PRESTATION DE SERVICE			BESOINS EN BUDGET DU PSN 2018 - 2022 (EN USD)					
			2 018	**2 019**	**2 020**	**2 021**	**2 022**	**TOTAL**
Axe stratégique 1 :	DPS 1	Gestion et coordination	2 748 762,69	2 754 019,83	2 748 233,22	2 866 556,48	2 866 598,10	**13 984 170,31**
Axe stratégique 2 :	DPS 2	Gestion Approvisionnement et Stock (GAS)	4 933 402,20	1 791 180,01	2 002 557,00	5 038 752,38	1 850 011,28	**15 615 902,88**
Axe stratégique 3 :	DPS 3	Gestion Intégrée des Vecteurs (GIV)	405 976,23	247 877,07	161 023,22	186 010,21	225 162,15	**1 226 048,87**
	DPS 4	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MID)	55 505 986,28	11 340 566,42	12 176 432,55	45 593 200,53	7 885 764,09	**132 501 949,86**
	DPS 5	Aspersion Intra-Domiciliaire (AID)	15 586 200,06	15 765 761,71	16 299 899,48	18 395 506,74	22 991 017,11	**89 038 385,10**
	DPS 6	Traitement Préventif Intermittent (TPI)	3 057 732,53	2 681 645,23	1 863 341,25	1 883 808,60	2 051 119,06	**11 537 646,66**
Axe stratégique 4 :	DPS 7	Prise en charge	10 627 508,41	10 922 361,94	12 627 393,80	11 351 023,13	13 937 260,94	**59 465 548,23**
Axe stratégique 5 :	DPS 8	Services spécifiques des populations clés	246 865,18	18 485,00	18 854,70	19 231,80	19 616,43	**323 053,11**
Axe stratégique 6 :	DPS 9	Communication et mobilisation sociale	1 884 828,50	1 651 641,82	1 278 680,24	1 348 448,90	1 368 479,37	**7 532 078,82**
Axe stratégique 7 :	DPS 10	Surveillance et Riposte	950 739,44	877 542,96	916 861,77	957 799,59	1 000 490,65	**4 703 434,41**
Axe stratégique 8 :	DPS 11	Suivi Evaluation	2 575 278,25	4 542 785,60	3 969 341,45	3 569 250,60	4 014 918,65	**18 671 574,54**
TOTAL			**98 523 279,77**	**52 593 867,59**	**54 062 618,67**	**91 209 588,95**	**58 210 437,82**	**354 599 792,79**

5.6. SOURCE DE FINANCEMENT DU PSN 2018-2022

PRINCIPALES SOURCES DE FINANCEMENT	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	TOTAL
FINANCEMENT PMI	26 000 000,00	22 580 000,00	22 580 000,00	22 580 000,00	22 580 000,00	**116 320 000,00**
FINANCEMENT FONDS MONDIAL NMF2	13 450 000,00	13 450 000,00	13 450 000,00	13 450 000,00	-	**53 800 000,00**
FINANCEMENT OMS	250 000,00	250 000,00	250 000,00	250 000,00	250 000,00	**1 250 000,00**
BESOIN DU PSN 2018-2022	98 523 279,77	52 593 867,59	54 062 618,67	91 209 588,95	58 210 437,82	**354 599 792,79**
GAP RESIDUEL	**58 823 279,77**	**16 313 867,59**	**17 782 618,67**	**54 929 588,95**	**35 380 437,82**	**183 229 792,79**

DIRECTION DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

DECEMBRE 2017