

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union – Discipline – Travail



MINISTRE DE LA SANTE
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE



DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE COORDINATION DU
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE
PALUDISME



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2021-2025

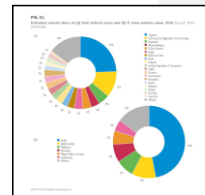
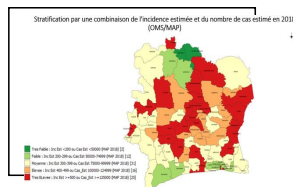
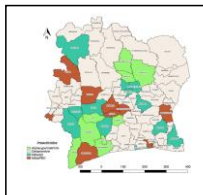


TABLE DES MATIÈRES

PREFACE	v
REMERCIEMENTS	vi
LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES	vii
LISTE DES TABLEAUX	xi
LISTE DES FIGURES	xii
RÉSUMÉ	xiii
INTRODUCTION	14
1. CONTEXTE	15
1.1 Profil du pays	15
1.1.1 Situation géographique et administrative.....	15
1.1.2 Situation socio-politique.....	15
1.1.3 Situation démographique.....	15
1.1.4 Ecosystème, Environnement et Climat.....	16
1.1.5 Situation socio-économique	19
1.1.6 Analyse du système de santé.....	21
1.2 Organisation du système de santé	23
1.2.1 Organisation administrative du système.....	23
1.2.2 Organisation de l'offre de soins.....	24
1.2.3 Organisation du MSHP.....	27
1.2.4 Situation actuelle du système de santé.....	29
1.2.5 Contribution du PNLP au renforcement du système de santé	36
1.2.6 Forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) du système de santé.....	36
2 ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME	40
2.1 Structure organisationnelle de la lutte contre le paludisme	40
2.2 Historique de la lutte contre le paludisme	41
2.3 Profil épidémiologique	43
2.3.1 Parasites du paludisme.....	43
2.3.2 Vecteurs du paludisme	43
2.3.3 Dynamique de la transmission du paludisme.....	45
2.3.4 Stratification de la transmission du paludisme.....	46
2.3.5 Morbidité, mortalité et fardeau économique	47
2.4 Performance du Programme de lutte	50
2.4.1 Résultats actuels de la lutte	50
2.4.2 Progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs du programme.....	52
2.4.3 Défis pour la période 2021- 2025	56
3 CADRE STRATEGIQUE DU PSN	57
3.1 Vision	57
3.2 Mission	57
3.3 Principes directeurs et valeurs	57
3.4 Orientations stratégiques et priorités politiques	57
3.5 Buts, objectifs et résultats attendus	59
3.5.1 Buts.....	59
3.5.2 Objectifs	59
3.5.3 Résultats attendus	59
3.6 Interventions de lutte, modalités de mise en œuvre et stratification	60
3.6.1 Assurer un accès universel aux MILDA.....	60
3.6.2 Prévention par la Pulvérisation Intradomiciliaire (PID).....	64
3.6.3 Prévention par la Lutte anti larvaire (LAL).....	67
3.6.4 Chimio prophylaxie du paludisme chez la femme enceinte (TPIg)	69
3.6.5 Chimio prophylaxie du paludisme chez le nourrisson (TPIIn).....	71
3.6.6 Communication pour le Changement Social et de Comportement (CCSC)	72
3.6.7 Diagnostic et prise en charge des cas	81
3.6.8 Gestion des urgences et des catastrophes.....	84

3.6.9	Gestion des achats et des stocks	85
3.6.10	Surveillance, Suivi-évaluation et recherche opérationnelle.....	86
3.6.11	Gestion des programmes	88
3.7	Proposition d'interventions par strate d'endémicité et par axe stratégique	91
3.8	Cadre de performance du PSN 2021-2025.....	97
4	CADRE DE MISE EN ŒUVRE.....	99
4.1	Modalités de mise en œuvre du PSN 2021- 2025	99
4.1.1	Mécanisme de planification et de mise en œuvre.....	99
4.1.2	Système de partenariat et de coordination	99
4.1.3	Approvisionnement et système de gestion des achats.....	100
4.1.4	Gestion des ressources financières.....	102
4.1.5	Gestion et atténuation des risques.....	102
4.2	Budgétisation du PSN.....	102
4.2.1	Résumé du budget du PSN 2016-2020 par intervention (incluant le Plan de S&E 2016-2020)	103
4.2.2	Résumé du budget du PSN 2016-2020 par catégorie de coût.....	Error! Bookmark not defined.
4.2.3	Plan de mobilisation des ressources.....	Error! Bookmark not defined.
4.3	Plan de travail du PSN 2021-2025	103

PREFACE

En Afrique subsaharienne, le paludisme demeure un problème majeur de santé publique eu égard à son incidence toujours croissante, à sa mortalité élevée et à son impact socioéconomique considérable. En Côte d'Ivoire, si en 2011, le taux d'incidence du paludisme dans la population générale était de 115 cas pour 1 000 et de 389 ‰ chez les enfants de moins de 5 ans, force est de constater qu'entre 2016 et 2019, ce taux est passé de 155 à 191‰ dans la population générale et de 287 à 597‰ chez les enfants de moins de 5 ans (RASS 2016, 2017, 2018, 2019). Ce rebond du paludisme dans notre pays nous inquiète beaucoup comparativement aux efforts énormes que nous déployons quotidiennement pour faire reculer la maladie.

On rappelle que pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs au paludisme, le plan stratégique 2006-2010 de lutte contre le paludisme avait été élaboré. Ce plan visait à intensifier les interventions majeures de contrôle du paludisme notamment améliorer l'accès universel à ces multiples interventions.

Dans le nouveau plan stratégique qui vient d'être élaboré en 2019, des progrès ont été enregistrés notamment dans le domaine de la prévention (acquisition de MILDA imprégnées d'insecticides pour les zones où le vecteur est résistant aux insecticides usuels, introduction de la PID, adoption du TPI nourrisson, création du comité interministériel de lutte antivectoriel), dans le domaine de la prise en charge des cas et du suivi/évaluation à travers la formation de nombreux personnels de santé du secteur public, privé et communautaire.

En plus de ces avancées dont nous attendons l'impact, le PNLN a réalisé, conformément aux recommandations de l'OMS, une revue de performances du programme. Cette revue a permis d'examiner tous les acquis, de faire une analyse des forces et faiblesses des interventions de lutte et de définir les priorités stratégiques de lutte. Cette revue constitue une source solide d'informations collectées auprès de toutes les structures sanitaires et administratives du pays. Elle présente un état des progrès accomplis vers l'élimination du paludisme et par conséquent vers l'atteinte des Objectifs du Développement Durable (ODD). Nous avons le devoir de pérenniser tous ces acquis et de tendre progressivement vers l'élimination du paludisme conformément aux objectifs de l'OMS et à l'objectif « zéro » décès dû au paludisme dans l'espace CEDEAO d'ici 2025.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) avec l'appui des partenaires a élaboré ce nouveau plan stratégique pour la période 2021-2025 prenant en compte les nouvelles orientations de la lutte.

Conscient de tout cela, j'exprime toute ma reconnaissance aux partenaires et aux différentes parties prenantes de la lutte qui, de près ou de loin, ont contribué à l'élaboration de ce document. Je tiens également à adresser mes remerciements aux partenaires au développement et à tous les acteurs des secteurs public, privé et communautaire qui se sont mobilisés pour réaliser ce travail.

Ensemble vivons dans «*Une Côte d'Ivoire sans décès dû au paludisme à l'horizon 2025*».

Docteur Aka AOULE

Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

REMERCIEMENTS

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES

ABC	Association à Base Communautaire
ABC	Mission d’audit et de contrôle ponctuel (spot-check et cross-check) de la gestion des antipaludiques. selon la méthode ABC (basée sur la loi de Paréto)
ACPCI	Association des Cliniques Privées de Côte d’Ivoire
ADR	Agence de Développement Rural
ALMA	African Leaders Malaria Alliance
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANRM	Autorité Nationale de Régulation et du Médicament
ASBL	Association Sans But Lucratif
ASC	Agent de Santé Communautaire
AFROSAM	Association pour la Promotion de la Santé femme, famille, Mère et enfant
ARSIP	Alliance des Religieux pour la Santé Intégrale et la Promotion de la personne humaine
ARTCI	Autorité de Régulation des Télécommunication de Côte d’Ivoire
AVEC	Association Villageoise d’Epargne et de Crédit
BAD	Banque Africaine de Développement
BCEAO	Banque Centrale des Etats de l’Afrique de l’Ouest
BGF	Budget Général de Fonctionnement
BP	Bénéficiaire Principal
CAAPS	Cellule d’Analyse et d’Approbation des rapports commandes des Programmes de Santé
CAP	Connaissances, Aptitudes et Pratiques
CCM	Country Coordinating Mechanism (Organe de Coordination Pays)
C2D	Contrat de Désendettement et de Développement
CCSC	Communication pour le Changement Social et Comportemental
CDC	Center of Diseases Control
CECI	Coalition des Entreprises de Côte d’Ivoire
CeDRoS	Centre de Diagnostique et de Recherche sur le Sida et les autres pathologies infectieuses
CEMV	Centre d’Entomologie Médicale et Vétérinaire
CG	Causerie de Groupe
CHR	Centre Hospitalier et Régional
CHU:	Centre Hospitalier et Universitaire
CIP	Communication Inter Personnelle
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNCAM	Commission Nationale pour la Coordination des Approvisionnements en Médicaments essentiels et produits de santé stratégique
CNO:	Centre Nord et Ouest
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COGES	COMité de GESTion
CPM	Cellule de Passation de Marché
CPN	Consultation Pré Natale
CRESARCI	Cellule de REcherche en SANTé de la Reproduction de Côte d’Ivoire
CSRS	Centre Suisse de Recherche Scientifique
CS	Centre de Santé
CSE	(Responsable du) Centre de Surveillance Epidémiologique
CSU	Centre de Santé Urbain
CSU-COM	Centre de Santé Urbain à base Communautaire
CSR	Centre de Santé Rural
CTA:	Combinaison Thérapeutique à base de dérivés de l’Artémisinine
CTR	Conseiller Technique Régional
DAF	Direction des Affaires Financières
DCRP	Direction de la Communication et des Relations Publiques
DDS	Direction Départementale de la Santé

DEPS	Direction des Etablissements et Professions de Santé
DFR	Direction de la Formation et de la Recherche
DGS	Direction Générale de la Santé
DHPSE	Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé-Environnement
DIEM	Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
DIIS	Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire
DMHP	Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité
DMOSS	Direction de la Mutualité et des Œuvres Sociales en milieu Scolaire
DOT	Directly Observed Treatment
DPI	Dossier Patient Informatisé
DPPS	Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies
DPML	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSC	Direction de la Santé Communautaire
DSIM	Direction des Soins Infirmiers et Maternels
DTC	Diphthérie Tétanos Coqueluche
DVD-MT	District Vaccination Data Management Tool
ECD	Equipe Cadre de District
e-SIGL	Système d'Information et de Gestion en Logistique
EI	Événements Indésirables
EMD	Enquête Ménages Déplacements
ENV	Enquête sur le Niveau de Vie
EPN	Etablissement Public National
ERS	Equipe Régionale de Santé
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
EUV	Enquête de Vérification de l'Utilisation des intrants de lutte contre le paludisme
FAP	Femme en Age de Procréer
FIT	Front Inter Tropical
FM	Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
FMI	Fonds Monétaire International
FS	Frotti Sanguin
GAC	Groupe d'Action Communautaire
GAS	Gestion des Achats et des Stocks
GE	Goutte Epaisse
GF	Groupement Féminin
GSA	Groupe Scientifique d'Appui
GTT	Groupe Technique de Travail
HG	Hôpital Général
HMA	Hôpital Militaire d'Abidjan
IBC	Intervention à Base Communautaire
ICA	Institut de Cardiologie d'Abidjan
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IDH	Indice de Développement Humain
IEP	Inspection de l'Enseignement primaire
IGS	Inspection Générale de la Santé
INHP	Institut National de l'Hygiène Publique
INS	Institut National de la Statistique
INSP	Institut National de Santé Publique
IPCI	Institut Pasteur de Côte d'Ivoire
IPR	Intitut Pierre Richet
IRF	Institut Raoul Follereau
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JMLP	Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme
LAL	Lutte Anti Larvaire
LAV	Lutte Anti-Vectorielle
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique

MAGPI	Logiciel de reporting des cas
MATED	Ministère de l'Administration du Territoire et de Décentralisation
MBS	Malaria Behavior Survey (Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme)
MEO	Mise en oeuvre
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée Action
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête en grappes à indicateurs multiples)
MINADER	Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural
MINAS	Ministère de l'Assainissement et de la Salubrité
MINEDD	Ministère de l'Environnement et du Développement Durable
MINEMD	Ministère d'Etat, Ministère de la Défense
MOP	Malaria Opérationnel Plan
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MTA	Médicaments Traditionnels Améliorés
NFM	Nouveau Modèle de Financement
Nouvelle PSP	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
OBC	Organisation à Base Communautaire
OBF	Organisation à Base de Foi
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORSEC	Organisation des Secours en situation de Catastrophe
PBO	Pipéronyl Butoxyde
PCIMNE	Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PCR	Polymerase Chain Reaction
PEC	Prise en Charge
PECADOM	Prise en Charge à Domicile
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PFE	Pratique Familiale Essentielle
PIB	Produit Intérieur Brut
pi/h/an	Piqûre infestante par habitant et par an
PMA	Paquet Minimum d'Activité
PMI	President's Malaria Initiative
PND	Plan National de Développement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNN	Programme National de Nutrition
PNPMT	Programme National de la Promotion de la Médecine Traditionnelle
PNSSU-SAJ	Programme National de la Santé Scolaire et Universitaire-Santé Adolescent Jeune
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE	Pays Pauvre Très Endetté
PRCT	Projet de Recherche Clinique sur la Trypanosomiase
PRDS	Plan Régional de Développement Sanitaire
PSI	Population Service International
PSP	Pharmacie de la Santé Publique
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RASS	Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RDQA	Routine Data Quality Assessment (Évaluation de la qualité des données)
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SCI	Service de la Coopération Internationale
SFDE	Sage-Femme Diplômée d'Etat
SIG	Système Intégré de Gestion
SIGDEP	Système Intégré de Gestion des Dossiers Electroniques pour les Patients
SISR	Système Intégré de Surveillance et de Riposte
SJ	Service Juridique

SMS	Short Message Service
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONIS	Servive des ONG Nationales et Internationales de Santé
SPS	Service de la Police Sanitaire
SSE	Surveillance, Suivi et Evaluation
SSSU-SAJ	Service de Santé Scolaire et Universitaire- Santé Adolescent Jeune
SODEXAM	Société de Développement d'Exploitation et Aéronautique et Météorologique
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TET	Taux d'Efficacité Thérapeutique
TIE	Taux d'Inoculation Entomologique
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TRaC	Tracking Results Continuously
UEMOA	Union Economique Monétaire Ouest Africaine
UAO	Université Alassane Ouattara
UFR	Unité de Formation et de Recherche
UNA	Université Nangui Abrogoua
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le développement)
VAD	Visite à Domicile
VAR	Vaccin Anti Rougeoleux

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

RESUME

INTRODUCTION

1. CONTEXTE

1.1 Profil du pays

1.1.1 Situation géographique et administrative

Située en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire est limitée au Nord par le Mali et le Burkina-Faso, à l'Ouest par la Guinée et le Libéria, à l'Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée. Elle se situe entre le 10° et le 04° de latitude nord et le 10° et le 0° de longitude ouest. Elle a une superficie de 322 462 km².

Sur le plan administratif, la Côte d'Ivoire compte deux Districts autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), 31 Régions, 108 Départements, 475 Sous-Préfectures, 201 Communes et plus de 8 576 villages. La capitale politique est Yamoussoukro située au centre du pays, à 230 km d'Abidjan. La capitale économique est Abidjan, ville la plus peuplée. La langue officielle, parlée et écrite, est le Français.

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) dispose d'un découpage administratif particulier avec 33 Régions Sanitaires et 113 Districts Sanitaires.

1.1.2 Situation socio-politique

La Côte d'Ivoire est un pays démocratique avec un régime de type présidentiel. Elle possède, d'une part, une Assemblée Nationale de 255 députés élus au suffrage universel direct pour un mandat de cinq ans et d'autre part, un Sénat de 99 sénateurs dont 66 élus et 33 nommés par le Président de la république. Le paysage politique comprend plus de 130 partis politiques. La vitalité démocratique est marquée par l'organisation régulière des élections présidentielles, législatives, sénatoriales, municipales et régionales.

Sur le plan de la sécurité, le pays est relativement stable. La situation s'est nettement améliorée après la crise de 2010. L'État de droit, la sécurité des biens et la sécurité des personnes ont été rétablis sur l'ensemble du territoire, ce qui a favorisé le retour du siège statutaire de la Banque Africaine de Développement (BAD) à Abidjan en septembre 2014. L'indice de sécurité en Côte d'Ivoire estimé à 1,6 en janvier 2015, s'est établi à 1,11 en avril 2019.

1.1.3 Situation démographique

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2014, la population de la Côte d'Ivoire est de 22 671 333 habitants avec une densité de 70 habitants par km². Selon les projections de l'Institut National de la Statistique (INS) cette population est estimée à 25 823 071 habitants en 2019.

La répartition de la population vivant en Côte d'Ivoire est globalement de 51,7% pour les hommes et de 48,3% pour les femmes (RGPH 2014). On compte 76% d'autochtones et 24% d'étrangers. Le taux d'accroissement annuel moyen de la population est de 2,5% en 2017 (INS, année). Selon la structure d'âge, la population demeure encore très jeune avec 41,8% pour les enfants de 0 à 14 ans et 35,5% pour les jeunes de 15 à 34 ans, soit un total de 77,3% de la population générale.

La moitié de cette population vit en milieu urbain (50,3%). Cette population urbaine est essentiellement concentrée à Abidjan (38,7%) correspondant à 20,8% de la population générale. Douze villes ont plus de 100 000 habitants. Les régions les moins peuplées sont celles du District du Denguélé (Kabadougou et Folon) au nord. Les régions administratives les plus

peuplées sont celles des Lagunes 2, Lagunes 1, Gboklè-Nawa-San Pédro, Gbèkè, Haut-Sassandra et Tonkpi : elles enregistrent chacune plus de 1 500 000 habitants.

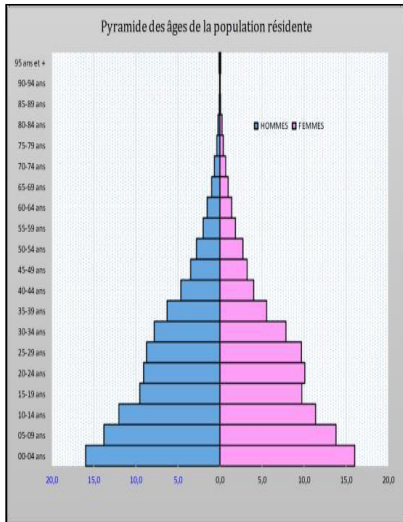


Figure 2: Pyramide des âges de la population ivoirienne : Source : INS, RGPH 2014

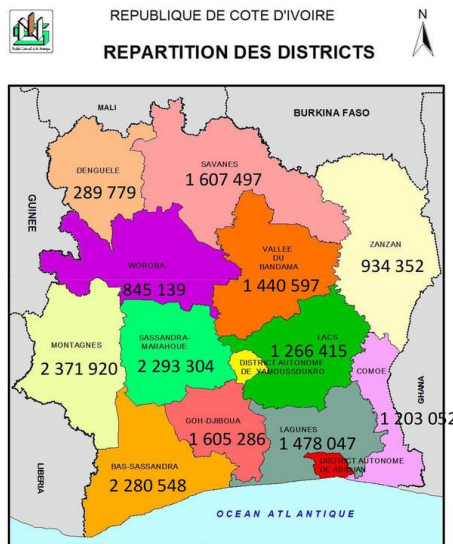


Figure 1: Distribution de la population de la Côte d'Ivoire en 2014 (source)

Tableau I: Indicateurs démographiques issus du RGPH 2014 et projection INS 2019

Indicateurs de population	Données 2014 (RGPH)	Projection 2019
Population Totale (habitants)	22 671 331	25 823 070
% Population Femme	48,3%	48%
% Population enfants de 0 – 5 ans	16%	16%
% Population 65 ans et plus	2,5%	2,5%
Densité de population (hbts/km ²)	70,3	70,3
Population Urbaine	50,3%	50,3%
Taux d'accroissement naturel (%)	2,6%	2,6%
Taux d'alphabétisation	45%	45%

Source : Institut National de la Statistique, 2014

1.1.4 Ecosystème, Environnement et Climat

Les changements climatiques qui affectent le monde entier n'épargnent pas la Côte d'Ivoire. Il en résulte une perturbation dans l'alternance des saisons. Ainsi, on peut retrouver souvent de fortes pluies en décembre et l'harmattan ne dure plus que quelques semaines.

1.1.4.1 Pluviométrie

Une étude utilisant les données pluviométriques de la période 1951-2017 (référence) a permis de déterminer des structures pluviométriques homogènes en Côte d'Ivoire.

✚ Zone Nord :

- Régime pluviométrique unimodal ;
- Une seule saison pluvieuse dans l'année centrée sur Juillet-Août-Septembre ;
- Hauteurs moyennes annuelles : entre 900 et 1400 mm.

✚ Zone Nord-ouest :

- Régime pluviométrique unimodal ;
- Une seule saison pluvieuse dans l'année centrée sur Juillet-Août-Septembre ;
- Hauteurs moyennes annuelles de pluie : environ 1600 mm.

✚ Zone Centre-est :

- Régime pluviométrique bimodal ;
- Deux saisons pluvieuses dans l'année : la première centrée sur Avril-Mai-Juin et la seconde sur Septembre-Octobre-Novembre ;
- Hauteurs moyennes annuelles de pluie : entre 1000 et 1400 mm.

✚ Zone Sud-ouest :

- Régime pluviométrique bimodal ;
- Deux saisons pluvieuses dans l'année : la première centrée sur Avril-Mai-Juin et la seconde sur Septembre-Octobre-Novembre ;
- Hauteurs moyennes annuelles de pluie : environ 1400 mm.

✚ Zone du littoral :

- Régime pluviométrique bimodal ;
- Deux saisons pluvieuses dans l'année : la première centrée sur Avril-Mai-Juin et la seconde sur Octobre-Novembre ;
- Hauteurs moyennes annuelles de pluie : entre 1400 et 2000 mm.

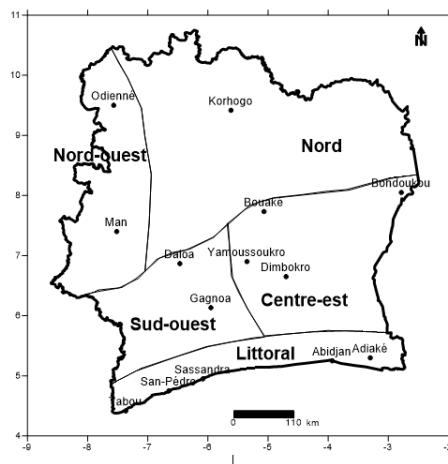


Figure 3 : Structures spatiales pluviométriques homogènes en Côte d'Ivoire (source)

1.1.4.2 Masse d'air (front intertropical)

La Côte d'Ivoire est traversée par deux masses d'air importantes : d'une part, une masse d'air en provenance du Nord, caractérisée par un vent sec chargé de particules de poussières et d'autre part, une masse d'air venant de l'Océan Atlantique au Sud, constituée d'air humide. Le contact de ces deux masses d'air forme le Front Inter Tropical (FIT).

1.1.4.3 Zones Climatiques

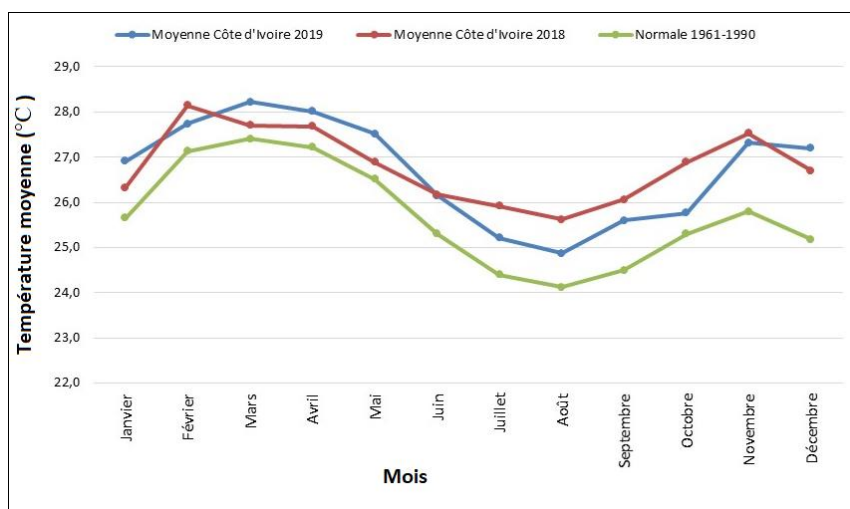
On distingue selon la latitude, quatre principales zones climatiques :

- une zone subéquatoriale (climat attién) dans le sud du pays avec deux saisons des pluies d'inégales durées (la grande saison des pluies s'étend de mai à juillet, la petite d'octobre à novembre) interrompues par deux saisons sèches ;
- une zone de transition au centre du pays présentant un climat tropical humide (climat baouléen) avec deux saisons de pluie et deux saisons sèches ;
- une zone tropicale de type soudanéen (climat soudanais) au nord avec une seule saison de pluie (de juillet à octobre) ;
- une zone montagneuse (climat des montagnes) à l'ouest du pays.

A cette division climatique correspondent trois grandes zones de végétation différentes.

- Au Sud, se trouve une zone de forêt. Cette zone s'étend au sud-ouest du pays, (de Tabou jusqu'au parc national de Taï) et sur la bande littorale allant de Grand-Lahou au Ghana ;
- Au centre, on retrouve la zone de transition avec la présence de forêt claire ;
- Au Nord, la végétation est moins dense, caractérisée par des forêts claires et des savanes herbeuses. (Rapport SODEXAM, 2019).

1.1.4.3 Evolution des températures moyennes en Côte d'Ivoire



Source Rapport SODEXAM, 2019

Figure 4 : Evolution mensuelle des températures moyennes en Côte d'Ivoire

Au plan climatologique, la période Février-Mars-Avril est la période la plus chaude en Côte

d'Ivoire. Le maximum de température est observé au mois de Mars. Cela se confirme avec les données de la normale de référence 1961-1990 et celles des années 2018 et 2019.

En 2019, les températures moyennes de la période allant de Mars à Mai ont été plus élevées que celles de l'année 2018 et de la normale 1961-1990. A partir du mois de Juillet, les températures moyennes de l'année 2019 ont été inférieures à celles de 2018, mais supérieures à celles de la référence 1961-1990 (Rapport SODEXAM, 2019)

1.1.4.4 Dynamique de la Transmission du Paludisme

Sur le plan national, la transmission du paludisme varie suivant les zones climatiques subdivisées comme suit :

- Zone du Sud : région forestière avec une pluviométrie abondante (jusqu'à 1 800 mm), où la transmission du paludisme se fait dans les clairières mais également partout en raison de la déforestation largement avancée : les zones de transmission sont de plus en plus importantes, la transmission dure quasiment toute l'année ;
- Zone du Nord : zone de savanes boisées ou secteurs sub-soudanais et soudanais. La transmission du paludisme est permanente avec une recrudescence pendant les saisons de pluies qui durent 6 à 8 mois ;
- Zone de transition au Centre, correspondant à la zone pré-forestière. La durée de la transmission du paludisme est comparable à celle de la zone forestière. On y observe également des variations en fonction du faciès écologique.

En termes d'indices entomologiques de la transmission, les données récentes rapportent des Taux d'Inoculation Entomologiques (TIE) plus faibles dans la zone côtière, allant de 10 à 62 pi/h/an. Par contre au centre du pays, le TIE annuel était de 139 pi/h/an en milieu urbain et de 95 à 193 pi/h/an en zones rurales.

Orpillage clandestin, un facteur aggravant de transmission du paludisme

L'orpillage est une méthode d'extraction de l'or qui consiste à utiliser l'eau pour séparer les particules d'or (lourdes) des matières plus légères. Pendant le processus, intervient le lavage du minerai à l'eau (eau stagnante, propice à la multiplication des gîtes larvaires et des vecteurs du paludisme). En plus, le cadre de vie précaire des orpailleurs et la promiscuité de leurs habitats favorisent la transmission du paludisme. A noter que les populations qui pratiquent l'orpillage clandestin et leurs familles ne bénéficient pas encore d'interventions sanitaires adaptées à leur situation en particulier dans le cadre de la lutte contre le paludisme comme observé dans certains pays tel que la Guyane. [*Artisanat Gold Council, Maylis Douine. Epidémiologie du paludisme chez les personnes travaillant sur des sites d'orpillage illégal en Guyane, question écrite n° 02219 de M. Rachel Mazuir (Ain - SOCR) publiée dans le JO Sénat du 30/11/2017 - page 3745*]

1.1.5 Situation socio-économique

Selon la dernière enquête harmonisée sur le niveau de vie de l'UEMOA (EHCVM, 2015), le taux de pauvreté en Côte d'Ivoire était de 46,3% et le seuil de pauvreté se situait à 737 FCFA par jour. La pauvreté est plus accentuée en milieu rural (57 %) qu'en milieu urbain (36%).

Recettes publiques

La Côte d'Ivoire a atteint en 2010 le point d'achèvement de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) bénéficiant d'un allègement de 2 500 milliards de FCFA. Ces ressources ont permis au gouvernement ivoirien de financer l'exécution de budgets-programmes des secteurs ciblés pour la lutte contre la pauvreté, à savoir : l'éducation, la santé, l'assainissement et l'eau, les infrastructures, l'agriculture, etc. [*Rapport FMI 2016*].

Le Plan National de Développement (PND) constitue désormais le nouveau cadre de référence des interventions publiques et de dialogue politique. Il vise à remplir les conditions minima de l'émergence à savoir : (i) réaliser une croissance forte et soutenue sur une longue période, (ii) constituer une classe moyenne significative ayant accès aux biens de consommation durable et (iii) participer au système de production mondial. Ce plan propose une stratégie pour une croissance vigoureuse, soutenue, inclusive et solidaire entre 2016 et 2020. Le PND 2016- 2020 capitalise les leçons de mise en œuvre du PND 2012- 2015 et tire ses fondements de la vision « Côte d'Ivoire 2040 » qui a pour ambition de réaliser l'émergence de la Côte d'Ivoire en 2020. Le service prévisionnel annuel de la dette publique suivant le collectif budgétaire s'élève à 1547,27 milliards FCFA, répartis entre 628,28 milliards de dette extérieure et 918,98 milliards de dette intérieure dont 793,49 milliards de titres publics selon le bulletin statistique de la dette publique de la Direction générale du trésor et de comptabilité publique de Côte d'Ivoire (2019). La Couverture Maladie Universelle a débuté le 30 décembre 2014 et est opérationnelle depuis Octobre 2018. En septembre 2019, 1 548 742 personnes s'étaient faites enrôler.

Environ 92% des emplois en Côte d'Ivoire sont pourvus par le secteur informel et 8% seulement dans le secteur formel.

Le rapport du PNUD sur le développement humain en 2017 classe la Côte d'Ivoire au rang de 208^{ème} sur 228 pays ayant un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,492.

Selon le Fonds Monétaire International (FMI), le taux de chômage a été de 5,6% et le sous-emploi a touché 27% de la population en 2017. Le chômage est essentiellement un phénomène urbain. Les jeunes constituent une grande partie des chômeurs, avec un taux de 10% dans la tranche d'âge de 14 à 35 ans (contre 3,2% pour les personnes âgées d'au moins 36 ans [*Rapport FMI 2016*]).

Le taux d'investissement privé en Côte d'Ivoire est passé de 7,5% en 2012 à 16,5% en 2019 tandis que la PIB par habitant a progressé de 1 237 en 2012 à 1 704 dollars en 2019, soit une hausse de 38% selon le Gouvernement Ivoirien. L'investissement public est passé de 5,4% en 2011 à 6,2% du PIB en 2014 pendant que l'investissement privé augmentait de 6,3% du PIB à 9,9% au cours de la même période. Les investissements publics ont représenté en moyenne 40% du total des investissements contre 60% pour les investissements privés, durant cette période.

Malgré cette croissance économique, la proportion de la population générale vivant en dessous du seuil de pauvreté reste élevée, passant de 32,3% en 1993 à 48,9% en 2008 (*ENV 2008*) puis à 46,3% en 2015 (*ENV 2015*). En 2015, la pauvreté était plus accentuée en milieu rural (56,8 %) qu'en milieu urbain (35,9 %). Elle touche aussi bien les femmes (47,4%) que les hommes (45,5%). A Abidjan, environ 51,3% des pauvres sont des hommes (*PND 2016 - 2020*).

Tableau II : Principaux indices de développement

ITEMS	INDICE	ANNÉE	INDICE	ANNÉE
Rang du pays en fonction de l'IDH	174/186	2016	208/228	2017
PIB par tête d'habitant (en USD)	1399	2015	1704	2019
Indice du développement humain	0,474	2016	0,492	2019
Indice d'Inégalité de Genre	0,679	2015	0,657	2018
Index de développement de Banque Mondiale				
Taux de croissance annuelle PIB	8,6	2016	7,4	2018
Taux moyen de croissance annuel PIB (10 ans)				
Ratio de la population pauvre en fonction du seuil de pauvreté national (% population)	46,3%	2015		
Dette totale (en % PIB)	45,9 milliards dollars	2016		
Dette intérieure	149,5 milliards FCFA	2016	918,98 milliards FCFA	2019
Dette extérieure	26,1 milliards USD	2016	628,28 milliards FCFA	2019
Taux d'alphabétisation	45 %	2015	43%	2019
Taux de scolarisation primaire garçon (%)	80,6 %	2015	94,02%	2018
Niveau de scolarisation primaire Fille (%)	77,1 %	2015	86,61%	2018
Espérance de vie	54,3	2015	57,017	2017
Taux de mortalité maternelle pour 100 000	614	2012	614	2019
Taux de mortalité infantile pour 1 000	96	2016	60	2018

Sources : BM, BCEAO

Rôle des associations dans l'économie

Les associations ont une utilité sociale incontournable comme producteurs de biens et de services, aux frontières du secteur marchand et du secteur public, ce qui justifie certains privilèges, mais également des devoirs.

Le statut associatif fournit un cadre bien adapté à des activités dont l'objectif est moins de faire des bénéfices que de fournir des services à forte utilité sociale et qui mêlent souvent bénévolat et recours à des professionnels salariés. Les associations sont aujourd'hui très présentes dans le tourisme, le sport, la culture et la formation, ainsi que dans les services sanitaires et sociaux. Ainsi, plusieurs ONG sont massivement engagées dans les actions entreprises face à la pandémie du paludisme.

1.1.6 Analyse du système de santé

Politique et stratégies nationales de santé

La vision du département de la santé inscrite dans le PNDS 2016-2020 est de disposer d'un système de santé performant, intégré, responsable et efficient, garantissant à toutes les populations vivant en Côte d'Ivoire en particulier les personnes les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir la croissance et le développement durable du pays vers l'atteinte de l'émergence en 2020.

La politique sanitaire de la Côte d'Ivoire est basée sur l'approche des Soins de Santé Primaires (SSP). Elle s'articule autour des orientations stratégiques suivantes :

- Amélioration de la couverture et de la qualité des services de santé de base ;
- Amélioration de l'accessibilité financière et l'utilisation des services de santé (CMU) ;
- Renforcement de la gouvernance et du leadership au niveau du secteur santé ;

- Amélioration de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments et des vaccins ;
- Amélioration du niveau et de l'efficacité du financement de la santé ;
- Accroissement et motivation des ressources humaines en santé ;
- Amélioration de la disponibilité de l'information sanitaire.

Cette politique de santé a pour objectif général d'améliorer l'état de santé de la population à travers une offre de services de santé de qualité dans toutes les régions pour une prise en charge adéquate et optimale des populations.

Pour atteindre cet objectif, le Ministère en charge de la santé a défini 6 grands axes prioritaires d'intervention sur la période 2016-2020 conformément aux 6 piliers du renforcement du système de santé.

La lutte contre le paludisme est le 1^{er} domaine prioritaire du 4^{ème} axe d'intervention du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) dont le résultat attendu était de réduire de 50% la mortalité liée au paludisme à l'échéance de 2020. Le PNDS, pour atteindre ses objectifs, a prévu des actions visant à : (i) réduire l'incidence du paludisme, (ii) renforcer l'assainissement et l'hygiène de l'environnement, (iii) intensifier l'utilisation des MILDA par les populations, (iv) renforcer le traitement de tous les cas de paludisme selon les directives nationales, (v) renforcer la gestion des médicaments et intrants dans tous les établissements sanitaires.

Financement de la santé

Pour le financement du PNDS 2016-2020, la principale source est le budget de l'Etat avec le soutien des partenaires techniques et financiers. Durant cette période de mise en œuvre du PNDS, l'Etat devra accroître son financement pour tendre vers les 15% de la part de son budget d'ici à 2020.

En vue d'optimiser le financement du secteur santé, le MSHP a adopté des stratégies novatrices de financement notamment : (i) la stratégie nationale de financement pour tendre vers la couverture sanitaire universelle, (ii) la stratégie nationale de financement basée sur la performance pour améliorer qualitativement et quantitativement l'offre de services et de soins de santé et (iii) le document d'orientation sur les financements innovants.

Le budget du PNDS pour la période 2016-2020 est de 2 391 678 907 329 FCFA, dont 23% en dépenses d'investissement et 77% en dépenses de fonctionnement. Il est prévu 2,8% de ce budget pour la lutte contre le paludisme de 2016 à 2020.

Tableau III : Budget de l'Etat alloué au secteur de la santé et à la lutte contre le paludisme
(millions de FCFA)

	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Budget du PND	4 277 199	5 143 531	6 000 279	6 147 220	7 726 670	30 000 000
Budget alloué au département de la santé	109 809	283 905	303 791	487 154	842 787	1 829 207
Proportion du budget du PND alloué à la santé						6,10
Budget du PNDS	368 781 725 577	497 206 523 560	524 612 296 171	506 188 551 724	494 889 810 297	2 391 678 907 329
Budget prévu pour lutte contre paludisme dans le PNDS	8 642 347 586	9 153 155 883	15 120 341 642	15 334 500 993	17 979 703 422	66 230 049 525
Proportion du budget PNDS alloué à la lutte contre le paludisme	2,34%	1,84%	2,88%	3%	3,63%	2,77%

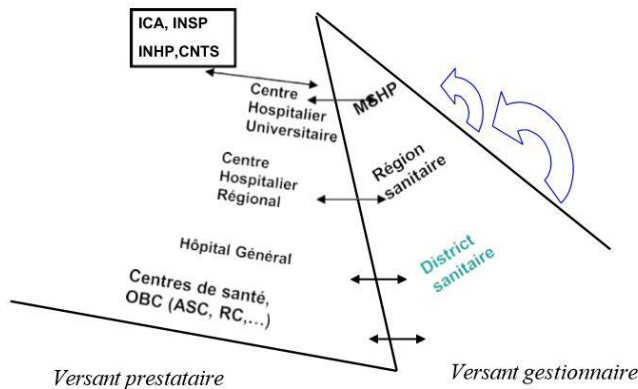
1.2 Organisation du système de santé

Le système de santé ivoirien est de type pyramidal (*figure5*) avec un versant administratif et un versant offre de soins, reparti chacun en trois échelons.

1.2.1 Organisation administrative du système

Le versant administratif est composé comme suit :

- (i) **Niveau central** comprend le Cabinet du Ministre, les Directions et Services centraux et les programmes de santé. Il est chargé de la définition de la politique et de la coordination globale ;
- (ii) **Niveau intermédiaire** composé de 33 Directions Régionales (cf. Arrêté n°277/MSHP/CAB du 25 février 2019) qui ont une mission d'appui aux districts sanitaires
- (iii) **Niveau périphérique** composé de 113 Districts Sanitaires qui représente l'unité opérationnelle du système de santé.



La Pyramide sanitaire et ses versants

Figure 5 : Représentation schématique de la pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire (Source)

1.2.2 Organisation de l'offre de soins

Le versant offre de soins comprend un niveau primaire (ESPC), un niveau secondaire (HG et CHR) et un niveau tertiaire (CHU et Instituts).

L'offre de soins est composée du secteur public prépondérant, du secteur privé en plein essor et de la médecine traditionnelle.

Secteur public

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux :

- le niveau primaire ou périphérique représenté par 2 479 Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) dont 1 614 en milieu rural (65,1%) et 739 en milieu urbain (29,8%) (RASS, 2018) ;
- le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence, composé de 115 Hôpitaux de référence (98 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux), 2 Centres Hospitaliers Spécialisés (Hôpitaux psychiatriques de Bingerville et de Bouaké);
- le niveau tertiaire comprend les établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence, est essentiellement composé d'établissements Publics Nationaux (EPN) avec 5 Centres Hospitaliers Universitaires (Treichville, Cocody, Yopougon, Bouaké et Angré), 4 Instituts Nationaux Spécialisés : Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA). On note en outre 4 autres Etablissements Publics Nationaux d'appui : Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire

National de Santé Publique (LNSP), Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (Nouvelle-PSP), Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

Par ailleurs, d'autres ministères tels que le Ministère d'Etat, Ministère de la Défense, le Ministère de l'Économie et des Finances, le Ministère de la Fonction Publique, le Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant, le Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle, le Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation, Ministère de la Sécurité et de la Protection Civile et le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique participent activement à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires.

Malgré cet important dispositif de soins, 31% de la population vit à plus de 5 km d'un établissement de santé (RASS, 2018).

Secteur privé

Il existe le secteur privé lucratif et le secteur privé non lucratif constitué des structures de santé des entreprises et des sociétés.

Le secteur sanitaire privé s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, infirmeries privées) s'insérant parfaitement dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Ces établissements sanitaires privés sont essentiellement présents dans les grandes agglomérations où les activités économiques sont plus développées. Le pays compte pour ce secteur, 2 527 établissements sanitaires privés. Parmi ces structures, il existe 1 078 Etablissements médicaux, 113 Etablissements socio-sanitaires, 1 328 Etablissements paramédicaux, 8 Etablissements de médecine alternative et 18 Etablissements d'Entreprise de Santé. Ces différents établissements offrent un paquet d'activités y compris la prise en charge du paludisme [ACPCI, 2019].

L'existence d'organisations socioprofessionnelles de régulation du secteur sanitaire privé (Association des cliniques privées, Syndicat National des Médecins Privés, Syndicat des infirmiers privés) a constitué une opportunité pour le PNLP de mettre en place un cadre de collaboration pour promouvoir les interventions de lutte contre le paludisme dans le secteur privé lucratif.

En 2014 le secteur pharmaceutique privé occupait une place prépondérante dans le système de santé et couvrait entre 80 et 90% de l'offre en médicaments. Ce secteur comprend essentiellement :

- 4 grossistes-répartiteurs (UBIPHARM, COPHARMED, DPCI et TEDIS PHARMA CI) qui importent plus de 90% de leurs produits ;
- 1 392 officines privées de pharmacie ;
- 8 unités de production de médicaments, dont 4 en activité qui produisent 6% du marché pharmaceutique national.

Secteur confessionnel

La Côte d'Ivoire étant un pays laïc, le rôle et l'influence des leaders religieux restent indéniable dans le déploiement des stratégies de communication pour l'adoption des méthodes de lutte contre le paludisme. Leur action dans le cadre de la lutte contre le paludisme est développée par l'Alliance des Religieux pour la Santé Intégrale et la Promotion de la personne humaine

(ARSIP) qui a renforcé les capacités de 500 leaders religieux pour la promotion des bonnes pratiques à travers les activités de prêche en milieu confessionnel.

Niveau communautaire

✓ **Interventions des Agents de Santé Communautaires (ASC)**

Au niveau communautaire, l'offre de soins est assurée par les Agents de Santé Communautaires (ASC) formés et émanant de la communauté. Leur intervention est définie selon un paquet minimum d'activités intégrées comprenant l'offre de services promotionnel, préventif et de prise en charge des maladies de l'enfant de 0 à 59 mois (PCIMNE) dans la communauté. Cette intervention de prise en charge intégrée communautaire (iCCM) se déroule au-delà des 5 km des centres de santé.

✓ **Interventions des groupements féminins (GF)**

Les groupements féminins ont été formés dans leur communauté par les agents de santé afin d'assurer la promotion de l'offre de service en lien avec les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) dans un rayon de 5 km autour des centres de santé.

Dans l'ensemble, les ONG, les OBC et la société civile interviennent plus spécifiquement dans le domaine de la prévention et la communication de masse et de proximité.

✓ **Radios de proximité et confessionnelles**

Les radios de proximité et confessionnelles sont des canaux de communication de proximité en charge de la diffusion des messages de sensibilisation sur le paludisme dans les localités périphériques de couverture. Cette intervention des radios est réalisée à travers, la diffusion des spots audio de sensibilisation conçus par le Programme National de Lutte contre le Paludisme et la diffusion ou rediffusion d'émissions de sensibilisation avec l'appui des équipes cadre des districts sanitaires.

✓ **Mobilisation communautaire**

La mobilisation communautaire est mise en œuvre dans certains districts. Cette stratégie vise à engager les communautés à une implication réelle dans les activités communautaires et à susciter une participation et un engagement des leaders locaux, des élus, des autorités coutumières.

Médecine traditionnelle

La Côte d'Ivoire a adopté la stratégie de l'OMS visant à contribuer à la réalisation de la santé pour tous dans la région africaine par le recours optimal à la médecine traditionnelle. Elle est mise en œuvre par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT).

L'exercice et l'organisation de la médecine et la pharmacopée traditionnelles sont réglementées par la Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 et le Code d'Ethique et de Déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles par le Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016.

Les services offerts par la médecine traditionnelle concernent les soins promotionnels, les soins préventifs, les soins curatifs et les activités de soutien aux districts sanitaires.

Les acteurs de la médecine traditionnelle sont les praticiens de médecine traditionnelle tels que l'accoucheuse traditionnelle, l'herboriste, le médico-droguiste, le naturothérapeute, le phytothérapeute et le psychothérapeute. Le répertoire national des praticiens de médecine traditionnelle de 2019 a enregistré 6 321 personnes sur 45 000 estimés.

Les praticiens de médecine traditionnelle sont au niveau des districts sanitaires sous l'autorité du Directeur Départemental de la Santé. Les interventions du PNPMT s'attèlent au transfert des compétences requises aux DS pour la gestion des praticiens de médecine traditionnelle et l'encadrement de leurs activités. Ils collaborent avec les responsables des ESPC pour le suivi de leurs activités.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, les praticiens de médecine traditionnelle assureront la sensibilisation et la référence des cas.

1.2.3 Organisation du MSHP

Suivant le décret N° 2016-598 du 03 août 2016, l'organigramme du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique est composé comme suit : le Cabinet et ses Directions et Services rattachés, d'une Direction Générale et ses Directions Centrales ainsi que de Services Extérieurs.

Le Cabinet

Il comprend :

- un Directeur de Cabinet ;
- un Directeur de Cabinet Adjoint ;
- un Chef de Cabinet;
- sept Conseillers Techniques;
- sept Chargés d'Etudes;
- un Chargé de Missions;
- un Chef du Secrétariat Particulier ;
- treize Directions et Services rattachés.

Les Directions et Services rattachés comprennent :

- l'Inspection Générale e la Santé (IGS) ;
- la Direction des Affaires Etrangères (DAF) ;
- la Direction des Ressources Humaines (DRH) ;
- la Direction des Infrastructures, de l'Equipeement et de la Maintenance (DIEM) ;
- la Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies (DPPS) ;
- la Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS) ;
- la Direction de la Communication et des Relations Publiques (DCRP) ;
- la Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé-Environnement (DHPSE) ;
- le Service Juridique (SJ) ;
- le Service de la Coopération Internationale (SCI) ;
- le Service ONG Nationales et Internationales de Santé (SONIS) ;
- le Service de la Police Sanitaire (SPS) ;
- la Cellule de Passation des Marchés (CPM).

✚ La Direction Générale de la Santé (DGS)

Elle comprend six (6) directions centrales :

- la Direction de la Formation et de la Recherche (DFR) ;
- la Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité (DMHP) ;
- la Direction de la Santé Communautaire (DSC) ;
- la Direction des Etablissements et des Professions de Santé (DEPS) ;
- la Direction de la Pharmacie, du Médicaments et de Laboratoires (DPML) ;
- la Direction des Soins Infirmiers et Maternelles (DSIM).

✚ Les Services extérieurs

Ce sont :

- les Directions Régionales de la Santé et de l'Hygiène Publique (DRSHP) ;
- les Directions Départementales de la Santé et de l'Hygiène Publique (DDSHP) ;
- les Secteurs Sanitaires.

Les Directions Régionales et Départementales sont dirigées par les Directeurs Régionaux et Départementaux nommés par arrêté.

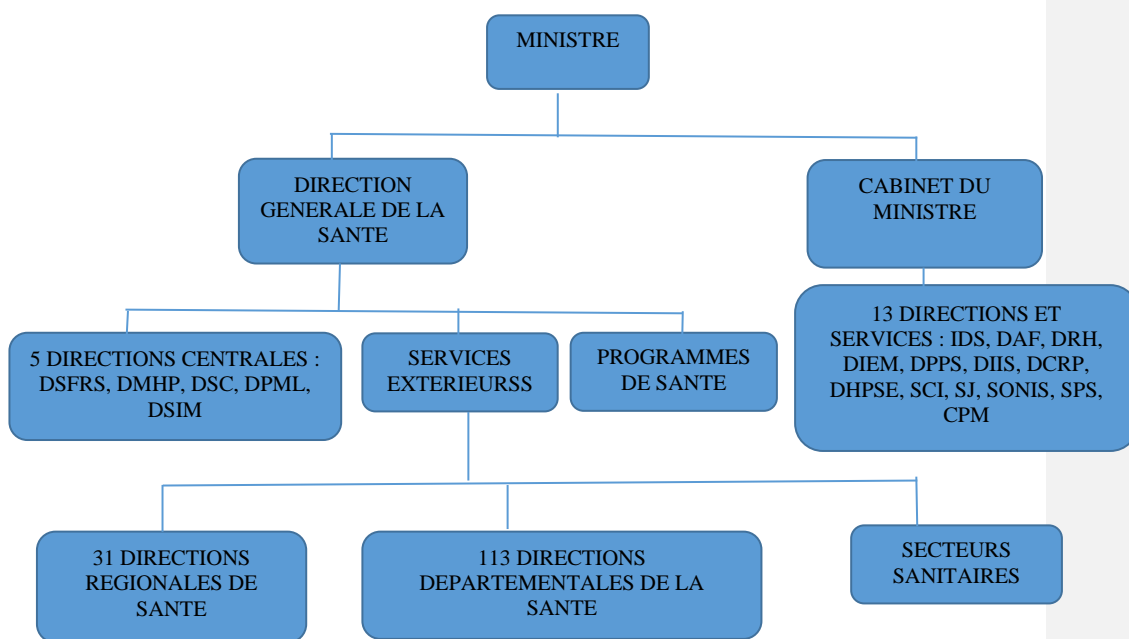


Figure 6 : Organigramme du ministère de la santé et de l'Hygiène Publique

1.2.4 Situation actuelle du système de santé

Les résultats issus de la Revue du PNDS 2016-2020 ont montré les 6 piliers suivants : i) la gouvernance et le leadership, ii) le financement du secteur de santé, iii) les ressources humaines, iv) les infrastructures, les équipements, les médicaments, les vaccins et autres intrants stratégiques, v) le système d'information sanitaire, vi) les prestations des services de santé.

1.2.4.1 Gouvernance et leadership

Dans le cadre du renforcement de la gouvernance et du leadership du secteur de la santé, trois résultats intermédiaires ont été définis. Ce sont : i) le pilotage du système de santé est renforcé et effectif pour une meilleure coordination des interventions du secteur de la santé, ii) la décentralisation et la déconcentration du système de santé est effective pour une meilleure efficacité et iii) le système national d'information sanitaire est amélioré et est utilisé pour la prise de décisions à tous les niveaux.

Des efforts importants de gouvernance ont été entrepris :

✚ Au niveau de la décentralisation

En vue de rendre effective la décentralisation sanitaire, l'opérationnalisation du processus de décentralisation sanitaire s'est poursuivie, avec notamment en 2016 l'exercice d'élaboration des Plans Régionaux de Développement Sanitaire (PRDS) pour les 20 régions sanitaires avec la participation des acteurs des collectivités bien que le document de politique de décentralisation en matière de santé au niveau local n'ait pu être élaboré. Pour renforcer la décentralisation fonctionnelle, une loi portant réforme hospitalière a été promulguée et ses textes d'application sont en cours d'édiction. Un cadre de collaboration non formalisé existe entre le Ministère en charge de la Santé, le Ministère de l'Administration du Territoire et les faitières des collectivités territoriales. De plus, sur la période 2016-2019, le MSHP a continué son appui budgétaire aux collectivités territoriales.

A ce jour, pour être en harmonie avec le découpage du Ministère de l'Administration du Territoire le pays compte 33 régions sanitaires et 113 districts sanitaires.

✚ Au niveau de la déconcentration

Le MSHP a mené des actions sur la période 2016-2018 dans le cadre du processus d'opérationnalisation des Directions Régionales et Départementales. Il s'agit notamment de : i) l'élaboration « d'une feuille de route » pour les directeurs régionaux et les directeurs départementaux afin d'orienter leur action et impulser la « performance » au niveau des administrations locales ; ii) la conduite d'une étude visant à définir les normes de fonctionnalité des régions et districts sanitaires en Côte d'Ivoire et iii) la coordination des activités du PEV au niveau opérationnel. De plus, certaines structures de prise en charge ont déconcentré leurs activités à l'intérieur du pays.

Malgré les actions entreprises pour rendre effectives la décentralisation et la déconcentration du système sanitaire en Côte d'Ivoire, on note tout de même quelques faiblesses. En effet, le document de politique de décentralisation en matière de santé au niveau local n'a pas été élaboré. La loi portant transfert de compétences de l'Etat aux collectivités territoriales n'a pas été révisée et les textes subséquents n'ont pas été pris. De plus, certaines insuffisances demeurent pour l'opérationnalisation effective des Régions et Districts sanitaires, notamment : i) l'insuffisance dans les dispositions institutionnelles pour la fonctionnalité des DR et DD ; ii) l'insuffisance de leadership au niveau des structures déconcentrées.

1.2.4.2 Financement du secteur de la santé

Le coût estimatif de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 s'élève à 2 391,6 milliards de FCFA avec un besoin de financement de 1 390,6 milliards de FCFA pour la période 2016-2018. Les ressources nécessaires par axes stratégiques identifiés sont par ordre d'importance, les suivantes : i) offre et utilisation des services de santé (58%), ii) lutte contre la maladie (23%), iii) financement de la santé (11%), iv) prévention et promotion de la santé et de l'hygiène publique (4 %), (iv) santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes (3 %) et v) gouvernance et leadership (1%).

Concernant la contribution de l'Etat pour le financement du PNDS 2016-2020, on note une baisse des dépenses de santé entre 2017 et 2018. Le budget est passé de 368 780 237 723 F CFA en 2017 à 360 594 344 796 F CFA en 2018, soit une baisse de 8 185 892 927 F CFA (-2,22 %). Ce budget représente 5,3% du budget général de l'État en 2018. Ce qui est inférieur aux engagements pris par l'Etat de Côte d'Ivoire au sommet d'Abuja (Nigeria 2001) qui était de consacrer 15% du budget général de l'Etat à la santé.

Le budget général de fonctionnement (BGF) octroyé aux différentes directions régionales et départementales du MSHP en 2018 est de 771 712 970 FCFA et se répartit comme suit : 190 144 561 FCFA pour les directions régionales (24,6%) et 581 568 409 FCFA pour les directions départementales (75,4%).

Au niveau des hôpitaux de première référence (HG, CHR), le budget global dédié au fonctionnement de ces établissements sanitaires s'élève à 2 717 449 842 FCFA en 2018 contre 4 118 543 421 FCFA en 2017, soit une baisse de 1 401 093 579 (-34,02%). En 2018, la répartition de ce budget est de 1 894 996 380 FCFA pour les Hôpitaux Généraux, de 822 453 462 FCFA pour les Centres Hospitaliers Régionaux et de 206 870 735 FCFA pour les hôpitaux psychiatriques.

Le budget global de fonctionnement et d'investissement des EPN est de 44 619 948 593 FCFA en 2018 dont 42 054 864 429 FCFA pour le fonctionnement (94,25%) et 2 565 084 164 FCFA pour l'investissement (5,75%).

En ce qui concerne la dépense totale de santé, la part des ressources supportée par le gouvernement est seulement de 28% et 43% pour les ménages.

Concernant la contribution du secteur privé et des collectivités locales pour le financement du PNDS 2016, les ménages ont financé 48% et le secteur privé 12,41% de toutes les dépenses. En 2017 et 2018 ces valeurs sont respectivement de 36,08% et 34,41% pour les ménages et de 12,37% et 11,98% pour le secteur privé.

Concernant la contribution des partenaires au développement pour le financement de la santé, selon la cartographie des ressources réalisée en 2019 dans le cadre de l'élaboration du dossier d'investissement, le financement des PTF mobilisé et utilisé s'élève à 480 milliards de FCFA sur la période 2016-2018.

1.2.4.3 Ressources humaines

Les données présentées dans cette section sont extraites de la base de données de la DRH/MSHP.

L'analyse de la couverture en ressources humaines est faite au niveau des Directions Régionales et des Directions Départementales de la Santé. Elle porte sur trois catégories socioprofessionnelles (Médecins, Infirmiers et Sages-femmes).

✚ Médecins

En 2018, dans le secteur public du MSHP, le nombre de Médecin exerçant est de 4 045 contre 3 886 en 2017, soit une hausse de 4,09%. L'effectif des médecins prestataires de soins est de 3 426 en 2018 contre 3 325 en 2017, soit une hausse de 3,04%.

En 2018, le ratio national est d'un (01) médecin prestataire de soins pour 7 354 habitants (1,4 médecin pour 10 000 habitants). Les régions sanitaires d'Abidjan 2 (2,1 médecins pour 10 000 habitants), du Sud Comoé (1,8 médecins pour 10 000 habitants) et du Bélier (1,6 médecins pour 10 000 habitants) enregistrent les meilleurs ratios sur les deux années consécutives. Les régions sanitaires du Cavally, du Guémon, du Gboklè, de la Nawa San-Pédro (0,5 médecin pour 10 000 habitants) et du Poro, du Tchologo et de la Bagoue (0,6 médecin pour 10 000 habitants) ont les plus faibles ratios.

Trente-sept (37) districts sanitaires sur 86 ont atteint la norme OMS en 2018, soit 43%. Les districts sanitaires de Cocody-Bingerville (3,9 médecins pour 10 000 habitants), de Treichville-Marcory (3 médecins pour 10 000 habitants) et de Jacquerville (2,9 médecins pour 10 000 habitants) ont les ratios les plus élevés tandis que les districts sanitaires de Bangolo, de Korhogo 2 (0,3 médecin pour 10 000 habitants) et Guitry (0,4 médecin pour 10 000 habitants) enregistrent les plus faibles ratios.

✚ Infirmiers

Le MSHP enregistre 11 644 infirmiers dans le secteur public en 2018 contre 10 745 en 2017, soit une hausse de 8,36%.

Au niveau national, la norme OMS de 1 infirmier pour 5 000 habitants est atteinte avec un ratio de 2,3 infirmiers pour 5 000 habitants. Toutes les régions sanitaires sont au-dessus de la norme OMS. Les régions sanitaires du Sud Comoé (3,2 infirmiers pour 5 000 habitants), du Bélier (3 infirmiers pour 5 000 habitants) et de l'Indenie-Djuablin (2,9 infirmiers pour 5 000 habitants) ont les ratios les plus élevés. Les régions sanitaires du Cavally-Guémon et du Gboklè-Nawa-San Pedro (1,3 infirmier pour 5 000 habitants) et Poro-Tchologo-Bagoue (1,4 infirmier pour 5 000 habitants) ont les plus faibles ratios.

En 2018, quatre-vingt (80) districts sur les 86 ont atteint la norme OMS de 1 infirmier pour 5000 habitants, soit 93%. Les ratios les plus élevés sont enregistrés dans les districts sanitaires de Jacquerville (6,3 infirmiers pour 5 000 habitants), de Dabou, de Toumodi et de Grand-Bassam (4,2 infirmiers pour 5 000 habitants). Les Districts sanitaires de Gueyo (0,1 infirmier pour 5 000), de Bangolo, de Yopougon-Est et d'Abobo-Est (0,7 infirmiers pour 5000) ont les plus faibles ratios.

✚ Sages-femmes

Le MSHP enregistre 5 511 Sages-femmes dans le secteur public en 2018 contre 4 452 en 2017, soit une hausse de 23,78%.

Le ratio national en 2018 est de 2,7 sages-femmes pour 3 000 femmes en âge de procréer (FAP), soit une (1) sage-femme pour 1 104 FAP. La norme OMS a été atteinte dans toutes les régions sanitaires.

Les régions sanitaires du Bélier (3,6 sages-femmes pour 3 000 FAP), du Sud Comoé (3,5 sages-femmes pour 3 000 FAP) et de l'Agneby-Tiassa-Mé (3 sages-femmes pour 3 000 FAP) ont les ratios les plus élevés. Les plus faibles ratios ont été enregistrés dans les régions sanitaires du Cavally-Guémon (1,4 sages-femmes pour 3 000 FAP), du Gboklè-Nawa-San Pedro, du Porotchologo-Bagoue et du Tonkpi (1,6 sage-femme pour 3 000 FAP).

Par ailleurs, il faut noter que en 2007, les effectifs en ressources humaines dans le secteur privé étaient de 790 médecins, 1 173 infirmiers et 184 sages-femmes.

1.2.4.4 Système national d'information sanitaire (SNIS)

Le système national d'information sanitaire est amélioré et est utilisé pour la prise de décisions à tous les niveaux. La complétude des données est l'indicateur de performance du système d'information sanitaire. Si cette complétude est très satisfaisante au niveau des données du public (99% en 2018) sur la période, il demeure des insuffisances au niveau des sources de données.

Pour la disponibilité et l'utilisation des outils de gestion de l'information sanitaire, le MSHP a développé des outils papiers et des outils électroniques pour le rapportage régulier des données. Il s'agit notamment pour les outils électroniques de : i) DHIS 2 et DVD-MT pour la gestion de données de routine, déployé au niveau national, MAGPI pour les données du PEV et DVD-MT pour les données de surveillance épidémiologique ; ii) e-SIGL, utilisé par les clients directs de la Nouvelle PSP pour la gestion des rapports commandes, ; iii) OpenELIS, pour la gestion des données de laboratoire (charge virale et autres examens de routine), utilisé dans plus de 80 laboratoires ; iv) SIGDEP 2, pour la gestion des données des patients vivant avec le VIH ; v) DPI (Dossier Patient Informatisé), pour automatiser le parcours du patient au sein d'un hôpital en voie d'expérimentation et (vi) Situation Room, lancé officiellement en 2017.

Malgré ces efforts, on note des insuffisances : i) le risque de non pérennisation du processus de dématérialisation des outils papiers par le renouvellement et la maintenance du patrimoine informatique, ii) l'insuffisance d'informaticiens et leur renforcement de capacités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (iii) l'inadéquation entre les logiciels utilisés par la majorité des établissements privés lucratif et les besoins en collecte du SNIS.

Par ailleurs, l'intégration des données des programmes de santé, en dehors des données du VIH et du Paludisme qui existaient dans la base, des formulaires spécifiques à certains programmes ont été paramétrés dans le DHIS 2¹.

Pour ce qui est des données des EPN hospitaliers, des établissements de santé privés libéraux et associatifs, des services de santé de l'armée, le processus d'intégration des données dans le SIG a été initié en 2018. Il a permis l'immatriculation de 2 500 Etablissements Sanitaires en 2019 afin de faciliter la prise en compte de leurs données dans le SNIS. Ainsi, les données des CHU,

¹ i) Rapport mensuel des SSSU-SAJ, ii) Rapport mensuel PEV, iii) Rapport trimestriel de dépistage et traitement de la tuberculose, iv) Rapport UNT, v) Rapport UNTA, vi) Rapport nutrition ambulatoire et vii) Rapport logistique des intrants de nutrition, viii) Dossier individuel de consultation PF, ix) Rapport mensuel d'activités PF.

des établissements de l'armée, des établissements des mutuelles de la Police, de la Douane et du Trésor, la phase pilote s'est achevée en 2019 et les outils consensuels finalisés seront paramétrés dans la base DHIS 2. De plus, pour le secteur privé, la phase pilote d'intégration a démarré dans 11 établissements sanitaires.

Cependant, on note des insuffisances, notamment : i) la faible adhésion des ressources humaines du privé, majoritairement vacataires et des responsables des établissements sanitaires privées au processus d'intégration, ii) l'absence de mécanismes opérationnels pour disposer des données sanitaires des EPN hospitaliers, des services de santé de l'armée et des établissements de santé privé.

Quant à l'intégration des données communautaires, le processus en cours a démarré en mai 2018 par un consensus de toutes les parties prenantes sur les indicateurs et sur les outils de collecte du secteur communautaire. Il a permis : i) l'intégration des nouvelles informations dans les outils, ii) l'élaboration d'outils communautaires, iii) le paramétrage des rapports communautaires dans la base DHIS2 et le rapportage des données de 50% des districts sanitaires dans la base DHIS2 au troisième trimestre 2019.

En matière de rétro-information, on note la disponibilité des Rapports Annuels 2016, 2017 et 2018 sur la Situation Sanitaire (RASS). Ils présentent l'évolution de certains indicateurs clés du système de santé. Par ailleurs, des rapports spécifiques par pathologie ou grands problèmes de santé sont produits chaque année. Ces documents permettent d'apprécier les performances atteintes par domaine programmatique et aider à la prise de décision. Par ailleurs, on note une insuffisance de rétro information à tous les niveaux de la pyramide sanitaire notamment entre les districts et les établissements de santé et au sein des établissements de santé (entre les services et entités). Par contre l'on observe une amélioration de la rétro information i) sur la chaîne d'approvisionnement (bulletin hebdomadaire de rétro information et bulletins trimestriels de rétro information), ii) du niveau central vers le niveau déconcentré sur la qualité des données dans la base DHIS 2 (Rapport PRISM). De même, l'existence du site internet de la DIIS (www.dipe.info) permet la mise à disposition et la diffusion des documents au grand public.

Toutefois certaines insuffisances ont été constatées sur la période : i) la non production et la non diffusion à temps des données sanitaires et leur faible utilisation sont constatées à tous les niveaux de la pyramide, ii) l'archivage et la diffusion des documents produits par le MSHP, iii) l'insuffisance de rétro information entre les régions et les districts, entre les districts et les établissements de santé et au sein des établissements de santé, iv) l'insuffisance de ressources humaines dédiées à la gestion des données pour une rétro information efficace.

En ce qui concerne le renforcement de capacité des gestionnaires de données et des décideurs, plusieurs activités ont été réalisées pour améliorer les infrastructures informatiques des structures sanitaires notamment : i) l'acquisition de deux serveurs pour l'hébergement des données du SNIS (DHIS 2) ; ii) la dotation des DRS, DDS, CHR et HG en ordinateurs et kit de connexion internet. De plus, des formations ont été réalisées sur la période pour renforcer les compétences des gestionnaires de données et des décideurs. Il s'agit notamment de : i) la formation de tous les CSE de Région et District et des SUS/Gestionnaires de données des hôpitaux de référence (HG et CHR) sur le remplissage des outils de collecte de données et à l'utilisation de la plateforme DHIS 2 pour la gestion des données ; ii) la formation des DR et

DD à l'utilisation de la plateforme DHIS 2, à l'analyse des données et l'utilisation pour la prise de décision ; iii)- la formation d'un pool national de formateurs en Système d'Information Sanitaire de Routine (SISR) ; iv) la formation de 72 acteurs de région et district en suivi/évaluation des programmes de santé ; v) la formation de 100 médecin-chefs des SSSU-SAJ et gestionnaires de données et 64 CSE district à la gestion des données des adolescents et jeunes.

Cependant, certaines insuffisances demeurent. Elles sont relatives à la non prise de textes portant création et organisation d'un service de gestion de l'information sanitaire (SGIS) au niveau des structures sanitaires et celui portant création et organisation d'un corps de métier de gestionnaire de données de santé.

1.2.4.5 Infrastructures, Equipements, Médicaments, Vaccins et autres intrants

En matière d'infrastructures et d'équipements, des efforts de réhabilitation, de construction de nouveaux établissements et d'équipement des structures d'offre de soins ont permis ces dernières années d'accroître l'accessibilité et la qualité des services de soins. Cependant de nombreux centres de santé, Directions Départementales et Régionales de la Santé sont dépourvus de plateaux techniques adéquats et de conditions appropriées de travail.

Avec l'amélioration du taux d'accessibilité géographique, la proportion de la population vivant à moins de 5 km du centre de santé le plus proche est passée de 44% en 2012 à 69% en 2018 (RASS 2018) avec de faibles taux pour les régions du Gboklè-Nawa-San Pedro (35%), du Kabadougou-Bafing-Folon (42%), du Haut Sassandra (50%) et du Worodougou-Béré (51%).

En matière de Médicaments, vaccins et autres intrants stratégiques, la Direction de la Pharmacie, du Médicament et de Laboratoire (DPML) est l'Autorité Nationale de Régulation du Médicament (ANRM). Tout produit médical importé en Côte d'Ivoire doit avoir reçu au préalable une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) délivrée par la DPML.

Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) assure le contrôle qualité des médicaments et intrants à trois niveaux : avant l'enregistrement, avant la distribution et au cours de l'utilisation. Il est appuyé dans certains cas par des laboratoires de référence internationale.

D'importantes réformes engagées ces dernières années ont permis à la PSP d'adopter un nouveau statut d'Association Sans But Lucratif (ASBL). Ainsi, par le décret N° 2013-792 du 20 novembre 2013, la PSP est devenue « Nouvelle PSP-CI » qui assure désormais l'approvisionnement en intrants et médicaments au niveau national. Ces mêmes réformes ont permis aussi à la Nouvelle PSP de renforcer sa capacité de stockage et d'améliorer la disponibilité des produits de santé au niveau central. Malgré cela, au niveau périphérique, la disponibilité des intrants et médicaments rencontrent de nombreuses difficultés.

Au niveau national, le système de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé est confronté à de nombreuses difficultés, notamment, i) le faible taux de satisfaction des commandes, ii) le non-respect des délais de livraison des commandes, (iii) l'insuffisance dans la gestion des produits de santé, iii) la faible disponibilité des données logistiques de qualité, iv) les ruptures intempestives des outils de collecte de gestion des intrants, v) l'insuffisance d'espace de stockage et de moyens logistiques pour la distribution des produits de santé au niveau périphérique, vi- la quasi inexistence de moyens pour assurer le transport des intrants

des districts vers les centres de santé ; vii) les problèmes de gouvernance dans les services de dispensation des intrants.

Le système national de gestion, d'approvisionnement et de distribution en produits de santé reste confronté à plusieurs obstacles : i) l'inexistence d'un cadre législatif et réglementaire de lutte contre le trafic illicite et la contrefaçon des produits de santé, ii) l'insuffisance de contrôles qualités des médicaments homologués et commercialisés en Côte d'Ivoire, iii) l'insuffisance de notification des événements indésirables, iv) la persistance de gap en matière de couverture des besoins nationaux en produits sanguins.

1.2.4.6 Prestations des services de santé

La fréquentation et l'utilisation des services de santé ont connu une nette augmentation entre 2013 et 2015. Le taux de fréquentation est passé de 31,3% en 2013 à 48% en 2015 et le taux d'utilisation des services de santé est passé de 18% en 2013 à 43% en 2015 (*RASS 2015*). L'instauration de la gratuité des soins pour les couches de la population les plus vulnérables a facilité les augmentations enregistrées pour ces deux taux. Cependant des difficultés impactent la qualité des prestations de service : i) la faible disponibilité des protocoles et directives de prise en charge des pathologies dans les structures de santé (59% au poste de consultation), ii) le non-respect des directives et normes en matière de prestation et de qualité des services, iii) l'insuffisance de fonctionnalité du système de référence et de contre-référence, (iv)- des comportements répréhensibles de certains personnels de santé, v) la prolifération de structures sanitaires privées non agréées.

En ce qui concerne la participation communautaire, le plan stratégique national de la santé communautaire 2016-2020 et les documents de motivation et de statut des ASC ont été élaborés. La plupart des COGES ne sont pas fonctionnels dans les structures sanitaires publiques.

1.2.4.7 Recherche en Système de Santé

La Côte d'Ivoire dispose de plusieurs pôles de recherche en santé. Certains d'entre eux interviennent dans le domaine de la lutte contre le paludisme ; ce sont l'Institut National de Santé Publique (INSP), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI), l'Institut Pierre Richet de Bouaké (IPR), le Centre d'Entomologie Médicale et Vétérinaire de Bouaké (CEMV), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), le Centre Suisse de Recherche Scientifique (CSRS), le Centre de Diagnostic et de Recherche sur le Sida et les autres pathologies infectieuses (CeDReS), les Unités de Formation et de Recherche telles que l'UFR-SPB, l'UFR-SM d'Abidjan et de Bouaké, l'UFR-Biosciences et l'UFR sociologie d'Abidjan et de Bouaké.

En matière de recherche médicale, de nombreux résultats ont permis de développer des stratégies idoines en matière de lutte contre la tuberculose, le paludisme et le sida. Quant à la recherche pharmaceutique, elle est orientée vers la mise au point de formules médicamenteuses actives. Cependant, très peu de recherche est réalisée au niveau des districts et des programmes prioritaires de santé.

1.2.5 Contribution du PNLP au renforcement du système de santé

Avec l'appui technique et financier des partenaires internationaux, le PNLP contribue au renforcement du système de santé à travers le renforcement de capacités des prestataires et l'équipement en matériel technique et en matériel roulant des structures de santé.

✚ Formation et Renforcement des capacités

- 3 222 prestataires de soins des structures sanitaires publics ont été formés sur la Prévention et la Prise en charge du paludisme (2018-2019) ;
- 163 prestataires de soins des structures sanitaires privées ont été formés sur la Prévention et la Prise en charge du paludisme (2016-2017) ;
- 489 Pharmaciens et Assistants des officines privées mis à niveau sur les directives de prise en charge du Paludisme en 2019 ;
- 11 391 ASC ont reçu une formation sur la PCIMNE pour la prise en charge des enfants de moins de 5 ans dans la communauté en 2018-2019 ;
- 595 Biotechnologistes formés sur le diagnostic microscopique en 2018-2019 ;
- 31 cadres de santé formés sur la Surveillance et le Suivi/Evaluation en 2019 ;
- 25 cadres de santé issus des districts formés au 1^{er} cours national de Paludologie en 2020 ;
- 10 Conseillers Techniques Régionaux (CTR) et 7 agents du PNLP ont été formés sur les pratiques du DHIS2 en 2018.

✚ Equipements et infrastructures

- Acquisition de 156 microscopes pour le diagnostic du paludisme en 2018-2019 ;
- Acquisition de 50 Fourgonnettes, 03 véhicules 4X4 et 15 autres véhicules au profit des districts sanitaires pour le transport des intrants du système de santé au dernier km en 2018 ;
- Mise en place du logiciel mSupply pour la gestion des intrants au niveau des districts et régions ;
- Rénovation de 15 Pharmacies des structures publiques en 2018-2019.

1.2.6 Forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) du système de santé

Forces
<ul style="list-style-type: none">■ Approvisionnement régulier en MILDA dans tous les districts ;■ Couverture universelle en MILDA passant de 90% (2015) à 93% (2018) ;■ Stratégie d'envoi de SMS de rappel du rendez-vous des femmes pour réduire le nombre de femmes enceintes perdues de vue ;■ Implication des groupements féminins dans la sensibilisation des femmes enceintes dans les zones urbaines et péri urbaines ;■ Passage à échelle des interventions de prise en charge au niveau communautaire ;■ Existence d'une politique de gratuité des CTA et des tests de diagnostic rapide du paludisme ;■ Disponibilité des documents sur la PEC du paludisme au niveau des DRS et DDS ;■ Disponibilité des médicaments et intrants au niveau central ;■ Réalisation des activités de communications dans toutes les DDS ;■ Mise en place du Système de rapportage et de gestion de données dans le DHIS2 ;■ Conduite des missions de contrôle de la qualité des données à travers l'outil RDQA ;

- Production de bulletins de surveillance épidémiologique ;
- Elaboration des standards opérationnels en matière de qualité de prise en charge ;
- Elaboration de Tableaux de bord Paludisme dans DHIS2 et de la carte de score ALMA ;
- Publication et diffusion des résultats des études dans des revues et fora scientifiques ;
- Fonctionnalité des 12 sites sentinelles de lutte contre le paludisme ;
- Existence de réunion de pré-consolidation mensuelle des données avec la DIIS et les programmes de santé ;
- Forte implication des structures de recherche.

Faiblesses

- Insuffisance de la distribution de MILDA en routine (PEV, CPN et consultation des enfants de 1- 5 ans) ;
- Insuffisance d'utilisation des MILDA;
- Insuffisance dans la mobilisation des ressources pour la LAL et PID ;
- Insuffisance de communication pour le changement social et comportemental dans les zones situées à moins de 5 km d'un centre de santé ;
- Insuffisance d'implication multisectorielle dans la LAV ;
- Couverture insuffisante des femmes enceintes en SP3 ;
- Insuffisance d'application de la stratégie DOT par les prestataires ;
- Insuffisance de contrôle de qualité des GE/FS au niveau des laboratoires ;
- Insuffisance dans le remplissage des outils primaires lors des consultations ;
- Ruptures d'intrants de laboratoires dans les hôpitaux généraux ;
- Ruptures de TDR et CTA au niveau communautaires ;
- Insuffisance de connaissance de la définition du paludisme grave et des décès liés au paludisme ;
- Insuffisance dans le rapportage des données des centres de santé et du district ;
- Insuffisance de supervision des prestataires de soins et des ASC ;
- Absence de plan de communication dans certaines DRS et DDS ;
- Insuffisance d'appropriation des activités communautaires (communication et iCCM) par les responsables d'aires sanitaires ;
- Exploitation insuffisante des réseaux sociaux pour la sensibilisation de la population ;
- Insuffisance dans l'engagement des autorités locales dans la mobilisation de la communauté en faveur de la lutte contre le paludisme ;
- Insuffisance de communication dans les zones situées à moins de 5 km d'un centre de santé ;
- Insuffisance dans l'analyse des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Insuffisance de rapportage des données des structures sanitaires privées dans la plateforme DHIS2 ;
- Faible disponibilité des directives auprès de certains sites de mise en œuvre des activités ;
- Absence de communication entre la Nouvelle PSP et les clients sur les dispositions à prendre afin d'éviter les ruptures pendant la période d'inventaire ;
- Retard dans la reproduction des outils de gestion des antipaludiques et autres intrants ;
- Non standardisation des outils du secteur privé ;
- Insuffisance de mise en œuvre de l'approche district (structures sanitaires privées

insuffisamment pris en compte) ;

- Insuffisance en renforcement de capacité (DHIS2) et en équipement des sites sentinelles ;
- Insuffisance de notification des événements indésirables (EI) liés aux médicaments
- Insuffisance de collaboration avec les tradipraticiens pour la sensibilisation sur les activités de prévention et de prise en charge des cas ;
- Insuffisance de directives relatives à l'assurance ou le contrôle qualité des intrants dans le document de politique nationale ;
- Absence de bâtiment patrimoine de l'Etat dédié à la Direction de coordination du PNLP ;
- Non exhaustivité des structures sanitaires privées dans le DHIS2 ;
- Insuffisance de ressources humaine dédiée à la surveillance, suivi-évaluation au niveau opérationnel ;
- Insuffisance de formation de certains prestataires de soins chargés d'appliquer les directives nationales ;
- Insuffisance de la contribution de l'Etat dans le financement du plan stratégique 2016-2020 ;
- Faible implication des autres Ministères (Salubrité urbaine, assainissement et environnement, Santé des armées et police, Agriculture, intérieur) dans l'assainissement et dans la lutte antivectorielle ;
- Faible appropriation de la lutte contre le paludisme au niveau décentralisé (conseils régionaux).

Opportunités

- Engagement de l'Etat et des partenaires dans la mise en œuvre des stratégies de prévention en particulier les MILDA ;
- Implication constante des autorités administratives et sanitaires dans la coordination des activités de la campagne de masse des MILDA ;
- Renforcement de la communication au niveau des régions et des districts sanitaires ;
- Existence d'un comité national de pilotage pour la lutte anti vectorielle ;
- Implémentation de la PID dans deux districts sanitaires (Sakassou et Nassian) ;
- Gratuité de la SP et des MILDA en CPN ;
- Formation des prestataires de soins sur les directives du TPI ;
- Mise en œuvre des stratégies avancées ;
- Appui des groupements féminins et des ASC dans la recherche active des femmes enceintes perdues de vue ;
- Prestataires de soins formés sur les directives nationales de PEC et sensibilisés à la notification des événements indésirables des antipaludiques ;
- Disponibilité des ressources pour la mise en œuvre de la pharmacovigilance ;
- Adhésion des prestataires de soins et des ASC aux directives de PEC ;
- Diversification des sources de financement (PMI, Fonds mondial, C2D/UNICEF).
- Conduite de l'Enquête de vérification et de l'Utilisation finale des antipaludiques et intrants (EUV) ;
- Conduite d'enquête ABC pour identifier les 20 % des structures qui consomment 80% des intrants en vue d'améliorer leur gestion ;
- Existence d'une Commission Nationale pour la Coordination des Approvisionnements

en Médicaments essentiels et produits stratégiques en Côte d'Ivoire (CNCAM) ;

- Existence d'un comité national de quantification fonctionnel des médicaments et intrants ;
- Existence d'une cellule d'analyse et d'approbation des rapports commandes des programmes de santé (CAAPS) à la Nouvelle PSP depuis 2019 ;
- Bonne couverture du territoire par la Radio et la télévision nationales ;
- Accès aux canaux de communication existants (télévisions, radios, réseaux sociaux) par les populations ;
- Implication des autorités administratives, des ONG et des leaders communautaires dans la sensibilisation ;
- Existence d'un ASC issu de sa communauté dans les villages situés à plus de 5 km d'un centre de santé ;
- Existence des groupements féminins qui mènent des activités CCSC dans la plupart des aires sanitaires ;
- Réunion trimestrielle du Groupe Scientifique d'Appui (GSA) au PNLP ;
- Réalisation régulière du Colloque scientifique, plateforme d'échanges des résultats de la recherche sur le paludisme ;
- Utilisation de plusieurs canaux de communication pour la sensibilisation de la population ;
- Disponibilité des ONG nationales pour la mise en œuvre des activités communautaires ;
- Disponibilité des données d'enquête.

Menaces

- Insuffisance de financement pour la LAL et PID ;
- Insuffisance d'appropriation de la LAV par chaque structure membre du comité de pilotage ;
- Insuffisance dans le dénombrement des ménages ;
- Insuffisance dans la logistique de la chaîne d'approvisionnement ;
- Insuffisance de financement des interventions de communication pour le changement social et comportemental ;
- Résistance quasi généralisée des vecteurs aux insecticides en Côte d'Ivoire ;
- Insuffisance d'implication du secteur privé lucratif dans la dispensation de la SP ;
- Rupture en TDR observée au niveau central et au niveau périphérique (public, privé et communautaire) ;
- Catastrophes naturelles ;
- Conflits intercommunautaires avec déplacements de populations ;
- Difficulté d'approvisionnement et de gestion des médicaments et autres intrants au niveau périphérique ;
- Insuffisance d'espaces de stockage répondant aux normes ;
- Insuffisance dans la notification des événements indésirables ;
- Absence de système de motivation pérenne des ASC ;
- Insuffisance d'espace au niveau périphérique pour le stockage des MILDA ;
- Insuffisance de couverture des localités situées à moins de 5 km d'un centre de santé par les ASC ou groupements féminins pour la CCSC ;
- Insuffisance de financement pour la communication ;

- Pesanteur des normes sociales et persistance d'idées erronées sur la cause du paludisme ;
- Inexistence de budget spécifique dédié à la gestion des catastrophes et des urgences ;
- Insuffisance d'intégration des aspects genres et équité dans les activités de formation, et activités communautaires ;
- Absence de financement local alloué aux activités de lutte contre le paludisme.

2 ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME

2.1 Structure organisationnelle de la lutte contre le paludisme

Selon l'arrêté n° 311 MSHP/CAB du 04 octobre 2007 modifiant l'arrêté n° 170 MSHP/CAB du 21 juin 2007 portant organisation et fonctionnement du Programme National de Lutte contre le Paludisme, celui-ci est dirigé par un Directeur Coordonnateur secondé par un Directeur Coordonnateur Adjoint. Ils sont aidés dans leurs tâches par six (6) Chargés d'Etudes qui ont la charge des services suivants :

- Service de la Prise en Charge ;
- Service de la Communication et du Partenariat ;
- Service de la Prévention;
- Service de l'Epidémiologie, du Suivi, de l'Evaluation ;
- Service de la Recherche;
- Service Administratif et Financier.

Dans la conduite des activités, le PNLP est assisté aussi par le Groupe Scientifique d'Appui (GSA) constitué de 18 experts nationaux et un comité de pilotage dont la mission est d'appuyer la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme.

Sous l'autorité de la DGS, la direction de coordination du PNLP est chargée de i) proposer et de faire adopter les documents de politiques et directives, ii) assurer le suivi de la mise en œuvre de ces directives, iii) planifier et suivre l'exécution des plans d'actions annuels, iv) mobiliser les ressources, v) animer le cadre de coordination des interventions.

De façon périodique, la direction de coordination du PNLP rend compte de l'état d'avancement de la mise en œuvre du programme.

Elle collabore avec les régions et les districts sanitaires pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme au niveau opérationnel. En appui au suivi des activités dans les régions et districts, des CTR ont été recrutés et travaillent en étroite collaboration avec les Directeurs Régionaux et Départementaux.

L'évaluation du PNLP réalisée en 2019 par l'Initiative du Président Américain pour la lutte contre le paludisme (PMI), à la demande de la Direction de coordination du programme, a révélé des insuffisances dans son organisation et son fonctionnement. Cette évaluation a suggéré le renforcement des capacités en termes de structuration (organigramme) et de ressources humaines. En termes plus clairs, elle a recommandé de pourvoir en personnel certains postes clés en créant de nouveaux services et unités. (Cf. organigramme proposé), à savoir : un socio-anthropologue, un entomologiste, un gestionnaire de données, un biostatisticien, un archiviste documentaliste, un informaticien, un spécialiste en passation de marché, un logisticien, un comptable, un contrôleur de gestion, un auditeur interne et un journaliste.

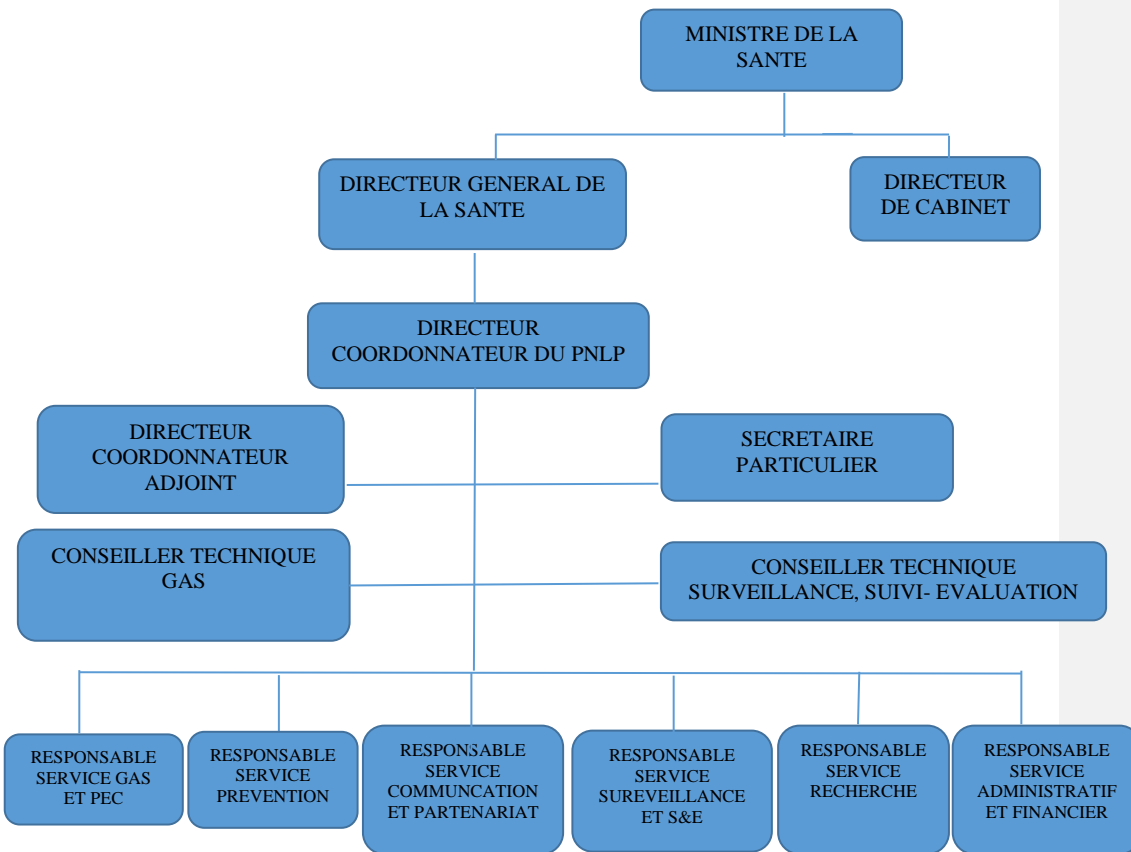


Figure 3: Organigramme fonctionnel du PNLP

2.2 Historique de la lutte contre le paludisme

✚ 2019- 2020 :

- Elaboration du PSN 2021-2025 ;
- Préparation organisation de la 4^e campagne nationale de distribution de masse de MILDA ;
- Mise en œuvre de la PID dans deux sites pilotes (Sakassou et Nassian) ;
- Organisation du 1er cours national de paludologie (25 cadres supérieurs de la santé formés) ;
- Signature subvention Fonds mondial NFM2 et mise en œuvre de MOP1 financé par PMI ;

✚ 2017- 2018

- 3^{ème} campagne nationale de distribution de masse de MILDA aux ménages ;

- Signature subvention Fonds mondial NFM2 et mise en œuvre de MOP1 financé par PMI ;
- Adoption des nouvelles directives nationales avec introduction d'une troisième CTA, (Dihydroartémisinine Pipéraquline), dans le traitement du paludisme simple.

✚ 2015

Signature subvention NFM 2015-2017

✚ 2014

- 2^{ème} campagne nationale de distribution de masse de MILDA aux ménages ;
- Signature subvention Fonds mondial NFM1.

✚ 2013

Révision de la nouvelle politique nationale avec i) adoption de l'algorithme d'utilisation des outils de diagnostic (GE/FS, TDR, PCR), ii) confirmation de deux CTA (ASAQ et AL), dans le traitement du paludisme simple, iii) introduction de l'artésunate injectable dans le traitement du paludisme grave.

✚ 2012:

- Elaboration du Plan stratégique 2012-2015 avec introduction de la PECADOM dans 38 districts sanitaires ;
- Elaboration du plan de communication stratégique du PSN.

✚ 2010 :

- 1^{ère} campagne nationale de distribution de masse de MILDA aux ménages ;
- Signature subvention Fonds mondial round 8.

✚ 2008:

- Elaboration d'une proposition « projet de passage à échelle des interventions de lutte contre le paludisme » Fonds mondial round 8 ;
- Signature subvention Fonds mondial Round 6 du FM.

✚ 2006:

- Elaboration d'un plan stratégique 2006-2010 aligné sur les objectifs d'Abuja visant l'accès universel ;
- Elaboration de la requête au Fonds mondial Round 6 pour la lutte contre le Paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans dans 19 districts.

✚ 2005 :

Adoption de la nouvelle politique nationale de lutte contre le paludisme avec : i) Introduction des CTA ii) Introduction du TPI/SP pour la prévention du paludisme chez les femmes enceintes.

✚ 1996 :

- Inscription de la lutte antipaludique au tableau des maladies prioritaires du PNDS ;
- Création du PNLP par arrêté N° 133 MSP/CAB/ du 09 mai 1996.

2.3 Profil épidémiologique

2.3.1 Parasites du paludisme

➤ *Distribution des parasites*

Les données d'études récentes (enquête MICS 2016, rapports PNLP 2018) ne relèvent pas de variations particulières dans la répartition des espèces plasmodiales rencontrées dans le pays. *Plasmodium falciparum* demeure toujours l'espèce prédominante. Il est en cause dans plus de 95% des cas. Toutefois, d'autres espèces sont rencontrées en Côte d'Ivoire dans moins de 5% des cas. Il s'agit de *Plasmodium malariae* et *Plasmodium ovale* et plus rarement *Plasmodium vivax*.

Les prévalences parasitaires les plus faibles sont retrouvées dans les régions sanitaires d'Abidjan et les plus élevées dans les régions du centre et de l'est du pays. (EPPA, 2016).

➤ *Résistances des parasites et tolérance des CTA*

En Côte d'Ivoire, seule la résistance de *Plasmodium falciparum* a été étudiée. Après l'adoption des CTA dans les directives nationales en 2005, la recherche de la résistance aux CTA utilisées quotidiennement dans le pays a été initié depuis 2009 dans les sites sentinelles.

D'après les derniers résultats publiés en 2019 sur ces sites (*Rapport PNLP 2018*), l'Artésunate-Amodiaquine et l'Artéméter-Luméfantrine gardent toujours un taux d'efficacité thérapeutique de 95% après correction PCR. Cependant, les cas de recrudescences observées à Bouna et à Adzopé interpellent le PNLP à plus de vigilance dans la surveillance de l'efficacité des CTA en Côte d'Ivoire.

2.3.2 Vecteurs du paludisme

➤ *Répartition spatiale des vecteurs*

Le paludisme est transmis par trois complexes d'espèces² vectorielles en Côte d'Ivoire : *An. gambiae s.l.*, *An. funestus s.l.* et *An. nili s.l.* (**Figure 8**). L'*An. gambiae s.l.* représente l'espèce prédominante dans tous les sites de surveillance à l'exception de San Pedro où *An. nili* est l'espèce vectrice majeure. L'*An. funestus* présente une prédominance à Yamoussoukro et à Bouaké (Rapport GSA, 2019).

Les données entomologiques récentes révèlent que *An. gambiae s.l.* demeure toujours le vecteur principal avec un Taux d'Inoculation Entomologique (TIE) moyen mensuel de 13.0 piures infectantes par homme et par mois (pi/h/m) (PMI VectroLink 2018, Assouho *et al.*, 2019, Rapport GSA 2019).

Ainsi, malgré plusieurs distributions de masse de MILDA et un taux d'utilisation de 63% (Enquête post campagne 2019), la transmission du paludisme reste élevée et hétérogène sur le territoire ivoirien (Assouho *et al.*, 2019). C'est pourquoi le renforcement des autres stratégies de lutte antivectorielle (PID, LAL, Assainissement) en complément aux MILDA doit être encouragé (PMI Vectorlink, 2018).

² Les complexes d'espèces regroupent des espèces jumelles non différenciables à l'aide de critères morphologiques connus quel que soit leur stade

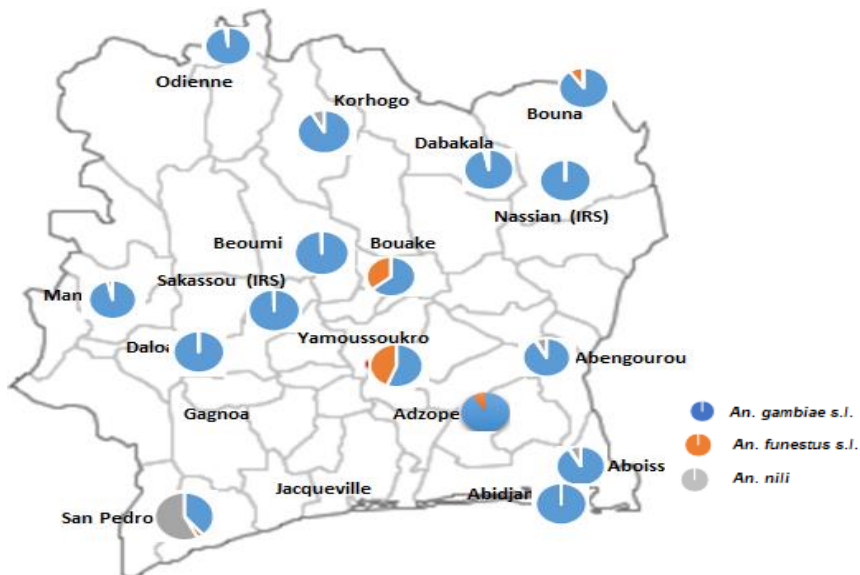


Figure 8 : Carte de la distribution des vecteurs majeurs du paludisme en Côte d'Ivoire (Source PMI/Vectorlink, 2018).

➤ **Bionomie des vecteurs**

Le taux d'anthropophilie varie selon les espèces et les sites. Les études entomologiques menées en 2019 révèlent des taux élevés d'exophagie chez *An. gambiae s.l.* en milieu urbain à Abengourou (62%), à Adzopé (80%), à Aboisso (65%) et à Abidjan (55%). Cependant en milieu rural, de forts taux d'endophagie ont été notés pour ce vecteur à Aboisso (59%), à Bouna (65%), à San Pedro (65%) et à Man (55%) (Rapport GSA/PNLP, 2019). Ainsi, le comportement de piqûres varie selon le milieu : les vecteurs piquent de préférence à l'extérieur des habitations en milieu urbain et à l'intérieur des habitations en milieu rural.

En 2018, sur un échantillon de 4 709 moustiques collectés sur appât humain, 1 349 (62%), 1070 (67%), 76 (84%) et 668 (80%) étaient pares respectivement à Sakassou, Gagnoa, Bocanda et Jacquville. Dans l'ensemble, le taux de parturité était similaire pour les moustiques collectés à l'intérieur et à l'extérieur (PMI Vectorlink, 2018). Les taux de parturité étaient plus élevés dans les zones rurales que dans les zones urbaines de Bocanda (89% contre 56%) et de Gagnoa (73% contre 63%), mais similaires dans les deux milieux à Sakassou (62% respectivement). Par ailleurs, seul le district de Jacquville avait enregistré un taux de parturité plus élevé en zone urbaine (86%) qu'en zone rurale (75%), (PMI-Vectorlink, 2018).

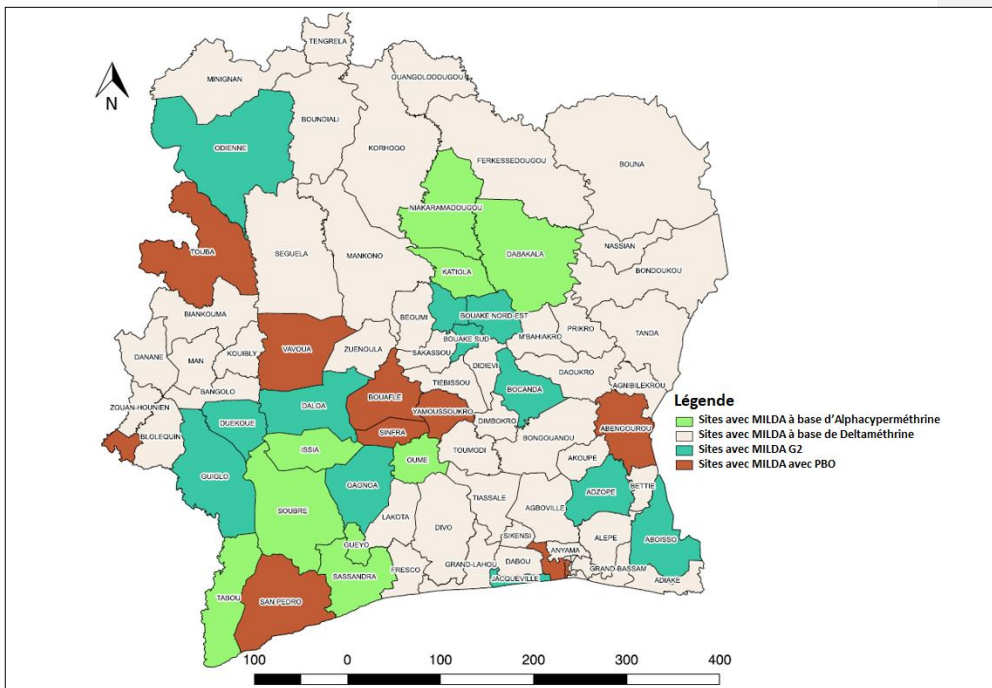
➤ **Résistance des vecteurs aux insecticides**

En Côte d'Ivoire, le niveau de résistance du vecteur majeur, *An. gambiae*, aux insecticides utilisés pour l'imprégnation des moustiquaires varie selon les insecticides, les zones d'étude et les facies épidémiologiques du paludisme.

Une forte résistance aux pyréthrinoïdes a été observée dans tous les 15 sites (Abengourou, Aboisso, Adzopé, Beoumi, Bettié, Bouaké, Bouna, Dabakala, Daloa, Gagnoa, Nassian, Odienné, Sakassou, San-Pedro, Yamoussoukro) investigués pour la sensibilité d'*An. gambiae* s.l..

Dans le cadre de la gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides usuels, les études entomologiques réalisées ont permis de faire une stratification en fonction de la sensibilité des vecteurs. Ainsi, la distribution des MILDA aux ménages tiendra compte du type d'insecticide (figure 9 ci-dessous) :

- Deltaméthrine exclusivement dans 53 Districts Sanitaires ;
- Alpha-cyperméthrine exclusivement dans 9 Districts Sanitaires ;
- PBO exclusivement dans 9 Districts Sanitaires ;
- G2 exclusivement dans 12 Districts Sanitaires.



PAO campagne MILDA

Figure 10 : Cartographie de la répartition des MILDA selon le type d'insecticide

Commented [P1]: Revoir la légende,

2.3.3 Dynamique de la transmission du paludisme

La transmission du paludisme demeure stable toute l'année sur toute l'étendue du territoire avec des recrudescences en saison pluvieuse. Toutefois, cette dynamique de la transmission varie suivant les zones géoclimatiques comme décrit au paragraphe 1.1.4.4)

2.3.4 Stratification de la transmission du paludisme

La transmission du paludisme varie suivant les districts et cela en rapport avec les facteurs géo climatiques. Sur la base de l'incidence annuelle de 2018, le tableau ci-dessous présente la répartition de la population à risque de paludisme par strates.

Tableau V : Distribution de la population à risque de paludisme par strate

Strates	Niveau de prévalence parasitaire	Incidence annuelle	Districts Sanitaires	Population par strate en 2018	% population par strate
Endémicité très faible		< 200‰	Korhogo 2, Ouangolodougou	491 316	2%
Endémicité faible		200 - 299‰	Dabou, Yopougon Ouest Songon, Abobo Est, Abobo Ouest, Anyama, Cocody Bingerville, Treichville Marcory, San Pedro, Sassandra, Grand Bassam, Boundiali, Kohogo1	4 257 449	17%
Endémicité moyenne		300 - 399‰	Jacqueville, Buyo, Gueyo, Méagui, Soubré, Tabou, Bettié, Aboisso, Adiaké, Minignan, Odienné, Touba, Oumé, Fresco, Guitry, Bocanda, M'bahiakro, Agboville, Akoupé, Alepé, Sikensi, Tiassalé, Bangolo, Bolequin, Guiglo, Kouibly, Toulepleu, Danané, Man, Zuenoula, Bouna	7 546 396	30%
Endémicité élevée		400 - 499‰	Adjamé plateau attecoubé, Lakota, Didievi, Toumodi, Bongouanou, Daoukro, Dimbokro, Prikro, Duekoué, Vavoua, Sinfra, Bouaké Sud, Dabakala, Mankono, Yamoussoukro, Nassian	4 477 686	18%
Endémicité très élevée		≥ 500‰	Grand lahou, yopougon Est, Koumassi port bouet Vridi, Abengourou, Agnibilekrou, Gagnoa, Divo, Tiebissou, Adzopé, Biankouma, Zouan hounien, Daloa, Issia, Bouaflé, Ferkessedougou, Tengrela, Béoumi, Bouaké nord Est, Bouaké Nord Oest, Sakassou, Katiola, Niakaramadougou, Seguela, Bondoukou, Tanda	8 563 378	34%
Pays	37%			25 336 225	100%

Le paludisme demeure toujours endémique en Côte d'Ivoire avec la majorité de la population

(81%) vivant dans les régions avec une incidence et cas estimés variant de 300‰ à plus de 500 ‰ habitants. De façon globale, on distingue 5 niveaux d'endémicité classés en niveau très faible, faible, modéré, élevé et très élevé, qui couvrent respectivement 2%, 17%, 30%, 18% et 34% de la population. Par ailleurs, les données de l'enquête de prévalence parasitaire du paludisme et de l'anémie chez les enfants âgés de 6 à 59 mois (EPPA 2016) révèlent une prévalence parasitaire moyenne de 37%.

Stratification par une combinaison de l'incidence estimée et du nombre de cas estimé en 2018 (OMS/MAP)

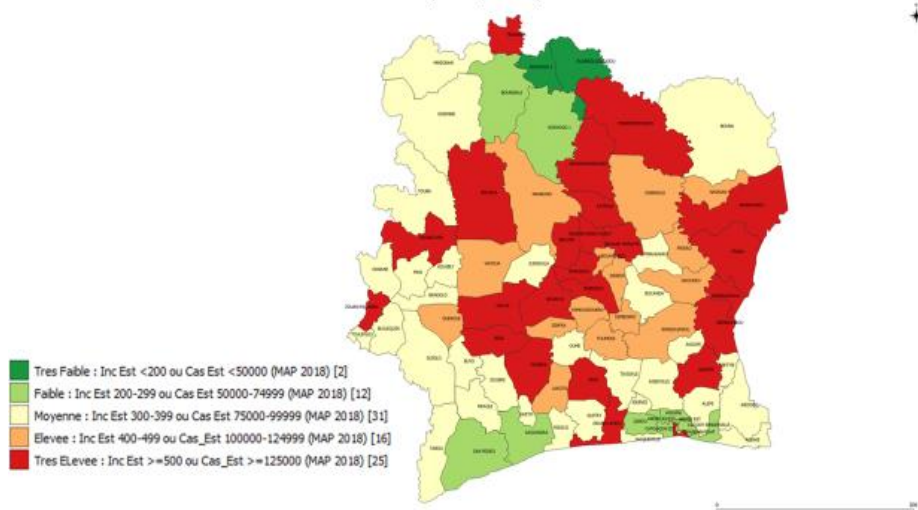


Figure 11 : Carte de la stratification par une combinaison de l'incidence estimée et du nombre de cas estimés en 2018 (OMS/MAP)

Tableau VI : Population par strates

	Niveau d'endémicité	Nb de districts par niveau d'endémicité	Strates
Stratum 1	Rouge	25	1
Stratum 2	Orange	16	2
Stratum 3	Jaune	31	3
Stratum 4	Vert clair	12	4
Stratum 5	Vert foncé	2	5
TOTAL		86	

2.3.5 Morbidité, mortalité et fardeau économique

➤ *Morbidité liée au paludisme*

L'incidence du paludisme est en hausse dans la population générale passant de 155‰ à 191‰ en 2019 (RASS 2016, 2019).

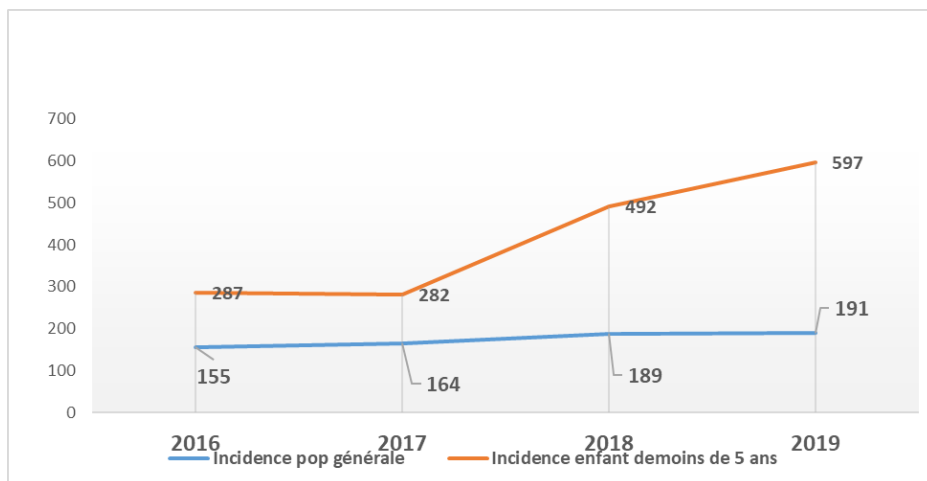


Figure 12 : Evolution de l'incidence de 2016 à 2019

L'augmentation de l'incidence en 2018 et en 2019 pourrait-être liée :

- au passage à échelle de la PECADOM/iCCM avec l'augmentation du recrutement des patients ;
- à la collecte des données du secteur privé lucratif (cliniques privées);
- au renforcement des consultations en stratégies avancées dans les quartiers précaires des grandes villes avec l'augmentation du nombre de sites.
- à une insuffisance dans la qualité des données rapportées par le niveau opérationnel (double comptage des données communautaires, intégration des cas présumés dans les cas de paludisme rapportés...)

Le tableau VII ci-dessous montre une augmentation des cas de paludisme simple de 2016 à 2019. En revanche, les cas de paludisme grave diminuent sur la même période.

Tableau VII : Evolution des cas de paludisme, de 2016 à 2019

<i>Indicateurs</i>	2016	2017	2018	2019
Nombre de cas de paludisme simple confirmés et traités	4 152 065	4 642 614	4 821 749	4 687 128
Nombre de cas de paludisme grave confirmés et traités	228 044	123 743	75 465	106 337

➤ *Mortalité du paludisme*

La mortalité liée au paludisme a connu globalement une baisse sur la période de mise en œuvre de 2016-2019.

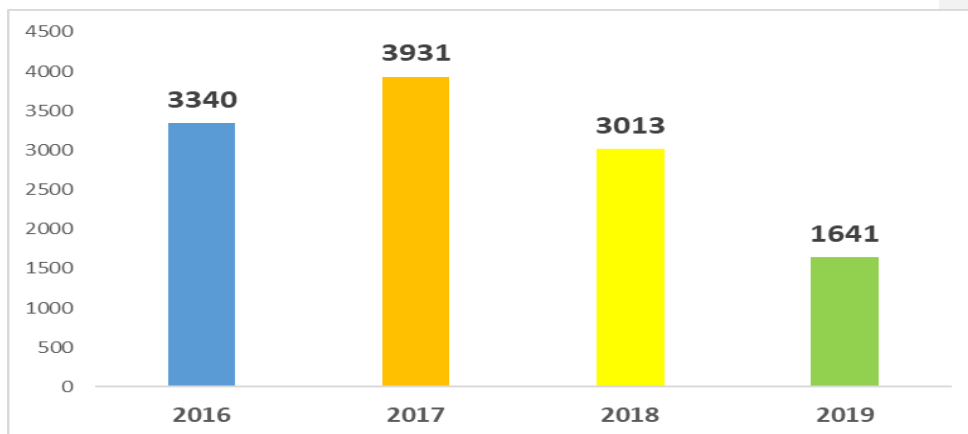


Figure 13 : Mortalité due au paludisme dans la population générale entre 2016- 2019

Le nombre de décès liés au paludisme dans la population générale a connu une régression passant de 3 340 décès en 2016 à 1 641 en fin 2019.

Les variations constatées sur le nombre de décès liés au paludisme ces trois dernières années (2016, 2017, 2018), a conduit le PNLP en 2019 à diligenter un audit sur la notification des décès. Les résultats de cette étude ont révélé une différence entre les données de mortalité recueillies au niveau de la DIIS (7 205) et les données collectées dans les registres des hôpitaux de références enquêtées (1 364), soit une différence de 5 841 décès. L'analyse montre que sur les 1 364 décès enregistrés par les structures de références enquêtées comme étant des décès liés au paludisme de 2017 à 2018, seulement 229 patients décédés répondaient à la définition de décès dû au paludisme soit (17%). Les autres décès (1 135 soit 83%) enregistrés étaient en rapport avec d'autres causes.

Fardeau économique du paludisme

En Côte d'Ivoire la charge sociale et économique du paludisme est considérable pour les ménages et le pays. Selon les études, les coûts directs associés au paludisme représentent en moyenne 12 à 14% du revenu des ménages dont les membres actifs perdent en outre 4 à 7 jours de travail (A.S. Kouadio *et al.*, année). Par ailleurs, l'étude conduite en 2010 dans les services médicaux du travail chez les travailleurs et les membres de leurs familles a révélé une prévalence du paludisme de 33%. Les salariés ont présenté 5 464 épisodes de paludisme qui ont justifié 121,33 mois d'absence. Le coût direct du paludisme représentait 213 223,85 euros (139 865 677 FCFA), l'absentéisme lié au paludisme à 64 738,33 euros (4 249 507 FCFA) et le coût de productivité à 933 042,73 euros (612 035 910 FCFA) (A.-F. Tchicaya *et al.* année).

2.4 Performance du Programme de lutte

2.4.1 Résultats actuels de la lutte

✚ Progrès vers l'impact sur les cibles épidémiologiques et entomologiques du PSN

En 2019, le MSHP s'était fixé comme objectif de réduire l'incidence du paludisme dans la population générale à 105‰.

Malgré les efforts fournis, l'incidence reste encore élevée passant de 155 à 191‰ dans la population générale et de 287‰ à 582‰ chez les enfants de moins de 5 ans de 2016 à 2019 (RASS, 2 018). La morbidité hospitalière est passée de 30% à 37% de 2016 en 2018 (Rapport PNLP, 2019).

Selon l'enquête de santé à indicateurs multiples (MICS 2016), la prévalence parasitaire est de 37%. La prochaine enquête EDS permettra d'actualiser les données et de disposer d'éléments de comparaison. Cependant, à noter que la morbidité proportionnelle dans les structures de soins a connu une légère baisse jusqu'en 2017, puis une augmentation à partir de 2018.

Le niveau des indicateurs épidémiologiques s'est amélioré sur les deux premières années du plan, puis une hausse a été observée de 2018 à 2019. Ces résultats ont été rendus possibles grâce à l'amélioration de la couverture des interventions de prévention et de prise en charge du paludisme. Toutefois ces efforts n'ont pas permis d'atteindre les objectifs fixés dans le PSN.

Les progrès de certains paramètres entomologiques n'ont pu être comparés en raison du manque de données actualisées sur les sites sentinelles en 2020 ~~de base en 2016~~.

✚ Financement du programme national de lutte contre le paludisme

Il ressort de l'analyse financière que le taux de mobilisation des ressources est de 74,82%, avec un taux d'absorption à 75% (Rapport PNLP 2019). Ce taux, bien que satisfaisant, peut être amélioré à travers la mobilisation des ressources domestiques additionnelles.

✚ Capacités du PNLP à mettre en œuvre les activités planifiées

Le taux de réalisation des activités est satisfaisant bien que l'objectif de 100% ne soit pas atteint. La progression est passée de 67,5% sur les années 2016 à 2018 à 74% en 2019.

Lorsque l'on considère le plan de travail du PSN sur la période 2016-2019, sur un total de 1166 activités planifiées, 866 ont été entièrement réalisées, soit une performance physique de 74%. Cette performance s'explique par la mise à disposition tardive des crédits du BGE, et au démarrage tardif des interventions de la première année du NFM2 et de PMI en 2018 (rapport PNLP 2019).

✚ Efficacité du système de santé pour l'offre des services de lutte contre le paludisme

➤ Niveau d'atteinte des cibles de la lutte contre les vecteurs

Le taux d'utilisation des MILDA est passé de 50% (MICS 2016) en 2016 à 63,2% en 2019.

La proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MILDA a augmenté significativement de 11,29 points en 4 ans contre 20,8 points attendus. Ce taux est passé de 59 à 70% sur la période.

Chez la femme enceinte, l'utilisation est passée de 40 à 69%. La proportion de population utilisant une MILDA parmi la population ayant accès à une MILDA, a augmenté de 12,4 points contre une augmentation attendue de 17,3 points (62,70 à 75,1) (Enquête post campagne 2019).

Commented [DA2]: Les données de bases de 2016 existent tant sur la RR que sur la bionomie et la transmission vectorielle et ont été partagées à l'entomo du PNLP au service SE (voir doc envoyés par mail)

De manière générale des progrès ont été réalisés en termes de possession et d'utilisation des MILDA sur la période de 2016 à 2019. L'utilisation de la MILDA reste encore un défi à relever.

➤ **Niveau d'atteinte des cibles de la chimio prévention**

Le taux de couverture des femmes enceintes en SP3 a connu une hausse sur la période de 2016 à 2019. Les résultats de l'enquête sur le comportement lié au paludisme réalisé en 2018 (PMI BTA, 2018) montre une couverture en SP3 de 53% contre 23% en 2016 selon l'enquête MICS.

➤ **Niveau d'atteinte des cibles du diagnostic et du traitement des cas de paludisme**

Le taux de confirmation des cas testés est passé de 73% en 2016 à 81% en 2019. Chez les moins de 5 ans, 93% des cas de paludisme confirmés ont été traités par CTA dans le secteur public, 89% dans le secteur privé et 97% au niveau communautaire (Rapports PNL 2019). La mise à échelle des interventions, le renforcement de capacité des acteurs, la disponibilité des intrants, la diversification des sources de financement ont permis l'amélioration de la prise en charge.

➤ **Niveau d'atteinte des cibles de la Gestion des Achats et des Stocks (GAS)**

De 2016 à 2018, la proportion de formations sanitaires publiques sans rupture de stock en intrants de lutte contre le Paludisme est passée de 75% à 73% pour les MILDA, de 70% à 84% pour les TDR et, de 88% à 80 % pour les CTA (RASS 2018). En 2019, on note une amélioration des indicateurs de résultats du système GAS dans le PSN pour les CTA, TDR et MILDA avec une diminution des ruptures de stock. Cependant des efforts restent à faire pour atteindre un niveau d'impact satisfaisant dans la chaîne d'approvisionnement.

➤ **Niveau d'atteinte des cibles du plaidoyer, communication pour le changement social et comportemental**

Sur la période de la revue, les indicateurs de la CCSC ont connu un progrès.

En effet :

- 91% (MBS CI, 2018) des personnes informées sur le paludisme savent que la cause est la piqûre de moustique contre 93,7% en 2014 (Enquête TRC) ;
 - 84% (MBS CI, 2018) des personnes informées du paludisme ont identifié l'utilisation de la MILDA comme moyen de prévention contre 78,5% en 2014 (Enquête TRAC)
- La population a une bonne connaissance du paludisme (91%), de son mode de transmission et de la MILDA comme moyen de prévention (84%).

➤ **Niveau d'atteinte des cibles de la préparation de la riposte aux urgences et aux catastrophes**

Des situations d'urgences se sont présentées de 2016 à 2019 en Côte d'Ivoire :

- catastrophes naturelles à types d'inondations à Dabou, Ayamé, Grand-Bassam, Abidjan ;
- conflits intercommunautaires avec déplacements massifs de populations devenues plus vulnérables au paludisme à Guiglo, Mahapleu, Bouna.

Les victimes ont été prises en charge avec la mise à disposition des kits de TDR, des CTA et des balles de MILDA aux autorités sanitaires de ces localités sinistrées.

➤ **Niveau d'atteinte des cibles de surveillance, suivi-évaluation/recherche opérationnelle**

De 2016 à 2019, la promptitude et la complétude des rapports ont atteint 100% (RASS, 2018, 2019). Sur la même période, au total 16 études de recherche ont été réalisées sur 21 planifiées par le PNLP soit un taux de réalisation de 76%.

D'autres activités de recherche dans le domaine du paludisme ont été réalisées par les universités et les instituts de recherche en dehors de celles planifiées par le PNLP. Les résultats de toutes ces activités seront pris en compte dans le PSN en cas de nécessité.

➤ **Niveau d'atteinte des cibles de la fonctionnalité de la gestion du programme**

Le PNLP a été créé en 1996 par arrêté N°133 MSP/CAB/ du 09 mai 1996. Il a pour mission de coordonner les activités de lutte contre le paludisme.

Sur la période de la revue sur 1 166 activités planifiées, 866 ont été entièrement réalisées ; soit une performance physique de 74%. Les activités en rapport avec la formation du staff, la participation aux séminaires, les acquisitions de biens, le recrutement en personnel, les réunions de task force, l'organisation des colloques scientifiques, la JMLP, et la mise à jour des documents normatifs etc. ont été menées.

Nonobstant l'existence de documents normatifs et du comité de lutte anti vectorielle initié par le MSHP pour mieux coordonner cette lutte, force est de constater l'insuffisance d'intégration des activités. Un engagement fort auprès du MSHP dans sa réponse à la lutte par les Ministère de la salubrité urbaine, assainissement et environnement, santé des armées et de la police, agriculture, intérieur facilitera l'atteinte des objectifs.

2.4.2 Progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs du programme

Tableau VIII: Progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs du programme

INDICATEURS	DONNEES BASE	RESULTATS			
		2016		2019	
	2015	CIBLE	RESULTAT	CIBLE	RESULTAT
Indicateurs d'impact					
Incidence annuelle du paludisme dans la population générale	155,49 ‰ (RASS 2015)	80 ‰	155 (RASS 2016)	40 ‰	191‰ (RASS 2019)
Incidence annuelle du paludisme chez les moins de 5 ans	291,79 ‰ (RASS 2015)	200 ‰	287 ‰ (RASS 2016)	100 ‰	597 ‰ (RASS 2019)
Prévalence parasitaire du paludisme	42% (EDS 2012)	37%	37% (EPPA 2016)	33%	EDS en cours 2020
Indicateurs d'effet					
Proportion de cas de paludisme simple correctement prise en	47% (Rapport PNLP 2015)	95%	92% (RASS 2016)	95%	93%(RASS 2018)

INDICATEURS	DONNEES BASE	RESULTATS			
	2015	2016		2019	
		CIBLE	RESULTAT	CIBLE	RESULTAT
charge dans les formations sanitaires publiques chez les moins de 5 ans					
Proportion de cas de paludisme simple correctement prise en charge dans le secteur privé chez les moins de 5 ans	ND	ND	88 (RASS 2016)	95%	89 % (RASS 2018)
Proportion de cas de paludisme simple correctement prise en charge dans la communauté chez les moins de 5 ans	ND		94 % (RASS 2016)	95%	97% (RASS 2018)
Indicateurs de processus et de résultats					
Proportion de ménages disposant d'au moins de deux MILDA	ND	90%	46,9% (MICS 2016)	90%	56% (Enquête post campagne 2019)
Proportion de personnes ayant dormi sous la MILDA la nuit ayant précédé l'enquête	ND	80%	50,1% (MICS 2016)	80%	63,2% (Enquête post campagne 2019)
Proportion d'enfants < 5 ans ayant dormi sous la MILDA la nuit ayant précédé l'enquête	ND	80%	59,2% (MICS 2016)	80%	71% (enquête post campagne 2019)
Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous la MILDA la nuit ayant précédé l'enquête	ND	80%	40,1% (MICS 2016)	80%	69% (enquête post campagne 2019)
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent pour le paludisme au cours de leur dernière grossesse (au cours des deux	ND	30%	22,6 % (MICS 2016)	80 %	53% (Enquête sur les déterminants liés au comportement de la population 2018)

INDICATEURS	DONNEES	RESULTATS			
	BASE	2016		2019	
	2015	CIBLE	RESULTAT	CIBLE	RESULTAT
années précédentes)					
Proportion de patients souffrant du paludisme qui ont été vus par un agent de santé et ayant subi un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires publiques	79%	100%	Rapport PNLP	100%	88%
Proportion de patients souffrant du paludisme qui ont été vus par un agent de santé et ayant subi un TDR ou une GE pour le diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires privées	ND	90%	61% Rapport PNLP	90%	100%
Proportion de patients souffrant du paludisme qui ont été vus par un agent de santé et ayant subi un TDR pour le diagnostic du paludisme dans la communauté	ND	100%	79% Rapport PNLP	100%	97% (53 DS, rapport Save The Children)
Proportion de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires publiques	53% (Rapport PNLP 2015)	70%	65% Rapport PNLP	90%	85% (Rapport PNLP 2019)
Proportion de cas graves de paludisme ayant reçu un traitement correct dans les formations sanitaires privées	ND	ND	ND	80%	41% (Rapport PNLP 2019)
Proportion de	ND	80%	74%	80%	64%

INDICATEURS	DONNEES BASE		RESULTATS			
	2015	2016		2019		
		CIBLE	RESULTAT	CIBLE	RESULTAT	
formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock d'antipaludiques (CTA) recommandés de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois					Rapport PNLP 2018 (EUV)	
Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock de TDR recommandés de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois	ND	80%	70%	80%	57% Rapport PNLP 2018 (EUV)	
Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock de Sulfadoxine-Pyriméthamine de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois	50%	70%	0,653 (ESS 2016)	ND	ND	
Proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stock de MILDA de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois	50%	80%	80%	80%	58% Rapport PNLP 2018	

2.4.3 Défis pour la période 2021- 2025

- Assurer et maintenir la couverture universelle des populations par les interventions de lutte contre le paludisme ;
- Assurer la disponibilité permanente des antipaludiques et autres intrants de lutte contre le paludisme aux sites de dispensation y compris au niveau communautaire ;
- Assurer le suivi de la consommation des antipaludiques et intrants de lutte contre le paludisme au niveau opérationnel ;
- Accroître le taux d'utilisation effective des mesures de préventions du paludisme par les populations ;
- Assurer une mobilisation efficace des ressources additionnelles (internes et externes) pour combler les gaps de financement du PSN ;
- Améliorer les taux d'absorption du budget mobilisé pour la lutte contre le paludisme au niveau opérationnel ;
- Assurer une bonne adhésion des prestataires publics, privés et communautaires dans l'application des directives de prise en charge et de prévention du paludisme ;
- Renforcer le mécanisme de suivi/évaluation à tous les niveaux (public et privé) ;
- Renforcer le suivi rapproché de l'effectivité de la gratuité et de la gestion adéquate des intrants de lutte contre le paludisme dans les formations sanitaires (publiques et privées) et au niveau communautaires ;
- Renforcer les capacités de stockage des intrants et médicaments au niveau des districts sanitaires et les ESPC ;
- Poursuivre le plan d'intégration progressive des structures privées dans la mise en œuvre de la politique nationale, en vue de faciliter l'accès universel au traitement ;
- Mobiliser des ressources en direction des collectivités territoriales et communautaires pour accroître les actions d'assainissement ;
- Développer l'approche multisectorielle effective dans la lutte anti vectorielle.

3 CADRE STRATEGIQUE DU PSN

3.1 Vision

Le PSN 2021-2025 vise une Côte d'Ivoire prospère sans paludisme à travers un accès universel et équitable aux interventions de lutte contre le paludisme.

3.2 Mission

Conformément à l'arrêté N°311MSHP/CAB du 04 octobre 2007, les missions du PNLP sont :

- Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme par des activités de types promotionnels, préventifs, curatifs et de recherche ;
- Coordonner les activités de lutte contre le paludisme.

3.3 Principes directeurs et valeurs

La mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme repose sur les 4 principes fondamentaux suivants :

- accès universel et équitable aux services de lutte contre le paludisme ;
- renforcement du partenariat public privé ;
- renforcement de l'appropriation et l'engagement communautaire ;
- renforcement de l'intersectorialité et de la multisectorialité

Les valeurs cardinales suivantes sont attendues des acteurs à tous les niveaux lors de l'accomplissement de leurs activités : Il s'agit :

- du respect de la diversité des peuples et des cultures ;
- du respect de la dignité de la personne humaine ;
- du respect des droits humains et de l'égalité du genre ;
- de la redevabilité.

3.4 Orientations stratégiques et priorités politiques

🚩 Lutte anti vectorielle

- Le maintien et le renforcement des stratégies de Lutte Anti Vectorielle (MILDA, PID, LAL) ;
- La mise en œuvre de la stratégie de distribution des MILDA au niveau communautaire et dans les écoles maternelles et préscolaires ;
- Le renforcement de la distribution des MILDA dans les sites spécifiques (garnisons, prisons, internats, foyers...) ;
- Le renforcement des capacités des communautés à la reconnaissance et à la destruction des gîtes larvaires ;
- Le renforcement de la sensibilisation sur l'utilisation des MILDA.

🚩 Chimio prévention

- Renforcement de la stratégie du rappel des rendez-vous des femmes enceintes pour les CPN à travers la téléphonie mobile (SMS et messagerie Vocale) ;
- Renforcement des consultations en stratégies avancées et intensification de la recherche des femmes enceintes perdues de vue afin d'améliorer la couverture du TPI (au moins 3 doses de SP);
- Promotion de la stratégie DOT dans le cadre du TPI ;
- Renforcement de la sensibilisation des femmes enceintes sur l'importance des CPN à travers les Groupements Féminins, les maris modèles et les leaders communautaires ;

- Renforcement de la disponibilité de la SP pour le TPI aux postes de CPN ;
- Mise en œuvre pilote du Traitement Préventif Intermittent par la SP chez le nourrisson (TPIIn).

✚ Prise en charge des cas

- Renforcement de la disponibilité permanente des médicaments et Intrants de Lutte contre le Paludisme (ILP) au niveau des sites de prestations y compris la communauté ;
- Décentralisation de la mise en œuvre de l'enquête ABC au niveau régional et départemental afin de renforcer et garantir la gestion optimale des intrants ;
- Réalisation annuelle d'une enquête EUV pour évaluer le fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement et l'application des directives de PEC du Paludisme ;
- Renforcement de la couverture universelle pour la prise en charge correcte des cas (confirmation systématique et traitement) au niveau de toutes les structures sanitaires publiques et privées ;
- Renforcement du passage à échelle de l'iCCM pour atteindre la couverture universelle pour la prise en charge correcte des cas de paludisme simple dans la communauté y compris les districts d'Abidjan ayant des zones rurales ;
- Contribution au renforcement du système national de pharmacovigilance ;
- Orientation des pharmaciens et auxiliaires des officines privées sur les directives nationales.

✚ Communication pour le changement social et comportemental (CCSC)

- Développement d'une approche de communication pour le changement social et comportemental (CCSC) ciblant les populations vulnérables et difficiles d'accès (situées à moins de 5 km d'un centre de santé, gros villages, zones d'accès difficile y compris les DDS d'Abidjan) ;
- Renforcement le mecanisme de redevabilité avec l'observatoire communautaire (comité de veille de la gratuité, de l'exactitude des coûts des actes et d'autres mauvaises pratiques...);
- Exploitation d'autres canaux de communication (réseaux sociaux, écrans publicitaires...);
- Mise à échelle de la sensibilisation sur le paludisme en milieu scolaire ;
- Renforcement du partenariat avec le programme national de promotion de la médecine traditionnelle en vue de l'implication des praticiens de la medecine traditionnelle dans la sensibilisation de la population sur le paludisme.

✚ Surveillance, Suivi/Evaluation et Recherche Opérationnelle

- Renforcement du système de contrôle de qualité des données de routine (validation sur site par le point focal paludisme, CSE et le responsable d'aire sanitaire) ;
- Maintien de la recherche opérationnelle sur l'efficacité des interventions de lutte contre le Paludisme (enquêtes sur les déterminants du comportement des prestataires en matière de rapportage des données et d'adhésion aux directives de prise en charge des cas...);
- Renforcement du système de surveillance (entomologique, parasitologique, épidémiologique, anthropologique) ;

- Renforcement du suivi/évaluation des interventions à tous les niveaux y compris la communauté ;
- Initiation d'études d'évaluation sur les conditions de mise en œuvre du TPI nourrisson ;
- Mise en œuvre d'une étude pilote sur la chimioprophylaxie saisonnière.

Gestion du programme

- Renforcement des capacités de gestion et de coordination du PNLP (restructuration de la direction de coordination, organigramme...);
- Développement et mise en œuvre d'un plan de renforcement des capacités des acteurs de mise en œuvre de la lutte contre le paludisme ;
- Renforcement de la multisectorialité dans la lutte contre le paludisme ;
- Développement de stratégies et mise en œuvre d'un plan de mobilisation de ressources pour soutenir la lutte contre le paludisme (Plaidoyer) ;
- Mise en place d'un système d'auto évaluation de la gestion du programme.

3.5 Buts, objectifs et résultats attendus

3.5.1 Buts

Contribuer de manière significative à l'amélioration du bien-être de la population en réduisant le fardeau du paludisme d'ici 2025

3.5.2 Objectifs

En lien avec la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030, les objectifs du présent plan stratégique sont :

- D'ici fin 2025, réduire les taux de mortalité lié au paludisme d'au moins 75% par rapport à 2015
- D'ici fin 2025, réduire l'incidence des cas de paludisme d'au moins 75% par rapport à 2015
- D'ici fin 2025, renforcer et maintenir les capacités de gestion, de coordination et de partenariat du programme pour atteindre les performances à tous les niveaux.

3.5.3 Résultats attendus

Les résultats attendus se présentent comme suit :

- Au moins 80% de la population générale dort sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- Au moins 80% des enfants âgés de moins de 5 ans dort sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- Au moins 80% des femmes enceintes dort sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide ;
- Au moins 80% de la population dans les zones cibles est protégée par des pulvérisations intra domiciliaires à effet rémanent au cours des 12 derniers mois ;
- Au moins 20% des collectivités est engagée dans l'assainissement du milieu et du cadre de vie pour lutter contre le paludisme ;
- Au moins 80% des femmes enceintes a reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent au cours de soins prénatals ;

- Au moins 40% des nourrissons de 0 à 11 mois a reçu trois doses de traitement préventif intermittent dans les services PEV des Districts Sanitaires ciblés (10) ;
- Au moins 90% des cas suspects de paludisme ont bénéficié d'un test parasitologique (TDR, Microscopie) ;
- Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés dans les formations sanitaires a reçu un traitement antipaludique correct conformément aux directives nationales ;
- Au moins 90% des cas confirmés de paludisme grave dans les hôpitaux de référence et les structures sanitaires privés ayant un plateau technique adéquat a reçu un traitement antipaludique correct conformément aux directives nationales ;
- Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmés par les agents de santé communautaires a reçu un traitement antipaludique correcte dans les 24 heures conformément aux directives nationales ;
- Au moins 80% de la population connait les signes majeurs et les mesures nationales de prévention du paludisme ;
- Au moins 50% de la population reconnait les gîtes larvaires et les détruit ;
- Au moins 80% des rapports d'établissements de santé attendus a été reçu au niveau national (Taux de recouvrement rapports SNIS) ;
- Au moins 80% des activités de renforcement des capacités de gestion et de coordination du programme de lutte contre le paludisme ont été réalisées.

3.6 Interventions de lutte, modalités de mise en œuvre et stratification

A l'issue de la revue des performances du programme, les parties prenantes ont proposé l'approche stratifiée pour toutes les interventions. Plusieurs interventions seront développées pour permettre d'atteindre les objectifs retenus ci-dessus par le programme selon le contexte local.

3.6.1 Assurer un accès universel aux MILDA

Résultats attendus

- ❖ Au moins 80% de la population générale dort sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) ;
- ❖ Au moins 80% des enfants de moins de 5 ans dort sous une MILDA ;
- ❖ Au moins 80% des femmes enceintes dort sous une MILDA.

Interventions principales et modalités de mise en œuvre

La stratégie pour atteindre la couverture universelle en MILDA va se baser sur trois interventions clés, à savoir :

- ❖ la campagne de masse ciblant l'ensemble de la population ;
- ❖ la distribution de routine ciblant les populations vulnérables, particulièrement les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans ;
- ❖ la distribution dans la communauté et dans les écoles

Ces interventions seront appuyées par un paquet d'interventions pour accroître l'utilisation des MILDA fournies aux ménages.

❑ **Campagne de distribution de masse**

❖ **Cibles**

- Ensemble de la population ;
- Dans un souci d'équité, un accent sera accordé aux populations spécifiques :
 - o Les populations carcérales ;
 - o Les pensionnaires des orphelinats et des pouponnières ;
 - o Les résidents des internats et des cités universitaires ;
 - o Les pensionnaires des casernes ;
 - o Les populations installées dans les zones difficiles d'accès et les populations mobiles (orpailleurs, populations en transhumance).

❖ **Orientations techniques**

- **Distribution par unité de couchage** : la stratégie de distribution d'une MILDA par unité de couchage (lit, matelas, natte utilisés dans le ménage pour dormir) sera poursuivie lors des prochaines campagnes ;
- **Distribution stratifiée en fonction de la sensibilité des vecteurs aux insecticides**
- **Campagne de communication** : chaque campagne de distribution de masse sera soutenue par un plan de communication associant des canaux multiples et des acteurs variés y compris les leaders religieux et communautaires.
- Étude des déterminants de l'utilisation des Moustiquaires dans les communautés pour mieux comprendre et agir sur les déterminants favorables à une bonne utilisation des moustiquaires.
- Étude de la durabilité et la bio efficacité pour évaluer la durée de vie et efficacité des moustiquaires sur le terrain.

❖ **Approches de mise en œuvre**

La campagne de distribution de masse se déroulera en trois grandes phases : la microplanification, le dénombrement des ménages et la distribution. Ces phases seront décrites dans le plan d'actions opérationnel de ladite campagne.

❑ **Distribution des MILDA en routine,**

❖ **Cibles**

- Femmes enceintes;
- Enfants de 0 à 1 an;
- Enfants de 1 à 5 ans.

Elle se fait dans les structures sanitaires publiques et privées lors des consultations prénatales, des séances de vaccination et des consultations curatives en pédiatrie.

❑ **Autres modes de distribution Cibles dans les écoles**

❖ **Cibles**

- Enfants d'âge préscolaire;
- Enfants d'âge scolaire;
- Ménages nouvellement installés, surtout en zone frontalière.

Elle se fait de façon ponctuelle à la rentrée scolaire dans les établissements scolaires primaires et préscolaires. Par ailleurs, une distribution sera faite dans les ménages nouvellement installés après identification faite par le district sanitaire.

❖ **Orientations techniques**

- **Distribution selon les gaps constatés** : la distribution de routine vise principalement à maintenir la couverture universelle, et à rattraper les gaps. Les gaps de couverture des populations cibles seront identifiés par les agents de santé, par les agents de santé communautaires et, par les responsables des établissements préscolaires et primaires et, les leaders communautaires. Des outils de collecte de données seront mis en place pour assurer la traçabilité de la distribution de routine.

❖ **Approches de mise en œuvre**

○ **Au niveau des établissements sanitaires publics**

La distribution de routine des MILDA sera assurée par les sages-femmes, infirmiers, médecins, dans le cadre des consultations au centre de santé ou en stratégie avancée. Elle ciblera :

- ✓ les femmes enceintes lors des consultations prénatales. Toute femme enceinte reçue dans un centre de santé devra systématiquement recevoir une MILDA, quel que soit l'âge de la grossesse et sans condition. La remise de la MILDA sera réalisée directement dans le service de CPN, qui devra disposer d'un stock adéquat et d'outils de suivi de la traçabilité ;
- ✓ les enfants âgés de moins d'un an. Tout enfant de moins d'un an vu en salle de vaccination ou en consultation curative et n'ayant pas encore reçu de MILDA devra systématiquement recevoir une MILDA. De même, une MILDA sera remise à chaque nouvelle accouchée d'un enfant vivant avant sa sortie de la maternité, même si elle a reçu une MILDA au cours de la grossesse ;
- ✓ les enfants de 1 à 5 ans reçus en consultation curative ou dans tout autre service, y compris en consultation enfants sains. Tout enfant de 1 à 5 ans n'ayant pas reçu de MILDA ou, dont la MILDA a été remise depuis plus de 3 ans devra systématiquement recevoir une nouvelle MILDA.

Les données de la distribution seront retracées dans les outils recommandés, à savoir le cahier de gestion des MILDA, les registres SIG et les carnets de santé.

○ **Au niveau communautaire**

La distribution de routine des MILDA sera assurée par :

- ✓ les ASC, les groupements féminins, les agents de développement rural (ADR) et, les leaders communautaires. Ceux-ci identifieront les gaps de couverture des unités

de couchage dans les ménages, les ménages non-couverts et les ménages nouvellement installés, lors du recensement annuel des ménages ou dans le cadre des visites-à-domicile ;

- ✓ les responsables des établissements préscolaires et les crèches. Ils identifieront les enfants âgés de 1 à 5 ans n'ayant pas reçu de MILDA par consultation du carnet de santé de l'enfant au cours de l'inscription / réinscription de l'enfant ;
- ✓ les responsables des établissements scolaires primaires. Un partenariat sera développé avec le Ministère en charge de l'Education Nationale pour déployer progressivement à échelle une approche de suivi de l'utilisation des MILDA et de distribution (rattrapage des gaps) au niveau des enfants d'âge scolaire.

○ **Au niveau du secteur privé**

La distribution se fera au niveau :

- ✓ des établissements sanitaires privés avec l'appui de l'ACPCI et, dans les centres de santé privés confessionnels : au bénéfice des femmes enceintes en consultation prénatale, des enfants de 0 à 9 mois dans le cadre du PEV et, des enfants de 0 à 5 ans en consultations enfants sains ou en consultation curative. Les directives édictées pour les structures publiques s'appliqueront également dans le secteur privé, y compris le respect de la gratuité des MILDA. Des stocks de MILDA seront régulièrement positionnés dans les établissements sanitaires privés pour faciliter cette distribution ;
- ✓ des services médicaux à but non lucratif des entreprises privées affiliées à la CECI : cette distribution se fera également au bénéfice des femmes enceintes, des enfants de 0 à 9 mois et, des enfants de 0 à 5 ans selon les mêmes directives établies. Une dotation supplémentaire sera également attribuée pour rattraper les employés dont les ménages n'auront pas été couverts dans le cadre de la distribution de masse. Des stocks de MILDA seront régulièrement positionnés dans les établissements sanitaires privés pour faciliter cette distribution ;
- ✓ des officines privées et autres points de contact commerciaux (supermarchés), un partenariat sera développé afin de garantir la disponibilité de MILDA de qualité aux autres catégories de personnes nécessitant une protection (touristes, enfants en colonies de vacances, grands regroupements occasionnels, etc.) et, aux catégories de personnes souhaitant acquérir des MILDA de qualité à leurs propres frais.
- ✓ des hôtels et lieux de séjour. Un plaidoyer sera fait en direction des services compétents pour que la disponibilité et l'installation effective des MILDA dans les chambres d'hôtel devienne un critère de certification salubrité. L'acquisition de ces MILDA sera à la charge des réceptifs hôteliers.

❖ **Activités prévues (pour la mise en œuvre de la distribution de routine)**

- Acquérir les MILDA recommandées en quantité suffisante ;
- Prépositionner les MILDA dans les pharmacies des districts sanitaires, des hôpitaux et, autres clients directs via la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique ;
- Organiser des missions de suivi de la distribution de routine des MILDA ;
- Mettre en place une plateforme pour le suivi de l'utilisation des MILDA dans les écoles primaires (développement des outils de formation et de collecte de données, orientation

des points focaux, prépositionnement des MILDA, suivi de la mise en œuvre, supervision des points focaux);

- Mettre en place une plateforme pour la distribution des MILDA dans les centres préscolaires (développement des outils de formation et de collecte de données, orientation des points focaux, prépositionnement des MILDA, suivi de la mise en œuvre, supervision des points focaux);
- Réaliser le plaidoyer pour l'installation des MILDA dans les hôtels et lieux de séjour ;
- Mettre en œuvre des actions de CCSC pour l'appropriation des directives de distribution de routine par le personnel de santé et, pour l'information des bénéficiaires.

Tableau IV: Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions de distribution de MILDA

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
Campagne de masse de MILDA	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de pilotage présidé par la Ministère en charge de la santé - Comité technique, DRS, DDS - Comité communautaire de distribution - OMS, UNICEF, ONGs Nationales et internationales, les collectivités locales... 	Tous les Districts sanitaires (National)
Distribution des MILDA en routine	<ul style="list-style-type: none"> - PNL ; - Directions régionales et départementales de santé ; - Formations sanitaires publiques et privées (professionnelles, non lucratives, et lucratives) - ASC, groupements féminins 	Tous les Districts sanitaires

3.6.2 Prévention par la Pulvérisation Intradomiciliaire (PID)

Approches et réalisations 2018-2019

En 2019, la CI a sélectionné deux districts sanitaires (**Sakassou et Nassian**) pour recevoir la PID en 2020 sur la base de l'incidence du paludisme.

Des missions de plaidoyer auprès des acteurs communautaires (leaders communautaires et religieux, des présidents des associations de femmes, des jeunes) y ont été effectuées pour expliquer la stratégie et ses exigences pour une meilleure implication de toutes les parties prenantes.

Résultats attendus

Au moins 85% de la population dans les zones cibles est protégée par des pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent.

Interventions principales et modalités de mise en œuvre

- Formation des acteurs du niveau central, régional et de district ;
- Recensement des structures à traiter ;
- Elaboration des outils de communication ;
- Contrôle qualité ;
- Suivi (entomologique et environnemental) post PID.

❖ Populations cibles

- L'ensemble de la population et des habitations éligibles (lieu de couchage), dans les districts sanitaires.

❖ Orientations techniques

- Faire une étude préalable de la bionomie et de la sensibilité des vecteurs pour cibler la période du début de la PID et choisir l'insecticide approprié ;
- Initier une étude de reconnaissance géographique des localités ciblées pour quantifier les besoins en insecticides, matériels, équipements et ressources humaines nécessaires à la campagne ;
- Entreprendre une évaluation environnementale dans les localités ciblées pour identifier les impacts environnementaux de la PID sur la santé humaine et l'environnement.
- Faire une campagne de mobilisation communautaire pour l'acceptabilité de la réalisation de la PID.

❖ Approches de mise en œuvre

❖ Au niveau du secteur public :

- ✓ le PNLP et ses partenaires coordonnent la préparation et la mise en œuvre de la PID. Un comité de lutte antivectoriel a été créé par arrêté ministériel 0393 du MSHP/CAB du 02 août 2019 portant création attribution, composition organisation et fonctionnement du comité national de lutte antivectorielle pour impliquer des entités autres que le ministère de la santé dans la lutte contre les vecteurs ;

Certains ministères tels que :

- ✓ le Ministère de l'Environnement et du Développement Durable (**MINEDD**) à travers sa Direction générale de l'environnement doit apporter son appui technique dans tout le processus de mise en œuvre de la PID pour s'assurer de la sécurité de l'environnement et la sécurité humaine. Au niveau opérationnel, pour le respect des mesures de sécurité environnementales, un dispositif de supervision sera mis en place. Les directions régionales seront associées dans la supervision des opérations de PID dans les districts concernés pour évaluer la conformité environnementale. Elle peut également superviser/assurer la destruction des pesticides obsolètes en rapport avec le MINADER.

MINADER (Ministère de l'Agriculture et du développement rural). Ce ministère doit accompagner le PNLP dans l'obtention des homologations et autorisation d'importation des insecticides à usage sanitaire selon les lois et textes nationaux et en conformité avec les directives de l'OMS et de l'USAID sur : i) le transport des pesticides, ii) le stockage et la gestion des stocks de pesticides, iii) la manipulation des pesticides.

- ✓ **MINAS** (Ministère de l'assainissement et de la salubrité): Un plan de gestion des déchets sera mis en place en coordination avec les services de l'environnement et des structures cibles. Pour ce faire, le PNLP établira un cadre de collaboration avec le MINAS.
- ✓ **Associations des praticiens de médecine traditionnelle des districts sanitaires** : Leurs interventions se limiteront à la sensibilisation des pairs et des communautés à l'adoption de cette stratégie ;
- ✓ **ONG locales** : Les ONG locales seront chargées de la mobilisation communautaire et de la communication interpersonnelle en vue de l'adhésion des chefs de ménage à la PID. A cet effet, ces organisations seront impliquées dans le processus de mise en œuvre de cette intervention.
- ✓ **Collectivités territoriales**
Ces entités doivent s'approprier la mise en œuvre de la PID en vue de la pérennisation de cette stratégie de lutte anti-vectorielle. Ainsi elles contribueront dans le cadre de la politique de décentralisation à l'amélioration de la santé de leur population.

❖ **Extention au niveau du secteur privé**

▪ **Entreprises**

Le PNLP avec l'appui de la CECI, encourage les entreprises privées à mettre en œuvre des campagnes de PID pour des populations spécifiques qu'elles couvrent dans le cadre de leurs activités. Ces activités qui contribuent à l'effort national de lutte antivectorielle dans le pays doivent être encadrées et dûment documentées selon les procédures suivantes :

- Exprimer le besoin de réalisation d'une PID spécifique à la CECI
- Planifier conjointement (PNLP, CECI et entreprises privées) et mettre en œuvre la campagne de pulvérisation dans les sites ciblés conformément aux directives techniques

▪ **Hotels et lieux de séjours :**

Le PNLP doit faire un plaidoyer auprès du Ministère du Tourisme l'INHP pour l'intégration de la PID dans les critères de certification de salubrité.

❖ **Activités prévues**

- Étendre la stratégie de PID à 5 districts sanitaires à forte transmission d'ici 2025
- Mettre en place une stratégie de rotation des insecticides dans les districts PID dans le cadre de la gestion de la résistance ;
- Intégrer à travers un plaidoyer la PID dans les curricula de formation des techniciens d'hygiène et assainissement en Côte d'Ivoire ;
- Intégrer les districts ciblés pour la PID dans le plan de suivi entomologique ;
- Développer et mettre en œuvre d'un plan de suivi environnemental avant, pendant et après la PID pour ces sites;
- Mettre en place un plan de mobilisation de ressources pour la pérennisation et l'extension des activités de PID

Tableau X: Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions PID

Interventions/Stratégies	Responsables de MEO	Zones de MEO
Elaborer un plan de renforcement des capacités pour la pérennisation de la PID	PNLP, structures de recherche, Partenaires	niveau national
Mise en œuvre du plan de renforcement des capacités pour la PID (formations des acteurs)	PNLP, structures de recherche, DGS, autres Ministères, Partenaires	Tous les niveaux
Elaboration et validation d'un PAO de la PID	PNLP, structures de recherche, Partenaires	niveau national
Etude annuelle de la sensibilité des vecteurs aux insecticides	PNLP, structures de recherche	districts ciblés
Etude mensuelle du comportement des vecteurs (Bionomie)	PNLP, structures de mise en œuvre	districts ciblés
Acquisition des équipements, matériel et d'insecticide	PNLP, structures de mise en œuvre	districts ciblés
Formation des acteurs de la PID	PNLP, structures de recherche, districts sanitaires	districts ciblés
Plan de communication de la PID	PNLP, structures de recherche, districts sanitaires, structures de mise en œuvre, ONG, Réseaux, CECI	districts ciblés
Elaboration d'un plan de suivi environnemental de la PID (avant, pendant et après)	PNLP, structures de recherche, districts sanitaires, structures	niveau national
Mise en œuvre du plan de suivi environnemental	PNLP, structures de recherche, districts sanitaires, Autres Ministères, Partenaires	Tous les niveaux
Mise en œuvre de la Pulvérisation Intra domiciliaire	PNLP, structures de recherche, districts sanitaires, structures de mise en œuvre	districts ciblés
Elaboration d'un plan de suivi et évaluation de la PID	PNLP, structures de recherche, districts sanitaires	districts ciblés

3.6.3 Prévention par la Lutte anti larvaire (LAL)

Résultats attendus

- 80% des gîtes larvaires identifiées dans des districts ciblés sont traitées avec les biolarvicides ;
- 60% des ménages des districts ciblés réalisent une campagne d'assainissement mensuelle.

Interventions principales et modalités de mise en œuvre

La lutte antilarvaire consiste au traitement des gîtes larvaires par des bio-larvicides et la lutte physique qui prend en compte l'assainissement du cadre de vie et de l'environnement. Cette lutte est intégrée et ne cible pas exclusivement les larves de l'anophèle.

Traitement des gîtes larvaires :

- ❖ Cibles :
 - Gîtes permanents dans les districts ciblés
- ❖ Orientation technique

- Utilisation de biolarvicides
- Destruction physique des gîtes
 - ❖ Approches de mise en œuvre

Les opérations de la lutte antilarvaire seront coordonnées par le PNLP et ses partenaires dans une approche de multisectorialité. La lutte antilarvaire est une intervention multisectorielle qui impliquera les ministères techniques en charge de l'Environnement, la salubrité, l'assainissement, l'agriculture...

Chaque campagne de traitement des gîtes larvaires sera conduite selon les procédures suivantes :

- Geolocalisation et cartographie des gîtes permanents au niveau des districts ciblés
- Test de sensibilité larvaire
- Faire un suivi de l'efficacité du biolarvicide utilisé
 - ❖ Activités prévues

La lutte chimique sera développée dans quinze (15) districts pilotes pour évaluer le rapport coût /efficacité dans le contexte épidémiologique de la Côte d'Ivoire. Cela permettra au pays de disposer de données factuelles et contextuelles de base sur lesquelles une extension de la stratégie sera proposée.

❖ **Assainissement**

- ❖ Cibles
 - Les ménages des districts ciblés
 - Cadres de vie
 - ❖ Orientation technique
 - ❖ Approches de mise en œuvre
 - Micro assainissement conduit par les communautés et ménages
 - Assainissement à grande échelle initié par les collectivités territoriales et les ministères en charge de l'assainissement du cadre de vie
 - ❖ Activités prévues,

✚ **Concernant le micro assainissement :**

- Campagnes trimestrielles d'éducation sanitaire avec la sensibilisation des populations et des autorités locales sur la reconnaissance des gîtes larvaires et leurs destructions systématiques
- Faire des requêtes à l'endroit du corps préfectoral pour la prise d'arrêtés en vue de l'assainissement du cadre de vie immédiat par les ménages
- Renforcer et déployer des patrouilles de la brigade de salubrité en vue du suivi des dispositions par les ménages
- Pour le changement de comportement des populations.

❖ **Concernant l'assainissement à grande échelle :**

- Faire un plan conjoint avec les ministères en charge de l'assainissement du cadre de vie, de l'environnement, de la construction et de l'urbanisme, et les collectivités territoriales ciblées ;
- Mobiliser des ressources pour la mise en œuvre du plan conjoint de gestion de l'assainissement à grande échelle dans les districts sanitaires ciblés ;
- Organiser un concours de la ville la plus propre et sans moustiques ;

- Impliquer les mairies à travers la formation et la redynamisation des services d'hygiène des mairies pour le suivi.
- Former les acteurs de lutte antivectorielle a tous les niveaux (comités d'hygiène des mairies et les comités operationnels de lutte antivectorielle (comités villageois utilisés lors de la lutte contre le ver de guinée)) sur la lutte contre le paludisme ;

Tableau XI: Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions LAL

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
Elaboration d'un PAO pour LAL	PNLP, Partenaires, structures de recherche, Réseaux, ONGs nationales et internationales	Niveau central
Evaluer la sensibilité des larves de moustiques aux insecticides (larvicides)	PNLP, Partenaires, structures de recherche,	Niveau central
Mettre en œuvre le PAO	PNLP, structures de mise en œuvre, MINEDD, MINAS, DRS, DDS, collectivités locales, Réseaux et ONG, CECI	15 districts (10 au niveau de très forte, 5 au niveau de forte transmission)
Suivre et Evaluer La LAL	PNLP, structures de mise en œuvre, MINEDD, MINAS, Directions régionales et départementales de santé, collectivités locales	15 districts (10 au niveau de très forte, 5 au niveau de forte transmission)
Assainissement du cadre de vie	PNLP, structures de mise en œuvre, MINEDD, MINAS, Directions régionales et départementales de santé, collectivités locales	50 districts sanitaires

3.6.4 Chimio prophylaxie du paludisme chez la femme enceinte (TPIg)

✚ Résultats attendus

- ✓ Au moins 80% des femmes enceintes a reçu au moins trois doses de traitement préventif intermittent au cours de leur dernière grossesse.

✚ Interventions principales et modalités de mise en œuvre

La chimio prophylaxie du paludisme chez la femme enceinte repose sur le **Traitement Préventif Intermittent par la Sulfadoxine Pyriméthamine (TPIg)**, administré par voie orale, à partir du début du 2^{ème} trimestre de la grossesse jusqu'à l'accouchement, à raison d'au-moins **trois doses (1 dose = 3 comprimés de SP)**, espacées chacune de 4 semaines. Elle sera soutenue par un paquet d'interventions visant à accroître l'adhésion des femmes enceintes, faciliter sa mise en œuvre et, pour favoriser l'appropriation par le personnel de santé.

Les modalités de mise en œuvre du TPIg se déclinent comme suit.

❖ Cibles

Femmes enceintes reçues en CPN à partir de la 16^{ème} semaine de grossesse.

❖ Orientations techniques

- **Administration systématique** du TPIg à toute femme enceinte reçue en CPN, à partir du 4^{ème} mois de la grossesse ;
- **Dispensation de la SP au 1^{er} point de contact et prise sous observation directe** : la SP doit être administrée en présence de la sage-femme ou tout autre agent chargé de la CPN au 1^{er} point de contact, pour minimiser les risques de déperdition.

❖ **Approches de mise en œuvre**

○ **Au niveau des établissements sanitaires publics**

L'administration de la SP se fera exclusivement dans le cadre des consultations prénatales réalisées :

- ✓ en stratégie fixe, au sein des centres de santé ;
- ✓ en stratégie avancée ;
- ✓ lors des consultations foraines ;

○ **Au niveau communautaire**

- ✓ Recherche active des femmes enceintes qui ont manqué les rendez-vous de CPN pour l'administration de la SP : les ASC et groupements féminins seront mobilisés pour rechercher et orienter les femmes enceintes qui ont manqué les rendez-vous de CPN ;
- NB : Le PNLP envisage une approche communautaire en zone rurale pour l'administration de la SP par les ASC aux femmes enceintes ne respectant pas les rdv CPN. La SP leur sera dispensée par les ASC formés, sous la supervision de l'agent de santé. Les ASC tiendront à jour la liste exhaustive des femmes enceintes dans les ménages sous leur responsabilité et, veilleront à administrer les doses requises entre deux consultations prénatales. Bien entendu ces femmes enceintes perdues de vue seront sensibilisées à se rendre à la CPN ;

○ **Au niveau du secteur privé**

L'administration de la SP se fera exclusivement dans le cadre des consultations prénatales. Des stocks de SP seront régulièrement positionnés dans les établissements sanitaires privés pour faciliter cette dispensation.

❖ **Activités prévues (pour la mise en œuvre du TPIg)**

- Acquérir la SP en quantité suffisante ;
- Distribuer la SP dans les pharmacies des districts sanitaires, des hôpitaux et, autres clients directs via la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique ;
- Mettre en œuvre des actions de CCSC pour l'appropriation des directives de dispensation de la SP par le personnel de santé et, pour l'information des bénéficiaires (CCC, mobilisation communautaire, leaders religieux, matrones, praticiens de la médecine traditionnelle, etc.) ;
- Intensifier les consultations en stratégies avancées et les consultations foraines pour améliorer la couverture du TPI3 ;
- Réaliser la recherche active des femmes enceintes qui ont manqué les rendez-vous de CPN et les référer pour l'administration ;

- Renforcer la stratégie du rappel des rendez-vous des femmes enceintes pour les CPN à travers la téléphonie mobile (SMS, messages vocaux, iconographie) ;
- Déployer progressivement l'approche de dispensation à base communautaire de la SP ;
- Réaliser une enquête sur les déterminants du comportement de la population face au paludisme ;
- Envisager une intersectorialité avec le Ministère de la Jeunesse et UNICEF pour l'utilisation de la plateforme U-Report dans l'envoi des messages de rappel et de sensibilisation des femmes enceintes pour les CPN ou l'application commcare développée par save the children.

Tableau XII : Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions TPI

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
TPI dans les formations sanitaires publiques	DDS	Formations sanitaires publiques
TPI dans les formations sanitaires privées lucratives	DDS	Cliniques et polycliniques
TPI dans les formations sanitaires des entreprises	DDS	Services médicaux des entreprises
TPI en stratégies avancées	DDS	Communauté
TPI dans les quartiers précaires	DDS	Quartiers précaires des zones urbaines
TPI dans la communauté délivré par les ASC	RADS/DDS	Zones d'accès difficile

3.6.5 Chimio prophylaxie du paludisme chez le nourrisson (TPIIn)

✚ Résultats attendus

- ❖ Au moins 80% des enfants de moins d'un an ont reçu trois doses de SP en traitement préventif intermittent au cours des séances PEV.

✚ Interventions principales et modalités de mise en œuvre

La chimio prophylaxie du paludisme chez le nourrisson repose sur l'administration de trois doses de SP aux enfants de 0 à 11 mois, en même temps que le PEV de routine.

Les modalités de mise en œuvre se déclinent comme suit.

❖ Cibles

Enfants de 0 à 11 mois.

❖ Orientations techniques

- **Administration systématique du TPIIn aux enfants vus dans le cadre du PEV de routine** : trois doses de TPIIn seront administrées aux nourrissons, en même temps que les doses de Penta2, Penta3 et la vaccination antirougeoleuse (VAR).

❖ Approches de mise en œuvre

Dans le cadre du présent plan stratégique, la Côte d'Ivoire envisage un déploiement progressif

en commençant par les zones de forte endémicité dès 2021. Ainsi, chaque année deux à trois districts seront intégrés dans cette approche jusqu'à atteindre dix districts en 2025.

L'administration du TPIIn se fera par les établissements sanitaires publics lors des activités du PEV réalisées :

- ✓ en stratégie fixe, au sein des centres de santé ;
- ✓ en stratégie avancée ;
- ✓ lors des consultations foraines.

❖ **Activités prévues (pour la mise en œuvre du TPIIn)**

La mise en œuvre se déroulera en plusieurs phases :

- Elaborer des microplans ;
- Acquérir les intrants ;
- Former le personnel ;
- Sensibiliser les prestataires au remplissage systématique des fiches de pharmacovigilance ;
- Développer et reproduire les outils de collecte de données ;
- Assurer l'information, éducation et communication à l'endroit des prestataires de soins et des populations dans les zones ciblées ;

La 1^{ère} phase de déploiement s'étendra sur cinq années, avec une possibilité de passage à échelle dès la sixième année en fonction des résultats obtenus.

Tableau XIII : Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions TPIIn

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
Sélection des 10 districts pilotes	PNLP	Districts à très forte endémicité
Recherche opérationnelle et surveillance	PNLP	Districts pilotes

3.6.6 Communication pour le Changement Social et de Comportement (CCSC)

🚩 Objectifs

- Amener 90% des populations à connaître les signes du paludisme ;
- Amener 90% des populations à connaître les mesures nationales de prévention du paludisme ;
- Amener 80% des populations à utiliser effectivement les mesures de prévention (MILDA/SP) ;
- Amener 60% des populations à consulter un prestataire de soins dans les 24 heures.

🚩 Résultats attendus

- Au moins 90% de la population a une bonne connaissance des signes du paludisme ;
- Au moins 90% de la population connaît les mesures nationales de prévention du paludisme ;
- Au moins 80% de la population utilise effectivement les mesures de prévention (MILDA/SP) ;
- Au moins 60% de la population consulte un prestataire de soins dans les 24 heures.

🚩 Modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre de cette stratégie, repose sur les :

- Cibles primaires (individu)
- Cible secondaires (époux, belle-mère, famille...)
- Cibles tertiaires (leaders communautaires, autorités administratives et politiques...)

Elle tiendra compte des quatre niveaux d'interventions du modèle socio-écologique pour vaincre les barrières et obstacles aux changements de comportement et de normes sociales. L'aperçu se présente comme suit.

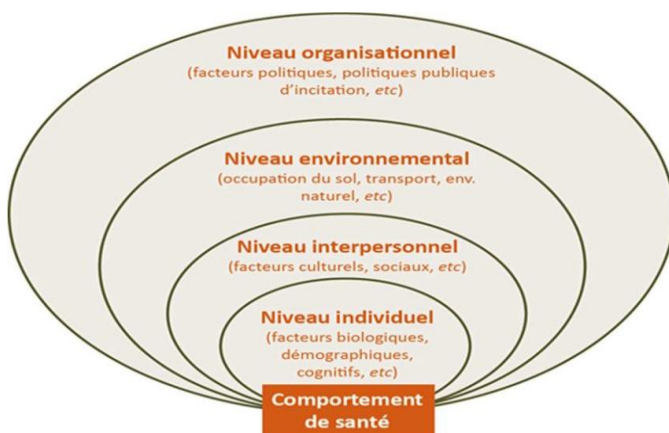


Figure 44: Le modèle Socio écologique (source : Feuillet *et al.*, 2019)

En effet, selon le rapport de l'enquête sur les déterminants du comportement lié au paludisme (MBS 2018) les causes de la non adhésion des populations aux mesures de prévention du paludisme sont liées pour la plupart aux normes sociales. Si la recherche ponctuelle de soins est la norme dans la société, 73,4% (1,9 rapport de côte) de la population adopterait ce comportement ;

Sur la période de la revue, les indicateurs de la CCSC ont connu un progrès significatif car 91,7% de la population a une bonne connaissance du paludisme, de son mode de transmission, 84% connaît l'utilisation des MILDA comme moyen de prévention et 79%, la fièvre comme

symptôme lié au paludisme (Enquête MBS 2018).

Toutefois, des efforts restent à faire au niveau de l'utilisation des MILDA et de l'appropriation des autres méthodes de lutte contre le paludisme par la population. L'enquête MBS 2018, montre que 53% des femmes ont reçu au moins (3) doses de SP lors des consultations prénatales contre 80% attendu dans le PSN. En ce qui concerne les MILDA, l'enquête post campagne donne un taux d'utilisation de 63,2% contre 80% ciblé.

En vue de renforcer l'efficacité des interventions, les axes stratégiques de la communication pour le changement social et de comportement qui associent une approche de communication de masse, mobilisation communautaire, de communication inter personnelle et de communication institutionnelle, permettront d'adresser à la fois les normes sociales et les comportements individuels.

Synthèse des interventions, cibles et activités

Niveau d'intervention	Cibles	Activités
Communication interpersonnelle (CIP)	individuel	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation par les Groupements féminins - Sensibilisation par les ASC - Approche mHealth (Rappel des CPN par SMS) - Le suivi et Supervision des activités des ASC, GF, m-Health dans les aires de santé - Causeries éducatives des professionnels de la médecine traditionnelle - Renforcement de capacités des acteurs communautaires.
Mobilisation communautaire et engagement participatif	famille, pairs, Groupes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place des équipes de Mobilisation Communautaire (EMC) et Groupe d'Actions Communautaires (GAC) ; (Comité villageois/ Comité Quartier) par District - Renforcement de capacité des (EMC) et (GAC) ; (Comité villageois/ Comité Quartier) - Renforcement de capacité des leaders religieux - Actions de mobilisation communautaire par aires de santé à travers les EMC/GAC (Comité villageois/ Comité Quartier); - Suivi des activités de mobilisation communautaire par DistrictSupervision des activités de mobilisation communautaire par aire de santé - Mobilisation des collectivités territoriales

		(Mairies et conseils régionaux)
Développement de campagnes de communication de Masse et Mi-Media	commu nautés et secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation de routine via les radios de proximité et confessionnelles - Sensibilisation en milieu professionnel (Grandes entreprises, commerciales et industrielles) - Campagnes trimestrielles de marketing social avec implication des médias privés et public. - Sensibilisation via les leaders religieux - Communication digitale (Réseaux sociaux, sites web, plateformes de partages) - Sensibilisation par les points focaux en milieu scolaire et les éducatrices préscolaires. - Micro-programme de sensibilisation interactive par les radios de proximité et réseaux sociaux
Renforcement des capacités et Plaidoyer	groupe constitué et structures et politiques	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités des acteurs (Société civile, Leaders religieux) - Célébration officielle et célébration éclatées dans le cadre de la Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme ; - Actions de plaidoyer au niveau décisionnel (National, Régional et départemental, collectivités territoriales) ; - Action de plaidoyer au travers d'une célébrité régionale, nationale ou internationale. - Leaders politiques et d'opinions
Suivi de la mise en œuvre des interventions CSC et Evaluation	Acteurs de mise en œuvre et les bénéficiaires	<p>Suivi des activités de CSC à travers le GTT/CSC paludisme</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le suivi et Supervision des activités des activités communautaires -Evaluation des activités de CSC (Enquête MBS, Révue de programme, Enquête CAP)

Description des activités

Communication interpersonnelle (CIP)

✓ Sensibilisation des ASC dans les ménages

Cette intervention sera mise en œuvre par les ASC et les groupements féminins encadrés par les ONG et l'équipe cadre du district.

✓ Sensibilisation en milieu scolaire par les points focaux des écoles primaires

Les enseignants de manière routinière sensibiliseront les élèves à l'utilisation des MILDA. Cette approche sera renforcée par un *concours inter-école sur le paludisme*. L'activité sera réalisée en **collaboration** avec le Ministère en charge de l'éducation nationale, le Ministère en charge de la culture et le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU-SAJ).

✓ Sensibilisation par les Groupements féminins

Les groupements féminins interviennent dans un rayon de cinq (05) km des centres de santé. Leur activité consiste à assurer la promotion des pratiques familiales essentielles en lien avec l'adoption des bonnes pratiques de santé. Ces groupements sont sous la responsabilité des sages-femmes et des infirmiers qui assurent leur encadrement dans la communauté. Ils effectuent, des visites à domiciles, des causeries de groupe, la recherche active des femmes enceintes perdues de vue en CPN.

✓ Sensibilisation par les maris modèles et les pairs

Les maris modèles sont des chefs de ménages qui ont adopté des comportements favorables à la lutte contre le paludisme. (Utilisation des MILDA, CPN précoce de leur épouses, fréquentation des Centres de santé, assainissement...). Ils sensibiliseront leurs pairs pour les amener à faire comme eux.

Les travailleurs des différents secteurs d'activité formés, seront mis à contribution selon leur disponibilité pour la sensibilisation des pairs (ANADER, CECI, orpailleurs ...).

✓ Approche m-Health (Rappel des CPN par SMS)

Le m-health ou « mobile health », est une technologie digitale, utilisée dans le domaine de la santé. L'application associée Comcare a été développée pour faciliter le suivi des femmes enceintes et de leur faire une relance par SMS quarante huit (48) heures avant la date de leur prochain RDV de CPN. Après une phase pilote réalisée en 2018, cette intervention s'est étendue dans 10 régions sanitaires (52 districts sanitaires) du pays et a permis à 94% de femmes de respecter leur rendez-vous de CPN. En effet, sur 78166 rdv de CPN enregistrés via l'application, 73445 sms ont été envoyés avec succès.

La mise à échelle de cette intervention s'étendra à l'ensemble des districts sanitaires au niveau national sur la période du PSN après une évaluation.

✓ Les praticiens de la médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle joue un rôle prépondérant dans le système sanitaire national. Ce secteur constitue un maillon important à intégrer dans les activités préventives et promotionnelles de lutte contre le paludisme. Pour ce faire, les capacités des acteurs de ce secteur seront renforcées sur les moyens de lutte contre le paludisme par le PNPMT et le PNLP à travers les districts sanitaires.

Il s'agira d'orienter un pool de formateur au niveau du PNPMT afin d'assurer à leur tour, des sessions en cascade des points focaux dans les districts sanitaires. Les thématiques qui seront développées seront axées sur l'hygiène du cadre de vie, la promotion de la PID, la promotion de la MILDA, la promotion de la CPN pour la prise de la SP et la référence vers les ESPC des cas de fièvre.

Dans la mise en œuvre, les supports de communication adaptés seront nécessaires. Il s'agit des affiches de sensibilisation, des boîtes à images, des fiches/cartes de référence et de contre référence et des registres de consultation pour la documentation. Le PNPMT assurera la coordination et le suivi de ces activités en collaboration avec le PNLP.

Mobilisation communautaire et engagement participatif

Mise en place des équipes de Mobilisation communautaire par District

La mobilisation communautaire est un processus par lequel des individus, groupes ou organisations communautaires planifient, exécutent et évaluent les activités de manière participative et durable pour améliorer leur santé, éducation et autres besoins, soit par leurs propres initiatives, soit stimulés par l'extérieur.

Cette activité consistera à identifier par districts sanitaires, une équipe de mobilisation communautaire (EMC) composée de cinq (5) personnes (un agent de la mairie, deux membres de l'ECD, deux leaders communautaires). Cette équipe sera chargée d'accompagner la mise en place des groupes d'actions communautaires (GAC) au niveau des aires de santé.

L'EMC aidera les GAC à élaborer leur plan d'actions communautaire sur la base des diagnostics communautaires réalisés en matière de lutte contre le paludisme.

Renforcement de capacités des équipes de mobilisation Communautaire de District

L'équipe de mobilisation communautaire du district constitue le premier niveau de la stratégie de mobilisation communautaire et sera formé par le niveau central sur l'activité de mobilisation communautaire.

Renforcement de capacités des groupes d'actions communautaires

Le GAC constitue le second niveau de la stratégie de mobilisation communautaire. Il est constitué des membres de la communauté. Les groupes d'action communautaire seront orientés et suivis par les EMC pour la réalisation du cycle d'actions communautaires qui part du diagnostic communautaire, à l'élaboration d'un plan d'action. Ce plan sera exécuté par la communauté, sous la supervision des ESPC. Les GAC sont composés de 15 à 20 personnes issues des communautés des aires de santé.

Actions de mobilisation communautaires par aire de santé

Il s'agit de l'opérationnalisation des activités de mobilisation communautaire par aire de santé. Les groupes d'actions communautaires engagés dans le déroulement du cycle d'action communautaire doivent mener des activités se déclinant en deux actions essentielles : *les rencontres et les activités de mobilisation*.

-Les rencontres périodiques de mobilisation consisteront en des séances d'information et de retro information des membres du GAC.

-Les activités de mobilisation quant à elles, consisteront en des actions concrètes à prendre par les acteurs eux-mêmes selon les problèmes prioritaires de santé révélés à l'issu du diagnostic communautaire participatif.

✓ **Comités de quartier (en milieu urbain) et les GAC**

Les comités sont constitués de représentants des associations de jeunes, de femmes, des mutuelles, des groupements associatifs, des chefs de communauté, capables d'influencer favorablement la prise de décision dans leur environnement. Il s'agira de créer ou de redynamiser les comités existant dans chaque village et quartier des districts sanitaires et de les rendre opérationnels dans le cadre des activités de lutte contre le paludisme.

Au niveau des quartiers, les comités seront mis en place par la municipalité, en collaboration avec les collectivités territoriales et les agents de développement. De façon mensuelle, les comités se réuniront et meneront des actions d'assainissement, de destruction de gîtes larvaires, de curage des carneaux, ainsi que des actions de sensibilisation des populations.

Au niveau des villages, les GAC mis en place par les EMC sous la supervision des Districts réaliseront des activités de développement et de bien-être de leur population. Les GAC sont composés des décideurs locaux des villages (Président des jeunes, représentants des groupements de femmes, des associations, des représentants des coopératives, des leaders religieux et des chefs de village ou notables).

Sur base de leur plan d'actions élaborés avec les EMC, les GAC tiendront des réunions mensuelles en début de mois pour définir les actions à réaliser. Au terme du mois, ils se réuniront une seconde fois, pour évaluer les actions mises en oeuvre.

Pour les motiver à la pérennisation, les quartiers et villages seront mis en compétition et récompensés à l'occasion de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le paludisme (JMLP).

✓ **Mobilisation des collectivités locales (Mairies et Conseils Régionaux)**

Le rôle des collectivités locales dans le développement sanitaire, reste nécessaire. Fort de cela, il importe de faire un plaidoyer pour plus d'engagement de l'ensemble de ces autorités (district autonome, région, mairie) pour une contribution dans la lutte contre le paludisme au niveau national sous la houlette des préfets. La contribution de celles-ci consistera à apporter un appui technique, matériel et financier dans les initiatives sanitaires visant le bien-être des populations. Par ailleurs, ces leaders en leur qualité d'élus, serviront de modèle lors des actions de mobilisation collective.

✓ **Le suivi des activités de mobilisation communautaire par District**

Le suivi permettra d'évaluer le niveau d'appropriation réelle des activités de mobilisation par les acteurs de mise en oeuvre à savoir les districts et les aires de santé. Le suivi des activités se fera selon un plan établi par l'ECD en collaboration avec les ONG.

✓ **Supervision des acteurs de mise en oeuvre**

Une supervision trimestrielle des acteurs sera faite par l'équipe cadre du district et les ONG. Des supports adaptés seront élaborés.

☐ **Campagnes de communication de Masse et Mi –media***

✓ **Sensibilisation de routine**

- Télévision, les radios de proximité et confessionnelles

Cette sensibilisation se fera à travers la télévision, les radios de proximité et confessionnelles de grande audience selon un plan média. A cet effet, les micro programmes et les spots seront confectionnés.

- Affichage

Les supports imprimés (affiches, dépliants, affiches, panneaux, pancartes) seront produits et affichés dans les lieux publics (entreprises, mairies, conseil régional, centres de santé...) en vue de sensibiliser la population.

- Communication digitale

Cette communication a pour but de réaliser et susciter chez les utilisateurs l'adoption des comportements favorables à la prévention et à la prise en charge du paludisme. Un site web et les supports adaptés seront conçus à cet effet.

De manière routinière, à travers le site web et les réseaux sociaux, les microprogrammes et spots seront diffusés.

Par ailleurs, les réseaux de téléphonies mobiles seront exploités pour l'envoi des sms de sensibilisation.

En effet, on note 32 millions d'abonnés, pour une population de 25,22 millions habitants soit 128% (ARTCI 2019). Selon l'enquête MBS 2018, 44% de la population possédant un téléphone mobile a accès à internet.

✓ **Campagnes trimestrielles de marketing social avec implication des médias publics et privés**

Le « marketing social » a pour but de créer et intégrer des concepts marketing dans la communication en vue d'influencer les comportements bénéfiques sur le plan individuel, collectif et sociétal.

Il s'agira au-delà des actions de routine, de réaliser des campagnes thématiques (MILDA, recours aux soins, CPN/SP, Assainissement, PID) trois (03) fois dans l'année. Cette campagne se fera avec les canaux de communication à forte audience, prouvée par les enquêtes.

✓ **Célébration de la Journée Mondiale de Lutte contre le Paludisme**

L'institution de la JMLP célébrée les 25 avril de chaque année par l'OMS, constitue pour le programme, un canal de mobilisation sociale. Cette journée permet à toutes les parties prenantes faire le bilan de la lutte, identifier les défis à relever, définir les nouvelles orientations et prendre des engagements. Cette journée commémorative sera célébrée dans les trente trois (33) chefs lieux de régions sanitaires.

✓ **Sensibilisation par les leaders communautaires**

Cette activité sera mise en œuvre les leaders religieux (Selon les données du RGPH 2014 : islam 42%, christianisme 34%), les chefs coutumiers, les chefs de quartiers et de communautés. La coordination de ces activités sera faite par l'ECD et les ONG.

Les acteurs seront orientés sur les mesures de prévention et de prise en charge du paludisme.

❑ **Plaidoyer et partenariat**

Le plaidoyer est un processus visant à influencer les pouvoirs publics, autorités administratives, politiques et économiques à travers des actions cohérentes et coordonnées pour un engagement en vue de créer un environnement décisionnel favorable. Ainsi le PNLN en collaboration avec les partenaires fera une revue du plan stratégique national de plaidoyer (2018-2023) afin de l'adapter aux nouvelles orientations du PSN 2021-2025. Ce plan prendra en compte le renforcement des capacités des acteurs et développera toutes les interventions de plaidoyer :

Au niveau national : les institutions (Assemblée nationale), ministères techniques, la CGCI, les autorités administratives politiques communautaires.

Au niveau international : les partenaires techniques et financiers et les célébrités

❑ **Suivi-Evaluation de la mise en œuvre des interventions CCSC**

Les activités de suivi et évaluation des interventions de CCSC seront intégrées dans le plan de suivi et évaluation du PSN 2021-2025. Les indicateurs retenus permettront d'apprécier :

- ❖ *Le niveau de connaissance des signes du paludisme ;*
- ❖ *L'accroissement des comportements favorables aux comportements promus*
- ❖ *L'amélioration des connaissances et attitudes envers les comportements favorables aux mesures de prévention (MILDA, SP) et de prise en charge du paludisme (consultation d'un prestataire de soins dans les 24 heures).*

Un Groupe Technique de Travail (GTT) de CCSC sera créé pour adresser toutes les questions relatives à la communication.

Interventions selon les Strates d'endémicité

Tableau XIV : Intervention selon les Strates d'endémicité

DOMAINES DE MARKETING	Strate d'endémicité / Stratégie d'intervention	(1+2) Faible Endémicité	(3) Forte Endémicité	(4) Très forte Endémicité
PRODUIT	MILDA	05 DDS		
	PEC			
	TPI	17 DDS	32 DDS	32 DDS
	PID			
	DEMOUSITICATION/ASSAINISSEMENT			
PRIX (politique de gratuité)	Gratuité	05 DDS 17 DDS	32 DDS	32 DDS
	Routine (CPN-PEV)	05 DDS		
DISTRIBUTION	Campagne	17 DDS	32 DDS	32 DDS
	Activités communautaire (ASC+GF, Ecole)			
	Radio	05 DDS		
PROMOTION	TV	17 DDS	32 DDS	
	VAD			
	CG			
	Plaidoyer			
	Mobilisation com.			
	Marketing social			

Source : Carte Inspirée du Modèle Spectrum Malaria Côte d'Ivoire sur base des 86 Districts et 14 Régions sanitaires

3.6.7 Diagnostic et prise en charge des cas

Résultats attendus

- ❖ Au moins 90% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires publiques et privées a bénéficié d'un test parasitologique (TDR, Microscopie) conformément aux directives nationales ;
- ❖ Au moins 90% des cas confirmés de paludisme simple dans les formations sanitaires publiques et privées a reçu un traitement antipaludique correct conformément aux directives nationales ;
- ❖ Au moins 90% des cas confirmés de paludisme grave dans les hôpitaux de référence a reçu un traitement antipaludique correct conformément aux directives nationales ;
- ❖ Au moins 90% des cas confirmés de paludisme grave dans les structures sanitaires privées disposant d'un plateau technique adéquat a reçu un traitement antipaludique correct conformément aux directives nationales ;
- ❖ Au moins 90% des cas de paludisme simple confirmé chez les enfants de 0 à 5 ans par les agents de santé communautaires a reçu un traitement antipaludique correcte dans les 24 heures conformément aux directives nationales.

✚ Modalités de mise en œuvre

✓ Diagnostic du paludisme dans les formations sanitaires et dans la communauté

Le diagnostic parasitologique du paludisme se fait par le Test de Diagnostic Rapide (TDR) ou par la microscopie (goutte épaisse et frottis sanguin). Il permet d'améliorer la prise en charge des malades, d'éviter l'administration abusive d'antipaludiques afin de freiner l'émergence de souches de *Plasmodium* résistantes.

Il permet également de déterminer les échecs thérapeutiques et d'apprécier l'incidence réelle du paludisme.

Ainsi, conformément aux directives de l'OMS, la confirmation biologique des cas présomptifs de paludisme est la règle avant la prescription de tout traitement antipaludique dans les structures sanitaires publiques, privées et dans la communauté.

Les Tests de Diagnostic Rapide (TDR) du paludisme seront réalisés dans les structures sanitaires de premier contact (publiques et privées) et au niveau communautaire par les ASC .

La goutte épaisse (GE) et le frottis sanguin (FS) seront pratiqués au niveau des hôpitaux de référence et des structures privées disposant d'un laboratoire fonctionnel.

Cependant, compte tenu des difficultés des laboratoires à fournir rapidement les résultats de GE/FS (microscopie), 20% des TDR sera mis à disposition dans les services des urgences des hôpitaux de référence pour assurer la continuité de la prise en charge.

Dans le cadre du contrôle qualité du diagnostic biologique, toutes les lames de goutte épaisse (positives et négatives) et de frottis seront numérotées et conservées pour le contrôle comme décrit dans le manuel d'Assurance.

En ce qui concerne les TDR, un contrôle de qualité sera effectué chaque semestre à partir de prélèvements d'échantillons dans les structures publiques et privées.

Afin de s'assurer de la qualité des produits, les critères de pré-qualification de l'OMS seront observés pour l'achat des tests de diagnostic rapide. La Nouvelle PSP fera le suivi des achats, le stockage et la distribution régulière des TDR aux formations sanitaires publiques. Au niveau communautaire, les ASC seront approvisionnées par les ESPC.

L'infection par le *Plasmodium falciparum* constitue une cause importante des anémies. Ces anémies constituent un facteur de gravité du paludisme. Selon les enquêtes, les prévalences de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes sont passées respectivement de 75% et 54% (EDS III, 2012) à 16% et 66% (MICS, 2016). Malgré l'amélioration de la prévalence de l'anémie chez l'enfant, les efforts restent encore à faire surtout chez la femme enceinte.

Ainsi, le diagnostic précoce de l'anémie est nécessaire pour une prise en charge complète des patients. C'est dans ce cadre que 1.329 établissements sanitaires publics de premier contact ont été équipés en Hémoglobinomètres et d'intrants pour la mesure du taux d'hémoglobine sur le financement du budget de l'Etat.

NB : La politique sanitaire en vigueur en Côte d'Ivoire stipule la **gratuité** des TDR, des GE/FS et des Tests d'anémie pour toute la population dans les structures sanitaires de premier contact et dans la communauté.

✓ **Traitement antipaludique recommandé dans les formations sanitaires**

La politique de traitement du paludisme, conformément aux recommandations de l'OMS repose sur l'utilisation des Combinaisons Thérapeutiques à base de dérivés d'Artémisinine (CTA) dans les cas de paludisme simple et d'artésunate ou artémether ou quinine dans le paludisme grave.

Le schéma thérapeutique et les directives en vigueur seront mis à jour en tenant compte des nouvelles recommandations de l'OMS avec l'appui du Groupe Scientifique d'Appui au PNLP.

✓ **Prise en charge du paludisme dans la communauté**

La prise en charge du paludisme au niveau de la communauté est organisée autour de trois axes d'interventions : i) la stratégie de prise en charge à domicile du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie (iCCM), ii) les consultations en stratégies avancées et iii) les postes avancés dans les quartiers précaires des grandes agglomérations. Cette intervention vise à résoudre le problème d'accessibilité géographique et d'équité dû à la faible couverture sanitaire (67%), selon le RASS, 2015 et la faible utilisation des services de santé (51% selon ESS, 2016) par les populations.

Le paludisme, la diarrhée et la pneumonie sont responsables de plus de 2/3 des décès enregistrés chez les enfants de moins de 5 ans. A cet effet, un paquet d'activités intégrées (iCCM) est mis en œuvre au bénéfice des cette population cible située dans les communautés qui n'ont pas accès aux services de santé au delà de 5 km. L'iCCM est mise en œuvre par les agents de santé communautaire (ASC), désignés sur la base de critères bien définis³ et dûment formés pour :

- réaliser un TDR à tout enfant de moins de 5 ans présentant de la fièvre ;
- délivrer les CTA selon la tranche d'âge en cas de TDR positif ;
- référer l'enfant lorsqu'il présente les signes de danger ou de gravité du paludisme.
- prendre en charge la diarrhée et la pneumonie

L'iCCM visera la saturation en ASC dans les localités situées à plus de 5 km des centres de santé (1 ASC pour 250 habitants). Aussi, une phase pilote de l'iCCM sera mise en œuvre dans les localités à forte densité (plus de 2.000 âmes) situées à moins de 5 km et ayant un accès difficile aux centres de santé.

Au cours de la mise en œuvre du présent plan, l'iCCM sera porté à échelle dans 105 districts sanitaires de l'intérieur du pays ainsi que ceux d'Abidjan qui ont des zones rurales éloignées. Pour ce faire, le nombre d'ASC dans chaque district sera revu conformément à l'orientation du document de politique de la santé communautaire.

Par ailleurs, la motivation des ASC est prise en compte dans le PSNSC 2017-2021 régissant le statut des ASC.

Les deux autres axes concernent les consultations en stratégies avancées et dans les quartiers précaires des grandes agglomérations. Ces consultations seront organisées chaque trimestre dans les districts sanitaires. Elles ont pour objectif d'offrir des prestations de prévention et de traitement du paludisme à toutes les populations y compris les femmes enceintes. Ces

³ Statuts des ASC/DSC

prestations sont fournies par du personnel qualifié dans les aires de santé des structures publiques et privées non lucratives.

Cependant, dans le cadre des activités de lutte contre le paludisme dans 40 districts sanitaires, les praticiens de médecine traditionnelle sont encadrés à la référence aux ESPC de leurs aires sanitaires :

- Les femmes enceintes pour la CPN et la mise sous SP
- Les cas suspects de paludisme.

✓ **La prise en charge des cas de paludisme en milieu scolaire**

Dans les établissements situés à plus de cinq kilomètres du centre de santé, en cas de fièvre les enseignants orienteront les enfants âgés de moins de 5 ans chez l'ASC et ceux de plus de 5 ans vers les centres de santé le plus proche.

Cette activité sera supervisée par l'équipe cadre du district (ECD).

Tableau XV: Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions de PEC

Interventions	Responsables de EO	Zones de MEO
Diagnostic et traitement dans les FS Publiques	DDS/Agents de santé	FS Publiques
Diagnostic et traitement dans les FS Privées Lucratives	DDS	FS Privées
Diagnostic et traitement dans les FS Entreprises	DDS	FS Entreprises
iCCM (diagnostic et traitement du paludisme, la diarrhée et la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans dans la communauté)	IDE/SFDE/ASC	114 districts
Consultations en stratégies avancées	DDS	105 districts
Consultations dans les quartiers précaires des grandes agglomérations	DDS	10 chefs lieux de région

Le diagnostic et le traitement des cas se feront au niveau des formations sanitaires publiques, privées et communautaires. Les Consultations en stratégies avancées dans les quartiers précaires des grandes agglomérations se feront dans 10 chefs lieux de région en tenant compte de l'approche de stratification basée sur l'endémicité.

Ainsi 8 chefs lieux de région à forte endémicité seront choisis en vue de la réduction de l'incidence et deux régions à faible endémicité avec pour objectif la pré-élimination.

3.6.8 Gestion des urgences et des catastrophes

✚ **Résultats attendus**

- Au moins 80% des populations victimes de sinistres bénéficie de mesures spécifiques de prévention du paludisme (MILDA, TPI chez les femmes enceintes et TPIIn)

-Au moins 90% des cas de fièvre chez les populations sinistrées bénéficie d'un TDR et 100% des cas confirmés, reçoit un traitement antipaludique selon le protocole national.

Modalité de mise en œuvre

Les situations d'épidémie du paludisme peuvent se présenter en cas de crise socio-politique, de guerre, de violences locales ou de catastrophes naturelles qui occasionnent le déplacement massif des populations composées en majorité de femmes et d'enfants.

Pour prévenir le paludisme chez ces populations victimes regroupées dans les camps de déplacés, il sera développé à travers le plan d'organisation des secours (ORSEC), des interventions de prévention et de prise en charge spécifiques prenant en compte le diagnostic et le traitement des cas confirmés du paludisme, le traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte et chez les nourissons, la distribution des moustiquaires imprégnées ainsi que la sensibilisation aux mesures d'assainissement sur les sites d'urgence. Ces interventions seront réalisées en collaboration avec les districts sanitaires concernés qui mettront en place une équipe de praticiens pour la circonstance.

Dans ce cadre, il est prévu lors de la quantification nationale, la prise en compte des stocks de médicaments et d'intrants supplémentaires (CTA, TDR, MILDA, SP, produits pour la PID) équivalent à un mois de consommation.

Tableau XVI : Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions d'urgences et catastrophes

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
Dotation des districts cibles en antipaludiques et intrants (CTA, TDR, MILDA, SP) pour les populations déplacées	PNLP	Districts sanitaires
Diagnostic et traitement des cas de paludisme dans les camps de déplacés	DDS	Camps de déplacés
Distribution de MILDA aux populations déplacées	DDS	Camps de déplacés
Organisation de CPN et dispensation de SP en TPI aux femmes enceintes dans les camps de déplacés	DDS	CS/Camps de déplacés
Mise en œuvre de la PID dans les camps de déplacés	PNLP	Camps de déplacés

3.6.9 Gestion des achats et des stocks

Résultats attendus

- Au moins 80% des structures sanitaires déconcentrées (région et département) est annuellement évaluée au niveau du suivi de la gestion des antipaludiques et autres ILP
- Au moins 80% des structures sanitaires déconcentrées (région et département) identifiées lors de l'évaluation de la gestion des achats et des stocks (GAS) est renforcée au niveau du suivi de la gestion des antipaludiques et autres ILP

Modalité de mise en œuvre

Au cours de la mise en œuvre de ce plan, l'achat des matériels se fera par le PNLN en collaboration avec la Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance

(DIEM) sous forme de passation de marché. Quant aux médicaments et intrants ils seront acquis selon les procédures de la Nouvelle PSP

La réalisation de cette activité s'appuyera sur l'analyse des données extraites du logiciel e-sig.

Une rétro-information est faite aux districts qui présentent des insuffisances de stockage.

Une formation sera organisée à l'endroit des acteurs de ces structures.

3.6.10 Surveillance, Suivi-évaluation et recherche opérationnelle

Résultats attendus

- Au moins 90% des établissements sanitaires publics notifie des cas de paludisme et des décès de façon mensuelle ;
- Au moins 90% des établissements sanitaires privés impliqués notifie des cas de paludisme et des décès de façon mensuelle ;
- Au moins 90% des cas et décès sont notifiés par le système de surveillance de routine ;
- 80% des prestataires (Secteurs public, privés et communautaires) est supervisé .
- 100% des districts sanitaires soumet dans les délais leurs rapports mensuels au niveau central ;
- 80% des études sur le paludisme est réalisé ;
- 100% des résultats des études est diffusé et utilisé ;
- 100% des sites sentinelles est fonctionnel ;

Modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre des interventions se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris la communauté.

Ainsi, pour le PSN 2021-2025, il sera élaboré un plan de surveillance et de suivi-évaluation en tenant compte de la stratification au niveau des interventions. Ce plan décrira en détail le type d'information, les indicateurs de performance et de résultats conformément aux objectifs fixés, les outils de collecte de données, le processus de collecte et d'analyse des données collectées. Il contiendra aussi les études et enquêtes prévues sur la période, le cadre de communication et de partage périodique des résultats réalisés, au cours de la mise en œuvre du plan.

Un feed-back mensuel sur les données transmises par les structures sanitaires est fait aux districts sanitaires par le niveau central.

✓ La surveillance

Elle consiste au suivi épidémiologique (cas et décès), à la surveillance entomologique, parasitologique, à la pharmacovigilance et anthropologique (comportements de l'homme).

Par surveillance, on entend la collecte, l'analyse et l'interprétation continue des données sur la maladie, l'utilisation de ces données pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques de santé publique.

La *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030* a fait de la surveillance du paludisme une intervention de base (pilier 3) dans tous les pays d'endémie palustre et dans ceux ayant éliminé le paludisme mais où la transmission pourrait reprendre.

La surveillance représente donc la base des activités opérationnelles quel que soit le niveau de transmission. Elle a pour objectif d'aider à réduire la charge du paludisme, d'éliminer la maladie et d'empêcher sa réapparition.

✓ Le suivi

Pour le volet du suivi, trois types d'interventions seront développés :

- Suivi de la qualité des prestations : Il se fera pendant les visites de supervision routinière (directe ou indirecte) dans les structures sanitaires publiques et privées selon la périodicité retenue dans le plan national de S&E. Ce suivi sera effectué à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du niveau central vers les régions, des régions sanitaires vers les districts, des districts vers les ESPC et des ESPC vers la communauté ;
- Suivi de la qualité des données des indicateurs du Plan National de S&E : Il sera effectué à travers les visites de supervision, la visite annuelle de vérification des données sur site (OSDV), lors des validations des données au niveau des établissements sanitaires, la revue des données lors des réunions de coordination des districts mais également lors des visites de contrôle qualité des données (RDQA) dans les sites de gestion des données ;
- Suivi de l'efficacité des interventions : il se fera à travers les activités de recherche opérationnelle qui seront réalisées chaque deux ans sur les 12 sites sentinelles de surveillance du paludisme. Il s'agit des études sur l'efficacité résiduelle des MILDA, la transmission vectorielle, l'efficacité des CTA, la résistance des vecteurs aux insecticides, l'efficacité et la tolérance de la SP et l'évaluation des TDR, l'enquête des services de santé (ESS)

Les études (entomologiques, parasitologiques et transmission vectorielles...) initiées par le programme seront conduites par le consortium des centres de recherche via le GSA.

La surveillance est épidémiologique (surveillance de routine, surveillance sentinelle et surveillance communautaire), parasitologique et entomologique.

✓ L'évaluation

L'évaluation des interventions de ce plan stratégique se fera à travers :

- Des revues annuelles et une revue à mi-parcours du plan avec des enquêtes de services de santé. Ces revues permettront d'avoir une vue d'ensemble sur les facteurs pouvant entraver l'atteinte des objectifs du PSN 2021-2025. En outre, une revue finale permettra de mesurer le niveau global d'atteinte des résultats initialement fixés.
- Des enquêtes d'envergure nationale (MICS, EDS, EIP, MBS) pour lesquelles le PNLP apportera une contribution technique et financière à la réalisation. Ces enquêtes permettront de mesurer le niveau d'atteinte des indicateurs d'effets et d'impact des interventions dans la population.

Tableau XVII : Approches opérationnelles de la mise en œuvre des interventions de surveillance, de suivi et évaluation, et de recherche opérationnelle

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
Suivi de la qualité des prestations	PNLP, DRS, DDS	113 DDS
Suivi de la qualité des données des indicateurs du Plan National de S&E:	DRS, DDS, DIIS	113 DDS

Suivi de l'efficacité des interventions	PNLP, DRS, DDS, GSA	12 DDS
Des revues annuelles et une revue à mi-parcours du plan	PNLP	113 DDS
Des enquêtes ménages d'envergure nationale (MICS, EDS, EIP, MBS)	INS, DIIS	113 DDS

La plupart des interventions de surveillance, suivi-évaluation et recherche concerneront tous les districts sanitaires.

En ce qui concerne la qualité des prestations l'approche de stratification basée sur l'endémicité et la qualité des données permettra de faire un focus sur les districts à forte endémicité et ceux produisant des données de qualité insuffisante.

De même certains districts à faible endémicité et quelques districts produisant des données de qualité satisfaisante seront suivis avec pour objectif d'une part d'aller vers la pré-élimination et d'autre part servir de modèle et de coach pour les autres districts.

3.6.11 Gestion des programmes

Résultats attendus

- Au moins 80% des besoins en renforcement des capacités de gestion et de coordination du PNLP est satisfait ;
- au moins 90% du plan de renforcement des capacités des acteurs et des partenaires de mise en œuvre de la lutte contre le paludisme est élaboré et est mis en œuvre ;
- au moins 50% des stratégies développées dans le cadre de la multisectorialité de la lutte contre le paludisme est mis en œuvre ;
- au moins 80% des ressources prévues dans le plan de mobilisation de ressources pour soutenir la lutte contre le paludisme est disponible;
- 100% du système d'évaluation de la performance du programme est formalisé et mis en œuvre ;

Modalité de mise en œuvre

Le PNLP travaille en collaboration avec des structures nationales impliquées dans la lutte contre le paludisme au niveau des secteurs public, privé et communautaire. Cette collaboration intervient dans le cadre de la multisectorialité et de la pérennisation des acquis par le transfert de compétences au niveau national. Cependant, la collaboration avec les autres secteurs d'activités demeure insuffisante. L'évolution actuelle de la lutte en Côte d'Ivoire nécessite des réformes qui portent sur le renforcement des capacités organisationnelles, des ressources humaines, des infrastructures, du matériel et des outils de gestion. Ainsi :

- une restructuration de l'organigramme du PNLP et le recrutement de personnels spécialisés (entomologistes, gestionnaires de données, logisticiens, ...) sont nécessaires ;
- un plan de renforcement de capacités (ressources humaines, matériels de travail et des outils de gestion) du PNLP et des acteurs de mise en œuvre (communautaires, secteur privé) sera élaboré puis mis en œuvre ;
- la collaboration avec les autres programmes de santé sera renforcée ;

- la multisectorialité sera renforcée par l'implication de tous les acteurs tant au niveau national qu'au niveau déconcentré ;
- le plan de mobilisation de ressources sera mis en œuvre afin d'assurer le financement du présent plan stratégique ;
- un système d'évaluation de la performance du programme sera formalisé et mis en œuvre afin d'évaluer la performance des acteurs (PNLP, communautaires, secteur privé).

Tableau XVIII : Approches opérationnelles de la gestion des programmes

Interventions	Responsables de MEO	Zones de MEO
Renforcement de capacité de gestion et de coordination du programme	PNLP	PNLP
Renforcement de capacité du PNLP et des acteurs et des partenaires de mise en œuvre	PNLP	National
Renforcement de la collaboration avec les autres programmes de santé	PNLP	National
Renforcement des stratégies de multisectorialité	PNLP	National
Mise en œuvre du plan de mobilisation des ressources	PNLP	National et International
Mise en œuvre d'un système d'évaluation de la performance du programme	PNLP	National

3.7 Proposition d'interventions par strate d'endémicité et par axe stratégique

Draft de stratification des interventions de lutte contre le paludisme									
Période 2021-2025									
TYPE DE STRATES	INTERVENTIONS								
	MILDA	TPI	DEMOUSTICATION/ASSAINISSEMENT	PID	Diagnostic et Prise En Charge (PEC)	iCCM	SUIVI - EVALUATION	RECHERCHE	COMMUNICATION
STRATE 1 <i>(concerne 5 districts ayant une incidence <100 OU un nombre de cas confirmés <50000)</i>	<i>Distribution en routine MILDA dans les Formations Sanitaires (Publiques, privées lucratives et non lucratives) au cours des CPN, PEV et Soins Curatifs, Distribution communautaire et dans les écoles des MILDA; Campagne de distribution des MILDA chaque trois ans</i>	<i>Administration TPIg dans les Formations Sanitaires (Publiques, privées lucratives et non lucratives) Recherche des FEE perdues (ASC, GF); TPIIn dans 2 DDS</i>	<i>mobilisation communautaire, CIP sur l'identification et la destruction des gites larvaires par les ménages ; Assainissement par la population et les collectivités locales</i>		<i>Diagnostic et PEC dans les Formations Sanitaires (Publiques, privées non lucratives et privés) Stratégie avancées dans les gros villages situés à moins de 5km d'un centre de santé et dans quartiers précaires</i>	<i>Diagnostoc et PEC communautaire à travers la mise en oeuvre de l'iCCM par les ASC 1 ASC/500 habitants (80 à 100 foyers par mois) dans les villages situés à plus de 5KM d'un centre de santé</i>	<i>Supervision du nouveau central, regional et district, des ESPCS et les activités des ASC; Une mission de suivi par semestre; Validation des données sur site Reunion de coordination trimestre sur la qualité des données epidemiologiques et logistiques; investigation trimestrielle de la notification</i>	<i>Contrôle qualité du diagnostic biologique, surveillance épidemiologique, entomologique et anthropologique; Etude entomologique, épidemiologique, parasitologique et MBS; Evaluation de l'efficacité des TDR , CTA et MILDA</i>	<i>Communication de masse(affichages, Radio,télé ,réseaux sociaux); Envoie des SMS aux femmes enceintes ; Communication interpersonnelle(ASC, G. FEM, EMC,GAC, Mari modèle) dans les villages situés à plus de 5km d'un centre santé et dans les gros village (plus de 2000 habitants) situés à moins de 5km d'un centre de santé; mobilisation communautaire et engagement des autorités administratives,</i>

					<i>ou difficiles d'accès situés à moins de 5km d'un centre de santé des chefs lieux de régions</i>		<i>des cas et decés</i>		<i>politiques et leaders communautaires</i>
<i>NB: les stratégies avancées, TPIIn, Assainissement, validation des données sur site concernent deux DDS identifiés pour la pré-élimination</i>									
<i>STRATE 2 (concerne 17 districts ayant une incidence de 100-199 OU un nombre de cas confirmés entre 50000-74999).</i>	<i>Distribution MILDA en routine dans les Formations Sanitaires (Publiques, privées lucratives et non lucratives) au cours des CPN, PEV et Soins Curatifs; Distribution communautaire des MILDA; Campagne de distribution des MILDA aux menages.</i>	<i>Administration TPIg dans les Formations Sanitaires (Publiques, privées lucratives et non lucratives) ; Recherche des FEE perdues de vue par les ASC et les groupements feminins.</i>			<i>Diagnostic et PEC dans les Formations Sanitaires (Publiques, privées non lucratives et non lucratives)</i>	<i>Diagnostoc et PEC communautaire à travers la mise en oeuvre de l'iCMM par les ASC 1 ASC/500 habitants (80 à 100 foyers par mois)</i>	<i>Supervision du nouveau central, regional et district,des ESPCS et les activités des ASC; Une mission trimestrielle de suivi des activités, validation des données sur site ; Reunion trimestrielle de coordination sur la qualité des données epidemiologiques</i>	<i>Evaluation de l'efficacité TDR, CTA et résiduelle des MILDA; surveillance épidemiologique, entomologique et anthropologique; Etude entomologique, Enquête de service de santé</i>	<i>Communication de masse(affichages, Radio,télé ,réseaux sociaux); Envoie des SMS aux femmes enceintes ; Communication interpersonnelle(ASC, G. FEM, EMC,GAC, dans les villages situés à plus de 5km d'un centre santé et dans les gros village (plus de 2000 habitants) situés à moins de 5km d'un centre de santé mobilisation communautaire et engagement des</i>

							<i>et logistiques ; investigation trimestrielle de la notification des cas et deces</i>		<i>autorités administratives, politiques et leaders communautaires</i>
STRATE 3 (concerne 32 districts ayant une incidence de 200-299 OU un nombre de cas confirmés entre 75000- 99999)	<i>Distribution MILDA en routine dans les Formations Sanitaires (Publiques, privées lucratives et non lucratives) au cours des CPN, PEV et Soins Curatifs; Distribution communautaire des MILDA; Distribution de MILDA aux les enfants de moins de 5ans dans les écoles maternelles et garderies ;</i>	<i>Administration TPIg dans les Formations Sanitaires (Publiques, privées lucratives et non lucratives) ; Recherche des FEE perdues de vue par les ASC et les groupements feminins</i>		<i>Diagnostic et PEC dans les Formations Sanitaires (Publiques, privées non lucratives et non lucratives) Stratégie avancées dans les villages situés à plus de 5km d'un centre de santé , les gros villages de plus de</i>	<i>Diagnostc et PEC communautaire à travers la mise en oeuvre de l'iCCM par les ASC (1 ASC pour 500 personnes, pour les villages avec une population inférieure à 500 , les regrouper et leur affecter un ASC)</i>	<i>Supervision du nouveau central, regional et district,des ESPCS et les des ASC; Mission de suivi trimestriel; Reunion de coordination trimestrielle sur la qualité des données epidemiologiques et logistiques; RDQA (Audit rapide de la qualité des services); Enquete ABC et EUV;</i>	<i>Evaluation de l'efficacité des TDR, CTA et résiduelle des MILDA; surveillance épidemiologique, entomologique et anthropologique; Etude entomologique, Enquête de service de santé</i>	<i>Communication de masse(affichages, Radio,télé ,réseaux sociaux); Envoie des SMS aux femmes enceintes ; Communication interpersonnelle(ASC, G F, EMC,GAC, Maris modèle) dans les villages situés à plus de 5km d'un centre santé et dans les gros village (plus de 2000 habitants) situés à moins de 5km d'un centre de santé mobilisation communautaire et engagement des autorités administratives,</i>	

	<i>Campagne de distribution des MILDA aux menages.</i>				<i>2000 habitants situés à moins de 5km d'un centre de santé difficiles d'accès et quartiers précaires des chefs lieux de régions</i>				<i>politiques et leaders communautaires</i>
STRATE 4 (concerne 32 districts ayant une incidence >=300 OU un nombre de cas confirmés >=100000)	<i>Distribution MILDA en routine dans les Formations Sanitaires (Publiques, privées lucratives et non lucratives) au cours des CPN, PEV et Soins Curatifs; Distribution communautaire des MILDA; Distribution de MILDA aux enfants de moins de 5ans</i>	<i>TPIg dans les Formations Sanitaires (Publiques, privées lucratives et non lucratives) ; Recherche des FEE perdues de vue par les ASC et les groupements féminins, TPIg en stratégies avancées dans les quartiers</i>	<i>Campagne de demoustication dans dix Districts sanitaires chaque année</i>	<i>PID dans deux DDS par an</i>	<i>Diagnostic et PEC dans les Formations Sanitaires (Publiques, privées non lucratives et lucratifs); Diagnostic et PEC dans lors des stratégies avancées Stratégies avancées dans les</i>	<i>Diagnostoc et PEC communautaire à travers la mise en oeuvre de l'iCMM par les ASC (1 ASC pour 500 personnes, pour les villages avec une population inférieure à 500 , les regrouper et leur affecter un ASC)</i>	<i>Supervision du nouveau central, regional et district,des ESPCS et les des ASC; Mission de suivi bimestriel Reunion de coordination trmestrielle sur la qualité des données epidemiologiques et logistiques; RSQA (Audit rapide de la qualité des services);</i>	<i>Evaluation de l'efficacité TDR, CTA et résiduelle des MILDA; surveillance épidemiologique, entomologique et anthropologique; Etude entomologique, Enquête de service de santé</i>	<i>Communication de masse(affichages, Radio,télé ,réseaux sociaux); campagne locale de sensibilisation de la population; Sensibilisation à travers un camion podium; Envoie des SMS aux femmes enceintes ; Communication interpersonnelle(ASC, G F, EMC,GAC, Maris modèle) dans les villages situés à plus de 5km d'un centre santé et dans les gros</i>

<p><i>dans les écoles maternelles et garderies; Distribution de MILDA au cours des stratégies avancées dans les quartiers précaires des chefs lieux de régions et gros villages (2000 personnes) situés à moins de 5km d'un centre de santé;</i></p> <p><i>Campagne de distribution des MILDA aux menages.</i></p>	<p><i>précaires des chefs lieux de régions et gros villages (2000 personnes) situés à moins de 5km d'un centre de santé; TPIIn dans 08 DDS</i></p>				<p><i>quartiers précaires des chefs lieux de régions et gros villages (2000 personnes) situés à moins de 5km d'un centre de santé.</i></p>		<p><i>Enquete ABC et EUV; validation des données sur site</i></p>		<p><i>village (plus de 2000 habitants) situés à moins de 5km d'un centre de santé; communication interpersonnelle par les pairs (milieu de travail spécifiques: agriculture, pêche, etc. via agents communautaires d'ANADER, Orpailleurs); mobilisation communautaire et engagement des autorités administratives, politiques et leaders communautaires</i></p>	
<p><i>NB: La PID sera faite dans deux DDS identifiés;Le TPIIn dans 08 DDS; mission de suivi bimestriel dans 10 DDS ; la démoustication, validation des données sur site et la sensibilisation à travers le camion podium seront mises en oeuvre dans 10 DDS identifiés.</i></p>										

3.8 Cadre de performance du PSN 2021-2025

3.9 Tableau XIX: Cadre de performance du PSN 2021-2025

Voir Fichier Excel

4 CADRE DE MISE EN ŒUVRE

4.1 Modalités de mise en œuvre du PSN 2021- 2025

Le plan stratégique est la boussole qui permet à toutes les parties prenantes de travailler en synergie dans le but d'atteindre les objectifs fixés. Ainsi la coordination et la mise en œuvre se feront aux différents niveaux de la pyramide sanitaire y compris les secteurs privés et communautaires. Elles se feront à travers une planification opérationnelle rigoureuse et le renforcement de partenariat et de la multisectorialité.

4.1.1 Mécanisme de planification et de mise en œuvre

Le Plan Stratégique National 2021-2025 est un plan quinquennal consensuel et inclusif aligné sur le PNDS. Il est développé sur la base des engagements internationaux pris par le pays sur le paludisme (ODD3, STM, GW13, plan RBM, Plan stratégique de l'OOAS)

De ce PSN, un plan opérationnel annuel de lutte contre le paludisme sera élaboré par l'ensemble des parties prenantes et les partenaires de mise en œuvre.

Les objectifs de ce plan seront déclinés en objectifs régionaux et départementaux.

Une revue sera réalisée après trois ans de mise en œuvre, et en fin d'exercice dans le cadre du suivi de ce PSN.

Le PNLP apportera un appui à l'organisation des réunions et des supervisions semestrielles des acteurs du niveau régional (Equipe Régionale de Santé) dans le cadre de la coordination et du suivi des interventions.

En fin d'année interviendra la revue annuelle des plans d'action du PNLP des régions et districts (réunion bilan et task force), et l'élaboration de ceux de l'année suivante. Le rapport annuel sera établi, validé et partagé avec tous les acteurs et partenaires.

Par ailleurs, la mise en œuvre du PSN sera accompagnée de plusieurs documents normatifs tels qu'un manuel des procédures de gestion administrative, financière et comptable, un plan de suivi-évaluation avec le cadre de performance, un plan de communication, un plan de passation des marchés, un plan de gestion des achats et des stocks et un plan de mobilisation des ressources.

En outre, le document de politique et les directives seront révisés pour prendre en compte les nouvelles recommandations de l'OMS adaptées au contexte épidémiologique de la Côte d'Ivoire. Ce rôle est dévolu au Groupe Scientifique d'Appui au PNLP. Cependant, le consensus des parties prenantes et des autorités sera sollicité à travers des ateliers et réunions techniques. Un mécanisme de diffusion de ces documents sera mis en place afin de garantir leur disponibilité auprès des acteurs et des partenaires.

Les activités du PNLP sont intégrées à celles des autres programmes de santé tels que le PNSME, PEV, PNSSU-SAJ, PNLS, PNPMT. Un accent particulier sera mis sur le secteur privé et le volet communautaire.

La mobilisation des ressources est une étape importante qui est de la responsabilité du pays avec le soutien des PTF (GF, PMI, BM, OMS, UNICEF, DFiD, OOAS, secteur privé, ... etc).

4.1.2 Système de partenariat et de coordination

La Direction Générale de la Santé, assure la coordination des activités des programmes dont le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) depuis 2016.

L'administration, l'animation, l'appui scientifique, le suivi et l'évaluation sont assurés par la direction de coordination et le groupe scientifique d'appui.

La coordination de la lutte sera renforcée par la mise en place d'un cadre de concertation permanente mise en place avec les autres programmes de santé, notamment le Programme National de la Santé de la mère et de l'enfant, le programme national de santé scolaire et universitaire, le programme National de promotion de la Médecine traditionnelle, etc.

Par ailleurs, le Comité National de lutte Anti Vectorielle (CNLAV), créé par arrêté N°393/MSHP/CAB du 02 août 2019 sera révisé pour intégrer les attributions du comité de pilotage de la campagne de masse de distribution gratuite de MILDA mis en place depuis 2013 (Arrêté N° 385/MSLS/CAB du 25 octobre 2013). Cette révision va abroger le comité de pilotage de la campagne.

Le CNLAV révisé est une véritable plate-forme d'échanges multisectoriels qui prendra aussi en compte l'Assemblée Nationale, la chambre des rois et chefs traditionnels, et les autres acteurs de l'Arrêté de 2013. Il facilitera la mise en œuvre, le plaidoyer et la prise de décisions stratégiques.

Pour son fonctionnement, ce comité sera présidé par le Ministère en charge de la santé et de l'Hygiène Publique au niveau central. Il aura une représentation au niveau régional et départemental, et se réunira deux fois l'année de façon semestrielle, sous l'autorité des Préfets.

La coordination centrale donnera des orientations de la lutte antivectorielle et les comités déconcentrés assureront le suivi de la mise en œuvre.

Par ailleurs, la coordination du PNLN a été renforcée au niveau régional par le recrutement de dix (10) conseillers techniques qui appuient les régions sanitaires en leur permettant de mettre en œuvre de manière optimale les activités de lutte contre le paludisme et de santé Mère -Enfant

Chaque conseiller technique a en charge deux régions sanitaires en dehors des deux régions d'Abidjan. La coordination des partenaires de la lutte se fera à travers l'organisation des Task Forces nationales qui réuniront de façon semestrielle les parties prenantes pour échanger sur la mise en œuvre des interventions et prendre des décisions.

En vue de renforcer la coordination des interventions, une cartographie des partenaires techniques et financiers (PTF) de la lutte contre le paludisme dont l'OMS, l'UNICEF, le Fonds mondial de Lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, PMI, MSH etc., sera réalisée. Cette cartographie sera régulièrement mise à jour et permettra d'éviter les duplications dans l'appui que le pays reçoit dans le cadre de la lutte. Une plate-forme sera mise en place pour servir de cadre de planification et de partage des résultats.

La Direction de Coordination du PNLN renforcera et diversifiera son partenariat, à l'échelle nationale (Ministères, l'Assemblée Nationale, Conseils Généraux, Municipalités, Entreprises etc...) ainsi qu'au niveau international, pour garantir un financement durable. Ce type de partenariat permettra à la Côte d'Ivoire de disposer de ressources suffisantes pour la mise en œuvre du PSN 2021 -2025. A cet effet, un plan de mobilisation de ressources sera élaboré et mis en œuvre

4.1.3 Approvisionnement et système de gestion des achats

Quantification

La quantification des intrants de lutte contre le paludisme (antipaludique, SP, TDR, intrants de la GE/FS) se fait avec l'appui des PTF, la Direction de l'Activité Pharmaceutique et de Laboratoires (DAPL), l'Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique (AIRP), la Nouvelle PSP, CNCAM, USAID, UNICEF...) sous le lead du service GAS du PNLP sur la base des données de consommation à l'aide de l'outil Excel. Cette quantification est actualisée chaque fin d'année pour l'année n+1 au cours d'un atelier. Elle est soumise à l'approbation du bailleur.

Commande ou achat

Le PNLP assure la commande des intrants et médicaments, soit directement auprès des fournisseurs agréés par le bailleur, soit à travers la Nouvelle PSP. L'ensemble de ces produits est exonéré de toute taxe et droit de douane.

Stockage

La réception de ces intrants et médicaments se fait dans les magasins de la Nouvelle PSP en présence du PNLP selon le plan de livraison. Le stockage sera assuré au niveau central par la Nouvelle PSP. Il sera facilité par la construction progressive de magasin de stockage au niveau régional. Enfin, il est assuré au niveau opérationnel par les pharmacies des districts et des hôpitaux.

Approvisionnement

Conformément au cadre de collaboration établi avec le PNLP, la Nouvelle PSP approvisionne les pharmacies des 113 districts, les pharmacies des hôpitaux de référence et des clients directs suivant un plan d'approvisionnement mensuel sur la base des rapports de commande mais également selon un plan d'allocation soumis par le PNLP en cas de nécessité.

Distribution

La pharmacie du district sanitaire approvisionne mensuellement les ESPC, les structures sanitaires privées (lucratives et non lucratives) selon les besoins exprimés. L'infirmier responsable de l'ESPC approvisionne les ASC selon leurs besoins. Tous ces intrants de Lutte contre le Paludisme (ILP) sont distribués gratuitement.

Suivi

Les outils de gestion sont utilisés à tous les niveaux de la chaîne de distribution. Il s'agit de bordereau de livraison, de la fiche de stock, de la fiche d'inventaire et de la fiche de transfert. L'objectif de ces outils est de disposer en permanence des ILP pour les populations, qui vont, sans distinction d'âge ni de sexe, dans ces structures réparties sur l'étendue du territoire national pour obtenir les services de prévention, de diagnostic et de prise en charge du paludisme. La prise en charge du paludisme est gratuite pour tous. La gratuité ciblée est prévue pour les femmes enceintes et les enfants de 0-5 ans y compris le traitement de pré-transfert pour les enfants de 0-5 ans.

La mise en place d'un mécanisme de suivi du plan d'approvisionnement, du suivi des données de consommation et de la gestion des stocks des structures périphériques permettra d'anticiper ou de contrôler la survenue du risque de ruptures des Produits médicaux et

pharmaceutiques. Un contrôle de qualité de ces produits, y compris les TDR et lames, sera effectué chaque semestre à partir de prélèvements d'échantillons dans les structures publiques et privées.

4.1.4 Gestion des ressources financières

Les ressources financières mobilisées pour la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire proviennent de deux principales sources : l'Etat et ses partenaires techniques et financiers. Ces ressources financières sont gérées suivant les procédures nationales sous l'autorité de la DAF du MSHP. Pour le cas spécifique du Fonds mondial, les procédures de gestion sont décrites dans le manuel de procédures de gestion financière et comptable convenu avec les bénéficiaires principaux des programmes nationaux (PNLS, PNLT, PNLP). Les autres partenaires (OMS, UNICEF, PMI, MSH etc.) appliquent les procédures de gestion propres à leur organisation. En vue d'assurer une meilleure qualité de l'exécution des dépenses, il est prévu chaque année des audits internes et externes ainsi que des missions d'inspection financière et des inventaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

4.1.5 Gestion et atténuation des risques

Dans la mise en œuvre des interventions, le Programme National de lutte contre le paludisme pourrait être confronté à divers facteurs de risques notamment :

- les ruptures intempestives en intrants à tous les niveaux ;
- la crise économique mondiale qui limite les financements de l'Etat et les engagements de certains partenaires ;
- la lourdeur administrative des procédures de déblocage des fonds et des passations de marchés au niveau de l'Etat et de certains partenaires techniques et financiers ;
- L'insuffisance de qualité des données (viabilité, complétude, promptitude, fiabilité, précision et intégrité);

Pour répondre à toutes ces difficultés, le PNLP dispose d'une procédure de gestion des risques basée sur l'existence des documents tels que le Règlement intérieur et le Code de bonne conduite.

Les réunions hebdomadaires de coordination avec tous les chefs de service, les réunions mensuelles de staff avec tout le personnel et les Task-forces avec toutes les directions régionales et départementales permettent d'anticiper ces risques. La mise en place d'un mécanisme de suivi du plan d'approvisionnement, du suivi des données de consommation et de la gestion des stocks des structures périphériques permet de contrôler la survenue de ruptures. La réalisation des enquêtes EUV afin de suivre la disponibilité des intrants au niveau des sites finaux y contribue.

La formalisation et le renforcement du mécanisme de validation des données au niveau des régions sanitaires et le déploiement du logiciel DHIS2 permettront d'atténuer l'insuffisance de qualité des données. En plus les audits RDQA permettront d'atténuer l'insuffisance de la qualité des données.

4.2 Budgétisation du PSN

4.2.1 Résumé du budget du PSN 2021-2025

Voir Fichier EXCEL en cours

4.3 Plan de travail du PSN 2021-2025 (En cours de finalisation)

Annexe 1 Priorisation des interventions

Une démarche de priorisation selon les critères bien définis (gap programmatique qualitatif et quantitatif, lacune de ressources financières et impact sur la maladie) a été utilisé pour classer les différentes stratégies. Une pondération a été appliquée pour départager les stratégies classées exæquo.

Tableau XXII Priorisation des stratégies

1er	Atteinte de la couverture Diagnostic et PEC
2ème	Accès universel aux MILDAS
3ème	Accès universel du TPI chez les femmes enceintes
4ème	Atteinte la couverture universelle PEC communautaire chez enfants de moins de 5 ans
5ème	Renforcement du système de S&E
6ème	Communication pour le changement social et comportemental
7ème	Renforcement des capacités de gestion et de coordination du programme
8ème	Prévention par PID dans des districts ciblés
9ème	Prévention par la LAL dans des districts ciblés
10ème	Prévention par le traitement préventif intermittent chez le nourrisson