



REPUBLIQUE DE DJIBOUTI
MINISTERE DE LA SANTE

Direction des Programmes de Santé Prioritaires
(DPSP)

Programme National de Lutte contre le Paludisme

**Plan stratégique national de lutte contre
le paludisme, 2020-2024**

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations	i
Avant-propos.....	iv
Remerciements.....	vi
Résumé	vii
Introduction	ix

CHAPITRE I.

1. PROFIL DU PAYS1

1.1. Situation politico-administrative, démographique et ethnologique.....	1
1.2. Écosystème, environnement et climat.....	2
1.3. Situation socio-économique	4
1.4. Situation communicationnelle	5
1.5. Analyse du système de santé	6
1.6. Ressources humaines et financières.....	9
1.7. Personnel de santé	10
1.8. Produits médicaux, infrastructures et logistique	11
1.9. Information sanitaire	11

CHAPITRE II.

2. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME DANS LA REPUBLIQUE DE DJIBOUTI ET REVUE DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2013-201713

2.1. Épidémiologie du paludisme dans la République de Djibouti et défis opérationnels13

2.1.1. Vecteurs et transmission du paludisme.....	14
2.1.2. Résistance des vecteurs aux insecticides et implications sur la lutte anti vectorielle	16
2.1.3. Parasites du paludisme	17
2.1.4. Résistance des parasites aux antipaludiques	17
2.1.5. Dynamique de la transmission et niveau d'endémicité du paludisme	18
2.1.6. Stratification du paludisme	23

2.2. Performance du programme national de lutte contre le paludisme24

2.2.1. Différents Plans stratégiques nationaux des programmes de lutte contre le paludisme.....	24
2.2.2. Revue de performance des programmes de lutte contre le paludisme.....	25
2.2.3. Principaux résultats et recommandations de la revue du PNLDP Djibouti.....	25

2.3. Orientations stratégiques du programme : du contrôle vers l'élimination26

CHAPITRE III.

3. CADRE STRATEGIQUE DU PSN 2020-202428

3.1. Vision	28
-------------------	----

3.2. Mission	28
3.3. Orientations stratégiques	28
3.4. Principes directeurs	29
3.5. But	29
3.6. Objectifs généraux.....	29
3.7. Objectifs spécifiques.....	29
3.8. Axes stratégiques, interventions et cibles	31
3.8.1. Principales interventions de lutte contre le paludisme.....	31
3.8.2. Description des cibles et des activités par axe stratégique.....	32

CHAPITRE IV.

4. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PSN 2020-2024.....45

4.1. Plan de mise en œuvre.....	45
4.2. Budget et financement des activités.....	45
4.2.1. Mobilisation des ressources	45
4.2.2. Analyse des écarts budgétaires.....	49
4.2.3. Risques et mesures d'atténuation	49

CHAPITRE V.

5. CADRE DE SUIVI - EVALUATION DU PSN 2020-202452

5.1. Contexte.....	51
5.2. Cadre pour le suivi et l'évaluation des entrées (apports) jusqu'à l'impact.....	52
5.3. Les fonctions de suivi et de l'évaluation.....	53
5.4. Suivi des progrès et évaluation de l'impact et des résultats.....	54
5.5. Validation des données.....	55
5.6. Utilisation des informations de suivi des progrès du programme.....	56
5.6.1. Planification du programme.....	56
5.6.2. Indicateurs clés et cadre de performance du PSN.....	57
5.7. Modalités de coordination des partenaires nationaux et internationaux du PNLN	57

ANNEXES

Liste des Tableaux et Figures

1. Liste des Tableaux

Tableau 1 : Répartition des structures sanitaires par district dans la République de Djibouti	9
Tableau 2 : Les espèces d'Anopheles récoltées dans la République de Djibouti en 2016/17.....	15
Tableau 3 : Mortalité liée à l'exposition des Anopheles vecteurs aux différents insecticides (décembre 2016-février 2017).....	16
Tableau 4 : Répartition du nombre des cas dépistés positifs au paludisme à partir du mois de janvier à décembre 2019.....	17
Tableau 5 : Paludisme chez la femme enceinte : Djibouti (Maternité Dar-el-Hanan), Septembre 2019.....	20

Tableau 6 : Répartition des cas de paludisme confirmés selon les structures sanitaires de Djibouti-ville au cours des années 2017, 2018 et 2019.....	21
Tableau 7 : Nombre des cas de paludisme dans les structures publiques et privées de Djibouti, 2018.....	22
Tableau 8 : Répartition des cas de paludisme par tranche d'âge dans tous les districts de Djibouti (Janvier -Septembre 2019).....	23
Tableau 9 : Principales recommandations de la Revue de performance du programme national de lutte contre le paludisme (RPP 2019).....	Annexe
Tableau 10 : Réorientation stratégique du programme de contrôle vers l'élimination.....	26
Tableau 11 : Principales interventions de lutte contre le paludisme.....	30
Tableau 12 : Allocations du gouvernement djiboutien et ses partenaires aux activités du PNLP pour la période 2020-2024.....	46
Tableau 13a : Budget synthèse par Axe stratégique, PSN2020-2024.....	47
Tableau 13b : Plan de mise en œuvre des activités du PNLP (PSN2020-2024)	(Annexe)
Tableau 14 : Les partenaires techniques et financiers du Ministère de la santé (Source, DEPCI, 2019)	48
Tableau 15 : Plan de gestion des risques éventuels et mesures d'atténuation lors de la mise en œuvre du PSN2020-2024.....	49
Tableau 16 : Cadre logique pour le suivi et l'évaluation des activités du PSN2020-2024.....	53
Tableau 17 : Description des indicateurs de processus et de produits.....	55
Tableau 18 : Indicateurs clés et cadre de performance du PSN2020-2024.....	Annexe
Tableau 19 : Domaines d'interventions des partenaires nationaux et internationaux dans la lutte contre le paludisme au pays.....	58

2. Liste des Figures

Figure 1 : Carte administrative de la République de Djibouti.....	3
Figure 2 : Pyramide sanitaire, Djibouti 2019	7
Figure 3 : Circuit de transmission des données et information sanitaires.....	12
Figure 4 : Évolution du nombre des cas de paludisme de 2006-2018 dans la République de Djibouti.....	13
Figure 5 : Variations mensuelles des cas de paludisme dans la ville de Djibouti en 2019.....	19
Figure 6 : Variations mensuelles des cas de paludisme dans 5 Districts de la République de Djibouti en 2019.....	20
Figure 7 : Organigramme du PNLP (selon les propositions de l'OMS)	41
3. Composition de l'équipe de rédaction du PSN2020-2024	60

LISTE DES ABREVIATIONS

ABC	Association à base communautaire
AL	Artéméther + Luméfantrine
ALMA	Alliance africaine pour la lutte contre le paludisme (African Leadership for Malaria Alliance)
AMS	Stratégie Africaine de lutte contre le paludisme
ANPH	Agence nationale des personnes handicapées
AQ	Assurance qualité
AS+SP	Artesunate + Sulfadoxine-Pyriméthamine
ASC	Agents de Santé Communautaire
CAMME	Centrale d'achat des médicaments et matériels essentiels
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CERD	Centre d'études et de recherche de Djibouti
CCC	Communication pour le changement de comportement
CCM	Mécanisme de coordination des activités du Fonds mondial au niveau du pays
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMH	Centre médico-hospitalier
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
CS	Centre de santé
CSC	Centre de santé communautaire
CSLP	Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté
CTA	Combinés thérapeutiques à base d'artémisinine
CPN	Consultation prénatale
DEPCI	Direction des études et de la coopération internationale
DIS	Direction de l'Information sanitaire
DHIS2	Système d'information sanitaire - district (District health information software)
DMPL	Direction des médicaments, de la Pharmacie et des laboratoires
DPS	Direction de la promotion de la santé
DPSP	Direction des programmes de santé prioritaires
DRS	Direction régionale de la santé
DSME	Direction santé mère et enfant
ECAMM	Évaluation Externe de la compétence des microscopistes du paludisme
EDS	Enquêtes démographiques et de santé
EIP/MIS	Enquêtes sur les indicateurs du paludisme (Malaria indicator survey) competency assessment in malaria microscopy)
EPA	Agence pour la protection environnementale
FFOM	Forces, faiblesses, opportunités et menaces
FM	Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
FMI	Fonds monétaire international
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FOSA	Formation sanitaire
GAP	Plan d'Action Global (Global Action Plan)
GAS	Gestion des approvisionnements et des stocks
GE	Goutte épaisse
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

IEC/CCC	Information, éducation et communication /communication pour le changement de comportement
IGAD	Autorité intergouvernementale pour le développement
INDS	Initiative Nationale pour le Développement Social
INSS	Institut national des sciences de la santé
INSPD	Institut National de Santé Publique de Djibouti
ISSS	Institut Supérieur des Sciences de la Santé
JMLP	Journée mondiale de lutte contre le paludisme
LAV	Lutte antivectorielle
MICS	Enquêtes en grappe à indicateurs multiples (multiple indicator cluster survey)
MILDA	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
MCD	Médecins chefs de districts
ME	Ministère de l'Éducation
MENFOP	Ministère de l'Éducation nationale et de la formation professionnelle
MESUR	Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche
MS	Ministère de la santé
OBC	Organisation à base communautaire
ODD	Objectifs pour le développement durable
OIM	Organisation internationale pour la migration
ONEAD	Office national des eaux et assainissement de Djibouti
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAM	Programme alimentaire mondial
PEC	Prise en charge des cas de paludisme
PEV	Programme élargi de vaccination
PIB	Produit intérieur brut
PID	Pulvérisation intradomiciliaire
PF	Points focaux paludisme
Pf	<i>Plasmodium falciparum</i>
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PMI	Initiative présidentielle pour la lutte contre le paludisme
PMO	Plan de mise en œuvre
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PNUD	Programme de Nations Unies pour le Développement
POS	Procédures opérationnelles standard
PRE	Préparation et riposte aux épidémies
PS	Poste de santé
Pv	<i>Plasmodium vivax</i>
RAM	Rapport d'activités mensuelles
RBM	Faire Reculer le Paludisme (Roll Back Malaria)
RECO	Relais communautaire
RPP	Revue de performance du plan stratégique national de lutte contre le paludisme
SIGL	Système d'information de gestion et la logistique
SC	Société Civile
SCAPE	Stratégie de croissance accélérée et de promotion de l'emploi

SE	Suivi et évaluation
SMS	Système de message succinct (short message system)
SR	Sous-récepteur
STM	Stratégie technique mondiale
T	Trimestre,
TDR	Test de diagnostic rapide
TET/EET	Test d'efficacité thérapeutique/ Étude d'efficacité thérapeutique
TP	Taux de prévalence parasitaire
TPIg	Traitement préventif intermittent pendant la grossesse
UA	Union africaine
UNFD	Union Nationale des Femmes Djiboutiennes
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (United nations high commissioner for refugees)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WAKF	Ministère des Affaires musulmanes, de la culture et des biens Wakfs

AVANT PROPOS

La Vision du pays par rapport à la lutte contre le paludisme est de faire de Djibouti « un pays sans paludisme à l’horizon 2030 », ceci grâce au programme PNLN qui a comme mission de mettre à la disposition de la population djiboutienne les meilleures interventions de prévention et de traitement du paludisme en vue de l’élimination de la maladie.

Afin de réduire l’incidence du paludisme, plusieurs actions ont été menées par le gouvernement Djiboutien appuyé par ses partenaires. Il s’agit notamment de la distribution de masse des moustiquaires imprégnées d’insecticide à longue durée d’action (MILDA), de la pulvérisation intradomiciliaire avec un insecticide rémanent (PID), de l’intensification des tests de diagnostic rapide (TDR) et de la microscopie pour la confirmation biologique des cas de paludisme, de l’utilisation des combinaisons thérapeutiques à base d’Artémisinine (CTA) pour le traitement des cas, de la gratuité du traitement du paludisme simple et grave en milieu hospitalier, les postes et centres de santé, de la prévention du paludisme chez la femme enceinte par la distribution gratuite des MILDA lors des consultations prénatales, de la pulvérisation spatiale ou fumigation pour le contrôle des vecteurs au niveau des quartiers lors des épidémies et enfin la destruction et le traitement des gîtes larvaires.

Le Fonds mondial pour la Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (FM), les partenaires au développement incluant les agences onusiennes (OMS, UNICEF, FNUAP, HCR, OIM, PAM), Roll Back Malaria (RBM), la Banque mondiale, les partenaires locaux et la société civile ont apporté l’appui technique, matériel et financier nécessaires permettant ainsi au Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) de se doter des meilleurs outils et une mise à échelle des interventions efficaces de lutte contre le paludisme.

L’évaluation des performances du Programme de lutte contre le paludisme menée conjointement par le gouvernement et ses partenaires en janvier 2019 sous le guide de l’OMS a démontré d’une part les domaines auxquels le programme a fait des avancées aussi bien que les domaines qui nécessitent encore des appuis pour conduire le pays vers l’élimination du paludisme. Le paludisme qui présentait déjà 24 cas en 2012, est passé à 25319 cas en 2018, soit une incidence de 25 cas pour 1000 habitants. En 2019, le nombre des cas positifs était de 49402 soit une incidence de 49 personnes pour 1000 habitants. Cette augmentation de la maladie présente un défi au pays et nécessite des actions accélérées afin de mener la lutte vers l’élimination du paludisme.

Le Plan Stratégique National 2020-2024 vient à point nommé et est basé sur (1) les leçons apprises dans la mise en œuvre des plans précédents, (2) des orientations stratégiques pour la lutte contre le paludisme visant l’accélération et la mise à l’échelle des interventions pour l’élimination du paludisme et (3) des engagements internationaux et sous régionaux auxquels le pays a souscrit. Ce plan stratégique est aligné sur les documents nationaux de planification, notamment la Vision Djibouti 2035, la Stratégie de croissance accélérée et de promotion de l’emploi (SCAPE) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2019-2023 en cours de finalisation). En effet, ce PSN est fondé sur les recommandations de la revue du programme national de lutte contre le paludisme organisée en janvier 2019. De même, ce Plan consolidera les acquis qui concourent à l’atteinte des Objectifs pour le développement durable (ODD). En effet, ce Plan servira de document d’orientation pour accélérer la couverture universelle des interventions visant à réduire

la morbidité et la mortalité dues au Paludisme et ainsi atténuer son impact négatif sur l'économie du pays.

Afin d'éviter l'apparition des épidémies fréquentes causées par le paludisme dans notre pays, je sollicite la collaboration de toutes les parties prenantes à assumer chacun ses responsabilités pour apporter les ressources nécessaires à l'exécution de ce Plan. A cet égard, la mobilisation des ressources financières internes et externes constituera un levier majeur de la lutte pour les cinq prochaines années. Les ressources humaines et financières mobilisées conditionneront la progression vers l'élimination du paludisme à Djibouti. En application des recommandations du Président de la République, Son Excellence Monsieur Ismail Omar Guelleh, le gouvernement s'engage efficacement à soutenir la mise en œuvre de ce Plan Stratégique National de Lutte contre le paludisme sur l'ensemble du pays.

Ayant suivi de près l'élaboration du présent plan stratégique (PSN 2020-2024), je suis satisfait de la finalisation de ce document qui prend en compte aussi bien les orientations stratégiques globales que les ambitions africaines et qui s'aligne sur les documents stratégiques nationaux.

Ainsi, j'exhorte la Direction des Programmes de Santé Prioritaires (DPSP) et la Coordination du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) à veiller à ce que les activités retenues soient strictement mises en œuvre.

J'invite un chacun de vous à collaborer avec le PNLN pour faciliter la mise en œuvre de ce PSN et je vous en remercie.

Djibouti, le xxxxx

Le Ministre de la santé

REMERCIEMENTS

Ce Plan Stratégique National de Lutte contre le Paludisme couvrant la période 2020-2024 est un fruit de l'engagement de tous les acteurs pour conduire le pays vers l'élimination de la maladie à l'horizon 2030. Le présent document est issu d'un atelier de consensus national qui a réuni les partenaires publics et privés, la société civile et les partenaires au développement œuvrant dans la lutte contre le paludisme à Djibouti. Le développement du présent document est basé sur (1) les recommandations de la revue des performances du programme organisée en janvier 2019 par le gouvernement et ses partenaires nationaux et internationaux et sur (2) les orientations nationales et internationales en matière de lutte contre le paludisme.

La participation de différents divisions et programmes du Ministère de la santé (DPSP, DEPCI, DPS, DIS, DMPL, DRS, DSME, CAMME, INSPD, PNLT, PNLS, PNLP), le Secrétariat exécutif du CCM, des structures sanitaires (Hôpital Général Peltier, Polyclinique Hayableh et Centre de santé communautaire Wahli Daba) et autres Ministères du gouvernement de la République de Djibouti tels que l'Agriculture, l'Enseignement supérieur et recherche scientifique, les Affaires sociales, etc., des partenaires au développement (OMS, PNUD, UNICEF, OIM) et des organisations de la société civile à l'atelier d'élaboration du PSN 2020-2024 a permis de s'assurer de la contribution des uns et des autres dans la lutte contre le paludisme à Djibouti. L'implication des communautés locales conduira à la mise à échelle des interventions de lutte contre le paludisme pour la période 2020-2024.

En plus de cette mobilisation, la mise en œuvre de ce processus a été rendue possible grâce à l'appui technique et financier de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à travers (1) le déploiement d'un expert international dans la lutte contre le paludisme qui a permis de donner des orientations stratégiques aux différents groupes thématiques du PNLP lors de l'atelier (1-5 décembre 2019), (2) la prise en charge du coût relatif à l'atelier de consensus de ce Plan qui a vu une participation active de 53 personnes venant de plusieurs institutions nationales et internationales ci-haut citées et (3) l'élaboration du présent Plan par l'expert international.

La Direction des programmes de santé prioritaires (DPSP) tient à exprimer sa profonde gratitude à Son Excellence, Monsieur le Ministre de la santé et à travers lui à toutes les Directions et Programmes du Ministère de la santé qui ont contribué à l'élaboration du présent document et aux autres Ministères et organisations qui ont été représentés par leurs cadres à ce processus de développement du PSN-Paludisme 2020-2024.

A cet effet, le PNLP adresse ses remerciements aux représentants de différents Divisions et Programmes du Ministère de la santé, aux formations sanitaires, aux différents Ministères du gouvernement djiboutien, au secteur privé, à la société civile, au Secrétariat exécutif du CCM-Djibouti et aux partenaires au développement ci-haut cités qui ont tous participé à l'élaboration de ce Plan ainsi qu'à toutes les institutions ou personnes ressources qui n'ont pas été nommément citées de trouver ici l'expression de notre estime et parfaite considération.

Le Coordonnateur du Programme National de Lutte contre le Paludisme

XXXXXXXX

RESUME

Djibouti est un pays situé à la corne de l’Afrique de l’Est. Le pays partage ses frontières avec l’Érythrée au Nord, la Somalie au Sud-Est, et l’Éthiopie au Sud et à l’Ouest. A l’Est du pays on trouve le Golfe d’Eden et au Nord-Est il y a la Mer Rouge. La population djiboutienne est estimée à 992 635 habitants (RPP, 2019) vivant sur une superficie de 23200 Km² avec une densité de 40,5 habitant per Km². Le pays est divisé en cinq régions administratives à savoir la région d’Obock, de Tadjourah, de Dikhil, d’Ali Sabieh et d’Arta. Djibouti est la ville-capitale du pays.

Le climat est chaud, les pluies sont rares ou sporadiques. Le relief est accidenté et une absence de terres arables. Le climat et le paysage sont principalement désertiques. Le pays a deux saisons : une saison pluvieuse, fraîche ou tempérée avec des températures variant entre 20-25°C et une saison chaude avec des températures allant de 38 à 47°C. La saison de pluies couvre la période de Septembre à Avril avec deux pics des pluies observés en Octobre et en Mars. La pluviométrie rarement dépasse 160 mm par an.

Sur le plan sanitaire, le taux de mortalité infantile est de 67 pour mille et l’espérance de vie est de 54 ans. Le taux de mortalité infanto-juvénile est de 68 pour mille et celui de mortalité maternelle est de 383/100000 naissances vivantes. Le pays a un taux d’accroissement de 1,9%. La morbidité générale de la population du pays reste plus ou moins élevée. Elle est principalement due aux fréquentes épidémies que connaît le pays, aux affections chroniques non transmissibles et aux carences nutritionnelles.

L’organisation des structures d’offre de soins est de type pyramidal avec trois niveaux. Les niveaux de la pyramide sont déterminés en fonction du niveau de la complexité des prestations offertes à la population telles que décrites dans le paquet minimum d’activités de chaque niveau. Le premier niveau est défini comme étant l’ensemble des structures où a lieu le premier contact de la population avec le système de santé. Ce niveau comprend les Équipes Mobiles, les Postes de Santé et les Centres de Santé Communautaire. Le deuxième niveau correspond aux structures qui offrent en plus des prestations fournies par celles du premier niveau, des prestations complémentaires de prise en charge hospitalière dans les spécialités de base à savoir : la médecine, la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, les urgences, la chirurgie courante, les soins dentaires et ophtalmiques. Le troisième niveau comprend les structures de référence spécialisées dont 3 hôpitaux, une maternité, un Centre médical et un Laboratoire.

Le pays est confronté aux maladies infectieuses à caractère épidémique et/ou endémique comme le paludisme, le choléra, la fièvre typhoïde, les diarrhées parasitaires et bactériennes, l’hépatite virale, le VIH/SIDA-IST (séroprévalence VIH de 2,9% chez les 15-49 ans) et la tuberculose (121/100 000, une des prévalences les plus élevées du monde). Les maladies non transmissibles constituent 40% des admissions et 1/3 de décès à l’Hôpital Général Peltier. La Faculté de Médecine de Djibouti, créée en 2007 et l’Institut Supérieur des Sciences de la Santé (ISSS) produisent régulièrement des personnels paramédicaux qui s’intègrent dans la fonction publique. L’effectif global des ressources humaines pour la santé est passé de 1664 en 2008 à 3381 en 2017 soit une augmentation de plus de 100% en 9 ans. Cependant, les données concernant les effectifs du secteur parapublic, des armées et du secteur privé ne sont pas disponibles.

L'analyse de la situation épidémiologique montre que 2 espèces de plasmodies sont mis en cause: *Plasmodium falciparum* (77%) et *P. vivax* (33%). Deux espèces d'Anophèles jouent un rôle vecteur, *Anopheles arabiensis* et *An. stephensi*. On distingue 2 strates d'endémicité : Djibouti-ville avec une transmission pérenne ou endémique (Strate II), et Tadjourah, Obock, Arta, Dikhil et Al-Sabieh avec une transmission saisonnière (Strate I). Une incidence de 23 cas de paludisme sur 1000 habitants étaient enregistrés sur l'ensemble du pays en 2018. Chez les enfants de moins de 5 ans, 18.1% étaient positifs à Djibouti-ville et faible dans les restes de districts (Janvier – Septembre 2019).

Suite aux recommandations d'une revue approfondie des performances des activités du PNLP organisée par le Gouvernement et ses partenaires nationaux et internationaux en Janvier 2019, l'élaboration d'un nouveau Pan stratégique national de lutte contre le paludisme (PSN, 2020-2024) a été proposée.

L'objectif général du PSN est de réduire la prévalence des porteurs de parasites du paludisme de 23,2‰ (Rapport PNLP, 2018) à 12‰ (cible de 2024) en vue d'atteindre zéro cas autochtone d'ici fin 2030.

Deux axes stratégiques prioritaires : la prévention et la prise en charge des cas, et quatre axes stratégiques d'appui dont la surveillance épidémiologique, le suivi-évaluation, la recherche opérationnelle (SSERO) ; la communication pour le changement de comportement (IEC/CCC), la gestion des achats et des stocks (GAS) et la gestion du programme et la coordination multisectorielle (GP&CM) ont constitué chacun un nombre d'objectifs spécifiques avec des interventions et activités y relatives pour l'atteinte des cibles assignées. Au total 30 objectifs ont été retenus pour les 5 années du PSN2020-2024.

Le budget du PSN pour les prochaines 5 années est de 15,191,856 USD soit 2,688,958,512 FDJI repartit selon les axes stratégiques suivants : la Prévention et la Communication pour le changement de comportement (47,02%), la Prise en charge des cas de paludisme (25,53%), la Surveillance épidémiologique, Suivi-évaluation et Recherche opérationnelle (10,42%), la Gestion des achats et des stocks (8,39%) et la Gestion du programme et la Coordination multisectorielle (9,59%).

INTRODUCTION

Selon le Rapport mondial sur la lutte contre le paludisme (WMR, 2019), 228 millions de cas de paludisme et 405000 décès sont apparus en 2018 contre 231 millions de cas et 416000 décès en 2017. Ces chiffres montrent une stagnation de la lutte contre le paludisme une fois comparés aux cibles de la Stratégie technique mondiale (GTS, 2015) qui estime un taux de 6 cas de décès d'ici 2030. *Plasmodium falciparum*, le parasite le plus meurtrier est fréquent dans tous les pays Africains tandis que *P. vivax* avec ses formes hypnozoïtes prédomine en Asie du sud-ouest et dans les Amériques. Cette espèce est actuellement présente dans les pays de la Corne de l'Afrique.

A Djibouti, les deux espèces de plasmodies sont présentes aux différentes proportions 77% de *P. falciparum* et 33% de *P. vivax*. *Anopheles arabiensis* et *An. stephensi* sont des vecteurs majeurs du paludisme au pays. Ces 2 vecteurs sont à la base des épidémies qui frappent le pays depuis 2013. De Janvier à Décembre 2019, un total de 49402 cas de paludisme sur les 220381 examinés (soit un taux de positivité de 22,42% et une incidence de 49,76 cas sur 1000 habitants) étaient atteints du paludisme au sein de la population.

Le paludisme demeure une préoccupation majeure à Djibouti et exige une mise à échelle des interventions efficaces telles que les moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MILDA), les pulvérisations intradomiciliaires avec un insecticide à effet rémanent (PID) dans les quartiers les plus touchés et le diagnostic des cas de paludisme par l'utilisation des TDR au niveau de toutes les structures sanitaires et la microscopie (dans les formations où celle-ci est applicable). L'approvisionnement continu en médicaments efficaces tels que les combinés thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) devrait être soutenue. A ce jour, le paludisme apparaît sous forme endémique dans Djibouti-ville, alors qu'il est saisonnier dans le reste des districts du pays.

L'introduction récente en 2019 d'une intervention à haut impact : la pulvérisation intradomiciliaire (PID) dans les quartiers de la ville de Djibouti et son expansion sur l'ensemble des quartiers les plus touchés par le paludisme associée à la distribution de masse des MILDA va inévitablement contrôler les épidémies fréquentes observées ces dernières années (depuis 2013) dans la ville de Djibouti. Aussi, il est à savoir que la cartographie des gîtes larvaires des vecteurs du paludisme *Anopheles stephensi*, une espèce adaptée au milieu urbain, et l'*An. arabiensis* serait d'une grande importance pour contrôler les vecteurs à partir des gîtes de ponte. L'introduction de toutes ces interventions soutenues par une bonne communication communautaire, permettrait une acquisition par la population locale des interventions décrites dans ce PSN et conduirait ainsi à l'élimination du paludisme.

Le présent Plan stratégique national de lutte contre le paludisme (PSN, 2020-2024) est issu d'un atelier tenu du 1 au 5 décembre 2019 à Djibouti. Son élaboration a été faite sur la base d'une approche participative et reflète un consensus de toutes les parties prenantes à savoir les partenaires du ministère de la santé du secteur public, privé, la société civile et les agences onusiennes impliqués dans la lutte contre le paludisme au pays. Ce plan stratégique est aligné sur les documents nationaux de planification, notamment la Vision Djibouti 2035, la Stratégie de croissance accélérée et de promotion de l'emploi (SCAPE) et le Plan National de Développement

Sanitaire (PNDS 2019-2023 en cours de finalisation). En effet, ce PSN est fondé sur les recommandations de la revue du programme national de lutte contre le paludisme organisée en janvier 2019.

Le but de ce PSN, 2020-2024 est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité causées par le paludisme au sein de la population djiboutienne et particulièrement les groupes vulnérables constitués des femmes enceintes, des enfants de moins de cinq ans, des réfugiés et des migrants. Ce PSN s'inscrit ainsi dans la dynamique de l'action gouvernementale de lutter contre les endémies, en mettant l'accent sur les interventions à haut impact (MILDA, PID, CTA).

La mise en œuvre de ce plan stratégique national répond (1) à l'adhésion du pays à la déclaration d'Alma Ata (1978) visant le développement des soins de santé primaires et la santé pour tous, (2) à la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme (GTS, 2015-2030), qui donne aux pays et aux partenaires de développement des orientations techniques pour conduire les pays vers l'élimination du paludisme d'ici 2030 et (3) à la Stratégie Africaine de lutte contre le paludisme (AMS), qui demande aux pays de renforcer leurs investissements pour éliminer le paludisme sur le continent.

Ce PSN vise également la réalisation des engagements internationaux pris par le pays en vue d'éliminer le paludisme sur l'ensemble du territoire national à l'horizon de 2030.

CHAPITRE I

1. PROFIL DU PAYS

1.1. Situation politico-administrative, démographique et ethnologique

Djibouti est un pays situé à la corne de l’Afrique de l’Est. Le pays partage ses frontières avec l’Érythrée au Nord, la Somalie au Sud-Est, et l’Éthiopie au Sud et à l’Ouest. A l’Est du pays on trouve le Golfe d’Eden et au Nord-Est il y a la Mer Rouge. La population djiboutienne est estimée à 992 635 habitants (RPP, 2019) vivant sur une superficie de 23200 Km² avec une densité de 40,5 habitant per Km². Dû au flux migratoire, la croissance annuelle est de 2,18% . Selon le rapport de la Banque africaine de développement, le pays a un taux d’accroissement de 1,9%¹. Près de 71% de la population vit en milieu urbain. La ville de Djibouti seule abrite 58% de la population. La population est relativement jeune, les moins de 15 ans représentant 40% de la population et les enfants de moins de 5 ans représentent 11,4% de la population. L’espérance de vie à la naissance est estimée à 51.8 ans pour les hommes et 54.1 ans pour les femmes (Annuaire statistique 2017).

Sur le plan administratif, le pays est divisé en cinq régions administratives² à savoir la région d’Obock, de Tadjourah, de Dikhil, d’Ali Sabieh et d’Arta. Djibouti est la ville-capitale du pays (Figure 1). Au cours de ces dernières années, la nouvelle politique du gouvernement en matière de décentralisation a créé des Conseils régionaux aux sein des régions administratives. Les membres de ces conseils sont choisis parmi les résidents des districts et disposent d’un large pouvoir en matière de gestion publique. La population est composée des Somalis ou Issa (61,1%), des Afars (20,4%), des Arabes (15,4%), des Français (2,1%), des Amhariques (0,3%), des Grecs, des Tigrina et des Indo-pakistanaïes. Les langues officielles sont l’arabe et le français et les langues usuelles sont l’afar, le somali et l’arabe.

Sur le plan sanitaire, le taux de mortalité infantile est de 67 pour mille et l’espérance de vie est de 54 ans³. Le taux de mortalité infanto-juvénile est de 68 pour mille et celui de mortalité maternelle est de 383/100000 naissances vivantes⁴. La morbidité générale de la population du pays reste plus ou moins élevée. Elle est principalement due aux fréquentes épidémies que connaît le pays, aux affections chroniques non transmissibles et aux carences nutritionnelles.

¹ Groupe de la banque africaine de développement: projet Approvisionnement en eau potable et d’assainissement dans : i) les zones rurales des districts de Tadjoura, d’Arta et d’Ali Sabieh ; ii) les chefs-lieux des districts de Tadjoura et d’Ali Sabieh. Rapport d’évaluation. Septembre 2012

² Loi 174/AM/02/4eme L portant décentralisation et statut des régions

³ MICS (EDIM 2006). Enquête djiboutienne à indicateurs multiples. Ministère de la santé. République de Djibouti, Décembre. 2007 <http://www.childinfo.org/mics3>

⁴ Ministère de la Santé [Djibouti], Direction de la Statistique et des Études Démographiques [Djibouti], et Ligue des États Arabes (Projet Pan Arabe sur la Santé de la Famille). [Le Caire, Egypte] 2012. Deuxième Enquête Djiboutienne sur la Santé de la Famille (EDSF/PAPFAM 2 – 2012).

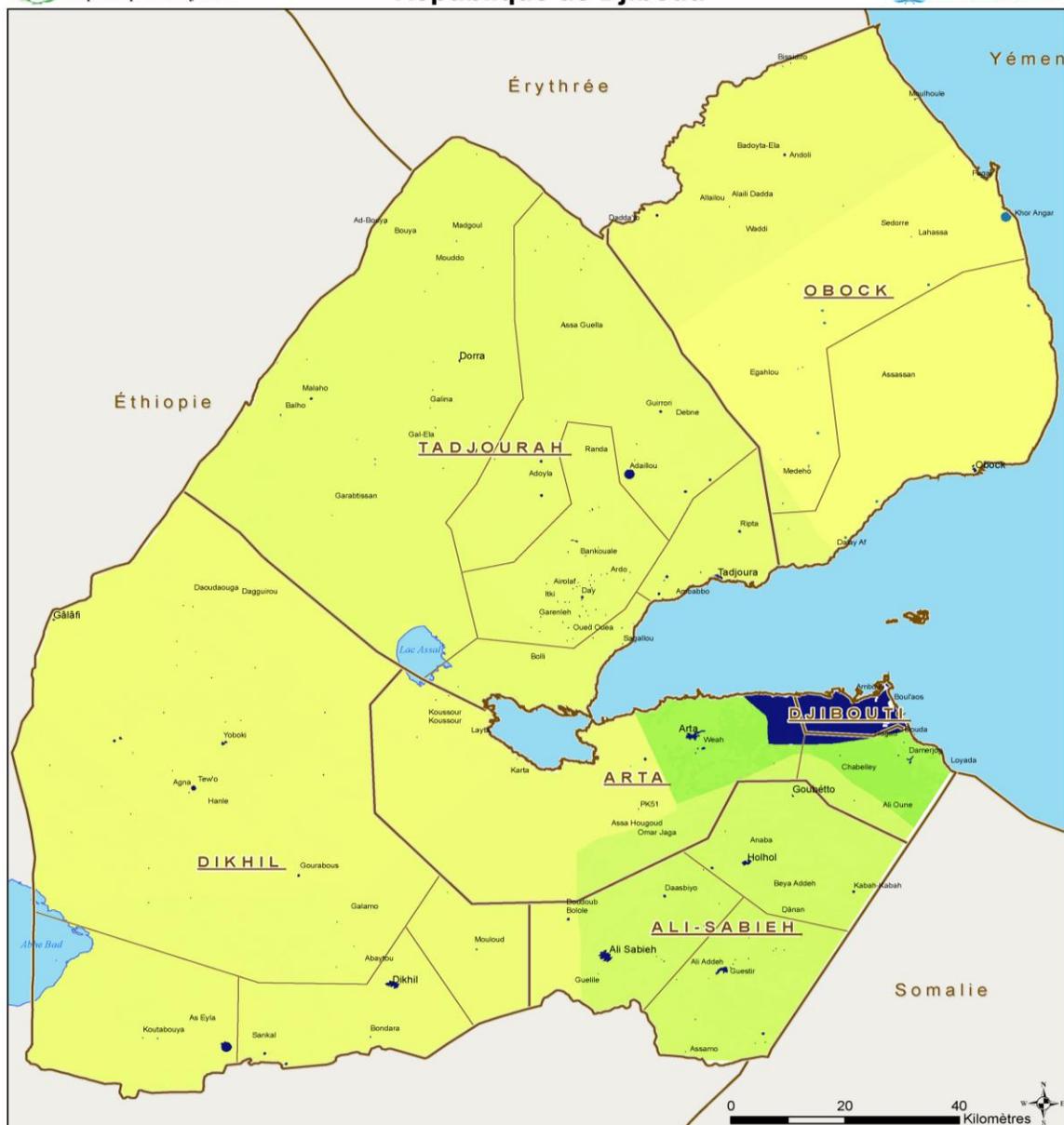
La politique sanitaire accompagne ce processus à travers la transformation des centres médicaux-hospitaliers (CMH) en véritables hôpitaux régionaux avec tous les services adéquats pour une meilleure prise en charge de la population qui vit dans les régions. D'autres parts, le ministère adhère à la nécessité de renforcer le système de santé pour garantir les soins à tous ses citoyens. En outre, le pays compte élever les hôpitaux de 3ème niveau en centre hospitalier universitaire.

Afin d'améliorer les performances de santé, le gouvernement a entrepris d'élaborer un nouveau plan national de développement sanitaire (PNDS 2020-2024) basé sur quatre accélérateurs principaux du Plan d'Action Global (GAP), notamment l'accroissement de la couverture sanitaire nationale et l'amélioration de la qualité ainsi que de l'utilisation des services de santé, l'amélioration des ressources humaines (RH), le financement de la santé et le système d'information sanitaire. Ce plan place le programme élargi de vaccination (PEV) et le renforcement des activités de surveillance épidémiologique des maladies prioritaires dans les préoccupations du gouvernement pour les 5 années à venir car il s'agira de contribuer à la réduction de certaines affections par l'augmentation et le maintien d'une bonne couverture vaccinale.

1.2. Écosystèmes, environnement et climat

Sur le plan climatique et géographique, le pays reste tributaire de conditions peu favorables avec un climat chaud, des pluies rares ou sporadiques, un relief accidenté et une absence de terres arables. Le climat et le paysage sont principalement désertiques. Le pays a deux saisons : une saison pluvieuse, fraîche ou tempérée avec des températures variant entre 20-25°C et une saison chaude avec des températures allant de 38 à 47°C. La saison de pluies couvre la période de Septembre à Avril avec deux pics des pluies observés en Octobre et en Mars. La pluviométrie rarement dépasse 160 mm par an. Au cours des années 2013 à 2016, la précipitation totale annuelle à la station météorologique de Djibouti-ville était seulement de 53 mm (2013), 18 mm (2014), 110 mm (2015) et 37 mm (2016).

De fortes précipitations provoquant des inondations et des stagnations d'eau pendant de longues périodes dans la ville de Djibouti s'observent en Septembre/Octobre. Les eaux stagnantes constituent les source des gîtes de ponte de moustiques, vecteurs du paludisme, la dengue et autres maladies transmissibles. La saison sèche est très chaude (Mai à Août) avec absence des pluies. Cette saison présente des conditions physico-climatiques rudes et difficiles avec des effets néfastes sur la dégradation de l'environnement et sur l'agriculture. Le relief est en général accidenté et rocheux surtout dans les districts de Tadjourah, Obock, Dikhil et Arta. Seul Djibouti a une plaine sablonneuse le long de la Mer Rouge avec des dépressions séparées par les plateaux au sud.



Source de données et carte produite par : Ministère de la Santé, Djibouti;
Organisation mondiale de la santé (OMS), Djibouti
Date de production : 10/18/2019
© OMS 2019, tous droits réservés, pour usage humanitaire uniquement

Autre localité
Régions
Sous-Préfectures
Densité de population
très peuplées
peu peuplées

Note: les frontières et les noms indiqués, ainsi que les appellations utilisées sur cette carte n'impliquent ni reconnaissance ni acceptation officielles de la part de l'Organisation mondiale de la Santé.

Fig. 1. Carte administrative de la République de Djibouti.

Les études menées par l'Institut National de Santé Publique de Djibouti (INSPD) sur la qualité des eaux dans six quartiers de la capitale (Septembre 2019) ont présenté des valeurs extrêmement élevées de pH (7,3 à 7,9) et de salinité (3700 à 3800 mg/litre). Selon l'OMS, la salinité de l'eau potable ne doit pas dépasser 600 mg/litre. Selon l'Agence pour la protection environnementale, (EPA), l'eau de boisson doit avoir un pH allant de 6.5-8.5. Cependant, la salinité élevée, rend l'eau de Djibouti impropre pour la consommation (l'eau goûte un peu comme le bicarbonate de soude et peut laisser un dépôt sur la surface). La rareté d'eau potable particulièrement à Djibouti

ville est une contrainte sévère pour les activités agricoles et pastorales et pour la santé de la population.

1.3. Situation socio-économique

En 2017, Djibouti était classé parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure par la Banque mondiale. Son revenu par habitant était de 719 USD en 2014. La croissance économique est passée de 3% en 2004 à 6% en 2014 (SCAPE). Le secteur tertiaire occupe 80% du Produit National Brut et 80% des emplois en 2006. Le taux du chômage chez les jeunes est estimé à 11% en 2017. La pauvreté reste importante malgré les efforts consentis par les autorités. L'indice de développement humain était de 0,473 en 2016, se plaçant au 172ème rang sur 188 pays.

Djibouti est un port naturel sur la Mer Rouge pour son voisin, l'Éthiopie, avec lequel la route nationale N°1 et un chemin de fer font un commerce important de biens et de personnes. Sa position stratégique géographique est très convoitée par les puissances étrangères qui y ont mis en place des bases et des installations militaires. La population militaire étrangère compte environ 18000 personnes. Parmi eux, quelques-uns vivent dans leurs bases respectives, d'autres, en ville avec les habitants locaux.

La ville de Djibouti a de grands quartiers périurbains très peuplés où réside la majorité de la population dans des conditions défavorables. Le pays dispose depuis 2004 d'un Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté qui a été renforcé en janvier 2007 par l'Initiative Nationale de Développement Social du Président de la République. Le Gouvernement, en septembre 2015, s'est fixé des objectifs ambitieux afin de tripler le revenu par tête et réduire la pauvreté absolue de 1/3 et ceci dans le cadre de la vision de développement à long terme « Djibouti 2035 ». Cette vision a été réalisée de manière inclusive et participative. Elle se traduit dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de croissance accélérée et de promotion de l'emploi (SCAPE).

Pour des raisons économiques, sécuritaires ou des conflits dans des pays voisins, on trouve un déplacement massif des populations vers la République de Djibouti. Les réfugiés provenant de l'Éthiopie sont au nombre de 10,855 personnes, de la Somalie, 13,098 personnes, de l'Érythrée, 906 personnes, du Yémen, 5141 personnes et d'autres pays 57 personnes. Selon le rapport de l'UNHCR⁵, Djibouti compte 30,058 réfugiés et demandeurs d'asile localisés dans les régions d'Obock (2431 personnes), de Djibouti-ville (5352 personnes), de Holl Holl (6480 personnes) et d'Ali Addeh (15795 personnes). Outre les réfugiés, le pays compte à peu près 600 migrants, hébergés dans des centres de transit dans la Région d'Obock et d'Arta (Loyada).

Pour ce qui est des migrants, l'OIM a installé un système (matrice de suivi des déplacements ou DTM) qui permet de les suivre et de surveiller leur déplacement à l'intérieur du pays. Ce système permet d'appréhender les besoins humanitaires qui pourraient être offerts à ce groupe vulnérable. Entre juin 2018 et mars 2019, le pays comptait 182,652 migrants (dont 30% sont des femmes) (OIM, 2019).

Sur le plan sanitaire, il faut indiquer que ces mouvements exposent les populations à une vulnérabilité accrue à la famine, aux maladies et autres désastres.

⁵ UNHCR Regional Service Centre in Nairobi. July 2019

En 2016, La croissance du produit intérieur brut (PIB), selon les estimations était à 6,5 %, grâce au dynamisme des activités de transport, des activités portuaires qui tirent parti de la position stratégique du pays à l'entrée méridionale de la mer Rouge et du fait que les exportations et les importations de l'Éthiopie transitent majoritairement par Djibouti, à la construction de la nouvelle ligne ferroviaire reliant l'Éthiopie au port de Djibouti et la création d'une nouvelle zone franche (Djibouti Dry Port). L'économie du pays est aussi tributaire des financements extérieurs, des investissements directs étrangers et des commissions provenant des bases militaires étrangères installées sur le territoire.

En 2016, le produit intérieur brut était estimé à 277,74 milliard DJF (source : Annuaire statistique DISED 2017) constitué à 70% des revenus du secteur tertiaire. En 2017, Djibouti était classé parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure par le FMI et la Banque mondiale. L'indice de développement humain de la république de Djibouti était de 0,473 en 2016, se plaçant au 172^{ème} rang sur 188 pays (Rapport sur le développement humain PNUD, 2016).

Malgré les progrès économiques du pays, le niveau de la pauvreté et du chômage est élevé. En 2013, 23 % de la population vivait dans l'extrême pauvreté, et ce taux atteignait même 44 % dans les zones rurales. Le chômage concernait globalement 39 % de la population en 2015 selon les estimations officielles. Selon le dernier profil de pauvreté réalisé en 2012, l'incidence de la pauvreté relative est passée de 74,0% en 2002 à 79,4% en 2012. Quant à la pauvreté extrême, son incidence a fortement évolué comme celle de la pauvreté relative de 10% en 1996 à 42% en 2002 puis s'est quasiment stabilisée entre 2002 et 2012 avec 42% en 2012. Les dernières années ont vu une augmentation des investissements extérieurs, ainsi que des revenus du pays, concomitants d'une augmentation des disparités pesant sur le pouvoir d'achat d'une importante proportion de la population.

Le taux brut de scolarisation (de 6 à 10 ans) était de 94,1% en 2016 (Annuaire Statistique 2017) et le taux d'analphabétisme chez les femmes (15 ans et plus) était de 52,9% en 2016 pendant que celle des hommes était de 66,6%.

Afin de mettre en place les bases d'un développement maîtrisé et piloté, le Gouvernement s'est engagé dans l'élaboration d'une vision à long terme à l'horizon de 2035, dénommée « Djibouti Vision 2035 ». L'élaboration de la Vision 2035 intervient à la suite de la Loi d'Orientation Économique 2001- 2010 qui a contribué à guider le Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) 2004-2006 et de l'Initiative Nationale pour le Développement Social (INDS) 2008-2012. Elle vise à doter le pays d'un instrument de planification du développement à l'horizon d'une génération, dans laquelle s'inscriront désormais la planification stratégique et les politiques et stratégies de développement durable.

1.4. Situation communicationnelle

Le système communicationnelle à Djibouti est encore géré par l'État et est dominé par trois type de media : l'audio-visuel (radio et télévision), l'écrit (journal la Nation/Al Qarn) et le cybernétique

(journal en ligne). Outre le media, il y a la communication qui se fait par téléphone fixe, par portable ou mobile et par internet. L'accès au journal en ligne (la cybernétique) est souvent observé dans les grandes agglomérations à cause de la connexion internet.

Le pays possède une seule chaîne de radio nationale et une chaîne de télévision nationale. La Radio nationale et la Télévision nationale (Radiotélévision Nationale de Djibouti ou RTD) sont toutes gérées par le Ministère de la Communication. Les langues utilisées à la radio et à la télévision sont le somali et l'afar comme langues locales et le français et l'arabe comme langues officielles. Outre, les deux langues officielles, seule, la télévision nationale diffuse son journal télévisé en anglais. Le pays ne possède pas de radio communautaire et/ou commerciale. Aussi, il n'y a pas de télévision commerciale ou privée.

Un seul journal est publié localement en deux langues, la Nation (en langue française) et l'Al Qarn (en arabe). Ce journal est publié trois fois par semaine (mardi, mercredi et jeudi). Le même journal peut également être consulté en ligne (sur internet) dans les deux langues. En ligne on trouve également les informations publiées par la Radiotélévision nationale djiboutienne.

Djibouti télécommunications, est le seul opérateur de toutes les lignes téléphoniques (fixes et mobile) aussi bien que les services internet. Cette compagnie nationale opère sous la direction du Ministère de télécommunications. Les réseaux sociaux sont de plus en plus utilisés dans la transmission des messages.

Outre, les moyens de communication mentionnés ci-dessus on trouve des salles de théâtre (dans Djibouti-ville), la communication interpersonnelle, la publicité et le marketing social, les relais communautaires. Il y a besoin d'étendre et d'améliorer ces formes de communication pour la promotion des activités de communication de lutte contre le paludisme.

1.5. Analyse du système de santé

L'état de santé des populations de Djibouti demeure préoccupant. Les cinq principales causes de morbidités dans la population générale issue des données de routine du ministère de la santé sont les infections des voies respiratoires, les fièvres d'origine inconnue, les anémies, les diarrhées et les affections de la peau. Chez les enfants, les affections les plus rencontrées sont par ordre d'importance : les infections des voies respiratoires (surtout la pneumonie), les diarrhées, le paludisme, la malnutrition et diverses causes néonatales. Les principales causes de la mortalité maternelle intra hospitalière sont les hémorragies, les infections et les éclampsies.

Le pays est confronté aux maladies infectieuses à caractère épidémique et/ou endémique comme le paludisme, le choléra, la fièvre typhoïde, les diarrhées parasitaires et bactériennes, l'hépatite virale, le VIH/SIDA-IST (séroprévalence VIH de 2,9% chez les 15-49 ans) et la tuberculose (121/100 000, une des prévalences les plus élevées du monde). Les maladies non transmissibles constituent 40% des admissions et 1/3 de décès à l'Hôpital Général Peltier.

Selon la dernière version du Plan national de développement sanitaire (PNDS 2019-2023), l'analyse de la situation sanitaire actuelle révèle des défis pour lesquels, le Gouvernement Djiboutien à travers le Ministère de la Santé se doit d'intensifier les interventions efficaces, et rendre performants les services de santé. Ces défis sont entre autres, le renforcement des mesures

visant à lever les barrières financières aux soins de santé, l'accessibilité aux soins préventifs et curatifs de qualité, une disponibilité en ressources humaines de qualité en quantité suffisante sur l'ensemble du territoire national et le renforcement des infrastructures et équipements de santé.

1.5.1. Structure organisationnelle du système de santé

La carte sanitaire est l'instrument fondamental de l'organisation du service public de santé. Elle est composée des Districts sanitaires de Djibouti, de Balbala, d'Arta, d'Ali-Sabieh, de Dikhil, d'Obock et de Tadjourah. Les limites géographiques du District sanitaire sont celles de la région administrative. La carte sanitaire constitue la base de la planification, de la décentralisation et de la coordination de l'action sanitaire et sociale. A ce titre, elle a pour objectif de prévoir, de susciter et d'organiser les évolutions nécessaires de l'offre de soins. La carte sanitaire est élaborée par le ministère de la santé publique en collaboration avec les autres secteurs concernés, et peut être révisée tous les 5 ans.

Au plan administratif, le niveau central est composé essentiellement du cabinet du ministre, du secrétariat général et des directions centrales. Au niveau district (périphérique), les équipes cadres de districts dirigées par les médecins chefs de districts (MCD) sont les premiers responsables sanitaires des régions administratives qui correspondent aux districts sanitaires : 5 districts sanitaire de l'intérieur ou ruraux (Arta, Ali-Sabieh, Dikhil, Obock et de Tadjourah) et deux districts sanitaire urbains (Balbala et Djibouti). Toutefois la Loi n° 48/AN/99/4^{ème} L portant Orientation de la Politique de Santé stipule que l'unité administrative de base est le secteur sanitaire ou zone de rayonnement ou de responsabilité d'un poste de santé ou d'un Centre de santé Communautaire.

Dans la République de Djibouti, l'organisation des structures d'offre de soins est de type pyramidal avec trois niveaux (Figure 2). Les niveaux de la pyramide sont déterminés en fonction du niveau de la complexité des prestations offertes à la population telles que décrites dans le paquet minimum d'activités de chaque niveau. Il existe trois sous-secteurs d'offre de soins à l'intérieur de cette pyramide sanitaire (public, parapublic et privé). Le Tableau 1 montre la répartition des structures sanitaires (FOSA) par district dans la République de Djibouti.

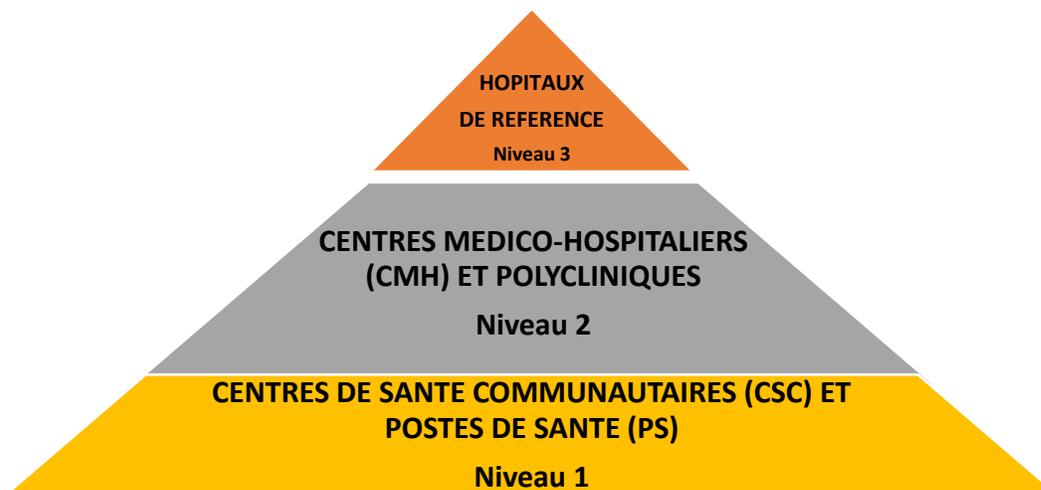


Figure 2 : Pyramide sanitaire, Djibouti 2019

Le premier niveau est défini comme étant l'ensemble des structures où a lieu le premier contact de la population avec le système de santé. Ce niveau comprend les Équipes Mobiles, les Postes de Santé et les Centres de Santé Communautaire. Le pays possède 42 PS et 12 CSC tous appartenant au sous-secteur public. Ce niveau de la pyramide sanitaire comprend également les structures parapubliques.

1. Le poste de santé (PS) est l'une des unités de base du service public de santé géré par un Technicien de Santé. Il fournit des activités de soins, de prévention et d'éducation pour la santé et assure la continuité de la prise en charge. Il est l'instrument privilégié d'animation et d'intégration des activités de santé des communautés. Les postes de santé sont rattachés au Centre de Santé Intermédiaire du Sous-District ou au Centre Hospitalier Régional de la région.

2. Le centre de santé communautaire (CSC) est géré par un médecin. Le CSC fait partie des structures de premier niveau. Le CSC assure des activités de soins et de prise en charge, de prévention et d'éducation pour la santé. Les hôpitaux généraux des Districts leur servent de recours.

3. Les centres de santé du ministère de la défense, de la police nationale et du secteur parapublic assurent les mêmes services que les centres de santé sous tutelle du ministère de la santé.

Le deuxième niveau correspond aux structures qui offrent en plus des prestations fournies par celles du premier niveau, des prestations complémentaires de prise en charge hospitalière dans les spécialités de base à savoir : la médecine, la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, les urgences, la chirurgie courante, les soins dentaires et ophtalmiques. Ce niveau est constitué par les Centres Médico-Hospitaliers (CMH) des districts qui évolueront bientôt vers les Centres Hospitaliers Régionaux. Le Centre Hospitalier Régional est un établissement de santé de deuxième niveau, présent dans le chef-lieu de chaque région/district de l'intérieur. Il prend en charge les cas référés des postes de santé et des Centre de Santé Intermédiaire.

Outre les structures sanitaires du sous-secteur public (17 CMH) ; ce niveau possède également des structures sanitaires du sous-secteur parapublic dont 3 FOSA pour l'Armée et 1 FOSA pour la Police, et des structures sanitaires du sous-secteur privé dont 4 polycliniques (Dr. Gouled Houssein, Youssouf Abdillahi, Farah-Had et Houmed Maki) et 23 pharmacies et depots pharmaceutiques.

Le troisième niveau comprend les structures de référence spécialisées dont 3 hôpitaux, une maternité, un Centre médical et un Laboratoire. L'hôpital Général Peltier, l'hôpital de Balbala, l'hôpital Paul Faure, la maternité de Dar-El-Hanan, le Centre Yonis Toussaint, et le laboratoire national de santé publique.

L'hôpital de référence a vocation nationale offre au pays un plateau technique développé et performant et constitue le centre de référence nationale offrant des soins hautement qualifiés. Il constitue également un lieu privilégié pour la formation, la recherche notamment la formation de base pour les personnels paramédicaux et la formation continue de toutes les catégories de personnel y compris les gestionnaires des structures sanitaires.

Les hôpitaux de référence et les centres spécialisés, en outre de leur prestation de soins, ils assurent l'enseignement médical et paramédical, la recherche médicale et opérationnelle appuyés par d'autres structures de santé participent à cette mission.

Tableau 1 : Répartition des structures sanitaires par district dans la République de Djibouti

Districts	CSC	CMH/ hôpitaux régionaux	Parapu blic	Polycli nique	Privé/ ONG	PS	Pharmacies et dépôts pharmaceutique s	Refugié s	Total
Ali Sabieh	0	2	0	0	0	7	1	2	12
Arta	0	2	0	0	0	9	0	0	11
Dikhil	0	1	0	0	0	9	0	0	10
Djibouti	12	0	10	4	21	0	21	0	68
Obock	0	1	0	0	0	6	0	1	8
Tadjourah	0	1	0	0	0	11	1	0	13
TOTAL	12	7	10	4	21	42	23	3	122

Légende : CSC= centre de santé communautaire ; CMH= centre médico-hospitalier ; PS= poste de santé

Créé en 2006, le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) a pour mission de mettre à la disposition de la population djiboutienne des interventions de lutte contre le paludisme reconnues, meilleures, efficaces et adaptées au profil épidémiologique du pays en vue de l'élimination de la maladie.

Le paludisme reste un problème de santé publique à Djibouti. En 2019, le paludisme a été classé dans la catégorie d'urgence 1 par l'OMS. En effet, après avoir presque atteint la pré-élimination en 2012 avec 24 cas, il y a eu une recrudescence des cas à partir de 2013, atteignant 25 319 cas en 2018, puis au premier semestre de 2019, 40 998 dont 77% dus à *P. falciparum* et 33% à *P. vivax* (PNLP - Djibouti, 2019). Djibouti semble donc être le pays ayant la plus forte incidence du paludisme dans la région par rapport à la population.

1.6. Ressources humaines et financières

Dans le cadre d'une politique de planification des ressources humaines en adéquation avec la carte sanitaire, les ressources humaines de qualité sont insuffisantes et mal réparties. Le grand défi demeure la disponibilité et l'accessibilité des ressources humaines de qualité surtout spécialisées dans les régions et au niveau des quartiers pauvres de la ville de Djibouti,

Les populations essentiellement vivent dans des conditions d'extrême pauvreté la plupart du temps avec un système de santé urbain inadapté et insuffisant en termes de couverture et d'offres des services. Par ailleurs, l'allocation budgétaire de l'État aux régions sanitaires est pratiquée de façon égalitaire, mais il reste trop faible et presque invariant depuis des années et en plus elle n'est pas optimale.

Le financement global du secteur est fortement centralisé, y compris les projets et les programmes de santé sans pour autant que la coordination et la gestion optimale soient de mise. La planification

et la gestion du secteur sont déficientes et plus particulièrement au niveau de la mise en œuvre et de l'appropriation des acteurs tant au niveau central que régional. Cette situation s'explique par un manque de leadership aux centres de responsabilité.

1.7. Personnel de santé

La Faculté de Médecine de Djibouti, créée en 2007 et l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé (ISSS) produisent régulièrement des personnels paramédicaux qui s'intègrent dans la fonction publique. Grâce à ces deux institutions, les ressources humaines ont connu une augmentation remarquable. Les effectifs de la santé sont en hausse constante depuis 2008. L'effectif global des ressources humaines pour la santé est passé de 1664 en 2008 à 3381 en 2017 soit une augmentation de plus de 100% en 9 ans. Cependant, les données concernant les effectifs du secteur parapublic, des armées et du secteur privé ne sont pas disponibles.

Les normes en matière de ressources humaines par type de structure pour les niveaux 1 et 2 de la pyramide sanitaire, sont les suivantes :

- Poste de santé : 1 infirmier diplômé d'état, 1 aide infirmier, 1 matrone, 1 agent de santé communautaire.
- Centre de santé : 2 médecins minimum, 4 infirmiers diplômés d'état, 4 sages-femmes (ou 2 pour les centres sans maternité), 2 techniciens de laboratoire, 1 préparateur en pharmacie, 1 gestionnaire, 1 caissier, 1 secrétaire et 1 agent de PEV.
- Les Centres médico-hospitaliers (CMH) : 3 médecins généralistes, 1 médecin dentiste, 8 sages-femmes diplômées d'état, 4 matrones, 4 techniciens de laboratoire, 1 technicien supérieur en ophtalmologie, 1 technicien supérieur en psychiatrie.

En 2017, au niveau national le ratio de médecins généralistes était de 1,35 pour 10 000 habitants, celui des infirmiers 3,53 pour 10 000 habitants, des sage femmes 2,15 pour 10 000 habitants et celui des laborantins 1,75 pour 10 000 habitants. En termes d'équité, la densité de toutes les catégories de personnel de santé est plus importante à Djibouti que dans toutes autres régions à l'exception des infirmiers qui sont plus densément présents à Obock. La densité du personnel médical et des sages-femmes est plus faible à Tadjourah. On note aussi une faible densité du personnel médical à Ali-Sabieh.

La disponibilité en médecins spécialistes reste particulièrement faible et concentrée à Djibouti ville. L'ouverture de certaines filières de spécialisation au niveau de la Faculté de Médecine (comme par exemple dans un premier temps à titre indicatif l'oncologie, la chirurgie orthopédique, la cardiologie ou la néphrologie) est souhaitée par les responsables du Ministère de la Santé. Elle sera rendue possible d'ici 2024 si certaines conditions préalables comme la transformation de l'hôpital général Peltier (HGP) en CHU. Le développement des partenariats (public privé, universitaire, inter et multisectoriel) pour l'obtention de bourses de spécialisation et la formation/accréditation des enseignants et praticiens hospitaliers est également un élément clé de la mise en œuvre de cette volonté politique.

Il n'existe pas encore une stratégie de formation continue pour le personnel de soins de santé primaire. C'est seulement dans le cadre des programmes verticaux comme le VIH, la santé mère-enfant, le paludisme, la tuberculose et la vaccination que le personnel reçoit des formations

continues. Il existe une coordination étroite entre le Ministère de l'Enseignements Supérieur et le Ministère de la Santé pour lier les aspects théoriques et pratiques des formations avec la présence des étudiants dans les formations sanitaires.

1.8. Produits médicaux, infrastructures et logistique

L'approvisionnement en médicaments essentiels est insuffisant. L'acquisition et l'approvisionnement des structures de santé en médicaments essentiels génériques (MEG/PEG) y compris les intrants de laboratoire et de radiologie sont un défi de taille pour tout le système de santé du pays. En effet, ces dernières années, ce système se caractérise de plus en plus par des ruptures fréquentes de molécules traceurs à tous les niveaux et la tendance globale risque de compromettre tous les efforts de santé. Il s'agira donc de relever ce grand défi de l'approvisionnement du pays en médicaments et en produits essentiels de bonne qualité et en quantité suffisante et à moindre prix et ceci devrait passer par la réorganisation de la filière pharmaceutique dans son ensemble en y intégrant le système privé pharmaceutique dans le cadre d'un partenariat gagnant.

Conformément à la stratégie des soins de santé primaires, le système de santé a introduit les médicaments essentiels génériques depuis 2003. Le circuit des médicaments dans le secteur public est organisé autour d'une centrale d'achat basée à Djibouti-ville créée par « Décret n° 2004-0059/PR/MS du 13 avril 2004, dénommée la Centrale d'Achat des Médicaments et petits Matériel Essentiels (CAMME) avec pour missions d'assurer essentiellement l'approvisionnement, la distribution et la vente des médicaments essentiels dans le secteur public et le secteur privé.

L'approvisionnement en médicaments antipaludiques (CTA, Artemether injectable, Artesunate et Quinine en perfusion, Quinine en comprimés, Doxycycline, Clindamycine) et autres intrants tels que les TDR, les MILDA ou moustiquaires traitées d'insecticides, équipements et produits de laboratoire se font à travers la CAMME.

1.9. Information sanitaire

La collecte des données sur le paludisme est assurée par trois institutions différentes, à savoir l'Institut national de santé publique de Djibouti (INSPD), la Direction de l'information sanitaire (DIS) anciennement connue sous le nom de SNIS (système national d'information sanitaire) et le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP). L'INSPD assure la collecte hebdomadaire des données sur toutes les maladies à déclaration obligatoire parmi elles, le paludisme; le PNLN reçoit les données mensuelles sur le paludisme couvrant toutes les structures sanitaires du pays tandis que la DIS, reçoit les données sur toutes les pathologies y compris le paludisme à partir des trois niveaux de la pyramide sanitaire.

Pour ce qui est de la transmission des données (Figure 3), chaque structure du niveau 1 (Postes de santé, Structures parapubliques et Centres de santé communautaire) transmet son rapport d'activités mensuelles (RAM) à la DIS le 5 du mois. Le niveau 2 composé des Centres médico-hospitaliers (CMH), des structures sanitaires du sous-secteur parapublic (l'Armée et la Police), et des structures sanitaires du sous-secteur privé (Polycliniques) transmet ses RAM le 10 du mois à la DIS. Le SNIS collecte ses données sanitaires à seulement deux niveaux (niveau 1 et 2).

Trimestriellement, les hôpitaux et centres de référence transmettent leurs rapports mensuels à la DIS. A travers sa base de données, la DIS compile ces données pour ensuite envoyer les rapports des données sanitaires mensuelles au programme paludisme. L'INSPD produit un bulletin épidémiologique hebdomadaire sur toutes les maladies à déclaration obligatoire (MDO) et un Bulletin épidémiologique hebdomadaire du Paludisme.

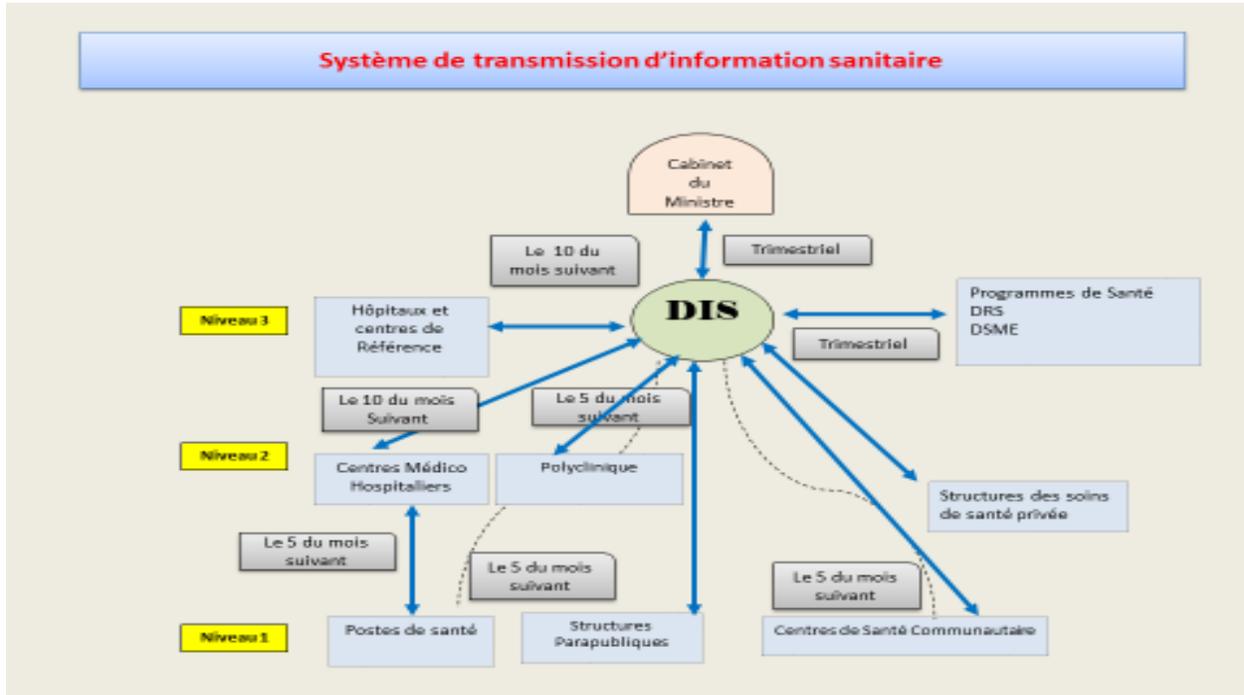


Fig. 3 : Le circuit de transmission des données et informations sanitaires.
(Source : DIS, 2019)

CHAPITRE II

ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME DANS LA REPUBLIQUE DE DJIBOUTI ET REVUE DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2013-2017.

2.1. Épidémiologie du paludisme dans la République de Djibouti et défis opérationnels

Le paludisme reste un problème majeur de santé publique à Djibouti. La maladie apparaît sous une forme instable avec un caractère épidémique et saisonnier. En 1906, le premier cas de plasmodium fut introduit au pays à partir des pays voisins. Ce ne qu'à partir de 1991 que le paludisme s'établit au pays d'une façon permanente (endémique). En terme de morbidité, le pays enregistre approximativement 50000 cas de paludisme chaque année. La période de recrudescence varie du nord au sud entre les mois de Septembre à Mai de chaque année. En effet, après avoir presque atteint son élimination en 2012 avec une prévalence de 24 cas (soit une incidence de 0,02 cas pour 1000 habitants) ; une recrudescence des cas a été observée à partir de 2013 (1684 cas), atteignant 25319 cas sur 104963 testés en 2018 (soit un taux de positivité de 24,12% et une incidence de 25,5 cas pour 1000 hab.). En 2019, le pays a notifié 49402 cas sur 22038 testés (soit un taux de positivité de 22,42% et une incidence de 49,76 pour 1000 habitants) (Rapports PNLP, 2018 et 2019). Figure 4 montre l'évolution des cas de paludisme depuis 2006 à 2018. Djibouti semble donc être le pays ayant la plus forte incidence du paludisme dans la corne de l'Afrique par rapport à sa population. Lors des épidémies du paludisme de 2019, Djibouti a été classé par l'OMS dans la catégorie d'urgence 1.

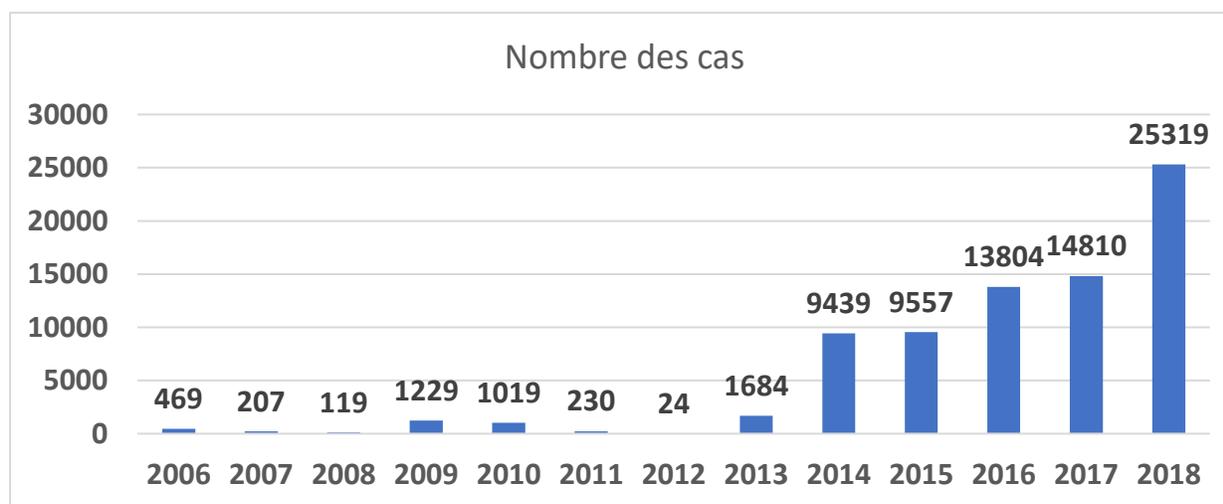


Figure 4 : Évolution du nombre de cas de Paludisme de 2006 à 2018 dans la République de Djibouti (Source : PNLP Djibouti, 2018).

Deux espèces plasmodiales sont présentes au pays, il s'agit notamment de *Plasmodium falciparum* (77%) et *P. vivax* (23%). Ces deux parasites sont transmis par *Anopheles arabiensis* et *An. stephensi*, moustiques au comportement endophile et endophage. *Anopheles stephensi* est un vecteur potentiel de *P. falciparum* et *P. vivax* en milieu urbain. Jadis considéré comme une espèce asiatique, *Anopheles stephensi* a fait son apparition à Djibouti en 2012, en Éthiopie (2016) et

récemment au Soudan (2019). Connaissant la capacité vectorielle de *Anopheles arabiensis* et *An. stephensi*, les risques des épidémies dévastatrices croient significativement au pays et ceci doit faire appeler à l'intensification des mesures de préparation et réponse aux épidémies. A cause de la présence de *Plasmodium vivax* et son augmentation en nombre de cas (32-36%) dans le pays, un accent particulier a été mis sur l'introduction de la Primaquine dans le traitement du paludisme afin d'éliminer les gamétocytes de *Plasmodium falciparum* et *P. vivax*, et les hypnozoïtes ou formes hépatiques, latentes et non détectables de *Plasmodium vivax* (dans le foie) qui pourraient causer des rechutes fréquentes chez les individus atteints de ce genre de plasmodies.

La tendance épidémiologique du paludisme est à la hausse malgré les efforts d'intensification des interventions mises en place. La distribution universelle de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) ainsi que d'autres activités de lutte antivectorielle (destruction des gîtes larvaires) ont démarré en 2016. Toutefois ces deux importantes activités de prévention restent encore à un niveau faible. La pulvérisation spatiale ou fumigation est jusqu'à présent le moyen privilégié pour la lutte antivectorielle. Cependant cette pulvérisation spatiale connaît des limites dans son efficacité contre les vecteurs du paludisme, et elle pourrait conduire à la résistances aux insecticides. Du 21 Septembre au 23 Octobre 2019, le programme PNLP avec ses partenaires l'INSPD, le Département de la promotion sociale (DPS/MS), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Programme de Nations Unies pour le Développement (PNUD) et le Fonds mondial (FM) ont organisé une campagne de pulvérisation intradomiciliaire (PID) avec un insecticide dénommé SumiShield 50WG, un insecticide pré-qualifié par l'OMS. Cette pulvérisation a ciblé 6000 ménages dans les quatre quartiers les plus touchés par le paludisme de la ville de Djibouti. Il s'agissait notamment de Arhiba, Einguella & FNP, Quartiers 4 et 6.

Dans un pays à faible transmission du paludisme comme Djibouti, où les gens ne sont pas exposés à la nuisance par les moustiques pendant une période de temps considérable, il est à la fois difficile de créer une culture d'utilisation des moustiquaires et les avantages découlant de la couverture élevée de MILDA seraient probablement faible compte tenu du faible niveau d'utilisation. Ceci étant, investir dans la PID pour contrôler la transmission focale et créer une culture du diagnostic du paludisme dans les structures sanitaires pourrait être une utilisation plus efficace des fonds. Cependant, vu l'importance de la MILDA dans la prévention du paludisme, il est nécessaire de renforcer la distribution de routine (niveau CPN) et son utilisation chez la femme enceinte.

Une enquête menée en juin 2019⁶ sur la distribution et l'utilisation de 218650 MILDA dans 58684 ménages des quartiers et sous-secteurs de la commune de Balbala (352103 habitants) a montré que 76,1% des ménages possèdent au moins une MILDA (1 à 5 MILDA par ménage), 41% des enfants de moins de 5 ans, 7% (de 11%) des femmes enceintes au niveau de la commune enquêtée utilisent les MILDA et 51% de la population totale ont utilisé les MILDA (la nuit d'avant l'enquête).

2.1.1. Vecteurs et transmission du paludisme

Les vecteurs majeurs du paludisme sont *Anopheles gambiae*, *An. arabiensis*, et *An. stephensi*. En 1970, lors de ses prospections entomologiques, Mouchet n'a pas pu collecter un seul vecteur du

⁶ Ministère de la santé. Enquêtes sur la distribution et utilisation des moustiquaires "MILDA" dans la commune de Balbala. Min. santé, Direction des programmes de santé prioritaires. PNLP, Octobre 2019.

paludisme dans la République de Djibouti⁷. Il a seulement dû récolter *Anopheles dthali* et *An. turkudi*. Cependant, en 1975, *An. arabiensis* a été collecté dans les faubourgs de Djibouti à Ambouli dans les collections d'eau notamment les puits d'arrosage, les bassins, les citernes et les abreuvoirs.

A partir des données de la surveillance entomologique datant de 2009, il ressort que *Anopheles arabiensis* est le principal vecteur du paludisme en République de Djibouti. Cependant, en 2012, *Anopheles stephensi*, un vecteur du paludisme originaire de l'Asie du sud Est et de la péninsule arabique, a été retrouvé à Djibouti, puis en Éthiopie (2016), et plus récemment au Soudan (2019). *Anopheles stephensi* aurait joué un rôle important dans la résurgence du paludisme en République de Djibouti en 2013. La surveillance entomologique menée en décembre 2016 et mars 2017 confirme la présence de l'*An. stephensi* qui semble s'être adapté à l'écologie de Djibouti. Cette dernière espèce a été échantillonnée pratiquement sur toute l'étendue du territoire national notamment à Djibouti-ville, dans les districts de Arta, d'Ali Sabieh et de Tadjourah. *Anopheles arabiensis* est toujours présent, localisé dans les régions d'Ali Sabieh, de Dikhil et de Tadjourah. Les observations récentes montrent que *An. arabiensis* diminue de plus en plus en nombre dans les gîtes larvaires au détriment d'*An. stephensi* qui semble maintenant dominer la faune anophélienne.

Anopheles stephensi se reproduit généralement dans des conteneurs ou des citernes avec de l'eau propre, et le vecteur semble s'adapter rapidement à l'environnement local. Cette espèce survit également à des températures extrêmement élevées pendant la saison sèche, lorsque la transmission du paludisme atteint généralement un minimum saisonnier. En outre, *An. stephensi* semble conférer une résistance à plusieurs classes d'insecticides, ce qui pourrait poser des problèmes de lutte antivectorielle. Selon l'OMS, la propagation d'*An. stephensi* constitue une menace potentielle pour le contrôle et l'élimination du paludisme en Afrique et en Asie du Sud.

Par ailleurs, dans les régions du nord (Obock et Tadjourah), des spécimens de *Anopheles nili* ont été récoltés en décembre 2016. De plus, *An. dthali* a été récolté, plus précisément à Obock (Tableau 2). Ces données sur la présence et la distribution des vecteurs (majeurs et/ou potentiels) sont sujettes d'être mises à jour au-fur-à-mesure que la surveillance entomologique se poursuit. Notons que les informations ici présentées sont les résultats d'identifications morphologiques des spécimens récoltés. Les investigations ultérieures avec les outils de biologie moléculaire fourniront éventuellement des informations complémentaires.

En ce qui concerne le comportement des espèces d'anophèles identifiées, une nette tendance à l'endophilie a été constatée. L'endophilie/exophilie a été explorée par les pièges lumineux CDC et les récoltes d'anophèles vecteurs ou potentiellement vecteurs sont significativement plus importantes dans les pièges intérieurs.

Tableau 2 : Les espèces d'Anopheles récoltées dans la République de Djibouti en 2016/17.

Espèce	Importance vectorielle	Méthode d'identification	Distribution géographique
--------	------------------------	--------------------------	---------------------------

⁷ Mouchet, J., Carnevale, P., Coosemans, M., Julvez, J., Manguin, S., Richard-Lenoble, D., et Sircoulon, J., Biodiversité du paludisme dans le monde. Edition John Libbey Eurotext, pp. 429, 2004

<i>Anopheles arabiensis</i>	Principale	Morphologie	Ali Sabieh, Dikhil, Tadjourah
<i>Anopheles nili</i>	Principale	Morphologie	Tadjourah, Obock
<i>Anopheles stephensi</i>	Principale	Morphologie	Djibouti-ville, Arta, Ali Sabieh, Tadjourah
<i>Anopheles dthali</i>	Secondaire	Morphologie	Obock

(Source : Plan GRI, Djibouti 2017)

2.1.2. Résistance des vecteurs aux insecticides et implications sur la lutte antivectorielle

Une étude réalisée en 2017 a révélé une résistance aux quatre familles d'insecticides les plus couramment utilisées à savoir les organophosphorés, les pyréthrinoïdes, les organochlorés, les organophosphorés et les carbamates. Les tests ont été réalisés conformément au protocole standard de l'OMS. Huit insecticides appartenant aux quatre familles chimiques ont été utilisés : 2 pyréthrinoïdes (deltaméthrine 0,05% et lambda cyhalothrine 0,05%), 3 organophosphorés (malathion 5% et fénithrothion 1%, pyrimiphos-méthyl 0,25%), 1 organochlorés (DDT 4%) et 2 carbamates (bendiocarb 0,1% et propoxur 0,1%) (Tableau 3). Les papiers imprégnés ont été obtenus à partir du centre de référence OMS (Vector Control Unit, Université Sains Malaysia, Penang, Malaisie).

Tableau 3 : Mortalité liée à l'exposition des Anopheles vecteurs aux différents insecticides (décembre 2016 - février 2017)

District	Deltamethrine 0,05 %	Fenitrothion 1%	Pirimiphos -methyl 0,25%	Malathion 5%	Bendiocarb 0,1%	Propoxur 0,1%	DDT 4%	Lambda- cyhalothr in 0,05%
Djibouti-ville	43,4	50,5	94,8	88,1	59,6	91,2	43,4	47,1
Arta	82,9	17,8	93,3	64,5	45,8	47,7	-	-
Tadjourah	93,4	94,4	<u>100</u>	88,5	<u>97,8</u>	-	-	-
Obock	80	71,8	86,2	70	-	89,6	-	-
Al-Sabieh	-	71,4	93,6	93,7	32,6	-	-	-
Dikhil	-	89	91,8	40,7	-	-	-	-

(Source : Rapports PNL, 2017)

Seul, à Tadjourah, le Pirimiphos-méthyl, un Organophosphoré et le Bendiocarb, un Carbamate se sont montrés efficaces contre les vecteurs du paludisme avec une mortalité respectivement de 100% et 97,8%. Pour les reste des districts, les vecteurs ont présenté une résistance aux insecticides testés.

2.1.3. Les parasites du paludisme (Plasmodies)

Globalement, il existe 5 espèces de plasmodium infectant l'homme : *Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* et *P. knowlesi*. Dans la République de Djibouti on trouve 2 espèces de Plasmodium, *Plasmodium falciparum* (72,9%) et *P. vivax* (27,04%) (Tableau 5). Dans la ville de Djibouti, seules, la commune de Ras-Dika et celle de Boulaos, ont totalisé 11 000 cas sur 14810 en 2017 soit 74,3 % du total des cas confirmés dans la capitale. Plus des cas ont été détectés dans les CSC d'Arhiba (Arnaud), Fara Had, Einguella, Khor Bourhan, Ambouli, Quartier 7 et d'Ibrahim Balala, et dans les hôpitaux de référence (Hôpital Balbala et Hôpital Général Peltier). Les centres de santé communautaire (CSC) d'Arhiba, Farah Had et Einguella présentent seuls 85% des cas dans la ville de Djibouti. Le taux de positivité de ces deux espèces de plasmodies démontre que *Plasmodium falciparum* était en nombre élevé entre janvier et juin avec une proportion de 55,9-82,9% (pic au mois d'avril) et novembre et décembre ; tandis que *Plasmodium vivax* est apparu en nombre élevé entre août et octobre (69,5-74,8%) avec un pic en septembre (Tableau 4).

Tableau 4 : Répartition du nombre des cas dépistés positifs au paludisme à partir du mois de Janvier à Décembre 2019 (Source, DIS 2019)

Mois	Nombre total de cas testés	Nombre de cas positifs	Nombre total de cas testés positifs : <i>Plasmodium falciparum</i>		Nombre total de cas testés positifs : <i>Plasmodium vivax</i>		% positifs
			Nombre de cas positifs	% positifs	Nombre de cas positifs	% positifs	
Janvier	15507	4948	3678	74,33	1270	25,67	31.9
Février	17970	5533	4272	77,21	1261	22,79	30.79
Mars	31379	10901	8515	78,11	2386	21,89	34.74
Avril	39670	10564	8762	82,94	1802	17,06	26.62
Mai	25988	6638	4868	73,34	1770	26,66	25.54
Juin	15655	2511	1404	55,91	1107	44,09	16.04
Juillet	7780	1022	511	50	511	50	13.14
Aout	3495	529	161	30,43	368	69,57	15.14
Septembre	3731	389	98	25,19	291	74,81	10.42
Octobre	6047	605	241	29,65	364	70,35	7.47
Novembre	19579	2359	1356	56,43	1003	43,57	11.11
Décembre	30190	3403	2163	61,36	1240	38,64	9.03
	216988	49402	36029	72,93	13,373	27,07	

Nb = nombre des cas testés. Données du mois d'octobre, novembre et décembre en attente de validation

2.1.4. Résistance des parasites aux antipaludiques

Depuis bien longtemps, la chloroquine (CQ) a été utilisée dans le traitement symptomatique et asymptomatique du paludisme à Djibouti. Ce ne qu'en 1990, que le premier cas de résistance à la

chloroquine a été observé dans la ville de Djibouti⁸. A cause des échecs thérapeutiques observés dès lors, une étude in vitro a été menée à Djibouti par l'armée française en 2002 et publiée en février 2005⁹. Cette étude a mis en évidence l'existence d'une forte proportion de souches de *Plasmodium falciparum* porteuses de gènes de la résistante à la chloroquine (à Djibouti). Ensuite, des tests in vivo sur l'efficacité thérapeutique des antipaludiques conduits dans les pays voisins de Djibouti (Éthiopie, Érythrée et Somalie) au cours des années 2000 ont mis en évidence des taux d'échecs thérapeutiques élevés à la chloroquine et modérés à la Sulfadoxine-Pyriméthamine (en Érythrée et en Somalie). Considérant l'importance des flux migratoires entre ces pays et la République de Djibouti, depuis lors jusqu'aujourd'hui, il a été assumé que la situation de la résistance dans le pays est proche de celle observée dans les pays voisins.

Une mission de l'OMS¹⁰ conduite en mars 2006 à Djibouti, a recommandé au pays à adopter les associations combinées à l'artémisinine (CTA) comme médicament de choix pour le traitement du paludisme simple en remplacement de la chloroquine. L'Artesunate + la Sulfadoxine-Pyriméthamine (AS+SP) a alors été adoptée comme médicament de première intention et l'Artemether + Lumefantrine (AL) comme médicament de 2ème choix. Pour ce qui est du paludisme sévère ou grave, le pays avait adopté l'utilisation de la Quinine.

En 2014, suite aux échecs thérapeutiques observés à l'AS+SP, les cliniciens se sont réunis et ont proposé le changement de l'AS+SP par l'AL. Ainsi, le AL jadis considéré comme médicament de 2ème intention est passé comme médicament de 1ère intention. L'Artesunate + Amodiaquine est passé comme médicament de 2ème ligne. Il n'y avait aucune enquête parasitologique pour évaluer le niveau d'efficacité de l'AS+SP et appuyer l'adoption de l'AL. Pour ce qui est du paludisme sévère, le groupe avait adopté l'utilisation soit de l'Artemether, l'Artesunate ou la Quinine injectable. Ainsi, il serait souhaitable si le pays pouvait mettre en place son propre système de surveillance de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques pour le suivi de la résistance.

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

Selon le rapport sur les épidémies de 2017 et 2018, certains facteurs ont été incriminés dans l'apparition de ces épidémies. Il s'agit notamment de l'urbanisation incontrôlée (inexistence du système d'évacuation des eaux usées), le maraichage en zone périurbaine et rurale, la sédentarisation de la population nomade autour des parcelles agricoles irriguées et les flux migratoires dus aux conflits dans les pays voisins et l'afflux des populations des réfugiés ainsi que l'apparition d'une nouvelle espèce de moustique habitué à vivre dans la ville (urbain). Il s'agit

⁸ Rodier GR., Parra JP, Kamil M, Chakib SO, Cope SE. *Recurrence and emergence of infectious diseases in Djibouti city*. Bull World Health Organ. 1995; 73:755-9

⁹ Christophe Roger, Bruno Pradines, H. Bogreau, Jean-Louis Koeck, Mohamed-Ali Kamil and Odile Mercereau-Puijalon : *Malaria Epidemic and Drug Resistance, Djibouti ; Emerging Infectious Diseases, vol. 11, N° 2, February 2005*)

¹⁰ Organisation mondiale de la santé. L'appui technique au programme national de lutte contre le paludisme pour la mise en place de nouveaux algorithmes de traitement antipaludique et d'un système de surveillance de résistances aux antipaludiques en République de Djibouti. Rapport de mission, Djibouti, 18 – 27 mars 2006. OMS/EMRO

notamment d'*Anopheles stephensi*, nouveau vecteur et responsable de la transmission du paludisme à Djibouti.

Il s'avère évident qu'un nombre considérable de cas des paludisme provient des mouvements de population venant des pays endémiques du paludisme qui entourent Djibouti (Éthiopie, Érythrée et Somalie). Par ailleurs, les fréquentes inondations au cours de ces dernières années ont énormément contribué à rendre le paludisme endémique dans la République de Djibouti. En 2017, 2018 et 2019, les épidémies n'ont cessé d'augmenter dans la région de Djibouti ville. En 2019, les mois de mars et d'avril ont enregistré des cas élevés de paludisme (Figures 5 et 6). Les quartiers d'Arhiba, Fara-Had, Einguella, Khor Bouran, Ambouli, PK12 ont été plus touché par les épidémies de 2017, 2018 et 2019. Au regard des données épidémiologiques de dernières années la commune de Boulas est la plus touchée par les récentes épidémies et plus sévèrement le quartier d'Arhiba et Einguella où les conditions du milieu sont très favorable au développement des moustiques.

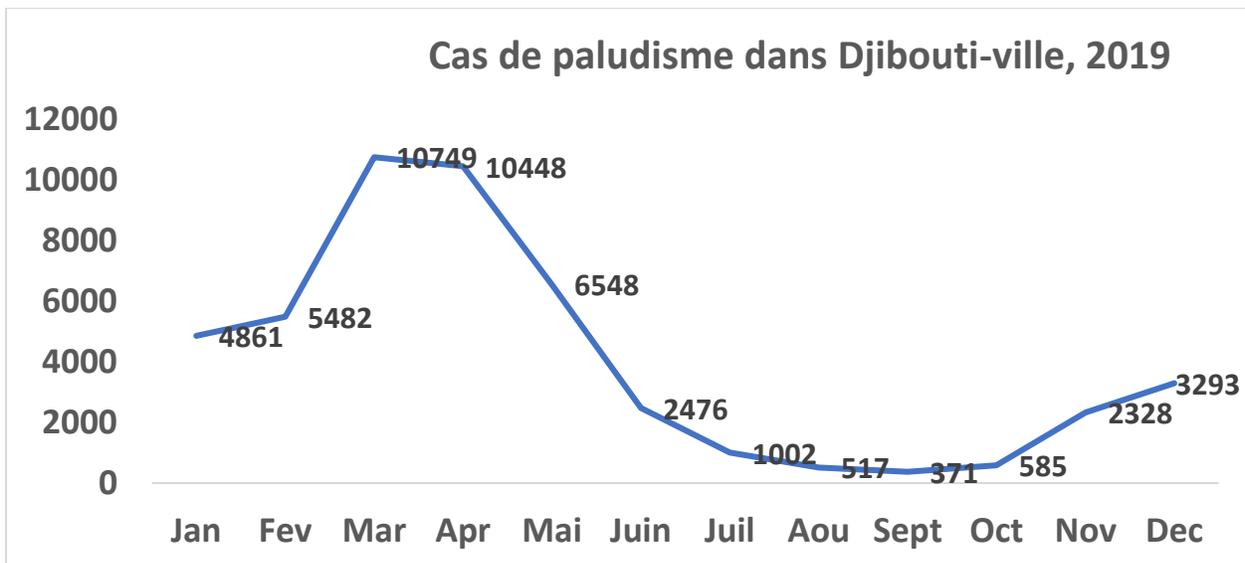


Figure 5 : Variations mensuelles des cas de paludisme dans la ville de Djibouti en 2019 (Source DIS, 2019)

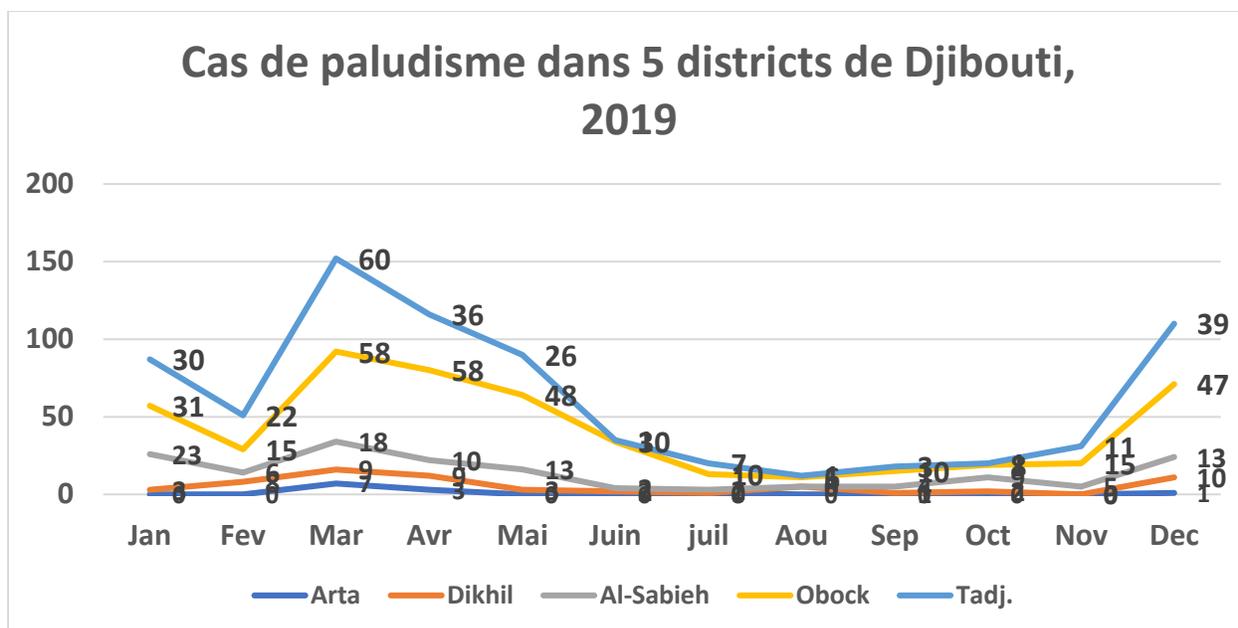


Figure 6 : Variations mensuelles des cas de paludisme dans 5 districts de Djibouti en 2019 (Source DIS, 2019)

Pour ce qui est du paludisme chez la femme enceinte, la stratégie du traitement préventif intermittent (TPI_g) avec la SP est plutôt recommandée pour les zones à transmission intense et/ou modérée. Par contre, pour ce qui est de Djibouti, une zone à transmission faible et instable, le TPI chez la femme enceinte et le nourrisson ne peut être basé que sur l'utilisation des MILDA.

L'artéméther + luméfantrine (Coartem) est administré aux femmes enceintes (2^{ème} et 3^{ème} trimestres) avec paludisme à *Plasmodium falciparum* confirmé par TDR ou par la microscopie. Selon l'OMS, dans les pays à faible transmission du paludisme causé par *Plasmodium falciparum*, il est recommandé de distribuer aux femmes enceintes des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MILDA) et de les utiliser aussitôt que possible au début de la grossesse jusqu'à l'accouchement pour leur prévention. Les MILDA seront également utilisées pour la protection des nourrissons. La distribution des MILDA pourra se faire lors de la consultation prénatale (CPN) ou à travers d'autres sources publiques ou privées. La distribution des MILDA aux femmes enceintes doit être gratuite ou fortement subventionnée. Sur la base des connaissances actuelles, l'OMS ne recommande pas le TPI_g-SP dans les zones à faible transmission ou au paludisme instable (OMS, 2004 et 2013). Le Tableau 5 donne le nombre de cas de paludisme confirmés chez les femmes enceintes admises à la maternité Dar-el-Hanan (Janvier à Juin 2019).

Tableau 5: Paludisme chez la femme enceinte: Djibouti (Maternité Dar-el-Hanan) (Septembre 2019)

	Années				
	2015	2016	2017	2018	2019*
Cas testé	190	369	587	731	1042
Cas positif	48	99	137	155	361
Nombre de femmes admises à la maternité	10054	9350	10646	11719	5665
Proportion des cas de paludisme chez la femme enceinte par rapport aux femmes admises à la maternité	0,48	1,06	1,29	1,32	6,37

*: données de Janvier à Juin 2019

Les femmes enceintes (2ème et 3ème trimestre) avec paludisme à *Plasmodium vivax* confirmé par TDR ou microscopie après le traitement de première intention (Artéméther+Luméfantrine au même dosage et posologie que pour *P. falciparum*) doivent prendre la chimioprophylaxie à la dose hebdomadaire de chloroquine base 150 mg (ou 250 mg de chloroquine phosphate) pour toute la durée de la grossesse et les premiers six mois de l'allaitement. La prophylaxie avec la chloroquine est efficace et prévient les rechutes et elle doit être suivie, car la primaquine est contre indiquée chez les femmes enceintes et les femmes allaitantes des enfants de moins de 6 mois. Une enquête menée en juin 2019 dans la commune de Balbala, 3 mois après distribution des MILDA, montre que 64% des femmes enceintes (7 femmes enceintes sur 11) ont dormi sous MILDA la nuit avant l'enquête.

Selon les données de 18 formations sanitaires de Djibouti-ville enregistrés au cours des années 2017 à 2019, on constate que plus de cas de paludisme sont enregistrés annuellement dans des Centres de santé communautaire d'Arhiba, de Far-Had, d'Einguela, de Khor Bourhan, d'Ambouli et de PK12 (Tableau 8). Au niveau des hôpitaux, plus de cas sont enregistrés à l'hôpital Balbala, l'hôpital Général Peltier (HGP) et à la Maternité-El-Hanan. Les centres de santé supportés par le CNSS enregistrent également beaucoup de cas de paludisme. A partir des données du Tableau 6, on constate que le total des cas de paludisme enregistrés de janvier à juin 2019 était presque le double des cas observés en 2017.

Tableau 6 : Répartition des cas de paludisme confirmés selon les structures sanitaires de Djibouti-ville au cours des années 2017, 2018 et 2019* (Source: Données PLNP 2017, 2018 et 2019).

Structure sanitaire		2017	2018	2019*
1	Arhiba (Arnauld)	5343	6823	7456
2	Fara-Had	2600	5511	5824
3	Einguela	1551	3299	5050

4	Khor Bourahan	1566	1447	1454
5	Ambouli	468	435	553
6	PK12	79	215	422
7	Quartier 7	199	342	303
8	Ibrahim Balala	149	430	207
9	Hayableh	71	217	90
10	Wahledaba	42	59	82
11	Warabaleh	14	45	70
12	Balbala 1	44	49	57
13	Balbala 2	26	50	40
14	Hôpital Balbala (HBB)	226	937	310
15	Hôpital Général Peltier (HGP)	941	2661	212
16	Dr. Chakib	16	44	5
17	Maternité- El- Hanan	119	156	388
18	CNSS	417	1062	2426
TOTAL		13871	23782	24949

* : Données de janvier à juin.

A partir du Tableau 7 ci-dessous, on observe plus de cas de paludisme pendant le 1^{er} et 2^{ème} trimestres (Janvier à Juin) suivi d'une réduction des cas au cours du 3^{ème} et 4^{ème} trimestres de l'année 2018. Plus de cas ont été observés au cours du 2^{ème} trimestre (Avril à Juin). La même tendance s'observe presque toutes les années à Djibouti. Au cours de l'année 2018, il y avait 252 enfants de moins de 5 ans, 157 femmes enceintes and 22641 adultes atteints du paludisme.

En ce qui concerne la fréquentation des structures sanitaires publiques et privées, on constate que la majorité de la population de Djibouti se fait de plus en plus examiner dans les formations sanitaires publiques que privées. A partir du Tableau 7 on constate que pendant les 2 premiers semestres de l'année 2018 ; 98.08% des patients ont été examinés au niveau des structures publiques tandis que 1.92% des patients ont été vus dans les structures privées.

Tableau 7: Nombre des cas de paludisme dans les structures publics et privées (Djibouti, 2018)

			T1 (janvier-mars)			T2 (avril-juin)			T3+T4 (juin-décembre)	TOTAL		
			Public	Privé	Total	Public	Privé	Total	Public + Privé			
TDR	Enfant de moins de 5 ans	Pf	56	0	56	105	0	105	4	165	252	
		Pv	44	0	44	42	0	42	1	87		
		Nég.	702	12	714	879	61	940	48	1702		1702
	Adultes	Adultes	Pf	4951	39	4990	8125	207	8332	998	14320	22641
			Pv	2622	23	2645	3789	88	3877	1799	8321	
			Nég.	26326	293	26619	30406	787	31193	12744	70556	
	Femmes enceintes	Pf	38	0	38	91	0	91	7	136	157	
		Pv	4	0	4	8	0	8	9	21		

			Nég.	183	0	183	386	0	386	149	718	718
Total des tests positifs au TDR				7715	62	7777	12160	295	12455	2818	23050	23050
Total des tests négatifs au TDR				27211	305	27516	31671	848	32519	12941	72976	

Source : Rapport PNL, 2018. Pf = *Plasmodium falciparum* ; Pv = *P. vivax* ; Nég= négative. T= trimestre, TDR = test de diagnostic rapide

2.1.6. Stratification épidémiologique du paludisme

La stratification épidémiologique permet de mieux définir des stratégies de lutte contre le paludisme adaptées aux différentes conditions écologiques rencontrées sur le terrain. Elle tient compte de la variabilité des niveaux de transmission, son intensité et sa saisonnalité. Pour ce qui est de la République de Djibouti, le pays appartient à une faciès désertique avec un paludisme instable à transmission sporadique ne survenant qu'à la suite de circonstances particulières (par exemple l'augmentation du niveau des eaux de la mer, les pluies diluviennes créant des gîtes de ponte des moustiques vecteurs au niveau des quartiers ; les modifications de l'environnement causées par les projets de développement tel que la construction des maisons, le manque d'assainissement du milieu, etc.).

Une stratification épidémiologique basée sur les données de 2008, indique que sur l'ensemble du pays la prévalence du paludisme était de 0,64%. Les districts de Dikhil et d'Ali Sabieh avaient présenté une très faible endémicité du paludisme (0%), et étaient classés dans la Strate I tandis que les districts de Tadjourah, Obock, Arta et Djibouti ont présenté une prévalence variant entre 0,2 et 3,9%, les plaçant ainsi dans une zone à faible endémicité (strate II).

Depuis 2013, le pays expérience des flambées des cas de paludisme causant parfois des épidémies au niveau de Djibouti-ville (ex. 2013, 2014, 2018, 2019). Ceci conduirait à une révision de la stratification épidémiologique du paludisme pour permettre une meilleure connaissance des facteurs et des zones à risque des épidémies du paludisme au niveau du pays. Le Tableau 8 montre la répartition des cas par tranches d'âge et par district pour la période janvier – septembre 2019. Il donne également le taux de prévalence (TP) du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans dans les différents districts du pays.

Tableau 8 : Répartition des cas de paludisme par tranche d'âge dans tous les districts de Djibouti (Janvier à Septembre 2019).

District	Enfants de moins de 5 ans		% positif chez <5 ans	Adultes		Femmes enceintes		Total	
	Nombre examinés (TDR)	Nombre positifs		Nombre examinés (TDR)	Nombre positifs	Nombre examinés (TDR)	Nombre positifs	Nombre examinés (TDR)	Nombre positifs
Djibouti	3850	703	18.1	153290	41269	1394	482	158534	42454
Arta	0	0	0	72	11	0	0	72	11
Dikhil	17	0	0	322	40	0	0	339	40
Al-Sabieh	10	4	0.1	573	73	1	1	584	78
Obock	10	0	0	558	266	5	0	573	266

Tadjourah	0	0	0	1068	186	1	0	1070	186
	3887	707		155884	41845	1401	483	161172	43035

(Source de données : DIS, 2019)

Considérant l'augmentation des cas de paludisme depuis 2013 jusque 2019, il y a besoin de mettre à jour cette stratification afin de connaître les zones à risque du paludisme dans la République de Djibouti. En effet, avec un taux de prévalence parasitaire (TP) de 26,7%, le pays se trouverait dans la Strate II au lieu de 0,64% (Strate I) observé en 2008.

Les taux de prévalence parasitaire (TP) du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans déterminent la stratification épidémiologique du paludisme¹¹. Avec un taux de prévalence parasitaire de 0 à 5%, le pays/district est classé dans la strate I avec un niveau d'endémicité allant vers l'élimination du paludisme (Ali-Sabieh, Tadjourah, Obock, Arta et Dikhil avec un TP compris entre 0 et 0,1%) ; un TP compris entre 6 et 30% indique que le pays/district se trouve dans la strate II avec un niveau d'endémicité conduisant à la phase de contrôle (Djibouti-ville avec un TP de 18,1%) ; un TP supérieur à 30% montre que le pays se trouve dans la strate III avec un niveau d'endémicité nécessitant une intensification des mesures de contrôle. Les données épidémiologiques collectées entre janvier et septembre 2019 ont été utilisées pour la stratification épidémiologique du paludisme dans la République de Djibouti.

2.2. Performance du programme national de lutte contre le paludisme de Djibouti (PSN, 2013-2017)

2.2.1. Les différents plans stratégiques nationaux du PNLP (selon l'OMS et RBM)

Les plans stratégiques de première génération avaient comme objectif, l'augmentation de la couverture des interventions clés de lutte contre le paludisme en mettant l'accent sur la couverture des populations vulnérables (pour la plus part des enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes). Ces plans étaient initiés par RBM en 1998.

Les plans stratégiques de deuxième génération consistaient à faciliter l'accès des interventions de lutte à toutes les populations à risque du paludisme, c- à -d les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, et des populations vivant dans les zones à risque du paludisme pour assurer un impact sur la morbidité et la mortalité. En 2005, les pays furent supportés par l'OMS et assistés par leurs partenaires pour conduire l'analyse situationnelle conduisant au développement du plan stratégique de 2ième génération (2005-2011).

Les plans stratégiques de troisième génération avaient comme objectifs de conduire les pays à l'atteinte d'une couverture universelle pour toutes les interventions de lutte contre le paludisme (ex. MILDA, PID, TDR, CTA, etc...) et d'entreprendre une mise en œuvre compréhensive des politiques et stratégies de lutte contre le paludisme afin de conduire les pays vers l'élimination de la maladie. A partir de 2010, bon nombre des pays ont organisé leur revue de performance des programmes (RPP) conduisant au développement des plans stratégiques de troisième génération.

¹¹ Taux de prévalence parasitaire (TP) = $\frac{\text{nombre des enfants de moins de 5 ans positifs}}{\text{nombre des enfants de moins de 5 ans examinés}} \times 100$

A Djibouti, la Revue de performance du programme de lutte contre le paludisme (RPP) a été réalisée en janvier 2019 selon la méthodologie de l’OMS permettant ainsi de mettre en exergues les forces et les faiblesses de la lutte contre le paludisme au pays et de faire des recommandations appropriées qui ont conduit à l’élaboration du présent Plan stratégique national (PSN 2020 -2024).

2.2.2. La Revue des Performances du Programme national de lutte contre le paludisme de Djibouti (RPP).

2.2.2.1. Objectifs du PSN 2013-2017

2.2.2.1.1. Objectif général

Réduire la prévalence des porteurs de parasites du Paludisme de 0,64 % (Enquête de 2008) à 0% en vue d’atteindre zéro cas autochtone d’ici fin 2017.

2.2.2.1.2. Objectifs spécifiques

Prévention

Protégé 100% de la population à risque y compris les populations nomades transfrontalières, les camps de réfugiés et les migrants, avec des moyens efficaces de prévention du paludisme, d’ici fin 2017.

Prise en charge des cas de paludisme

Assurer la prise en charge correcte de 100% des cas de Paludisme détectés, y compris chez les populations nomades transfrontalières, les camps de réfugiés et les migrants dans les 24 heures d’ici fin 2017.

Surveillance épidémiologique, Suivi-évaluation et Recherche opérationnelle

Renforcer de façon continue le système de surveillance épidémiologique, de suivi et évaluation, y compris la détection active de tous les cas et de tous les foyers de transmission d’ici fin 2017

Information, Éducation et Communication (IEC/CCC)

Renforcer les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) de toutes les populations à risque y compris les populations nomades transfrontalières, les réfugiés et demandeurs d’asile, et les migrants dans la prévention et la prise en charge des cas du paludisme, dans le but de conduire le pays vers l’élimination de cette maladie, d’ici fin 2030.

Gestion du Programme

Renforcer les capacités institutionnelles, techniques et managériales du Programme à tous les niveaux, afin de mettre en œuvre les activités liées au programme d’élimination d’ici fin 2017

2.2.3. Principaux résultats et recommandations de la revue de performance du programme national de lutte contre le paludisme de Djibouti (RPP 2019).

Les analyses forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) de tous les domaines thématiques du PNLN et les recommandations émises par l'équipe de la Revue lors de la revue de performance du programme de lutte contre le paludisme (RPP) en janvier 2019 pour améliorer les activités de lutte contre le paludisme dans la République de Djibouti sont indiquées dans le Tableau 9 en Annexe.

2.3. Orientations stratégiques du programme : Du contrôle vers l'élimination

Les approches de mise en œuvre des activités par un programme de contrôle et de celui d'élimination varient considérablement. Le Gouvernement de Djibouti compte engager une réorientation de son programme de contrôle pour l'élimination de ce fléau du territoire national à l'horizon 2030. Durant la phase de contrôle, les efforts nationaux vont viser la réduction du fardeau (morbidité et mortalité) du paludisme, alors que l'orientation vers l'élimination visera l'élimination des foyers de transmission autochtones. Dans la perspective de l'élimination, les systèmes doivent être renforcés afin (i) d'identifier et de traiter tous les cas symptomatiques, tout en assurant l'élimination des parasites du paludisme chez les porteurs asymptomatiques, et (ii) réduire de façon significative le contact humain-moustique par l'utilisation des interventions efficaces à savoir les MILDA, la PID et la gestion des gîtes larvaires. Ces 2 approches seront facilitées par la mise en œuvre de la surveillance active des cas de Paludisme et la mise en œuvre des interventions ciblées décrites dans ce plan stratégique.

Le tableau 10 ci-dessous résume les changements importants dans la stratégie de lutte contre le Paludisme dans la République de Djibouti, pour la mettre en phase avec l'objectif d'élimination. Le Plan stratégique proposé pour les 5 prochaines années visera à remplir l'ensemble des conditions épidémiologiques, opérationnelles et de suivi évaluation requise pour arriver au terme de la phase de pré-élimination en 2025

Des réorientations sont proposées pour introduire des changements majeurs dans l'approche de la programmation de la lutte antipaludique à travers, des interventions plus adaptées au contexte et ciblées plutôt que l'application en routine des interventions. Un suivi régulier et systématique des activités visant l'élimination des foyers sera assurée à travers les différents districts du pays.

Tableau 10 : Réorientations Stratégiques du programme de Contrôle vers l'Élimination

Objectif/ Intervention	Programme de contrôle	Programme visant l'élimination
Objectif	Réduction de la charge de la morbidité et de la mortalité, à un niveau où le Paludisme n'est pas un problème de santé publique	Réduire à zéro la carte des foyers de transmission et le réservoir de parasites
Diagnostic	La plupart des cas présumés confirmés par un diagnostic parasitologique (TDR ou microscopie); aucune assurance de la qualité des résultats	Tous les cas de fièvre sont testés par les TDR et / ou microscopie. Haut niveau de l'assurance qualité pour le diagnostic.
Traitement	Certains traitements sont basés sur les symptômes cliniques, malgré les tests diagnostiques négatifs	Traitement administré strictement en fonction des résultats.

Contrôle vectoriel	L'accent est mis sur la réduction de la survie du vecteur et sa densité. Assurer la PID et la distribution des MIILDA sélectives.	L'accent est mis sur la réduction de la survie du vecteur, et la réduction du contact homme-vecteur. Une approche combinée des PID et des MILDA est appliquée pour interrompre la transmission dans les foyers de transmission.
Détection des Cas (Surveillance)	Système de surveillance passif basé sur les personnes qui consultent les services de santé.	Intervention majeure, utilisée pour un dépistage actif des cas afin d'identifier les cas secondaires dans la communauté (infections supplémentaires) autour des cas autochtones identifiés par les services de santé
Rapport (Surveillance)	Notification de routine par les travailleurs de la santé sur une base hebdomadaire ou mensuel	Basée sur les cas notifiés dans les 24 heures et après enquête y compris une cartographie de tous les cas positifs et cas d'infections. Utilisation des registres du Paludisme. Désagrégation des cas entre cas autochtones et cas importés. Utilisation de technologies innovantes pour faciliter, la qualité, la complétude et la transmission en temps opportun des données le long des chaînes d'information.
Cas Importés	Les voyageurs et les migrants, le contrôle transfrontaliers ont une priorité faible	Priorité est donnée aux voyageurs et des migrants circulant entre les zones exemptes de Paludisme et des zones de transmission. Le Contrôle transfrontalier maximise l'efficacité des opérations des deux côtés de la frontière commune, limitant la transmission et le risque d'importation dans les districts frontaliers
Gestion du Programme	Personnel de gestion limité, largement centralisée au niveau national, capacité limitée de suivi/ évaluation et faible collaboration intersectorielle.	Le Programme doit être pleinement efficace et agir rapidement. Besoin de renforcement des capacités pour la gestion décentralisée par les régions/districts pour planifier, exécuter et suivre les activités ; véritable partenariat et implication des autres secteurs
Secteur Privé	Peu d'interaction avec le secteur privé et faible contribution de ce secteur au système de notification des cas	Les établissements privés sont tenus de signaler les cas suspects et les cas positifs, et sont intégrés dans le système de surveillance.
Intégration des activités antipaludiques dans le système de santé	Intégration du système de notification des cas , des ressources humaines et des prestations de services au sein de la Direction des Programmes spéciaux du Ministère de la santé.	Mise en place de système parallèle de notification et de provision de services (par exemple surveillance, agents de santé communautaires dédiés au Paludisme) au niveau régional et des districts pour la période d'élimination.

CHAPITRE III.

3. CADRE STRATEGIQUE DU PSN 2020-2024

3.1. Vision

Djibouti: un pays sans paludisme à l'horizon 2030

3.2. Mission

Mettre à la disposition de la population Djiboutienne les meilleures interventions de prévention et de traitement du paludisme reconnues, efficaces et adaptées au profil épidémiologique du pays en vue de l'élimination de la maladie.

3.3. Orientations stratégiques

La mission du PNLP est d'élaborer et faire appliquer des stratégies garantissant l'accès universel aux interventions les plus efficaces de lutte contre le paludisme à tous les habitants de Djibouti sans coût (dans les structures publiques) et au coût abordable (dans les structures privées) et de contribuer ainsi à la réduction des pertes socio-économiques attribuables à cette endémie au sein de la population.

La République de Djibouti a souscrit à la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme (STM, 2016-2030)¹², et à autres stratégies et politiques mondiales visant l'élimination du Paludisme d'ici à 2030. Pour ce faire les principales orientations stratégiques et priorités politiques dans les cinq années à venir, dans le cadre de ce PSN 2020-2024 viseront à mettre à l'échelle les interventions efficaces de lutte contre le paludisme et ainsi de mener le pays vers la pré-élimination du paludisme d'ici 2025 et son élimination en 2030.

Afin d'atteindre ces objectifs, il y a besoin d'un investissement adéquat pour toutes les interventions de lutte contre le paludisme particulièrement, les mesures de prévention (achat des MILDA, des insecticides pour la PID, des agents bio larvicides, l'assainissement de l'Environnement, la disponibilité des tests de diagnostic rapide et les kits de traitements, la surveillance épidémiologique pour une détection rapide des épidémies de paludisme. La recherche opérationnelle et les enquêtes auprès des ménages (EDS, EIP, EDIM, MICS), le suivi de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques (TET) et la mise en place d'un plan de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides doivent être soutenus.

Pour une meilleure qualité des services, le programme doit renforcer son personnel par le recrutement d'un personnel qualifié et compétent (selon les normes de l'OMS) aussi bien que de renforcer sa collaboration avec les institutions locales et internationales. Le renforcement du diagnostic du paludisme va nécessiter l'approvisionnement en TDR et en réactifs pour la microscopie à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ceci nécessitera le renforcement des

¹²Organisation mondiale de la santé: Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme, 2016-2030. OMS, 29 pages, 2015.

capacités de tous les prestataires des soins et du personnel du PNLP. Un système de retro-information doit être renforcé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et surtout du niveau central vers les structures sanitaires. Les relais communautaires (RC) et les agents de santé communautaire (ASC) joueront un rôle prépondérant dans la sensibilisation des communautés à l'utilisation des interventions et des structures sanitaires pour la recherche des soins.

En outre, Djibouti devra également renforcer son système de santé centré sur le développement des districts sanitaires pour garantir la disponibilité des services et soins de santé de qualité ainsi que leur meilleure accessibilité et utilisation par la population. La disponibilité des médicaments de qualité sera renforcée à travers toutes les structures de la pyramide sanitaire. Le Ministère de la santé s'engagera toujours à approvisionner les structures sanitaires avec des antipaludiques (CTA) de qualité tout en luttant contre la circulation des médicaments de qualité douteuse, contrefaits et la monothérapie.

Ainsi avec ces investissements stratégiques à fort impact, le PSN 2020-2024 de lutte contre le paludisme contribuera à améliorer sensiblement la santé des populations, à réduire la pauvreté, à accroître l'équité et à contribuer au développement global de la République de Djibouti.

3.4. Principes directeurs

Les principes directeurs qui sous-tendent l'action en cette matière sont :

Un leadership national attesté par l'acquisition du PSN par le pays

Un partenariat coordonné, inclusif et efficace

La décentralisation des interventions

L'équité dans l'accès aux soins de qualité

L'efficacité dans la mise en œuvre des interventions et l'engagement des communautés

3.5. But

Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de la République de Djibouti par la réduction du fardeau humain et socio-économique dus au paludisme.

3.6. Objectifs généraux

Réduire la mortalité due au paludisme dans les formations sanitaires d'ici fin 2024.

Réduire la morbidité liée au paludisme de 50% d'ici 2024, par rapport aux données de 2018 en vue d'atteindre zéro cas autochtone d'ici fin 2030.

3.7. Objectifs spécifiques (Cibles)

1. Prévention

1.1. D'ici fin 2024, amener au moins 100% de la population à risque y compris les populations nomades transfrontalières, les réfugiés et les migrants à dormir sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA)

1.2. D'ici fin 2024, protégé au moins 100% de la population à risque dans les zones cibles avec les pulvérisations intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID)

1.3. D'ici fin 2024, traiter au moins 70% des gîtes larvaires avec des (bio) larvicides efficaces

2. Prise en charge des cas

- 2.1. D'ici 2024, au moins 100% des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires sont testés par la microscopie (GE) ou le TDR.
- 2.2. D'ici 2024, 100% des cas de paludisme confirmés, y compris chez les populations nomades transfrontalières, les réfugiés et les migrants sont traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires
- 2.3. D'ici 2024, les intrants antipaludiques seront disponibles de façon permanente dans 100% des structures sanitaires.

3. Suivi-évaluation, Surveillance épidémiologie, et Recherche opérationnelle (SSERO)

- 3.1. D'ici 2024, amener au moins 100% des structures sanitaires à transmettre à temps des données de qualité sur les principaux indicateurs de lutte contre le paludisme
- 3.2. D'ici 2024, détecter précocement 100% des épidémies et situations d'urgence
- 3.3. D'ici 2024, contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence du paludisme dans les deux semaines qui suivent leur détection
- 3.4. D'ici fin 2023, 80% des sujets de recherche opérationnelle planifiés sont réalisés

4. Communication pour le changement de comportement (IEC/CCC)

- 4.1. D'ici 2024, amener au moins 80% des mères/gardiens d'enfants de moins de 5 ans de reconnaître les signes de danger du paludisme
- 4.2. D'ici 2024, 80% des enfants en âge scolaire connaissent les modes de transmission et moyens de prévention du paludisme
- 4.3. D'ici 2023, amener 80 % des organisations à base communautaire (OBC), la Société Civile (SC) et groupes communautaires répertoriés à s'impliquer dans la lutte contre le paludisme
- 4.4. D'ici 2024, amener au moins 80% des leaders/décideurs répertoriés (politique, religieux, traditionnel, etc.) à s'impliquer dans la lutte contre le paludisme
- 4.5. D'ici 2024, amener au moins 80% des communautés à s'approprier et utiliser les interventions de lutte contre le paludisme
- 4.6. D'ici 2024, 80% de la population est consulté dans les 24 heures qui suivent l'apparition de la fièvre
- 4.7. D'ici 2024, au moins 85% des journalistes du media parlé et écrit (TV, radio, journaux) seront formés sur la communication dans la lutte contre le paludisme

5. Gestion du programme (GP) et Coordination multisectorielle

- 5.1. D'ici fin2024, au moins 100% des Fonds alloués au PNLP dans le budget de la Santé sont décaissés.
- 5.2. D'ici fin 2024, au moins 80% du budget du programme ont été mobilisés auprès des partenaires locaux et étrangers.
- 5.3. D'ici fin 2024, au moins 80% des activités planifiées dans le cadre du renforcement des structures de coordination au niveau national de lutte contre le paludisme sont réalisées.
- 5.4. D'ici fin 2024, 80% des activités planifiées dans le cadre des initiatives transfrontalières sont réalisées.

5.5. D'ici fin 2024, au moins 100% des réunions annuelles de revue et de planification de la lutte contre le paludisme sont organisées

5.6. D'ici fin 2024, au moins 95% du personnel de santé ont eu un renforcement des capacités dans le domaine de lutte contre le paludisme.

5.7. D'ici fin 2024, au moins 80% des réunions multisectorielles sont organisées pour la lutte contre le paludisme

6. Gestion des Approvisionnements et Stocks (GAS)

6.1. D'ici fin 2024, au moins 80% des structures sanitaires publiques disposent de façon permanente des médicaments et autres produits de lutte contre le paludisme.

6.2. D'ici fin 2024, au moins 90% des structures sanitaires parapubliques disposent de façon permanente des médicaments et autres produits de lutte contre le paludisme

6.3. D'ici fin 2024, au moins 80% des structures sanitaires privées disposent de façon permanente des médicaments et autres produits de lutte contre le paludisme

6.4. D'ici fin 2024, au moins 80% du personnel de la chaîne d'approvisionnement du niveau central sont qualifiés en quantification des intrants antipaludiques

6.5. D'ici fin 2024, au moins 90% des districts possèdent un agent formé en gestion des achats et des stocks

6.6. D'ici fin 2024, 80% des structures sanitaires publiques et parapubliques y compris les postes de santé seront connectés sur le système national de gestion logistique des intrants (SMS for Life ou SIGL)

3.8. Axes stratégiques, interventions et cibles

Depuis 2010, l'OMS assiste les pays à développer leurs plans stratégiques de 3^{ème} génération afin de conduire les pays vers l'atteinte d'une couverture universelle de toutes les interventions de lutte contre le paludisme (ex. MILDA, PID, TDR, approvisionnement en médicaments, etc...).

3.8.1. Principales interventions de lutte contre le paludisme

Dans le but de conduire le pays vers l'élimination du paludisme, les interventions prioritaires suivant : la Prévention et la Prise en charge des cas du paludisme et les interventions d'appui (Suivi- évaluation, surveillance épidémiologique et recherche opérationnelle ; IEC/CCC ; Gestion du programme et Gestion des achats et des stocks) doivent être retenues et mises à l'échelle nationale surtout dans les zones où le paludisme est endémiques (Tableau 11).

Tableau 11: Principales interventions de lutte contre le paludisme

Axe stratégique	Interventions	Cibles
Axes stratégiques prioritaires Prévention	Distribution des MILDA en campagne de masse	Toute la population de Djibouti
	Distribution de MILDA en routine	Femmes enceintes et enfant de < 5 ans, des écoles,

		Pulvérisation intradomiciliaire (PID)	Djibouti–ville et autres districts affectés (Ali Sabieh, Dikhil Tadjourah, Obock et Arta)
		Lutte antilarvaire	Contrôle des gîtes larvaires dans les districts affectés par le paludisme
	Prise en charge	Diagnostic avec TDR	Formations sanitaires périphériques sans laboratoire et au niveau communautaire
		Diagnostic avec TDR et la Microscopie (GE/FS)	Formations sanitaires avec laboratoire
		Traitement avec CTA (Artémether + Luméfantrine, Artésunate + Amodiaquine, Artesunate + Mefloquine, Dihydroartémisine + Piperaquine), Primaquine	Tous les cas de paludisme simple confirmés au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire, incluant Plasmodium vivax
		Traitement avec Artésunate ou Artémether injectable ou Quinine en perfusion	Cas de paludisme grave au niveau des CMH et Hôpitaux de référence
	Axes stratégiques d' appui	SE, SurvEp, RO	Suivi-évaluation, Surveillance épidémiologique et Recherche Opérationnelle
IEC CCC		Information, Éducation et Communication/ Communication pour le changement de comportement (IEC/CCC)	Mobilisation communautaire pour l'acquisition et l'utilisation des MILDA, la recherche des soins
GP & CM		Gestion du programme (GP) et Coordination multisectorielle	Coordination des activités du PNLP, coordination des partenaires; Mobilisation des ressources, Formation
GAS		Gestion des achats et des stocks (GAS)	Approvisionnement en antipaludique, TDR, MILDA, réactifs, et autres intrants

3.8.2. DESCRIPTION DES CIBLES ET DES ACTIVITES PAR AXE STRATEGIQUE

1. AXE STRATEGIQUE : PREVENTION (LUTTE CONTRE LES VECTEURS DU PALUDISME)

Objectif spécifique 1: D'ici 2024, amener au moins 100 % de la population à risque y compris les populations nomades transfrontalières, les réfugiés et les migrants à dormir sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA).

Afin de s'assurer de la distribution universelle des MILDA, les canaux suivants doivent être mis en place. Il s'agit notamment de :

a) La distribution massive des MILDA: la MILDA est une stratégie majeure de lutte contre le paludisme. Pour assurer un accroissement rapide de sa disponibilité et atteindre une couverture universelle rapide, les MILDA seront distribuées tous les deux ans à tous les ménages situés dans les zones d'endémie et à tendance épidémique au moyen des campagnes de masse. Les MILDA seront également distribuées aux écoles dans le cadre d'une distribution de masse. Les écoles devront encourager les élèves à utiliser des moustiquaires. Les établissements de santé dotés de services hospitaliers dans les zones d'endémie et d'épidémie de paludisme devront avoir des MILDA pour prévenir la transmission du paludisme au sein des institutions. Pour maximiser l'impact des MILDA, une approche de saturation géographique sera adoptée, faire en sorte qu'au moment de la distribution, chaque zone ciblée atteigne 100% de couverture de la population. Il est souvent constaté quelques mois après la distribution de masse des MILDA, une déperdition de la couverture de la MILDA. Au cas où cette diminution des MILDA sera observée, il sera demandé au programme PNLP d'organiser une distribution de masse tous les deux ans. La distribution de masse de MILDA sera accompagnée des campagnes de plaidoyer sur l'utilisation des MILDA et les soins à prendre avant, pendant et après la distribution.

b) La distribution de routine des MILDA à travers les centres de consultations prénatales (CPN) sera appliquée. Les femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans dans toutes les zones du paludisme seront ciblés pour la distribution de MILDA par l'intermédiaire de CPN, les cliniques de soin pour les enfants et les agents de santé communautaires (ASC). Cette distribution servira à maintenir la couverture universelle.

c) Le marketing social des MILDA sera envisagé afin d'encourager le secteur privé à approvisionner le marché avec des MILDA de qualité aux coûts abordables et/ou subventionnées. Ces MILDA seront vendues dans des endroits désignés dans la ville de Djibouti et à l'intérieur du pays. Le marketing social servira à maintenir la couverture universelle.

La distribution de masse et de routine des MILDA seront gratuites.

Objectif spécifique 2 : D'ici 2024, protéger au moins 100 % de la population à risque dans les zones cibles avec les pulvérisations intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID)

La pulvérisation intradomiciliaire (PID) à l'intérieur des maisons dans les zones ciblées est une intervention clé conduisant à la réduction du fardeau du paludisme. Cette intervention offre une opportunité d'utilisation de plusieurs molécules d'insecticides (pyrethroides, carbamates, organochlorés, organophosphorés). La PID pilote menée en septembre/octobre 2019 dans quatre quartiers de la ville de Djibouti offrira une expertise locale et permettra au programme d'étendre cette intervention sur l'ensemble des districts souvent affectés par le paludisme (PID focalisée). Les campagnes PID seront ainsi déployées avant la saison de transmission dans les maisons d'habitation aussi bien que dans les écoles (internats) et les prisons afin de prévenir les épidémies du paludisme.

Les données de surveillance épidémiologique seront utilisées pour déterminer les zones prioritaires qui doivent bénéficier la PID focalisée. Les capacités du personnel du niveau central (INSPD et PNLP) et des districts exposés aux recrudescence des cas de paludisme (Ali Sabieh, Tadjourah et Obock) seront renforcées. Dans le cas des districts à tendance épidémique, l'objectif de la PID

focalisée sera de contenir des épidémies de paludisme et ainsi d'interrompre la transmission du paludisme. Il sera demandé au ministère de la santé et ses partenaires techniques et financiers d'approvisionner les districts cibles avec du matériel de pulvérisation, des insecticides et une formation du personnel pour entreprendre une PID focalisée lorsque indiqué. Le Département de la promotion de la santé (DPS) du ministère de la santé entreprendra un plaidoyer tout au long de la mise en œuvre des activités PID à travers la mobilisation des ménages.

Objectif spécifique 3 : D'ici 2024, traiter au moins 70% des gîtes larvaires avec des larvicides efficaces

Dans le but de maintenir les gains obtenus par l'utilisation des MILDA et de la PID dans la gestion intégrée des vecteurs, la gestion des gîtes larvaires sera effectuée dans les zones touchées par le paludisme. L'utilisation des agents biologiques tel que les poissons larvivores, les produits chimiques (Temephos) et les bactéries (*Bacillus thuringiensis*) seront utilisés pour réduire les vecteurs à partir des gîtes larvaires. Autres méthodes telles que la destruction des gîtes larvaires seront en application.

Une collaboration intra et inter sectorielle entre le PNLN et l'INSPD, le Département de la Promotion sociale (DPS) du MS, l'Office national des eaux et assainissement de Djibouti (ONEAD), le Ministère de l'intérieur (la Voirie urbaine) et le Ministère de l'Urbanisme, Environnement et Tourisme.

La lutte antivectorielle sera ainsi renforcée par la gestion des gîtes larvaires au moyen de l'assainissement des quartiers urbain et ruraux.

2. AXE STRATEGIQUE : PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME

Objectif spécifique 1 : D'ici 2024, au moins 100 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires sont testés par la microscopie ou le TDR.

Un traitement du paludisme fondé sur le diagnostic pour tous les groupes d'âge, à tous les niveaux du système sanitaire et dans tous les districts sera renforcé sur l'ensemble du pays. Ainsi, tous les cas de fièvre feront l'objet d'un test de confirmation au moyen de test de diagnostic rapide (TDR) avant traitement. Outre les TDR, la microscopie reste la référence en matière de diagnostic. Les structures sanitaires seront équipées des microscopes et les connaissances des techniciens de laboratoire seront renforcées par la formation en microscopie experte (ECAMM). Pour les FOSA ou la microscopie ne sera pas réalisable, les tests de diagnostic rapide (TDR) seront utilisés pour les tests parasitologiques.

Pour avoir un traitement du paludisme de qualité, le renforcement des capacités de diagnostic sera assuré à travers la formation des techniciens de laboratoire. La formation du personnel de santé en microscopie sera assurée par les techniciens de laboratoire du niveau 2, 3 et 4 formés par l'OMS (Septembre 2019). Des formations en cascade seront ensuite organisées pour assurer un nombre élevé des techniciens de laboratoire capables de diagnostiquer le paludisme. Une fois la formation en microscopie est faite, les médecins régionaux et/ou les médecins chefs des districts assureront le suivi de la qualité de la microscopie (identification des parasites à partir des lames). Le PNLN

s'assurera de la qualité de la formation à travers le suivi des connaissances et des performances des agents de santé.

L'extension de la couverture du diagnostic au secteur privé sera assurée pour améliorer la qualité de la prise en charge des cas de paludisme. Le système d'assurance qualité (AQ) et de contrôle de qualité (CQ) seront mis en place pour garantir la qualité de diagnostic.

Objectif spécifique 2 : D'ici 2024, 100% des cas de paludisme confirmés, y compris chez les populations nomades transfrontalières, les camps de réfugiés et les migrants sont traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires

Tous les cas de paludisme confirmés seront traités avec un antipaludique reconnu et conformément aux directives nationales à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans le secteur public, parapublic et privé. Les directives de diagnostic et de traitement du paludisme seront révisées et diffusées régulièrement pour tenir compte des changements de politique de traitement du paludisme. Des algorithmes et des procédures opérationnelles standards seront développés et déployés dans toutes les structures sanitaires publiques et privées pour aider les cliniciens à administrer un traitement de qualité. L'administration de l'artémether + luméfantrine (Coartem) comme médicament de première intention sera toujours retenue aussi longtemps que cette molécule est efficace. Le choix de la molécule sera toujours soutenu par les études d'efficacité thérapeutique (EET ou TET)) prévues tous les deux ans. En cas d'échec thérapeutique ou intolérance à la première molécule, le patient sera mis sous un CTA de deuxième intention.

Les cas d'un paludisme grave reçus au niveau des communautés (PS et CSC) feront l'objet d'un traitement pré-référence avec l'artésunate en suppositoire et seront transférés dans les structures sanitaires de référence où ils seront mis soit sous l'artémether en IV, soit en quinine en perfusion.

Une formation intégrée au programme de lutte contre le paludisme axée sur l'utilisation des TDR, le traitement et la pharmacovigilance sera organisée. Cette formation sera conduite par des institutions de formation (ex. l'Université de Djibouti), de recherche (l'INSPD) et le PNLP à l'échelle nationale dans toutes les régions sanitaires et tous les districts exposés au risque de paludisme. Les techniciens de laboratoire et les cliniciens seront recyclés tous les deux ans. Les agents de santé communautaire (ASC) seront formés à effectuer les tests de diagnostic rapide (TDR) et à traiter le paludisme à domicile.

Le PNLP en partenariat avec d'autres institutions nationales et/ou étrangères vont identifier les sites sentinelles ou les observations sur les effets indésirables des médicaments ou pharmacovigilance seront menés. Les personnels de santé seront formés afin qu'il puisse continuellement notifier les effets indésirables et participer à la recherche de leurs causes tout en faisant un feedback aux sites sentinelles concernés.

Objectif spécifique 3 :D'ici 2024, les intrants antipaludiques seront disponibles de façon permanente dans 100% des structures sanitaires.

L'accès à des médicaments antipaludiques au niveau des structures sanitaires du secteur public, parapublic et privé sera garanti. Le PNLP collaborera avec les parties prenantes y compris la

Direction du médicament, de la pharmacie et de laboratoire (DMPL) et le secteur privé pour assurer un accès rapide et équitable aux médicaments antipaludiques de qualité. Le PNLP s'assurera que toutes les structures sanitaires surtout celles des zones où le paludisme est endémique et/ou apparaît sous forme épidémique ont des médicaments antipaludiques et intrants y afférents avant la saison de transmission.

Au niveau des districts, les intrants antipaludiques seront pré-positionnés au niveau des Hôpitaux régionaux, ces derniers à leur tour ravitailleront les postes de santé (PS). Au niveau de Djibouti-ville, la CAMME continuera à approvisionner les structures sanitaires en intrants antipaludiques.

3. AXE STRATEGIQUE : SUIVI-EVALUATION, SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET RECHERCHE OPERATIONNELLE

Objectif spécifique 1 : D'ici fin 2024, amener au moins 100% des districts de santé à transmettre régulièrement les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme

Le renforcement de gestion des données sur le paludisme sera organisé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Un groupe de travail technique sur le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre le paludisme sera mis en place. Le rôle de ce groupe sera de renforcer les capacités de l'Unité SE du programme de lutte contre le paludisme et de fournir un appui technique à l'unité de suivi et d'évaluation du MS (DIS).

Pour améliorer l'efficacité de la collecte et de la dissémination des données, le logiciel DHIS2, une plateforme incluant le module de l'OMS doit être mise en place pour avoir des données représentatives de la situation du paludisme dans la République de Djibouti. Les données de surveillance de routine à périodicité mensuelle et les données de surveillance hebdomadaire des maladies à potentiel épidémique feront l'objet de collecte régulière. Les capacités techniques des agents du MS du niveau central et district y compris les points focaux paludisme et ceux des structures sanitaires privées seront renforcées dans la collecte et l'analyse des données. Des audits périodiques sur les données seront organisés et les feedback aux districts seront assurés.

Dans le cadre de la surveillance épidémiologique de la maladie et de la riposte, des enquêtes sur le paludisme seront maintenues au niveau des sites sentinelles dans les districts où le paludisme apparaît sous forme épidémique. Des audits réguliers de la qualité des données seront effectués et la base de données sur le paludisme sera mise à jour. La gestion d'une base des données de qualité permettra de prendre une décision basée sur les évidences en cas de riposte. Les sites sentinelles seront renforcés par un personnel qualifié et un équipement approprié pour une surveillance régulière et une collecte des données sur le paludisme et autres maladies.

Objectifs spécifiques 2 & 3 : D'ici 2024, détecter précocement et contrôler 100% des épidémies du paludisme dans les 2 semaines qui suivent leur détection.

En matière de préparation et de riposte aux épidémies (PRE), le nombre des sites de surveillance sentinelle du paludisme sera augmenté et renforcé. Outre, l'hôpital général Peltier installé dans Djibouti-ville ; l'hôpital de Balbala, la Maternité-El-Hanan aussi bien que les centres de CNSS

seront considérés comme sites sentinelles. D'autres sites sentinelles seront installés à l'intérieur du pays pour le suivi des cas de paludisme à savoir tous les hôpitaux régionaux (Ali Sabieh, Dhikil, Tadjourah, Obock et Arta).

Des réunions sur la planification de la riposte aux épidémies seront organisées avant la saison de transmission du paludisme. Les résolutions prises lors de ces réunions seront utilisées pour soutenir les districts avec des intrants d'urgence (pré-positionner des intrants) et une assistance technique pour répondre de manière appropriée aux flambées épidémiques en cas de besoin.

Dans les régions à faible transmission, la surveillance active servira à tester chaque cas de fièvre, suivi des visites à domicile pour les cas positifs, le dépistage des membres du ménage du cas index et le traitement de ceux trouvés positifs pour le paludisme sera assurée.

Objectif spécifique 4 : D'ici fin 2024, 80% des sujets de recherche opérationnelle planifiés sont réalisés.

Le PNLP s'appuie sur des données d'enquêtes pour obtenir un complément d'information nécessaire à une prise de décisions rationnelles. Il s'agit essentiellement des enquêtes sur les indicateurs du paludisme (EIP/MIS). Ces enquêtes seront menées tous les deux ans entre Octobre et Mai correspondant à la saison de transmission du paludisme.

a) Les enquêtes paludométriques seront effectuées une fois l'an. L'objectif de ces enquêtes sera de suivre les tendances de la prévalence parasitaire dans le pays. Elles seront effectuées en milieu scolaire et détermineront la prévalence parasitaire et l'expansion de la transmission du paludisme dans les pays.

b) Les enquêtes démographiques et de santé à Djibouti (EDS) seront menées tous les deux ans. Elles fourniront des données sur la couverture et l'utilisation des MILDA, la PID et son expansion, les indicateurs d'impact à savoir la mortalité infantile et maternelle causées par le paludisme et les indicateurs d'effet et des résultats (MIS ou MICS). Les données collectées lors de ces enquêtes ménages(EDS) détermineront la couverture des interventions.

c) Les enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (IEC/CCC) en rapport avec le déploiement des interventions (MILDA, la PID) seront organisées avant et après les campagnes de distribution massive des MILDA, et après les pulvérisations intradomiciliaires. Des évaluations pré et post campagne (MILDA, PID) seront organisées au niveau des districts où la distribution des MILDA a eu lieu et dans les quartiers où les pulvérisations intradomiciliaires ont été organisées.

d) Les enquêtes entomologiques seront menées sur l'ensemble du pays afin de mettre à jour la cartographie des vecteurs du paludisme dans la République de Djibouti. Un soutien sera accordé à l'INSPD pour entreprendre une enquête nationale sur l'entomologie du paludisme au pays.

e) Les études sur la résistance des vecteurs du paludisme aux insecticides en usage au pays (SumiShield 50WG) seront menées chaque année et celles des parasites (Plasmodium sp.) aux

médicaments du premier et de deuxième intention (Artemether + Lumefantrine et Artesunate + Amodiaquine) seront effectuées une fois tous les deux ans.

4. AXE STRATEGIQUE : COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (IEC/CCC)

Suite aux recommandations de la revue du programme de lutte contre le paludisme tenue en janvier 2019, et dans le but de soutenir la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme à travers la sensibilisation et la mobilisation sociale ; le PNLN a récemment développé en mars 2019 un Plan stratégique de communication pour la lutte contre le paludisme à Djibouti. Cette stratégie de communication s'adresse à toutes les couches sociales incluant la communauté et toutes ses composantes à savoir les membres des communautés, les relais communautaires, les agents de santé communautaire, les associations communautaires impliquées dans la lutte contre la maladie, la société civile, les leaders communautaires, religieux et politiques.

Le PSN 2020-2024 comprend 7 objectifs spécifiques sur la communication pour le changement de comportement à savoir :

Objectifs spécifiques 1&2 : D'ici 2024, amener au moins 80% des mères/gardiens d'enfants de moins de 5 ans de reconnaître les signes de danger du paludisme et des enfants à l'âge scolaire de reconnaître les modes de transmission et de prévention du paludisme

Objectif spécifique 5&6 : D'ici 2024, amener au moins 80% des communautés à s'appropriier et utiliser les interventions de lutte contre le paludisme aussi bien qu'à fréquenter les structures sanitaires endéans 24 après l'apparition de la fièvre

La communication pour le changement de comportement (CCC) visera à amener la population djiboutienne y compris les personnes réticentes, à adopter des comportements en faveur de la lutte contre le paludisme. Des activités de communication seront renforcées et orientées par des actions contextuelles. Ces activités seront mises en œuvre par le PNLN en collaboration avec le Direction de la promotion de la santé (DPS/MS), le Programme national de santé scolaire, les organes de presse (écrite et parlée) et les organisations à base communautaire (OBC). Un soutien sera fourni aux secteurs de l'éducation, du tourisme, etc.. à entreprendre des activités d'IEC.

Au niveau des structures sanitaires, les cliniciens seront menés à sensibiliser les communautés à une recherche rapide des soins en cas de fièvre. Les populations seront à ce niveau décourager à l'automédication qui fait que les populations se payent des médicaments non appropriés conduisant ainsi à une aggravation de la situation. Les populations seront ainsi sensibilisées à une fréquentation rapide aux structures sanitaires, qui conduirait à une bonne prise en charge et éviterait des pertes de vies.

De même, au niveau des communautés, les agents de santé communautaire (ASC) et les relais communautaires (RECO) seront menés à sensibiliser les communautés à recourir aux structures sanitaires dès que possible en cas de fièvre. Leur rôle sera de décourager la pratique courante d'automédication et la fréquentation tardive aux structures sanitaires.

Objectif spécifique 3 : D'ici 2024, amener 80% des organisations à base communautaire (OBC), la Société Civile (SC) et les groupes communautaires répertoriés à s'impliquer dans la lutte contre le paludisme

Une sensibilisation intensive sera développée envers les différentes composantes de la Société Civile Djiboutienne pour obtenir une appropriation de la lutte par la communauté. La commémoration du Journée mondiale de lutte contre le paludisme (JMP) au niveau central, régional, district et au sein des communautés par l'organisation des activités populaires comme les compétitions sportives, le théâtre et d'autres opportunités de plaider pour la lutte contre le paludisme sera envisagée dans le cadre de sensibilisation des communautés dans la lutte contre le paludisme.

Objectif spécifique 4 : D'ici 2024, amener au moins 80% des leaders/ décideurs répertoriés (politique, religieux, traditionnel, etc.) à s'impliquer dans la lutte contre le paludisme

Les actions de plaider seront menées en direction des leaders communautaires et leaders d'opinion (religieux, traditionnels, culturels) et aux décideurs politiques (parlementaires) y compris des organes de presse, les partenaires et le secteur privé pour obtenir leur adhésion, leur soutien et leurs contributions de toute nature pour maintenir la lutte contre le paludisme en haut de leurs agendas. Un plan de plaider pour accompagner les actions de sensibiliser l'autorité politique et preneurs de décisions sera développé. La nomination d'un ambassadeur « goodwill Ambassador » pour la promotion de la lutte contre le paludisme sera envisagé.

Le renforcement des capacités du personnel de la DPSP sur la lutte contre le paludisme en matière de plaider et de sensibilisation aux niveaux national, régional et de district sera envisagé.

Objectif spécifique 7 : D'ici 2024, former au moins 85% des journalistes du media parlé et écrit (TV, radio, journaux) sur la communication dans la lutte contre le paludisme

La masse media constitue un des canaux importants dans la sensibilisation des populations pour la lutte contre les maladies. En ce qui concerne le paludisme, l'usage de 3 types de media existants au pays à savoir l'audio-visuel (radio et télévision), l'écrit (journaux) et la cybernétique (l'internet) sera renforcé. L'usage des téléphones mobiles sera exploité pour l'envoi des messages SMS (Système de Message Succinct) aux populations lors des campagnes de distribution des MILDA, les campagnes PID, de rappeler aux femmes enceintes et nourrissons d'aller recevoir leurs MILDA au niveau de CPN et d'inviter les populations de recourir aux services de santé en cas de fièvre.

Au moins cent journalistes seront ainsi formés pour élaborer les messages appropriés à la sensibilisation des populations aux campagnes de lutte contre le paludisme et à la diffusion des messages à travers les différents canaux de communication existants au pays.

5. AXE STRATEGIQUE : GESTION DU PROGRAMME (GP) ET COORDINATION MULTISECTORIELLE

Objectifs spécifiques 1 & 2 : D'ici fin 2024 au moins 100% des Fonds alloués au PNLN dans le budget de la Santé et 80% des Fonds mobilisés auprès des partenaires locaux et internationaux seront reçus pour les activités de lutte contre le paludisme.

Les efforts de mobilisation des ressources financières porteront, en plus de la contribution du gouvernement de Djibouti, la part des partenaires internes et externes, des entreprises locales et autres mécanismes innovants tels que les collectes de fonds auprès de divers réseaux organisés (par exemple la contribution sociétale qui sera sollicitée auprès des compagnies de téléphonie mobile, des brasseries, des industries de pêche, etc.), la taxe sur la vente de tabac, sur les billets d'avion, etc.. Un document de business plan sera développé pour aider et guider la mobilisation des ressources.

Dans le cadre de renforcer les capacités de mobilisation des ressources au sein du PNLP, un personnel du PNLP sera désigné pour coordonner non seulement la subvention du Fonds mondial mais aussi toute autre subvention reçue au PNLP dans le cadre des activités de lutte contre le paludisme. La personne sera également chargée de mobiliser les ressources supplémentaires auprès des partenaires locaux et étrangers. Des Notes conceptuels et des propositions de financement seront élaborées et soumises aux agences onusiennes (OMS, HCR, OIM, PNUD, UNICEF, FNUAP), et autres partenaires de développement et aux agences de financement comme le Fonds mondial (FM), l'Initiative présidentielle pour la lutte contre le paludisme (PMI), USAID, DFID, etc. Les rapports sur l'utilisation des fonds alloués au PNLP par le gouvernement et ses partenaires seront régulièrement produits et distribués aux partenaires techniques et financiers concernés.

Objectifs spécifiques 3 et 4 : D'ici fin 2024, au moins 80% des activités planifiées dans le cadre du renforcement des structures de coordination au niveau des districts et national aussi bien que dans le cadre des initiatives transfrontalières de lutte contre le paludisme seront réalisées.

Dans le cadre de renforcement des capacités de planification, de partenariat et de coordination du Programme national de lutte contre le paludisme, un agent chargé de coordonner la planification du PNLP, de faciliter l'élaboration et la révision des plans d'activités des partenaires d'exécution et de coordination du suivi des performances sera désigné. Trois points focaux paludisme (PF) seront recrutés et/ou renforcés dans le domaine de lutte contre le paludisme. Chaque point focal sera en mesure de superviser les activités de lutte dans au moins deux districts sanitaires. Une collaboration avec les autorités sanitaires au niveau des frontières sera maintenue et renforcée. Le PNLP fournira des médicaments antipaludiques aux structures sanitaires publique, parapubliques et privée aussi bien que dans les structures prenant soins des réfugiés et demandeurs d'asile et au niveau des campements des migrants en cas des besoins.

Pour une bonne prise en charge des cas de paludisme dans les structures publiques, parapubliques et privées, une formation continue des techniciens de laboratoire et des cliniciens sera annuellement organisée.

Objectif spécifique 5 : D'ici fin 2024, au moins 100% des réunions annuelles de revue et de planification de la lutte contre le paludisme sont organisées.

Un processus pour le suivi des activités et la performance du programme de lutte contre le paludisme sera mis en place. Des ateliers de revue et de planification seront annuellement organisés. Le personnel de surveillance épidémiologique du niveau de district et des postes de

santé transfrontaliers seront conviés à ces ateliers. Les PNLP des pays voisins seront conviés à ces réunions annuelles de revue et de planification (Éthiopie, Somalie et Érythrée). Une planification conjointe des activités de lutte contre le paludisme au niveau transfrontalier sera faite lors de ces assises (ex. pulvérisation intradomiciliaire, distribution de masse des MILDA, etc.)

Objectif spécifique 6 : D’ici 2024, au moins 95% du personnel de santé ont eu un renforcement des capacités dans le domaine de lutte contre le paludisme

Un plan de renforcement des capacités du personnel de lutte contre le paludisme (PNLP et partenaires) sera élaboré. Annuellement, le PNLP organisera un cours national (3 semaines) sur la lutte contre le paludisme (paludologie) pour son personnel et ses partenaires (publics et privés). Dans le but de réduire la pénurie de ressources humaines observée au niveau du PNLP, le Ministère de la santé sera menée à recruter et former un personnel de qualité pour les domaines thématiques clés qui n’ont pas de personnel qualifié et suffisant à savoir l’entomologie (Prévention), la gestion des données (Suivi-évaluation), l’utilisation rationnelle des médicaments et des tests diagnostiques (Prise en charge des cas) ainsi que la gestion des approvisionnements et stocks. Le PNLP sera mené à élaborer un plan annuel de renforcement des capacités de son personnel.

L’OMS¹³ propose un organigramme ayant 5 unités avec un cadre et un effectif basés sur les besoins du programme (Figure 7). Les termes de référence de chaque membre au sein de l’organigramme proposé doivent être bien décrits.

Une étroite collaboration avec l’Institut national des sciences de la santé (INSS), l’Institut national de santé publique de Djibouti (INSPD), l’Université de Djibouti, le Centre d’études et des recherches de Djibouti (CERD) sera renforcée pour assurer une formation médicale du personnel sur la lutte contre le paludisme (prévention, traitement et une surveillance des cas de paludisme). Le programme national de lutte contre le paludisme fournira une assistance technique aux institutions ci-haut cités pour assurer le renforcement des connaissances aux participants. Le PNLP recrutera un consultant expert en matière de lutte contre le paludisme pour mettre en place un programme national de formation sur la lutte intégrée contre le paludisme.

¹³ World Health Organization. Manual for developing a national malaria strategic plan, WHO, Regional Office for Africa, September 2011.

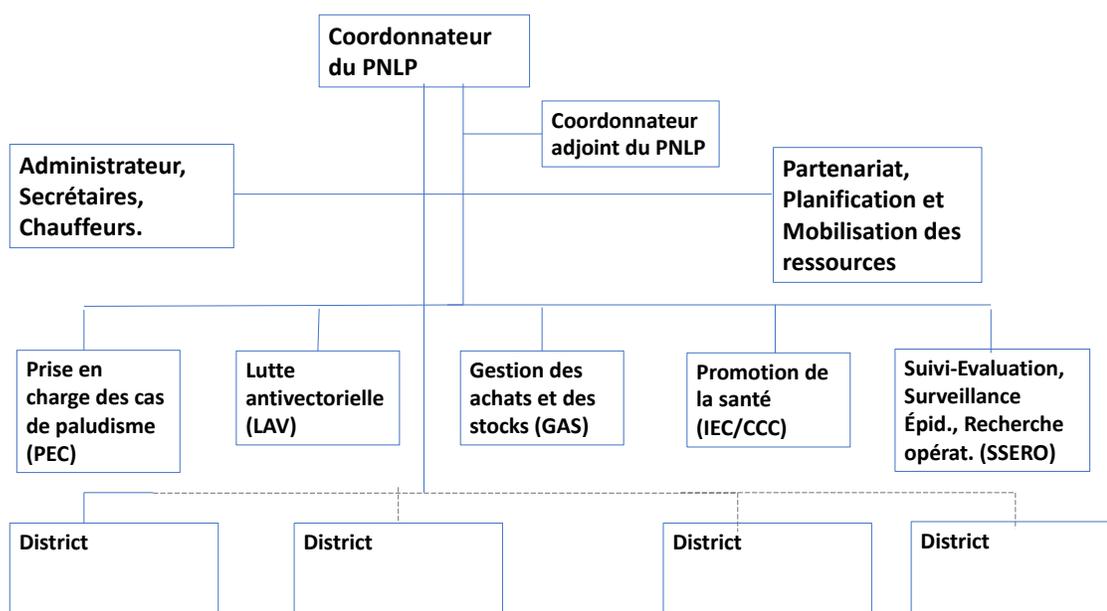


Figure 7 : Organigramme du PNLP (Selon les propositions de l'OMS, 2011).

Selon l'OMS, les termes de référence suivants doivent être appliqués pour le personnel du PNLP : Le Coordonnateur du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) et son Adjoint doivent être des spécialistes en santé publique avec une formation en gestion des programmes ; l'Administrateur du programme doit avoir une expérience en finance. Pour le partenariat, la personne doit avoir une formation en santé publique ou en économie de la santé. L'Unité Prise en charge des cas de paludisme (PEC) doit avoir 2 personnes (un clinicien et un biologiste) tandis que l'Unité Lutte antivectorielle (LAV) doit avoir un entomologiste principal, un environnementaliste de la santé et un technicien entomologiste. L'Unité Gestion des achats et stocks (GAS) doit comprendre un pharmacien et un logisticien, l'Unité Information, Éducation et Communication pour le changement de comportement (IEC/CCC) comprendra un sociologue ou un anthropologue et un spécialiste en communication pour le changement de comportement (CCC), l'Unité Suivi-Évaluation, Surveillance Épidémiologique et Recherche opérationnelle (SSERO) comprendra un épidémiologiste, un gestionnaire des données et un clerc pour l'entrée des données.

Objectif spécifique 7 : D'ici fin 2024, au moins 80% des réunions multisectorielles sont organisées pour la lutte contre le paludisme

Afin d'harmoniser efficacement le suivi et l'évaluation de différentes activités de lutte contre le paludisme, une bonne coordination sera assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire des structures publiques, parapubliques et privées (postes de santé, hôpitaux de districts/régionaux et du niveau central). Un Comité de coordination du suivi des activités appelé Comité National Roll Back Malaria (Comité national RBM) impliquant toutes les parties prenantes sera mis en place par le Ministre de la santé et sera composé des représentants des ministères et départements suivants : Action sociale, Agriculture (ONEAD), Habitat, Environnement, Promotion de la santé, Système national d'information sanitaire (SNIS/DIS), Union nationale des Femmes djiboutiennes (UNFD),

Voirie urbaine, Défense nationale, Police, Immigration et Douanes. Ce comité va également inclure les partenaires techniques et financiers impliqués dans la lutte contre les maladies transmissibles (VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme) au pays.

L'Unité de suivi et évaluation du PNLP du niveau central assurera le Secrétariat du Comité national RBM ou comité multisectoriel. Ce Comité RBM se réunira 1 fois tous les six mois et tiendra des réunions ad hoc en cas de besoin. Ces réunions pourront se tenir au niveau national et au niveau périphérique (district). Au besoin, ce comité pourra se rendre dans les districts pour apprécier la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme (distribution des MILDA, PID au niveau des localités, distribution des médicaments, etc.).

Outre le Comité national RBM, l'Unité de suivi et évaluation du PNLP organisera aussi des réunions trimestrielles des groupes thématiques¹⁴ impliquant tous les responsables du suivi et évaluation des projets paludisme mis en œuvre sur l'ensemble du pays. Le but de ces réunions serait d'harmoniser les activités de suivi et évaluation de différentes parties prenantes en rapport au Plan de la mise en œuvre des activités et au Plan de suivi et évaluation du PSN 2020-2024. Le PNLP du niveau central s'assurera que les réunions mensuelles impliquant tous les acteurs de mises en œuvre au niveau des districts sont organisées.

6. AXE STRATEGIQUE : GESTION DES ACHATS ET DES STOCKS (GAS)

Objectifs spécifiques 1, 2 et 3 : D'ici fin 2024, au moins 80% des structures sanitaires publiques, parapubliques et privées disposeront de façon permanente des médicaments antipaludiques et autres produits de lutte contre le paludisme

La mise à échelle des interventions entraînera une charge supplémentaire sur les systèmes d'approvisionnements et de distribution des intrants antipaludiques. Le PNLP va ainsi renforcer son unité de gestion des achats et des stocks (GAS) qui veillera à l'estimation des besoins par district et assurera une bonne planification des approvisionnements en médicaments essentiels et génériques et autres intrants tels que les MILDA, les TDR et les réactifs. Un plan GAS pour les intrants antipaludiques sera développé pour éviter toute rupture et sera mis en œuvre en étroite collaboration avec les partenaires techniques et financiers afin de garantir une bonne visibilité des approvisionnement sur l'ensemble du pays.

Vu la demande des produits antipaludiques sur le marché mondial, le PNLP fera de tout son mieux pour que les commandes des produits antipaludiques soient placées 18 mois à l'avance, ceci pour éviter tout retard dans la livraison des produits de base tels que les CTA, les TDR et les MILDA avant la saison de transmission du paludisme.

Objectifs spécifiques 4 et 5 : D'ici fin 2024, au moins 80% des Districts possèdent un agent qualifié en quantification des intrants antipaludiques et un agent formé en gestion des achats et des stocks

¹⁴Les Groupes thématiques du PNLP suivants seront formés : Prévention, Prise en charge des cas de paludisme (PEC) ; Suivi et Évaluation, Surveillance épidémiologique et Recherche opérationnelle (SSERO), Communication (IEC/CCC), Gestion des Achats et des Stocks (GAS).

Le PNLN va doter les districts des points focaux paludisme formés en quantification et en gestion des intrants. Ces derniers veilleront à l'approvisionnement continu en intrants antipaludiques, surtout pendant la saison de transmission du paludisme. Les PF paludisme seront en mesure de produire des quantifications annuelles des intrants selon les besoins de chaque district. Ces quantifications peuvent être revues trimestriellement en fonction des cas notifiés de morbidité causée par le paludisme. Les points focaux paludisme et le personnel de l'Unité GAS du PNLN seront formés en logistique, en prévision des intrants, en approvisionnement, en entreposage et en distribution des commodités antipaludiques.

Le programme sera doté du manuel des procédures pour assurer une gestion transparente de toutes les ressources y compris les ressources financières.

Objectif spécifique 6 : D'ici fin 2024, 80% des Districts seront connectés sur le système national de gestion logistique des intrants (SMS for Life, SIGL, etc...)

Le système d'information de gestion et la logistique (SIGL) sera mis en place afin de fournir en temps réel les données sur la consommation des intrants antipaludiques sur l'ensemble du pays et leur disponibilité au niveau de la CAMME pour la prise de décision. Un réseau sera établi entre la CAMME et les utilisateurs du logiciel (les différentes structures sanitaires). Une formation des points focaux paludisme du niveau district et du niveau central sur le logiciel SIGL sera effectuée par le PNLN, suivie de l'acquisition des ordinateurs et de l'installation du logiciel SIGL. L'équipement sera ensuite distribué aux districts pour le suivi de la consommation des intrants. L'utilisation du logiciel SAGE en place serait renforcée au cas où l'acquisition du logiciel SIGL ne serait pas possible. Dans ce cas, un réseau entre la CAMME et toutes les structures qui détiennent les intrants payés par les partenaires et les structures sanitaires du pays sera établi.

L'usage de SMS for Life sera envisagé surtout pour les districts où la connexion internet pourrait causer des désagréments et/ou ne serait pas possible.

CHAPITRE IV.

4. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PSN 2020-2024

4.1. Plan de mise en œuvre (PMO)

Un plan opérationnel de mise en œuvre du PNLP 2020-2024 sera élaboré et budgétisé en collaboration avec les partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme dans le pays (Tableau 13b). Une approche participative sera mise en œuvre lors de l'élaboration des activités du PSN 2020-2024. Les acteurs du niveau central, intermédiaire (district) et périphérique (communautés) seront conviés à l'élaboration du plan de mise en œuvre (PMO). La faisabilité de chaque activité sera considérée lors de l'élaboration du PMO. Chaque niveau aura un rôle ou une responsabilité à jouer pour la réussite du PMO. Ainsi, lors de mise en œuvre, le niveau central s'occupera de la coordination des activités des régions, la formation du personnel de santé, la supervision formative, la coordination des partenaires, la mobilisation des ressources financières, la recherche, la communication, et le suivi-évaluation des activités. Les districts sanitaires s'occuperont de la coordination des activités des aires de santé (postes de santé), la formation, la supervision formative, la prise en charge des cas référés par les centres de santé vers les hôpitaux des districts. Quant au niveau communautaire (ou périphérique), les agents de santé communautaire (ASC) et les relais communautaires (RECO) s'occuperont de la sensibilisation des populations à la recherche des soins et à l'utilisation des interventions à travers des causeries éducatives et des visites à domicile. Des sessions de formation des ASC sur les méthodes de sensibilisation seront organisées au niveau des communautés. De même, les ASC seront formées sur le diagnostic des cas de paludisme par l'utilisation des tests de diagnostic rapide (TDR) et sur le transfert des cas positifs simples aux structures sanitaires les plus proches pour recevoir un traitement adéquat (Postes de santé et Centres de santé communautaire) et des cas graves aux structures ayant un plateau technique élevé (Centres médico-hospitaliers, hôpitaux et polycliniques).

4.2. Budget et financement des activités

4.2.1. Mobilisation des ressources

La part du budget du gouvernement alloué aux activités du PNLP pour la période 2020-2024 a été réduit sensiblement une fois comparé aux années antérieures. En 2016 et 2017, le fonds alloué par le gouvernement était respectivement de 1,012,542.74 USD et 1,047,928.98 USD, soit une augmentation annuelle de 5%. Pour les 5 prochaines années (2020-2024), la contribution du gouvernement au PNLP, s'élève à 3,870,404.5 USD (soit un coût total de 3,9 USD par habitant). Ce montant va couvrir les coûts du programme, des médicaments, des produits et autres fournitures. La contribution du Fonds mondial aux activités de lutte contre le paludisme pour les 4 prochaines années (2020-2023) est de 4,804,807 USD (Tableau 12). Pour l'année 2020, un montant de 487,046 USD sera alloué au PNLP par le ministère de la santé, correspondant à 0,97% du budget du Ministère de la santé. La contribution du ministère de la santé et celle du Fonds mondial au PNLP s'élève à 8,675,211.5 USD. Le budget total pour les activités du PNLP pour les 5 années à venir s'élève à 15,191,856 USD soit 2,688,958,512 FDJI (Tableau 13b Annexe).

Pour combler l'écart (6,516,645 USD soit 1,153,446,165 FDJI), un plan de plaidoyer sera développé pour la mobilisation de ressources additionnelles. Ce plaidoyer sera orienté vers les partenaires locaux (autres ministères et départements) et les partenaires au développement.

La mobilisation des ressources internes visera l'accroissement de la contribution financière du gouvernement central et des autorités régionales, des entités décentralisées en faveur de la santé avec une proportion conséquent pour la lutte contre le paludisme. Toutes les opportunités de mobilisation des ressources seront explorés aussi bien par la sensibilisation des parlementaires, du gouvernement, de la société civile, des entreprises paraétatiques et privées, etc... Des approches novatrices seront explorées, telles que la formation d'un groupe de parlementaires qui vont plaider pour le paludisme, des soirées de lobbying, des spectacles, etc...

Le plaidoyer envers les bailleurs extérieurs visera d'une part à montrer les progrès réalisés dans le cadre de la lutte contre le paludisme afin de les motiver à contribuer et/ou accroître leurs appuis au PNL. Une table ronde sera organisée à l'issue de l'atelier de validation et d'adoption du PSN et ciblera un large éventail de bailleurs potentiels pour obtenir leur adhésion à la lutte contre le paludisme au pays. Les organisations régionales (ex. IGAD, UA) et internationales (ALMA, RBM), les ambassades seront consultées pour avoir leur contribution à la lutte contre le paludisme à Djibouti.

Le Tableau 13 a et 13 b (Annexe) donne l'analyse du budget alloué à chaque Axe stratégique : la Prévention et la Communication et le changement de comportement (47.04%), la Prise en charge des cas de paludisme (24.53%), la Surveillance épidémiologique, Suivi-évaluation et Recherche opérationnelle (10.42%), la Gestion des achats et des stocks (8.39%) et la Gestion du programme et la Coordination multisectorielle (9.59%).

Tableau 12 : Allocations du gouvernement et ses partenaires aux activités du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) pour la période 2020-2024 (en USD)

Items	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Budget prévisionnel du gouvernement alloué au PNL ¹⁵	487,046.7	1,545,222.7	570,132.2	612,530.9	655,472.0	3,870,404.5
Budget prévisionnel du Fonds mondial (FM) alloué au PNL ¹⁵ (externe)	755963	1,349,614.67	1,349,614.67	1,349,614.67		4,804,807.01
Budget prévisionnel des partenaires externes alloué au PNL ¹⁶						
Total du budget mobilisé	1,243,009.7	2,894,837.37	1,919,746.87	1,962,145.57	655,472	8,675,211.51

¹⁵ Budget planifié par le Gouvernement pour le Programme national de lutte contre le paludisme tiré du PNDS2020-2024 pour couvrir les coûts du programme, des médicaments, des produits et autres fournitures (PNDS 2020-2024).

¹⁶ Fonds à mobiliser

Tableau 13a : Budget synthèse par Axe stratégique, PSN 2020-2024 (en USD)

	AXE STRATEGIQUE	2020	2021	2022	2023	2024	Coût en US \$	%
1.	Prévention des cas de paludisme et communication (IEC/CCC)	989121	951785	3253848	956785	995121	7146660	47.04
2.	Prise en charge des cas de paludisme	746292	737320	760692	732320	751292	3727916	24.53
3.	Surveillance, Suivi-Évaluation & Recherche opérationnelle (SSERO)	326976	248302	448976	280302	279705	1584261	10.42
4.	Gestion des achats et des stocks (GAS)	253000	395000	173000	302000	153000	1276000	8.39
5.	Gestion du programme et coordination multisectorielle (GP & CM)	334512	383165	220012	252165	267165	1457019	9.59
	BUDGET TOTAL (USD)	2649901	2715572	4856528	2523572	2446283	15191856	100
	BUDGET TOTAL (FDJI)						2688958512	

4.2.2. Analyse des écarts budgétaires

Les allocations du gouvernement pour le PSN2020-2024 reviennent à 3,870,404.5 USD et la contribution du Fonds mondial pour la période 2020-2023 est de 4,804,807.01 USD. Afin de combler le gap ci-haut mentionné, une mobilisation des ressources auprès des organisations régionales et internationales, des partenaires locaux et internationaux et des partenaires bilatéraux sera organisée. Le Tableau 14 ci-dessous montre les partenaires du Ministère de la santé qui seront sollicités pour assister le PNLP a mener les activités planifiées dans son PSN 2020-2024.

Tableau 14 : Les partenaires techniques et financiers du Ministère de la santé (Source, DEPCI, 2019)

Partenaires	Missions	Montant alloué au Ministère de la santé (USD)	Période d'exécution	Contribution au programme PNLP (2020-2024)
UNICEF	Suivi et développement de l'enfant			
OMS	Amélioration de la santé des populations			
OIM	Renforcement des capacités pour une assistance envers les migrants			
HCR	Intégration et PEC des besoins des réfugiés dans les FOSA			
JICA	Construction d'un Hop. Mère-enfant			
PAM	Traitement et prévention de la malnutrition			
FNUAP	Santé de la reproduction			
BM	Projet d'amélioration de la performance dans le secteur de la santé			
BM (Zéro retard de croissance)	Réduction de retard de croissance chez les enfants de <5 ans à Djibouti			
Allemagne				

4.2.3. Risques et mesures d'atténuation

Conscient des exigences internationales en matière de bonne gouvernance, le PNLP considère que la gestion des risques est un axe capital pour une gestion rationnelle des ressources allouées à la lutte contre le paludisme au pays. Fort de cette conviction, il se propose d'élaborer et mettre en

œuvre un plan de gestion de risque, lequel décrira des étapes d'identification, d'évaluation ou analyse des risques et les mesures d'atténuation pour contrôler les risques (Tableau 15).

La gestion de risque reposera sur les composantes suivantes: (a) le renforcement du contrôle interne pour permettre la protection des ressources et la crédibilité du programme tout en prévenant et détectant les fraudes en cas échéant. L'objectif visé est d'assurer la fiabilité des opérations et la sécurité des biens et des financements obtenus. (b) le renforcement du contrôle externe pour assurer la régularité annuelle des audits. Le renforcement des compétences du personnel en matière de gestion financière sera requis pour une bonne gestion du fonds mis à la disposition du PNL.

De façon plus opérationnelle, le PNL est conscient des risques qui pourraient survenir à tous les niveaux (opérationnel, intermédiaire et central) dont il tiendra compte dans son plan de gestion de risque. Il s'agit notamment: (a) des risques liés aux programmes et résultats (faible qualité des données et promptitude avec comme conséquence la prise de mauvaises décisions stratégiques) ; (b) des risques fiduciaires et financiers (vol de fonds, détournement d'argent, gaspillage et retard de financement) ; (c) de risques liés à la qualité des produits et services (détériorations et péremption des produits, ruptures de stocks, sur-stockage, faible capacité de gestion des prestataires, vols et détournements des intrants, mauvaises pratiques de prescription, mauvaises conditions de conservation des produits et intrants) et (d) de risques liés la gouvernance, au suivi stratégique et à la gestion à savoir la mauvaise coordination des partenaires, la mauvaise conception et non application des manuels de procédures, le cumul des tâches et fonctions incompatibles et la non application des plan de suivi et évaluation.

Tableau 15 : Plan de gestion des risques éventuels et mesures d'atténuation lors de la mise en œuvre du PSN 2020-2024 (Niveau de risque : 1=élevé, 2=moyen, 3=faible).

Types de risque	Risque	Niveau de risque	Mesures d'atténuation
Politique	Évènements inattendus	3	Plan de contingence (sélection des activités prioritaires – avec focus sur la prestation de services prioritaires, staff essentiel, sécurisation des stocks et équipements, etc.)
			Renforcement de la collaboration avec les agences humanitaires/onusiennes
Financières	Mauvaise budgétisation des achats	3	- Utiliser les prix de référence internationale pour le budget et veiller à inclure le prix du transport et l'assurance. Il y a besoin en assistance technique sur la GAS - Au niveau national, il faudra mettre en œuvre la stratégie logistique en définissant les points de pré-positionnement des intrants tenant compte des infrastructures pour atteindre facilement tous les districts sanitaires
	Retards dans le décaissement de fonds	3	Respect des délais de dépôt des rapports par le PR, respect des délais de la revue des rapports par le LFA et le FM, accélération des décaissements par le FM
	Faible couverture du système bancaire	2	Utiliser les agences bancaires là où elles existent et contractualiser avec les agences de transfert des fonds (ex. Dahabshil)
	Faiblesse dans les modalités de gestion financière	1	Assurer des audits de fonds Organiser des Revues trimestrielles sur base des rapports (y compris vérification des pièces) Faire appel à une assistance technique des experts en gestion financière

			Développement des capacités en gestion financière (y compris formation)
			Développement de capacités à travers les formations, la mise à disposition de logiciels de gestion harmonisés, suivi budgétaire des Sous Récipiendaires (SR), etc.
			Mise à disposition d'un Manuel des procédures de Gestion harmonisées pour les sous-récipiendaires (SR)
	Fort dépendance vis à vis de l'extérieur	1	Faire un plaidoyer pour la mobilisation et l'accroissement des ressources domestiques
Règlementaire ou légal	Respect de l'autorisation d'importation des intrants recommandés	1	Renforcer les capacités de la Direction de la Pharmacie et Médicaments (DPM) dans la gouvernance et la gestion des médicaments
	Lenteur dans le dédouanement des intrants	3	Négocier auprès du Ministère de la santé un traitement particulier pour l'évacuation à temps des produits médicaux et non médicaux liés au PNL. Le PR devra veiller à disposer d'un arrêté interministériel (Min. Finances) à jour lui accordant toutes les facilités fiscales nécessaires avec les produits essentiels listés. Obtenir la suppression de toute redevance administrative liée au dédouanement des intrants de lutte contre le paludisme.
	Environnement des affaires peu assaini (ex. passation de marché)	3	Respect scrupuleux des procédures d'appel d'offre public et de passation des marchés publics dans le choix des prestataires /fournisseurs
Autres	Catastrophes naturelles	1	Prévoir un Plan de contingence

CHAPITRE V.

5. CADRE DE SUIVI - EVALUATION DU PSN 2020-2024

5.1. Contexte

5.1.1. Le suivi des activités de lutte contre le paludisme

Le suivi et l'évaluation est un aspect important dans la mise en œuvre de toute intervention, de tout projet ou de tout programme national. Il est important de développer des instruments et méthodes de suivi et d'évaluation en vue de s'assurer de la bonne mise en œuvre des activités et de l'atteinte des objectifs. Le suivi est un processus d'observation, de collecte et de traitement de données en vue de corriger les erreurs qui peuvent apparaître lors de la mise en œuvre des activités et veiller à ce que le programme fonctionne de manière satisfaisante et procéder à des ajustements si nécessaire et ainsi atteindre les objectifs préalablement fixés. Selon les besoins, la collecte des données peut être hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle ou annuelle. Le suivi comprend l'utilisation des données validés pour mesurer les entrées (ou apports), les processus et les services produits.

5.1.2. L'évaluation des activités de lutte contre le paludisme

Quant à l'évaluation, c'est un processus qui permet de déterminer systématiquement et objectivement de la pertinence, d'efficacité et l'impact d'une intervention par rapport à des objectifs préalablement fixés. C'est une appréciation scientifique de résultats d'une action qui permet de réajuster et d'adapter le programme, en y apportant un jugement de valeur. L'évaluation est une analyse plus approfondie d'un programme. Elle est entreprise à des périodes définies (ex. à mi-parcours ou à la fin du plan stratégique) et concerne les résultats et les impacts à long terme.

Lorsque la situation du paludisme d'un pays ou d'une zone a été évaluée, des plans sont élaborés pour faire en sorte que les ressources visant à éliminer le paludisme ou à réduire son impact sur la population soient mieux utilisées. Une fois les plans sont mis en œuvre, ils doivent être évalués périodiquement : les revues annuelles, la revue à mi-parcours (3 ans après la mise en œuvre de PSN) pour déterminer si les activités du programme permettront d'atteindre les résultats escomptés ou si elles nécessitent un réajustement, et la revue finale organisée à la fin du plan stratégique (ex. après 5 ans de mise en œuvre du PSN) appelée revue de performance du programme (RPP) pour voir si les objectifs fixés ont été atteints.

5.1.3. La supervision des activités de lutte contre le paludisme

Dans la République de Djibouti, les supervisions périodiques intégrées seront effectuées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec des outils élaborés par le SNIS/DIS et le PNLP à cet effet pour suivre la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme. Les supervisions seront effectuées par des cadres d'un niveau supérieur techniquement compétents vers les niveaux inférieurs dans le but de s'assurer que les interventions sont menées conformément aux procédures mises en place. La supervision permettra d'accompagner les différents prestataires dans l'exécution de leurs missions, en vue d'améliorer la qualité de l'offre de services et des activités

de lutte contre le paludisme. Le niveau central supervisera semestriellement (une fois les 6 mois) le niveau régional, le niveau régional supervisera trimestriellement (une fois les 3 mois) les districts de santé, les districts de santé superviseront mensuellement (une fois le mois) les aires de santé, et les responsables des aires superviseront mensuellement (une fois le mois) les Agents de Santé Communautaire (ASC). Les superviseurs seront les cadres du PNLP (SE), du Ministère de la santé (DIS), le cadre de l'INSPD et des Partenaires impliqués. Les superviseurs seront tenus de vérifier les informations à tous les niveaux y compris le niveau communautaire pour s'assurer de la collection des données de qualité pour la prise de décision basée sur les évidences.

5.1.4. Restitution des résultats de supervision

Une fois la mission a été effectuée, les rapports des supervisions seront transmis au niveau des structures visitées pour la retro information aussi bien qu'au niveau supérieur pour une prise de décision. Au cours de ces missions de supervision, l'accent sera mis sur la qualité des données collectées. Les réunions de restitution à tous les niveaux (aire de santé, district de santé, région et central) seront assurées. Ces réunions serviront à trouver des solutions aux éventuelles lacunes rencontrés dans la mise en œuvre des activités.

5.2. Cadre logique pour le suivi et l'évaluation des entrées (apports) jusqu'à l'impact

Comme expliqué (5.1.1 et 5.1.2), le cadre de suivi et évaluation (SE) comprend deux éléments principaux : le Suivi et l'évaluation des activités (Tableau 16). Le suivi comprend (a) les entrées ou intrants indiquant tout ce qui a été investi dans le programme (ex. ressources financières et humaines, intrants en médicaments, consommables et insecticides, documents, etc.), (b) le processus ou activités qui démontre ce qui a été fait (ex. formation, distribution des MILDA) et (c) les produits, c-à-dire ce qui a été produit (ex. nombre des personnes formées, les enquêtes effectuées, les MILDA distribuées). Quant à l'évaluation des activités, elle comprend (a) les résultats (ex. utilisation des MILDA pour se protéger contre les piqûres de moustiques, le traitement correct du paludisme, la recherche des soins auprès des structures sanitaires) et (b) l'impact qui détermine les résultats de l'activité à long terme (ex. réduction des cas de paludisme, réduction du nombre de décès dû au paludisme).

Tableau 16 : Cadre logique pour le Suivi et l'Évaluation des activités

SUIVI			EVALUATION	
ENTREES	PROCESSUS	PRODUITS	RESULTATS	IMPACT
-Ressources humaines -Ressources financières -Médicaments et consommables (CTA, Quinine, TDR, réactifs), MILDA et autres intrants	Actions ou activités pour transformer les entrées en produits : Utiliser les ressources pour: -La planification	-Personnes formées -Réunions tenues -Visites de supervisions réalisées	Utilisation des produits par la population ciblée : -Les enfants de moins de 5 ans sont traités correctement dans les 24 heures - Les femmes enceintes et les	Réduction du nombre de cas de paludisme grave ou du nombre de décès dus au paludisme

<ul style="list-style-type: none"> -Insecticides -Pompes à pression -Microscopes -Ordinateurs et imprimantes -Transport (véhicules) -Infrastructures (bâtiment) -Développement des outils de collecte des données -Documents normatifs (ex. guide de traitement des cas, de distribution des MILDA, pour la PID) -Document stratégique (PSN) 	<ul style="list-style-type: none"> -La formation -La distribution des MILDA -L'achat des CTA, Quinine, TDR, insecticides, microscopes, etc. -Les réunions de plaidoyer -IEC/CCC -Supervision - Contractualisation 	<ul style="list-style-type: none"> -FOSA sans rupture de stock de médicaments -Enquêtes effectuées -TDR réalisés -Cas de paludisme traité -MILDA distribuées -Spots TV diffusés 	<ul style="list-style-type: none"> enfants de moins de 5 ans dorment sous MILDA - Les ménages possèdent au moins une MILDA - Les personnes connaissent les signes de danger du paludisme - Les personnes connaissent les mesures préventives du paludisme 	
↓	↓	↓	↓	↓
<p>Indicateurs d'intrant</p> <p><i>Qu'est ce qui est investi ?</i></p> <p>Budget, personnel, médicaments, documents, structures de santé et autres moyens</p>	<p>Indicateurs du processus</p> <p><i>Qu'est ce qui a été fait ?</i></p> <p>Formation du personnel, supervision, livraison des fournitures</p>	<p>Indicateurs de produit</p> <p><i>Qu'est ce qui a été produit ?</i></p> <p>Biens et services produits</p>	<p>Indicateurs de résultats</p> <p><i>Quels sont les résultats à court et moyen termes ?</i></p> <p>Utilisation des données issues du programme, de la surveillance, des enquêtes, ... pour mesurer les résultats</p>	<p>Indicateurs d'impact</p> <p><i>Quels sont les résultats à long terme ?</i></p> <p>Analyse des données issues de la surveillance, des enquêtes, etc... pour mesurer les résultats (long terme)</p>
MISE EN ŒUVRE			RESULTATS	

5.3. Le rôle du suivi et de l'évaluation¹⁷

Le suivi et l'évaluation peuvent accélérer les progrès accomplis vers l'élimination du paludisme s'ils sont utilisés pour :

- a) Évaluer régulièrement si les plans progressent conformément aux attentes, ou s'il faut modifier les interventions,
- b) Affecter les ressources aux populations qui en ont le plus besoin afin d'avoir le plus grand impact sur la population.

¹⁷ Organisation mondiale de la santé : Lutte contre le paludisme: Surveillance, Suivi et Évaluation. Un manuel de référence. pp. 196, OMS 2019

- c) Rendre compte du financement reçu pour fournir aux populations, aux élus qui les représentent et aux donateurs les moyens nécessaires de déterminer si les sommes investies produisent des résultats
- d) Évaluer si les objectifs du programme ont été atteints et déterminer ce qui a fonctionné ou non afin de pouvoir élaborer des programmes plus efficaces et plus efficaces
- e) Plaider pour un investissement à proportion de la charge de mortalité liée au paludisme dans le pays ou dans la région
- f) Suivre les progrès vers l'élimination du paludisme

5.4. Suivi des progrès et évaluation de l'impact et des résultats

Le suivi des progrès se fera en routine par la collecte des données et les réunions périodiques de monitoring au niveau des districts sanitaires et des régions sanitaires, par l'audit périodique de la qualité des données et des missions de supervisions formatives. Au niveau central, une revue annuelle permettra la validation des données et l'évaluation interne des progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme. Les indicateurs doivent être examinés au moins une fois par trimestre. Des enquêtes périodiques d'évaluation des indicateurs du paludisme (MIS), des enquêtes nationales démographiques et de santé (EDS) et de enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS) permettront également de documenter les progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme dans le pays. Ces enquêtes seront effectuées une fois les deux ans.

Les indicateurs de processus (ex. la formation, la supervision, la distribution d'intrants, etc.) et des produits (ex. utilisation des services : dormir sous MILDA, cas de paludisme traités, FOSA sans ruptures d'intrants) sont les plus souvent suivis pour déterminer le progrès du programme PNLP (Tableau 17).

5.5. Validation des données

Afin d'améliorer la qualité des données épidémiologiques et entomologiques un Comité de validation sera mis en place par le Secrétariat général du Ministère de la santé. Ce Comité sera composé du personnel de l'INSPD (Unité surveillance épidémiologique), du PNLP (Unité Suivi-évaluation), de la DIS et d'un représentant du Ministère de la santé. Ce Comité se réunira une fois le mois pour valider les données mensuelles collectées par les trois institutions au niveau des structures sanitaires. En ce qui concerne la dissémination ou le partage des données et du Bulletin épidémiologique hebdomadaire, ceci se fera après l'harmonisation ou la validation des données. Le Comité de validation aura également une tâche de valider les données de recherche avant publication.

Tableau 17 : Description des indicateurs de processus et de produits suivis par le PNLP

Types d'indicateurs	Indicateurs	Fréquence de collecte	Responsable
Processus	Nombre de prestataires des soins formés à la prévention et à la prise en charge des cas du paludisme	Trimestrielle	PNLP
	Nombre de personnels de laboratoires formés au diagnostic microscopique du paludisme	Trimestrielle	PNLP[INSPD

	Nombre de formations sanitaires équipées pour le diagnostic biologique du paludisme	Trimestrielle	PNLP
	Nombre d'agents de santé formés en système d'alerte précoce et détection des épidémies	Trimestrielle	PNLP[INSPD
	Nombre des points focaux formés à l'utilisation des outils de collecte des données	Trimestrielle	PNLP
	Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action distribuées	Trimestrielle	PNLP
Produits	Taux de complétude des rapports de S&E et de surveillance épidémiologique	Annuelle	DIS INSPD
	Taux de promptitude des rapports de S&E et de surveillance épidémiologique	Annuelle	DIS INSPD
	Pourcentage des formations sanitaires sans rupture de stock de plus d'une semaine au cours des 3 derniers mois pour les antipaludiques recommandés par la politique nationale	Mensuelle	DIS/PNLP
	Pourcentage des femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action	Annuelle	DIS
	Pourcentage des enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action	Annuelle	DIS
	Pourcentage de la population à risque dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action	Annuelle	DIS

5.6. Utilisation des informations de suivi des progrès du programme

Les informations collectées lors des enquêtes doivent être utilisées pour améliorer l'impact du programme. Ces informations doivent servir à la planification du programme et au suivi-évaluation.

5.6.1. Planification du programme

Une fois les informations issues de S&E et les recommandations de la RPP sont disponibles, un PSN doit nécessairement être élaboré. Ce plan doit définir les buts et les objectifs du programme de lutte contre le paludisme, comment ces objectifs doivent être atteints, et les ressources nécessaires pour l'exécution du plan. Ce plan doit mentionner les rôles de différentes parties prenantes dans sa mise en œuvre et fixer des cibles pour suivre les progrès accomplis. Les ressources doivent être allouées aux interventions les plus efficaces et aux populations qui en ont le plus besoin afin de réduire l'incidence du paludisme et la mortalité qui y est associée.

La stratification est l'une des approches visant à optimiser les interventions de lutte contre le paludisme. Elle consiste à diviser une zone en sous-unités dans lesquelles différentes combinaisons d'interventions sont mises en œuvre.

La RPP une fois réalisée, déterminera les groupes les plus touchés par le paludisme, l'évolution de l'incidence de la maladie, la couverture des interventions de lutte contre le paludisme et les ressources nécessaires et celles disponibles pour l'atteinte des cibles. Le plus souvent un PSN de lutte contre le paludisme s'étend sur 5 ans avec vision, but et stratégies. Du PSN découle le Plan

de mise en œuvre avec actions (activités) pour atteindre les objectifs, les responsabilités et le budget et le Plan de travail annuel avec activités détaillées et périodicité et responsabilités.

5.6.2. Indicateurs clés et cadre de performance du PSN

La vision de Djibouti à l'horizon 2024 est de ramener le taux de mortalité toutes causes confondues des enfants de moins de 5 ans de 68,0‰ à 52,0‰ (EDSF/PAPFAM, 2012) et de moitié le taux de mortalité causée par le paludisme parmi la population générale.

Le présent PSN prévoit de contribuer à la réduction de la mortalité au sein de la population par des actions efficaces et appropriées de lutte contre le paludisme. Les indicateurs clés de mesure des performances du PNLP pour la bonne conduite du présent PSN sont décrits dans le Tableau 18 (en Annexe).

5.7. Modalités de coordination des partenaires nationaux et internationaux du PNLP

L'appui des partenaires locaux et externes est une action primordiale dans la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme. Cependant, il y a besoin de renforcer la collaboration intra et inter départementale entre le PNLP et d'autres ministères, divisions, départements et programmes. Le partenariat multisectoriel est faible mais il est à promouvoir avec la Division de la Promotion de la santé, l'ONEAD et l'Assainissement (Ministère de l'agriculture, de l'élevage), le CERD (Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche), le Ministère de l'Environnement, le Ministère de Finances, de l'Éducation nationale, de l'Action sociale et de la famille, de la Défense, l'Union Nationale des Femmes Djiboutiennes (UNFD), la Voirie urbaine (Ministère de l'Intérieur), etc... Le Tableau 19 ci-dessous indique les domaines d'interventions des partenaires nationaux et internationaux dans la lutte contre le paludisme au pays.

Outre le partenariat local, le PNLP a besoin des partenaires techniques et financiers (PTF) internationaux pour mener le programme à atteindre ses objectifs. Le Tableau 18 indique les partenaires impliqués directement et/ou indirectement dans la lutte contre le paludisme au pays.

Des techniques innovantes telles que la nomination d'un ambassadeur pour le paludisme, la création d'un comité ou sous-comité de lutte contre le paludisme au niveau de l'Assemblée nationale, l'organisation des soirées culturelles pour le paludisme, la création d'une Task Force pour le lobbying sur le paludisme seraient souhaitables pour attirer les partenaires à investir dans les activités du programme PNLP.

Le PNLP collabore avec les institutions locales (INSPD, CERD, ISSS, Université de Djibouti), internationales tel que l'Institut supérieur des professions infirmières et techniques de santé de Maroc). Le PNLP devrait renforcer sa collaboration avec la société civile et l'Office de la voirie de Djibouti.

Par contre, le PNLP n'organise pas des réunions de revue annuelle sur la lutte contre le paludisme au pays. Cette revue de planification devrait réunir les points focaux paludisme du niveau central et des districts, des partenaires locaux et extérieurs et l'autorité administrative ou politique. Le pays ne possède pas de Comité Taskforce paludisme. Il y a besoin de mettre en place un comité

national consultatif qui devrait assurer la coordination des interventions des partenaires, la collaboration inter sectorielle et la planification des appuis techniques au programme PNLN.

Outre les réunions de revue annuelle des activités du PNLN, une réunion mensuelle et/ou trimestrielle devrait se tenir au niveau national réunissant tous les groupes thématiques du PNLN (Prévention, Prise en charge des cas de paludisme, Surveillance, Suivi-Évaluation, Recherche opérationnelle, etc.) sous le leadership du PNLN.

Tableau 19 : Domaines d'interventions des partenaires nationaux et internationaux dans la lutte contre le paludisme au pays.

Désignation	Domaine d'intervention	Couverture géographique	Période d'intervention
PARTENAIRES LOCAUX			
Gouvernement de Djibouti	Ressources humaines, Intrants, Formation et renforcement des capacités, Supervision	Ensemble du Territoire national	Annuel
La Mairie de Djibouti (Voirie urbaine)	Assainissement	Ensemble du Territoire national	Quotidienne
Ministère de l'Agriculture, Eau, Environnement et ONEAD	Assainissement	Ensemble du Territoire national	Quotidienne
Ministère des Affaires étrangères	Coopération internationale		
Ministère de WAKF ¹⁸	Sensibilisation des communautés	Ensemble du Territoire national	Annuel
Union Nationale des Femmes Djiboutiennes (UNFD)	Sensibilisation et prévention	Ensemble du Territoire national	Période des épidémies
Ministère de Télécommunication	Appui technique	Territoire national	Période épidémique
Centre d'Études et de Recherche de Djibouti (CERD)	Appui technique	Territoire national	Annuelle

¹⁸ Ministère des Affaires musulmanes, de la culture et des biens Wakfs

Désignation	Domaine d'intervention	Couverture géographique	Période d'intervention
PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS (PTF) INTERNATIONAUX¹⁹			
Désignation	Domaine d'intervention	Couverture géographique	
Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (GFATM)	Approvisionnement des intrants (ACT, TDR, MILDA, insecticides, équipement PID), Ressources humaines, Formation (PID), Supervision, Suivi-évaluation, Recherche opérationnelle (RO)	Ensemble du territoire national	
Organisation mondiale de la santé (OMS)	Renforcement des capacités du personnel du PNLP dans tous ses domaines d'intervention Développement des documents stratégiques et normatifs du PNLP Approvisionnement des médicaments et autres intrants de lutte contre les maladies	Ensemble du territoire national	
Roll Back Malaria (RBM)	Appui technique (consultants)		
Haut-Commissariat aux Réfugiés (HCR)	Prise en charge des besoins de santé des réfugiés		
Office international de migration (OIM)	Renforcement des capacités pour une assistance sanitaire envers les migrants		
Fonds de NU pour l'enfance (UNICEF)	Distribution des MILDA de routine aux femmes enceintes	Ensemble du territoire national	
PNUD	Réceptacle principal de la subvention du Fonds mondial		
FNUAP (UNFPA)	Santé de la reproduction		
PAM	Traitement et prévention de la malnutrition		
Banque mondiale	Amélioration de la performance dans le domaine de la santé		
Banque mondiale (Zéro retard de croissance)	Réduction du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans à Djibouti		

¹⁹ Source: DEPCI, décembre 2019

ANNEXE

ANNEXE 1 : COMPOSITION DE L'EQUIPE DE REDACTION DU PSN 2020-2024

Nom de la personne/ Groupe thématique	Nom de l'Institution
1. PREVENTION DU PALUDISME	
Mr. Abro Mohamed	Institut National de Santé Publique de Djibouti (INSPD)
Mr. Mohamed Moussa,	Institut National de Santé Publique de Djibouti (INSPD)
Mr. Djama Goumareh	Ministère de l'Agriculture, Division de l'Assainissement
Mr. Hassan Egueh	Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP)
Ms. Fatouma Ibrahim	Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)
Ms. Mouna Adem,	Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP)
2. PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME	
Dr. Mahdi Ahmed	Centre de santé communautaire Wahli Daba
Dr. Aidi Boulboul Mohamed	Polyclinique Hayableh
Mr. Mohamed Ali Mohamed	Laboratoire, Hôpital Général Peltier
Dr. Zahra Aref Mohamed	DSME (Mère et enfant)
Mr. Hassan Bouh Egueh	PNLP
Dr. Jean Gerard Tatou Doumtsop	IOM
3. SUIVI-EVALUATION, SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET RECHERCHE OPERATIONNELLE	
Idil Abdourahmi,	Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT)
Ms. Raisso Hassan	Secrétariat Exécutif du CCM
Ms. Ifrah Mahamoud,	Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP)
Yacin Osman	PLSS
Mr. Hamad Badoul	DIS
Waberi Yousseuf	Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP)
Kadar Mohamed	Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP)
Mr. Dileyta Houmed	Institut National de Santé Publique de Djibouti (INSPD)
Dr. Fatouma Mohamed Abdoul-latif	Centre d'étude et recherche de Djibouti (CERD)
4. COMMUNICATION ET CHANGEMENT DE COMPORTEMENT	
Mr. Bachir Maki	Division de la promotion de la santé (DPS)
Roukia Yousseuf,	Union national des femmes de Djibouti (UNFD)
Morogtire Ahmed Kaissali,	Direction régional de la santé (DRS)
Mr. Mohamed Nour Soleh,	Division de la promotion de la santé DPS
Mr. Hassan Mohamed Robleh	PNLP
Mr. Mohamed Ali Mahamode	PNLS
Mr. Yahya Darar Guirreh	PNLP
5. GESTION DU PROGRAMME ET COORDINATION MULTISECTORIELLE	
Mr. Hassan Moussa Hassan	Conseiller technique du Ministre de la santé
Ms. Amina Farah	PLSS

Madame Mounira Ali	Directrice de la Division des programmes de santé prioritaires (DPSP)
Mr. Intisap Ibrahim,	DPSP
Mr. Ilyass Djama,	Ministère des Affaires sociales
Ms. Neima Ismael,	DEPCI
Dr. Farhan Ali,	Coordinateur ff du PNL
Kadar Ismael,	Direction de promotion de la santé (DPSP)
Hassan Galab,	Direction de promotion de la santé (DPSP)
Ms. Faiza Goumaneh,	ONEAD/Assainissement
Ms. Angela Anna de Tommasi	PNUD, Gestion du FM
6. GESTION DES ACHATS ET DES STOCKS	
Dr. Hassan Abdourahman Elmi	Direction des médicaments, pharmacie et laboratoire (DMPL)
Mr. Mohamed Ali Khariel	Secrétariat exécutif du CCM
Dr. Abdourachid Abdi Ali	CAMME
Ms. Aicha Mohamed Ali,	UNICEF
Ms. Assia Adrao Hamad,	Unité Logistique /PNLP

Tableau 9 : Principales recommandations de la RPP 2019

AXE STRATEGIQUE	RECOMMANDATIONS
1. PREVENTION	
Lutte antivectorielle : Moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MILDA)	<ul style="list-style-type: none"> -Organiser la distribution de masse des MILDA à Djibouti-ville (priorité) avec objectif de couvrir tout le pays en 2019 -Envisager d'autres canaux de distribution des MILDA -Organiser des campagnes de distribution des MILDA tous les 2 ans -Tenir compte de la mobilité de certains groupes de la population lors de distribution des MILDA -S'assurer que 80% de la population soit couverte des MILDA, -Procéder au dénombrement des ménages avant distribution des MILDA -Promouvoir l'utilisation des MILDA par la population, à travers des stratégies solides de communication et d'information (IEC) -S'assurer de la distribution en masse des MILDA en un temps fixe (non prolongé) -Renforcer les capacités du personnel en entomologie par l'organisation d'un cours de formation en entomologie et en surveillance de la lutte antivectorielle
Lutte antivectorielle : Pulvérisations intradomiciliaires (PID) Planifiée pour 2019	<ul style="list-style-type: none"> -Mener une campagne PID en septembre 2019 pouvant couvrir 6000 ménages dans 4 zones fortement touchées par le paludisme (Arhiba, Quartier 4, Enguela 1 et 2) -Utiliser un insecticide à longue durée d'action résiduelle (SumiShield 50WG) -Mesurer l'impact entomologique et épidémiologique de l'activité PID (menée en septembre 2019) -Décider de l'expansion de la PID en 2020 (sur base des résultats du projet pilote de septembre 2019 (si 20% de réduction des cas de paludisme par rapport aux quartiers non pulvérisés) -Maintenir la PID pour les 5 années à venir, - Effectuer un contrôle de qualité PID en utilisant les essais biologiques à cône de l'OMS pour évaluer l'efficacité résiduelle de l'insecticide sur les différents types de surfaces murales
Lutte antivectorielle : Lutte antilarvaire (LAL)	<ul style="list-style-type: none"> -Utiliser les poissons larvivores et le Temephos dans les gîtes larvaires -Détruire les gîtes potentiels des vecteurs -Effectuer annuellement des tests de sensibilité des larves aux larvicides biologiques (Bactéries/Bacillus) et chimique (Abate ou Temephos) -Impliquer d'autres partenaires dans la lutte antilarvaire (ex. WASH : message de sensibilisation) -Impliquer l'Office national de l'eau et de l'assainissement de Djibouti (ONEAD) pour approvisionner l'eau aux ménages (éviter de stocker l'eau dans les pots et citernes) -Intégrer la lutte entomologique avec les programmes de lutte contre les arboviroses (dengue, etc.) -Élaborer une cartographie des gîtes larvaires

2. PRISE EN CHARGE DES CAS	-Réviser et mettre à jour les guides de traitement du paludisme afin de l'adapter aux réalités opérationnelles et de s'aligner sur les dernières recommandations de l'OMS tout en mettant un focus sur le traitement du paludisme pendant la grossesse, les échecs thérapeutiques, et le traitement des rechutes
Diagnostic	-Évaluer les compétences externes en microscopie du paludisme
Traitement	-Introduire la Primaquine dans le traitement du paludisme à <i>P. falciparum</i> et <i>P. vivax</i> -Approvisionner les laboratoires des hôpitaux par des appareils pour le dosage de G6PD afin d'améliorer la PEC du paludisme à <i>P. vivax</i> par la primaquine -Formaliser les accords avec l'ensemble des FOSA, laboratoires et pharmacies privées, afin d'aligner les pratiques, de garantir la disponibilité de médicaments efficaces et de services de qualité conformes aux lignes directrices nationales -S'assurer que les données sur le paludisme diagnostiqués chez les privés sont incorporées dans le système de surveillance épidémiologique
3. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE, SUIVI-EVALUATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE (SESERO)	
Surveillance épidémiologique	-Mettre en place un système centralisé de surveillance en transmettant d'une façon hebdomadaire des données épidémiologiques (morbidité et mortalité) à l'INSPD -Étendre et formaliser la collaboration avec le secteur privé afin de garantir la disponibilité des médicaments et de données de surveillance sur le paludisme -Allouer un fonds nécessaire à l'INSPD pour élargir son rayon d'action (collecte des données) -Le PNLN devrait collecter de données sur la mortalité palustre et/ou sur toutes les notifications de décès dans le milieu hospitalier - Besoin d'utiliser des données hebdomadaires pour la détection des épidémies (INSPD) -Besoin d'harmoniser les outils et valider les données mensuelles collectées par les 3 institutions (PNLP, INSPD et DIS/SNIS) - Mettre en place un mécanisme de retro- information par la création d'un bulletin trimestriel d'information vers les formations sanitaires et les partenaires - Le PNLN doit développer un système de détection active des cas avec la participation des communautés, y compris les réfugiés et autres migrants -Le MSP doit finaliser la mise en place de la plateforme DHIS2 en incluant les modules OMS DHIS2 standard du paludisme -Inclure le nombre de décès causés par le paludisme au niveau des hôpitaux
Suivi-évaluation	-Mettre en place un mécanisme de partage des données de surveillance entre le PNLN et l'INSPD (une réunion hebdomadaire) -S'assurer que toutes les FS envoient d'une façon hebdomadaire à l'INSPD leurs données de morbidité et de mortalité -Comparer les taux d'incidences des localités PID avec les non PID (contrôle) pour l'année 2019/2020. -Comparer les résultats de 2019 avec ceux de 2018 pour les mêmes localités à la même période -Finaliser la mise en œuvre de la plateforme DHIS2 en incluant les modules OMS DHIS2 standard du paludisme (gestion intégrée des données/SNIS) -Organiser des visites de supervisions au niveau de toutes les FOSA - Développer un système de détection active des cas (PNLP)
Recherche Opérationnelle (RO)	-Organiser des enquêtes entomologiques avant, pendant et après la saison de transmission -Étudier le comportement des vecteurs du paludisme au niveau des sites sentinelles -Inclure l'identification moléculaire, le taux de parité, la source de sang gorgé sur la liste des indicateurs -Mener des essais biologiques en utilisant des cônes OMS pour évaluer la qualité de la PID (effet résiduel sur les différents types de murs) - Faire le suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides utilisés (1 fois l'an)

	-Faire une corrélation entre les données météorologiques et le niveau de transmission du paludisme au niveau des sites sentinelles
4. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC)	
	<ul style="list-style-type: none"> -Élaborer une stratégie de communication -Développer un paquet de communication pour amener toutes les couches de la population à utiliser la MILDA plus particulièrement les hommes -Inclure dans la stratégie de communication les domaines de recherche des soins, adhérence au traitement, adhérence aux PID -Impliquer toutes les communautés ensemble avec les ONG, les ABC, la société civile, les ASC et RC aux activités de lutte contre le paludisme, notamment les activités liées à l'assainissement du milieu -Déployer un agent IEC au niveau de chaque CSC (Djibouti) -Annuellement, mener une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques en rapport avec la MILDA -Une fois la couverture en MILDA est au-delà de 80%, la distribution devra se focaliser sur les femmes enceintes, les réfugiés et les migrants
5. GESTION DU PROGRAMME (GP)	
	<ul style="list-style-type: none"> -Mettre en place un comité national multisectoriel pour le suivi des réalisations du programme -Établir une collaboration entre le MS de l'Éthiopie et de Djibouti pour échanger l'information épidémiologique et le développement des matériels IEC -Doter le PNLN d'un cadre qualifié et compétent dans les domaines de planification et gestion, assurance qualité des laboratoires, gestion du personnel, approvisionnement et équipement pour la LAV, pharmacien, IEC/mobilisation communautaire. -Organiser un cours national en Entomologie en vue de renforcer les capacités du personnel -Élaborer un Plan annuel conjoint d'activités (PNLN et INSP) : sessions de validation des données, réunions de revue et de planification, -Inventorier tout le charroi automobile (véhicules du programme) -Développer un nouveau Plan stratégique national de lutte contre le paludisme (PSN)
6. GESTION DES APPROVISIONNEMENTS ET DES STOCKS (GAS)	
	<ul style="list-style-type: none"> -Renforcer le système d'approvisionnement en intrants antipaludiques de qualité -Éviter les ruptures de stock au niveau de FOSA -Doter le PNLN d'un logisticien pouvant organiser un approvisionnement en produits et équipement, -Doter le PNLN d'un pharmacien, 1 spécialiste IEC. -S'assurer que le plan annuel de distribution des intrants est validé par le PNLN -S'assurer que l'IGSS (inspection pharmaceutique) application les textes règlementaires en vigueur (contrôle des médicaments importés chez les privés) - Renforcer le système GAS en produits antipaludiques afin de garantir des produits de qualité et d'éviter des ruptures de stock à tous les niveaux.

Tableau 18: Indicateurs clés et cadre de performance du PSN 2020-2024

But / Objectif	Indicateurs	Données de base			Cibles (%)					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsable
		Valeurs (%)	Années	Source	2020	2021	2022	2023	2024				
Objectif général	Indicateurs d'impact												
But: Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de Djibouti par la réduction du fardeau humain et socio-économique dus au paludisme	Taux de mortalité, toutes causes confondues, chez les enfants de moins de 5 ans	68‰	2012	EDSF/PAPFAM	64,8	61,6	58,4	55,2	52	Tous les 3 ans	EDS (MIS)	Enquêtes	DIS
	Taux de mortalité causée par le paludisme parmi la population générale	ND	ND										
Objectif général OG 1 : Réduire la mortalité due au paludisme dans les formations sanitaires d'ici 2024	Pourcentage de décès hospitaliers attribués au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	ND	ND										
	Pourcentage de décès attribués au paludisme dans les formations sanitaires (pop. générale)	ND	ND										
	Létalité hospitalière liée au paludisme (Décès causés par le paludisme sur nombre des patients admis dans les hôpitaux à cause du paludisme)	1,2	2013	PSN 2013-2017	1,0	0,8	0,6	0,4	0,24	Mensuelle	EDS	Enquêtes	DIS

	Nombre de décès des patients hospitalisés pour 1000/Hab. par an	ND	ND		30	20	15	10	5	Annuelle	Annuaire statistique	Enquêtes	DIS
OG 2: Réduire la morbidité liée au paludisme de 50% d'ici 2024, par rapport aux données de 2018 en vue d'atteindre zéro cas autochtone d'ici fin 2030.	Pourcentage des enfants de moins de 5 ans avec fièvre	ND	ND										
	Pourcentage des enfants de 6–59 mois avec un test de diagnostic positif	ND	ND										
	Pourcentage de cas de paludisme confirmés par TDR et par microscope pour 1000 habitants par an	23,2	2018	Rapport PNLP	20,1	18,6	16,3	14	12	Annuelle	PNLP, INSPD	Enquêtes	DIS
	Taux de positivité des lames	ND	ND		23					Annuelle	PNLP	Enquêtes	PNLP

ND= No déterminé

AXE STRATEGIQUE : PREVENTION

Cible /Objectif	Indicateurs	Données de base			Cibles (%)					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsable
		Valeurs (%)	Années	Source	2020	2021	2022	2023	2024				
Objectifs spécifiques	Indicateurs des résultats (d'effet)												
Objectif spécifique (OS) 1: D'ici 2024, amener au moins 100 % de la population à risque y compris les populations nomades transfrontalières,	Pourcentage des ménages possédant au moins une MILDA	76	2019	PNLP	81	86	91	97	100		Enquêtes auprès des ménages	Enquête	PNLP
	Pourcentage de la population à risque dormant sous MILDA	51	2019	PNLP	61	72	86	100	100		Enquêtes auprès des ménages	Enquête	PNLP
	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans	41.1	2019	PNLP	53	68	88	100	100		Enquêtes auprès des ménages	Enquête	PNLP

les réfugiés et les migrants à dormir sous la moustiquaire imprégnée d'insecticide rémanent (MILDA)	dormant sous MILDA												
	Pourcentage de femmes enceintes dormant sous MILDA	61.6	2019	PNLP	69	78	88	99	100		Enquêtes auprès des ménages	Enquête	PNLP
	Proportion des réfugiés et demandeurs d'asile qui ont reçu les MILDA	0			80	86	91	97	100		Enquêtes auprès des ménages	Enquête	PNLP
	Proportion des réfugiés et demandeurs d'asile qui dorment sous MILDA	0			61	72	86	100	100		Enquêtes auprès des ménages	Enquête	PNLP
	Proportion des migrants qui ont reçu les MILDA	0			61	72	86	97	100		Enquêtes auprès des ménages	Enquête	PNLP
	Proportion des migrants qui dorment sous MILDA	0			61	72	86	100	100		Enquêtes auprès des ménages	Enquête	PNLP
OS 2 : D'ici 2024, protéger au moins 100 % de la population à risque dans les zones cibles avec les pulvérisations intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID)	Pourcentage des ménages protégés par la PID dans la zone ciblée	71	2019	Rapport PNL	80	85	90	95	100	Mensuelle	Rapport PNL	Enquête	PNLP
	Pourcentage de la population à risque (<5 ans et FE) couverte par la PID dans la zone ciblée												
	Pourcentage de la population totale couverte par la PID dans la zone ciblée	47	2019	Rapport PNL	58	71	80	90	100		Rapport PNL		
OS 3 : D'ici 2024, traiter au moins 70% des gîtes larvaires avec des gîtes larvaires traités avec des bactéries (ex. Bti) dans les zones ciblées	Pourcentage des gîtes larvaires traités avec des bactéries (ex. Bti) dans les zones ciblées	21,1	2019	Rapport PNL	30	40	50	60	70		Rapport PNL		

larvicides efficaces	Pourcentage des gîtes larvaires traités avec des poissons larvivores (<i>Gambusia affinis</i>) dans les zones ciblées	ND	ND	ND	30	40	50	60	70		Rapport PNLP		
	Pourcentage des réceptacles (vases en terre cuite, citernes, bidons, etc..) traités avec un produit chimique (Temephos)	ND	ND	ND	30	40	50	60	70		Rapport PNLP		
	Pourcentage des gîtes larvaires drainés ou séchés	ND	ND	ND	30	40	50	60	70		Rapport PNLP		

AXE STRATEGIQUE : PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME

Objectif/Cible	Indicateurs	Données de base			Cibles (%)					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsable
		Valeurs (%)	Années	Source	2020	2021	2022	2023	2024				
Objectifs spécifiques	Indicateurs des résultats (d'effet)												
OS 1 : D'ici 2024, au moins 100 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires sont testés par la microscopie ou le TDR.	Pourcentage des cas suspects de paludisme testés par TDR et/ou par microscopie	99.5	2018	DIS/PNLP	99.6	99.7	99.8	99.9	100	Mensuelle	DIS/PNLP	RAM	DIS, PNLP
	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans avec une fièvre qui ont subi une piqûre au doigt ou au talon pour le diagnostic du	100	2018	DIS/PNLP	100	100	100	100	100	Mensuelle	DIS/PNLP	RAM	DIS, PNLP

	paludisme.												
OS 2 : D'ici 2024, 100% des cas de paludisme confirmés, y compris chez les populations nomades transfrontalières, les camps de réfugiés et les migrants sont traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires	Pourcentage de cas de paludisme confirmés qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale	100	2018	DIS/ PNLP	100	100	100	100	100	Mensuelle	DIS/ PNLP	RAM	DI, PNLP
	Pourcentage de patients atteints d'un paludisme à <i>Plasmodium vivax</i> qui ont reçu un traitement radical	ND (Associé Avec le falciparum)	2018	DIS/ PNLP	60	70	80	100	100	Mensuelle	DIS/ PNLP	RAM	DIS, PNLP
OS 3 : D'ici 2024, les intrants antipaludiques et les matériels de test diagnostique seront disponibles de façon permanente dans 100% des structures sanitaires.	Pourcentage des établissements sanitaire n'ayant signalé aucune rupture de stock de plus d'une semaine des principaux produits de base (ACT, TDR, Quinine, Artesunate ou Artéméther inj.) pendant la saison de transmission du paludisme	100	2018	DIS/ PNLP	100	100	100	100	100	Mensuelle	DIS/ PNLP	RAM	DIS, PNLP
	Pourcentage de structures sanitaires sans	95	2018	DIS/	100	100	100	100	100	Mensuelle	DIS/	RAM	DIS,

	rupture de stock de matériel de test diagnostique			PNLP								PNLP		PNLP
--	---	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	------	--	------

AXE STRATEGIQUE : SUIVI-EVALUATION, SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET RECHERCHE OPERATIONNELLE

Objectif/Cible	Indicateurs	Données de base			Cibles (%)					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsable
		Valeurs (%)	Années	Source	2020	2021	2022	2023	2024				
Objectifs spécifiques	Indicateurs des résultats (d'effet)												
OS 1 : D'ici fin 2024, amener au moins 100% des districts sanitaire à transmettre régulièrement les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme	Taux de promptitude (transmission à temps) dans la soumission des rapports d'activités à la DIS	17	2018	DIS	33.6	50.2	66.8	83.4	100	Mensuelle	DIS	RAM	DIS
	Taux de promptitude (transmission à temps) dans la soumission des fiches journalières pour le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) émis par l'INSPD	80	2018	INSP	84	88	92	96	100	Hebdomadaire	FOSA	Routine	INSPD
	Taux de complétude des rapports d'activités à la DIS	90	2018	DIS	92	94	96	98	100	Mensuelle	FOSA	Rapport d'activités	DIS
	Taux de complétude des fiches journalières pour le BEH émis par l'INSPD	61	2019	INSDP	68.8	76.7	84.4	92.2	100	Hebdomadaire	FOSA	Routine	INSPD

	Nombre de réunion de validation des données entre les différentes institutions (INSPD,DIS,PNLP)	8	10	12	12	12	12	12	12	Mensuelle	DIS	RAM	PNLP
	Taux de notification hebdomadaire des cas (en cas d'épidémie de paludisme)	75	2019	INSPD	80	85	90	95	100	Hebdomadaire	BEH	Rapport	INSPD
OS 2 : D'ici 2024, détecter précocement 100% des épidémies et situations d'urgence	Pourcentage des épidémies précoces détectées	ND			20	40	60	80	100	Hebdomadaire	BEH	Rapport	INSPD
OS 3 : D'ici 2024, contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence du paludisme dans les deux semaines qui suivent leur détection	Pourcentage des épidémies et situations d'urgence contrôlés dans les 2 semaines qui suivent leur détection	80	2018	INSPD	80	85	90	95	100	Hebdomadaire	BEH	Rapport	INSPD
	Pourcentage des cas de paludisme investigués et classifiés (importé d'un district à l'autre ou de l'extérieur du pays; localement transmis; rechute ; recrudescence, ou induit)	0	2018	INSPD	30	40	50	60	70	Hebdomadaire	BEH	Rapport	INSPD
	Nombre de rapports/bulletins épidémiologiques produits et disséminés	100	2018	INSPD	100	100	100	100	100	Hebdomadaire	BEH	Rapport	INSPD
OS 4 : D'ici fin 2024, 80% des sujets de recherche opérationnelle	Pourcentage de sujets de recherche réalisés	0	2018	INSPD	20	40	50	60	80	Annuelle			INSPD

planifiés sont réalisés	Pourcentage de cas investigués	0			0	20	40	60	80	Mensuelle	INSPD	Rapport hebdomadaire	INSPD
-------------------------	--------------------------------	---	--	--	---	----	----	----	----	-----------	-------	----------------------	-------

Axe stratégique : Communication pour le changement de comportement (IEC/CCC)

Objectif/Cible	Indicateurs	Données de base			Cibles (%)					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsable
		Valeurs (%)	Années	Source	2020	2021	2022	2023	2024				
Objectifs spécifiques	Indicateurs des résultats (d'effet)												
OS1 : D'ici 2024, amener au moins 80% des mères/gardiens d'enfants de moins de 5 ans de reconnaître les signes de danger du paludisme	Pourcentage des mères/ gardiens de moins de 5 ans qui sont capables de reconnaître au moins deux signes de danger chez un enfant de moins de cinq ans fébrile	ND			60	65	70	75	80	Annuelle	PNLP	Enquête	DPS/PNLP/DIS
OS 2 : D'ici 2024, amener au moins 80% des enfants à l'âge scolaire de reconnaître les modes de transmission et de prévention du paludisme	Pourcentage des enfants à l'âge scolaire qui connaissent les modes de transmission, et de prévention du paludisme	ND			50	65	70	75	80	Annuelle	PNLP	Rapport Annuelle	DPS/PNLP
OS 3 : D'ici 2024, amener 80 % des organisations à base communautaire (OBC), la Société Civile (SC) et les groupes communautaires répertoriés à s'impliquer dans la lutte contre le paludisme	Pourcentage des OBC, membres de la SC et groupes communautaires impliqués dans la lutte contre le paludisme	ND			60	65	70	75	80	Annuelle	PNLP	Enquête	DPS/PNLP

OS 4 : D'ici 2024, amener au moins 80% des leaders/décideurs répertoriés (politique, religieux, traditionnel, etc.) à s'impliquer dans la lutte contre le paludisme	Pourcentage des leaders d'opinions impliqués dans la lutte contre le paludisme	ND			60	65	70	75	80	Annuelle	PNLP	Enquête	DP§§PNLP/DIS
OS 5 : D'ici 2024, amener au moins 80 % des communautés à s'approprier et utiliser les interventions de lutte contre le paludisme	Pourcentage des communautés qui se sont appropriées et utilisent les interventions de lutte contre le paludisme	ND			60	65	70	75	80	Annuelle	PNLP	Enquête	MS/PNLP/Partenaire
OS. 6 : D'ici 2024, 80% de la population sont consultés dans les 24 heures qui suivent l'apparition de la fièvre	Pourcentage de la population qui se fait consulter 24 heures après l'apparition de la fièvre	ND			50	60	70	75	80	Annuelle	PNLP	Enquête	PNLP/DPS
OS. 7. D'ici 2024, former au moins 85% des journalistes du media parlé et écrit (TV, radio, journaux) sur la communication dans la lutte contre le paludisme	Pourcentage des journalistes formés sur la communication dans la lutte contre le paludisme	ND			65	70	75	80	85	Annuelle	PNLP	Rapport Annuelle	PNLP/DPS

Axe stratégique : Gestion des Achats et des Stocks (GAS)

Objectif/Cible	Indicateurs	Données de base			Cibles (%)					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsable
				Source	2020	2021	2022	2023	2024				

Objectifs spécifiques	Indicateurs des résultats (d'effet)	Valeurs (%)	Années										
OS 1 : D'ici fin 2024, au moins 80% des structures sanitaires publiques y compris les postes de santé disposent de façon permanente des médicaments antipaludiques et autres produits de lutte contre le paludisme	Pourcentage des FOSA publiques qui n'ont pas subi de ruptures des médicaments antipaludiques et autres intrants (TDR, réactifs, lames, *) au cours de 12 derniers mois	ND	ND		60	65	70	75	80	Mensuel	Rapport d'inventaire	Supervision et remontée mensuelle des données	CAMME
OS 2 : D'ici fin 2024, au moins 90% des structures sanitaires parapubliques disposent de façon permanente des médicaments et autres produits de lutte contre le paludisme	Pourcentage des FOSA parapubliques qui n'ont pas subi de ruptures des médicaments antipaludiques et autres intrants (TDR, réactifs, lames, etc.) au cours de 12 derniers mois	ND	ND		70	75	80	85	90	Mensuel	Rapport d'inventaire	Supervision et remontée mensuelle des données	CAMME
OS 3 : D'ici fin 2024, au moins 80% des structures sanitaires privées disposent de façon permanente des médicaments et autres produits de lutte contre le paludisme	Pourcentage des FOSA privées qui n'ont pas subi de ruptures des médicaments antipaludiques et autres intrants ⁰ (TDR, réactifs, lames, etc.) au cours de 12 derniers mois	ND	ND		60	65	70	75	80	Mensuel	Rapport d'inventaire	Supervision et remontée mensuelle des données	CAMME
OS4 : D'ici fin 2024, au moins 80 % du personnel de la chaîne d'approvisionnement du niveau central sont qualifiés en quantification des intrants antipaludiques	Pourcentage d'agents qualifiés en quantification des intrants antipaludiques au niveau central	0	0	Rapport PNLP	70	75	80	85	90	Annuel	Rapport annuel PNLP	Evaluation annuelle	PNLP

OS5 : D'ici fin 2024, au moins 90% des districts possèdent un agent formé en gestion des achats et des stocks	Pourcentages des districts possédant au moins un agent formé en gestion des achats et des stocks	0	0	Rapport PNL	70	75	80	85	90	Annuelle	Rapport annuel PNL	Supervision	PNLP
OS6 : D'ici fin 2024, 80% des structures sanitaires publiques et parapubliques y compris les postes de santé seront connectés sur le système national de gestion logistique des intrants (SMS for Life, SIGL, etc...)	Pourcentage des districts connectés sur le système national de gestion logistique des intrants (antipaludiques)	0	0	Rapport annuel CAMME	60	65	70	75	80	Annuelle	Rapport annuel CAMME	Supervision	CAMME

Axe stratégique : Gestion du programme et Coordination multisectorielle

Objectif/Cible	Indicateurs				Cibles (%)					Fréquence de collecte	Source	Méthode	Responsable
		Valeurs (%)	Années	Source	2020	2021	2022	2023	2024				
Objectifs spécifiques	Indicateurs des résultats (d'effet)												
OS 1 : D'ici fin 2024, au moins 100% des Fonds alloués au PNL dans le budget de la Santé sont décaissés.	Pourcentage des fonds décaissés pour la lutte contre le paludisme				20	40	60	80	100	Annuelle	MS	Rapport	Rapport PNL
OS 2 : D'ici fin 2024, au moins 80% du budget du programme ont été mobilisés auprès des partenaires locaux et/ou étrangers	Pourcentage du budget du programme mobilisé auprès des partenaires (PTF)				16	32	48	64	80	Annuelle	MS	Rapport	Rapport PNL
OS 3 : D'ici fin 2024, au moins 80% des activités planifiées dans le cadre du renforcement des structures de coordination au niveau des districts et national pour la lutte	Pourcentage des activités réalisées pour le renforcement de la coordination au niveau district et national				16	32	48	6	80	Annuelle	MS	Rapport	Rapport PNL

contre le paludisme sont réalisées													
OS 4 : D'ici fin 2024, au moins 80% des activités planifiées dans le cadre des initiatives transfrontalières sont réalisées.	Pourcentage des réunions de planification des activités transfrontalières organisées				16	32	48	64	80	Annuelle	PNLP		Rapport PNLN
OS 5 : D'ici fin 2024, au moins 100% des réunions annuelles de revue et de planification de la lutte contre le paludisme sont organisées.	Pourcentage des réunions annuelles de revue et de planification de la lutte contre le paludisme organisées				20	40	60	80	100	Annuelle	PNLP		Rapport PNLN
OS 6 : D'ici 2024, au moins 95% du personnel de santé ont eu un renforcement des capacités dans le domaine de lutte contre le paludisme	Pourcentage des agents de santé formés (ateliers de formation locale ou à l'extérieur, formation du niveau master, spécialisation, etc.)				19	38	57	76	95	Annuelle	MS, PNLN		Rapport PNLN
	Pourcentage des agents de santé qui ont participé aux conférences nationales ou internationales sur le paludisme				19	38	57	76	95	Annuelle	MS, PNLN		Rapport PNLN
OS 7 : D'ici fin 2024, au moins 80% des réunions multisectorielles sont organisées pour la lutte contre le paludisme	Pourcentage des réunions multisectorielles tenues				16	32	46	64	80	Annuelle	MS		Rapport PNLN

Tableau 13b: Plan de mise en œuvre des activités du PNLP (PSN2020-2024) : Chronogramme et responsabilité						Coût (USD) pour 5 ans²⁰	
Axe stratégiques/Objectif /Approche/Activité	Responsable	Chronogramme					
		2020	2021	2022	2023		2024
AXE STRATEGIQUE 1 : PREVENTION							
Objectif Spécifique 1.1 : Renforcer l'engagement politique et pérenniser les ressources pour assurer la prévention et les soins antituberculeux.						4,568727	
Intervention : Distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MILDA) aux populations générales, nomades transfrontaliers, réfugiés et migrants.							
Approche 1 : Distribution de masse de la MILDA : Population générale avec une couverture de 100%						2,247,727	
Développer des micro-plans (districts)	PNLP			*			
Développer des macro-plans (national)	PNLP			*			
Former des ressources humaines pour la distribution des MILDA	PNLP			*			
Élaborer des outils de collecte de données sur les MILDA	PNLP			*			
Installer des MILDA dans les foyers	ASC			*			
Superviser les campagnes MILDA	PNLP			*			
Collecter et analyser les données MILDA	PNLP			*			
Organiser un atelier de validation des données MILDA	PNLP			*			
Organiser une enquête post MILDA	PNLP, DIS			*			
Organiser le dénombrement des ménages	PNLP, DIS			*			
Stimuler la création du marketing social	PNLP, DPS		*				
Approvisionner le pays en MILDA pour la distribution de masse	FM, OMS			*			
Approche 2: Distribution des MILDA chez les réfugiés et les migrants avec une couverture de 100%						31,000	
Organiser un recensement de la population des réfugiés et des migrants dans les camps	HCR, OIM			*			
Développer des micro-plans (districts)	PNLP, HCR, OIM			*			

Développer des macro-plans (national)	PNLP, HCR, OIM			*			
Superviser les opérations de distribution des MILDA au niveau des camps	PNLP, HCR, OIM			*			
Multiplier les outils de collecte de données sur la distribution des MILDA	PNLP,			*			
Collecter et analyser les données MILDA au niveau des camps	PNLP, DIS			*			
Approche 3 : Distribution de routine de la MILDA : Population clé : femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans (couverture de 100%)							2,290,
Inventorier les formations sanitaires qui organisent la CPN	PNLP	*	*	*	*	*	
Approvisionner et distribuer les MILDA au niveau des CPN (Femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans)	PNLP	*	*	*	*	*	
Développer les outils de collecte des données de routine (distribution MILDA)	PNLP	*	*	*	*	*	
Former les prestataires sur les outils des collecte des données en rapport avec la distribution des MILDA au niveau de CPN	PNLP	*	*	*	*	*	
Objectif Spécifique 1.2 : D'ici 2024, protéger au moins 100 % de la population à risque dans les zones cibles avec les pulvérisations intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID)							1,589,000
Intervention : Introduire la Pulvérisation intradomiciliaire (PID) au niveau des ménages dans les zones à risque de paludisme							
Affecter les agents pulvérisateurs	MS	*	*	*	*	*	
Former et recycler les agents pulvérisateurs sur les techniques de la PID	PNLP, OMS	*	*	*	*	*	
Réaliser la PID dans les zones à risque du paludisme	INSPD, PNL	*	*	*	*	*	
Approvisionner le pays en insecticides pour la PID	PNLP	*	*	*	*	*	
Objectif Spécifique 1.3 : D'ici 2024, traiter au moins 80% des gîtes larvaires avec des biolarvicides efficaces							363,650

²⁰ Le coût par intervention est inclus dans un document séparé.

Intervention : Utilisation des produits chimiques, des biolarvicides et destruction des gites larvaires dans les zones à risque de paludisme							
Recenser et cartographier tous les gites larvaires dans les zones à risques	INSPD	*	*	*	*	*	
Élaborer un plan de gestion de gites larvaires	INSPD	*	*	*	*	*	
Traiter les gites larvaires avec les produits chimiques (Abate)	INSPD	*	*	*	*	*	
Drainer, sécher et remblayer les gites larvaires	Min. Agric, Voirie Urb	*	*	*	*	*	
Introduire les poisons larvivores dans les gites larvaires	INSPD	*	*	*	*	*	
Former et recycler les agents d'hygiène sur les techniques anti-larvaires	INSPD, PNLP	*	*	*	*	*	
Approvisionner le pays en produits chimiques (Abate en granules) pour la lutte antilarvaire	PNLP	*	*	*	*	*	
AXE STRATEGIQUE 2 : PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME							
Objectif Spécifique 2.1 : D'ici 2024, au moins 100 % des cas suspects de paludisme vus dans les formations sanitaires sont testés par la microscopie et le TDR.							827,085
Intervention : Mettre à l'échelle le diagnostic biologique systématique des cas suspects de paludisme (GE ou TDR) dans toutes les structures sanitaires							
Identifier et équiper un laboratoire national de référence pour le paludisme	PNLP, DPML, OMS	*			*		
Former 100 techniciens de laboratoire par an y compris ceux du secteur privé et parapublic sur la microscopie et le dosage de G6PD.	PNLP, OMS	*	*	*	*	*	
Former 100 sages-femmes / les infirmiers et les agents de santé communautaires sur les diagnostics biologiques (TDR)	PNLP, OMS	*	*	*	*	*	
Mettre en place un système de Contrôle et Assurance Qualité des lames et TDR (CQ/AQ)	PNLP, OMS	*	*	*	*	*	
Développer un guide de contrôle et d'assurance qualité (CQ/AQ) pour le diagnostic du paludisme (lames et TDR)	PNLP, OMS		*				

Assurer les approvisionnements en TDR, réactifs et consommables pour la prise en charge du paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	PNLP, INSPD, OMS	*	*	*	*	*	
Objectif Spécifique 2.2: D'ici 2024, 100% des cas de paludisme confirmés, y compris chez les populations nomades transfrontalières, les réfugiés et les migrants sont traités conformément aux directives nationales dans les formations sanitaires							2,900,831
Intervention 1: Traitement des cas de paludisme confirmés							
Organiser une formation annuelle de 100 cliniciens du secteur public, parapublic et privé sur la prise en charge des cas de paludisme simple et sévère à <i>Plasmodium falciparum (Pf)</i> et <i>P. vivax (Pv)</i>	PNLP, OMS	*	*	*	*	*	
Mettre à jour les directives de traitement de paludisme à Pf et Pv	PNLP, OMS			*			
Organiser un atelier de validation des politiques et des directives sur la Prise en charge des cas de paludisme (PEC)	PNLP, OMS			*		*	
Mettre à la disposition des structures sanitaires des algorithmes de traitement du paludisme	PNLP,	*	*	*	*	*	
Former annuellement 100 sages-femmes, infirmiers, aides-soignants et agents de santé communautaire sur la PEC du paludisme non compliquée	PNLP,	*	*	*	*	*	
Assurer la supervision formative trimestrielle sur le respect des directives nationales (diagnostic et traitement) à tous les niveaux	PNLP,	*	*	*	*	*	
Organiser un atelier de formation sur la chimioprophylaxie des cas du paludisme	PNLP, OMS		*		*		
Assurer les approvisionnements en médicaments (CTA) pour la prise en charge du paludisme a tous les niveaux de la pyramide sanitaire	PNLP,	*	*	*	*	*	
Assurer les approvisionnements en médicaments complémentaires (Paracétamol, Clindamycine, vitamines, etc...) pour la prise en charge du paludisme	PNLP,	*	*	*	*	*	

Intervention 2 : Disponibilité d'un centre de pharmacovigilance servant à l'identification des effets indésirables des antipaludéens							
Développer et valider la Fiche de Notification des Effets Indésirables des Médicaments (EIM).	PNLP, DPML, OMS	*					
Élaborer et valider la Politique Nationale de Pharmacovigilance	PNLP, OMS	*		*		*	
Mettre en place un sous-comité technique de Pharmacovigilance	PNLP, DPML, OMS	*	*	*	*	*	
Assurer le contact avec le Centre International de Pharmacovigilance (Uppsala Monitoring Centre)	PNLP,						
Former des techniciens en pharmacovigilance et à l'évaluation de liens de causalité entre le médicament et l'effet indésirable	PNLP, OMS	*		*		*	
Participer aux congrès internationaux de pharmacovigilance	PNLP,	*	*	*	*	*	
AXE STRATEGIQUE 3 : SUIVI-EVALUATION, SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIE ET RECHERCHE OPERATIONNELLE (SSERO)							
Objectif Spécifique 3.1 : D'ici fin 2024, amener au moins de 100% des districts de santé à transmettre régulièrement les données sur les principaux indicateurs de la lutte contre le paludisme							768,679
Intervention : Assurer le suivi des activités de lutte contre le paludisme au niveau des sites sentinelles							
Assurer la supervision formative mensuelle au niveau des sites sentinelles (Djibouti)	PNLP, DIS	*	*	*	*	*	
Assurer la supervision formative trimestrielle au niveau des sites sentinelles (districts de l'intérieur)	PNLP, DIS	*	*	*	*	*	
Mettre en place des textes législatifs dans le cadre de la notification des cas de décès hospitaliers causés par le paludisme	SG	*					
Renforcer le système de collecte et d'analyse des données dans tous les sites sentinelles	PNLP, INSPD, DIS	*	*	*	*	*	
Organiser un atelier de validation des données trimestrielles	PNLP, INSPD, DIS	*	*	*	*	*	
Reproduire et distribuer le Bulletin épidémiologique aux FOSA	PNLP, INSPD, DIS	*	*	*	*	*	

Former/recycler le personnel de santé sur l'utilisation des fiches hebdomadaires	PNLP, INSPD, DIS	*		*		*	
Reproduire et distribuer aux FOSA des registres spécifiques pour le paludisme	PNLP,	*	*	*	*	*	
Mettre en place la plateforme DHIS2 pour la collecte des données mensuelles	PNLP, DIS	*		*			
Objectif Spécifique 3.2 : D'ici 2024, détecter précocement 100% des épidémies et situations d'urgence							57,892
Intervention : Assurer la surveillance épidémiologique pour une détection rapide des épidémies de paludisme							
Former des prestataires de soins sur la détection rapide des épidémies	INSPD, PNL	*	*	*	*	*	
Mener des investigations des cas avant, pendant et après l'épidémie	INSPD, PNL	*	*	*	*	*	
Organiser une formation pour définir les seuils épidémiques au niveau de chaque district	INSPD, PNL, DIS, OMS	*		*			
Objectif Spécifique 3.3 : D'ici 2024, détecter précocement 100% des épidémies et situations d'urgence							26,715
Intervention : Assurer le contrôle des épidémies et situations d'urgence							
Élaborer un plan d'urgence des épidémies de paludisme	INSPD, PNL	*	*	*	*	*	
Créer un comité de gestion des épidémies	SG, INSPD, PNL						
Organiser des réunions de concertation hebdomadaires sur le paludisme dans le cadre de la situation d'urgence	INSPD, PNL, DIS, OMS	*	*	*	*	*	
Former des prestataires de soins sur la gestion des épidémies	INSPD, PNL, DIS, OMS	*	*	*	*	*	
Élaborer et disséminer le guide technique des procédures à suivre dans les situations d'urgence	INSPD, PNL, DIS, OMS	*			*		
Objectif Spécifique 3.4 : D'ici fin 2024, 80% des sujets de recherche opérationnelle planifiés sont réalisés							730,975
Intervention : Renforcer les capacités du PNL à conduire la recherche opérationnelle en collaboration avec les Institutions locales							

Mener des enquêtes entomologiques au niveau des sites sentinelles en vue d'établir la cartographie des vecteurs	INSPD, PNLP	*		*		*	
Mener une étude sur la résistance des larves et adultes d'Anopheles aux différentes classes d'insecticides	INSPD, PNLP	*		*		*	
Organiser des essais biologiques pour suivre la rémanence des insecticides à l'intérieur des maisons pulvérisées	INSPD, PNLP	*	*	*	*	*	
Déterminer le niveau de résistance des parasites aux antipaludéens (TET)	INSPD, PNLP	*		*		*	
Organiser des enquêtes épidémiologiques pour classer les cas de paludisme (importés, locaux, induits)	INSPD, PNLP	*		*		*	
Mener des études sur les effets indésirables des médicaments antipaludéens (pharmacovigilance)	DMPL	*		*		*	
Mener une enquête de séroprévalence (epidemio-entomologique)	INSP, PNLP	*			*		
Méner une enquête CAP	DIS, PNLP, DPS		*		*		
Mener une enquête démographique et de santé (EDS)	UNICEF, PNLP	*					
Mener une enquête sur les indicateurs du paludisme (EIP)	PNLP, INSPD, DIS	*		*		*	
AXE STRATEGIQUE 4 : COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (IEC/CCC)							
Objectif Spécifique 4.1 : D'ici 2024, amener au moins 80%des mères/gardiens d'enfants de moins de 5 ans de reconnaître les signes de danger du paludisme							210,008
Intervention : Connaissance des signes de danger du paludisme par les mères et gardiens des enfants de moins de 5 ans.							
Organiser 50 séances de causerie à Djibouti ville et dans les Régions	PNLP, DPS, DRS	*	*	*	*	*	
Produire 3 spots télévisés dans les 3 langues locales	PNLP, DPS	*		*		*	
Organiser des campagnes de sensibilisation au niveau des localités	PNLP, DPS	*	*	*	*	*	
Organiser des causeries éducatives lors des consultation des enfants (PCIME)	PNLP, DPS, ME						

Former un pool des journalistes (90) pour la lutte contre le paludisme	PNLP, DPS	*		*		*	
Objectif Spécifique 4.2 : D'ici 2024, amener au moins 80% des enfants à l'âge scolaire de reconnaître les modes de transmission et de prévention du paludisme.							137,000
Intervention : Connaissance des modes de transmission et de prévention par les enfants à l'âge scolaire.							
Élaborer et intégrer un module sur le paludisme dans le programme scolaire à tous les niveaux (primaire et secondaire)	PNLP, DPS,ME		*				
Élaborer un manuel de formation sur le paludisme pour les enseignants du niveau primaire et secondaire.	PNLP, DPS, ME		*				
Former 300 enseignants des établissements primaires et secondaires sur la prévention du paludisme	PNLP, DPS	*		*		*	
Organiser des séances de sensibilisation sur la prévention du paludisme dans les établissements secondaires, universitaires et les lycées	PNLP, DPS, ME	*	*	*	*	*	
Produire les Matériels éducatifs (Boîtes à images, dépliants, Bandes dessinées)	PNLP, DPS, ME		*		*		
Objectif Spécifique 4.3 : D'ici 2024, amener 80 % des organisations à base communautaire (OBC), la Société Civile (SC) et les groupes communautaires répertoriés à s'impliquer dans la lutte contre le paludisme.							95,155
Intervention : : Implication des organisations à base communautaire (OBC), la société civile (SC) et autres groupes communautaires dans la lutte contre le paludisme.							
Identifier les acteurs communautaires (élus locaux et conseillers des quartiers)	PNLP, DPS	*					
Élaborer un document de plaidoyer	PNLP, DPS	*					
Former les ASC (60) et les membres des associations (sur l'animation des séances éducatives, l'utilisation des supports éducatifs et au suivi des activités de communication du paludisme)	PNLP, DPS	*	*	*	*	*	
Organiser des concours sur la propreté des quartiers	PNLP, UNFD, DPS, Mairie	*	*	*	*	*	
Organiser des concours de poèmes entre écoles sur la lutte contre le paludisme	PNLP, DPS	*	*	*	*	*	

Faire un suivi-évaluations des activités communautaires	PNLP, DPS	*	*	*	*	*	
Impliquer les personnes handicapées dans la lutte contre le paludisme	PNLP, ANPH	*					
Former les prestataires de soins sur les techniques de communication interpersonnelle	PNLP, DPS	*	*	*	*	*	
Objectif Spécifique 4.4 : D'ici 2024, amener au moins 80% des leaders/ décideurs répertoriés (politique, religieux, traditionnel, etc.) à s'impliquer dans la lutte contre le paludisme.							14,120
Intervention : Implication des Leaders (politique, religieux et traditionnel) dans la lutte contre le paludisme.							
Organiser des séances de sensibilisation avec les leaders locaux (trimestrielles)	DPS, PNL	*	*	*	*	*	
Objectif Spécifique 4.5 : D'ici 2024, amener au moins 80 % des communautés à s'appropriier et utiliser les interventions de lutte contre le paludisme.							88,000
Intervention : Appropriation et utilisation des interventions de lutte contre le paludisme par les communautés.							
Organiser des débats communautaires dans chaque quartier	PNLP, DPS	*	*	*	*	*	
Signer un contrat de partenariat avec les ONG locales pour la diffusion des pratiques clés de lutte contre le paludisme	PNLP, DPS	*					
Organiser une cérémonie de lancement des campagnes de distribution de masse des MILDA au niveau national et régional	PNLP, DPS	*		*		*	
Produire des tee-shirts, des polos et des casquettes pour la campagne de lutte contre le paludisme	PNLP,	*	*	*	*	*	
Organiser la journée mondiale de lutte contre le paludisme (JMLP) dans un district ayant une transmission du paludisme (rotatif)	PNLP, DPS	*	*	*	*	*	
Objectif Spécifique 4.6 : D'ici 2024, 85% de la population consulte les structures sanitaires endéans les 24 heures qui suivent l'apparition d'une fièvre.							81,000
Intervention : Connaissances sur les dangers du paludisme par la populations.							
Organiser une campagne de sensibilisation dans les centres de santé	PNLP, DPS, DRS	*	*	*	*	*	
Organiser une campagne avec les ABC dans chaque quartier de la ville	PNLP, DPS, MAIRIE	*	*	*	*	*	

Organiser une campagne dans les écoles primaires et secondaires	PNLP, DPS,ME	*	*	*	*	*	
Organiser des visites à domicile et entretien avec les ménages sur l'utilisation des MILDA et la PID	PNLP, DPS, UNFD	*	*	*	*	*	
Créer une page sur le web avec des messages sur la prévention du paludisme	PNLP, DPS	*	*	*	*	*	
Envoyer des SMS de sensibilisation aux abonnés des réseaux téléphoniques	PNLP, DPS	*	*	*	*	*	
Produire des panneaux de sensibilisation avec des messages de lutte contre le paludisme	PNLP, DPS	*		*		*	
Diffuser des spots, des chansons et des émissions de sensibilisation à travers les médias sur l'utilisation de MILDA, la PID et la destruction des gîtes larvaires	PNLP, DPS	*	*	*	*	*	
AXE STRATEGIQUE 5 : GESTION DES ACHATS ET DES STOCKS (GAS)							
Objectif Spécifique 5.1 :D'ici fin 2024, au moins 80% des structures sanitaires publiques y compris le poste de santé dispose de façon permanente des médicaments antipaludiques et autres produits de lutte contre le paludisme.							969,000
Intervention : Disponibilité des médicaments, MILDA et autres intrants relatifs à la lutte contre le paludisme dans les structures publiques y compris les postes de santé s.							
Assurer les approvisionnements des FOSA en équipements de laboratoire pour les structures publiques	CAMME, PNLP		*		*		
Assurer les coûts d'entreposage et de stockage des TDR, réactifs, consommables et médicaments pour la prise en charge du paludisme au niveau central et régional	CAMME, PNLP	*	*	*	*	*	
Assurer les coûts liés à la distribution des intrants du niveau central vers le niveau périphérique jusqu'au poste de santé pour les structures publiques	CAMME, PNLP	*	*	*	*	*	
Organiser des formations sur la gestion des stocks des médicaments et autres intrants antipaludéens y compris les outils de gestion pour le personnel impliqué dans la chaîne d'approvisionnement des intrants antipaludéens à tous les niveaux	CAMME, PNLP, OMS	*	*	*	*	*	
Organiser une formation pour l'équipe du niveau régional sur le suivi et la supervision des médicaments et autres intrants antipaludéens	CAMME, PNLP, OMS	*	*	*	*	*	
Organiser des supervisions mensuelles au niveau de Djibouti-ville et trimestrielles au niveau des districts sur la gestion des médicaments et autres intrants antipaludéens	CAMME, PNLP	*	*	*	*	*	

Organiser une réunion de revue des outils de collecte des données de gestion des médicaments et autres produits de santé de prise en charge du Paludisme une fois par an	CAMME, PNLP	*	*	*	*	*	
Acheter des équipements de laboratoire pour les structures parapubliques (10 microscopes)	PNLP, CAMME	*		*		*	
Acheter des équipements de laboratoire pour les structures sanitaires formées (10 machines Standard G6PD analyseurs, tests et contrôle)	PNLP		*				
Objectif Spécifique 5.2 : D'ici fin 2024, au moins 90% des structures sanitaires parapubliques disposent de façon permanente des médicaments et autres produits de lutte contre le paludisme.							9,000
Intervention : Disponibilité des médicaments de façon permanente dans les structures parapubliques .							
Assurer les coûts liés à la distribution des intrants du niveau central vers les structures parapubliques	CAMME, PNLP	*	*	*	*	*	
Organiser la formation sur la gestion des stocks des médicaments et autres intrants antipaludéens y compris les outils de gestion	PNLP, CAMME, OMS	*		*		*	
Objectif Spécifique 5.3 : D'ici fin 2024, au moins 80% des structures sanitaires privées disposent de façon permanente des médicaments et autres produits de lutte contre le paludisme.							8,000
Intervention : Disponibilité permanente des médicaments et autres produits de lutte contre le paludisme dans les structures privées .							
Assurer les coûts liés à la distribution des intrants antipaludéens du niveau central vers les structures privées	CAMME, PNLP	*	*	*	*	*	
Organiser une formation sur la gestion des stocks des médicaments et autres intrants antipaludéens y compris les outils de gestion pour le personnel de structures privées	CAMME, PNLP, OMS	*		*		*	
Objectif Spécifique 5.4 : D'ici fin 2024, au moins 80 % du personnel de la chaîne d'approvisionnement du niveau central sont qualifiés en quantification des intrants antipaludiques.							65,000
Intervention : Formation sur la quantification des Intrants .							
Former les logisticiens du PNLP, du parapublique, du privée et du DMPL sur la quantification des intrants du paludisme	CAMME, OMS	*		*			

Former les gestionnaires des pharmacies des districts en quantification des intrants	CAMME, OMS	*	*	*	*	*	
Objectif Spécifique 5.5 : D'ici fin 2024, 90 % des CMH possèdent un agent formé en gestion des achats et des stocks.							70,000
Intervention : Gestion des achats et des stocks.							
Designier et former les points focaux GAS sur la gestion des achats et des stocks	DRS, CAMME, PNL	*	*	*	*	*	
Organiser les réunions trimestrielles du groupe de travail GAS	CAMME	*	*	*	*	*	
Objectif Spécifique 5.6 : D'ici fin 2024, au moins 80% des districts seront connectés sur le système national de gestion logistique des intrants (SMS for Life, SGIL, ...).							156,000
Intervention : Connexion au système national de Gestion Logistique des Intrants .							
Acheter des ordinateurs pour les structures de santé publique pour la gestion des achats et de stocks	CAMME, PNL	*					
Insérer dans la plateforme DHIS2 un module sur la gestion des achats et de stocks	CAMME, PNL	*					
Former/recycler les points focaux sur l'application SIGL	CAMME, PNL	*	*	*	*	*	
Assurer un abonnement internet pour tous les dépôts pharmaceutiques du niveau de district et de la CAMME pour la bonne marche du SIGL	DIS, PNL	*	*	*	*	*	
AXE STRATEGIQUE 6 : GESTION DU PROGRAMME ET COORDINATION MULTISECTORIELLE							
Objectif Spécifique 6.1 : D'ici fin 2024, au moins 100% des Fonds alloués au PNL dans le budget de la Santé sont décaissés..							21,500
Intervention : : Décaissement des Fonds alloués au programme PNL par le Ministère de la santé.							
Organiser un atelier de plaidoyer pour l'intégration d'une ligne budgétaire dans le budget de l'état pour le PNL	SG, DPSP	*					
Élaborer un budget prévisionnel annuel pour la lutte contre le Paludisme	DPSP, PNL, DRFM	*	*	*	*	*	
Organiser une réunion trimestrielle pour le suivi du budget alloué au PNL	SG	*	*	*	*	*	

Tenir une réunion annuelle avec la commission santé et affaires sociales du Parlement pour une mise à jour des activités de lutte contre le paludisme au pays (duplication dossier de plaidoyer)	SG, DPSP	*	*	*	*	*	
Objectif Spécifique 6.2 : D'ici fin 2024, au moins 50% du budget du programme PNLP a été mobilisé auprès des partenaires locaux et étrangers et au moins 80% des activités planifiées dans le cadre du renforcement des structures de coordination au niveau des districts et national pour la lutte contre le paludisme sont réalisées.							230,732
Intervention : Renforcement des structures de coordination et la mobilisation des ressources auprès des partenaires locaux (multisectoriel) et internationaux pour la lutte contre le paludisme.							
Mettre en place un comité National multisectoriel pour la lutte contre le paludisme	SG, PM	*					
Élaborer un document de mobilisation des ressources nécessaires pour la lutte contre le Paludisme (Business plan)	SG, PM	*					
Organiser une table ronde avec les partenaires identifiés pour la mobilisation des ressources pour la lutte contre le paludisme	SG, PM, PNLP	*					
Mettre en place un comité de lobbying pour la mobilisation des ressources	SG, PNLP	*					
Organiser une réunion semestrielle de la coordination multisectorielle	SG, PM	*	*	*	*	*	
Élaborer un document cadre/Politique impliquant les stratégies de tous les acteurs pour la lutte contre le paludisme	SG, PM	*					
Mise en place d'un sous-comité Technique chargé du suivi des activités sur le terrain	SG	*					
Élaborer un plan d'action budgétisé relatant les activités du comité	SG, DPSP	*					
Organiser des visites de terrain pour le Comité multisectoriel	PNLP	*	*	*	*	*	
Assurer la maintenance des matériels et équipements de PNLP du niveau central et district	PNLP	*	*	*	*	*	
Assurer les frais administratifs et de fonctionnement (carburant, équipement informatique, connexion internet)	PNLP, DPSP	*	*	*	*	*	
Objectif Spécifique 6.3/6.4 : D'ici fin 2024, au moins 80% des activités planifiées dans le cadre des initiatives transfrontalières sont réalisées.							192,595
Intervention : Réalisations des initiatives transfrontalières dans le cadre de la lutte contre le paludisme.							

Plaidoyer auprès de l'IGAD pour la mise en place d'une commission Santé de lutte contre le Paludisme au niveau transfrontalier	SG, PNLP	*					
Définir les termes de référence de la commission santé du niveau transfrontalier	SG, PNLP						
Tenir des réunions trimestrielles de la commission santé transfrontalière	SG, IGAD, PNLP, INSPD	*	*	*	*	*	
Organiser des réunions annuelles d'échanges et de partage d'expérience/ informations entre les techniciens transfrontaliers dans tous les domaines (inclus le paludisme)	SG, IGAD, PNLP, INSPD, DIS	*	*	*	*	*	
Objectif 6.5 : D'ici fin 2024, au moins 100% des réunions annuelles de revue et de planification des activités de lutte contre le paludisme sont organisées.							405,000
Intervention : Organisation des réunions de revue et de planification des activités de lutte contre le paludisme.							
Organiser des revues trimestrielles des activités du PNLP	DPS, PNLP	*	*	*	*	*	
Organiser des réunions annuelles de revue et de planification des activités du PNLP	DPS, PNLP, OMS	*	*	*	*	*	
Élaborer un rapport annuel des activités du PNLP	PNLP,	*	*	*	*	*	
Organiser une revue à mi-parcours du PSN 2020-2024	DPSP, PNLP, OMS			*			
Organiser une revue finale ou revue de performance du PSN 2020-2024	DPSP, PNLP, OMS						
Objectif 6.6 : D'ici 2024, au moins 95% du personnel de santé ont eu un renforcement des capacités dans le domaine de lutte contre le paludisme.							607,194
Intervention : Organisation des réunions de revue et de planification des activités de lutte contre le paludisme.							
Élaborer un plan de formation du personnel de PNLP	PNLP,						
Former 2 entomologistes pour le PNLP (Lutte antivectorielle)	PNLP, OMS	*					
Former un personnel du PNLP en suivi et évaluation et surveillance épidémiologique	PNLP, OMS		*				
Former un personnel du PNLP en IEC/CCC	PNLP, OMS	*					
Former un personnel du PNLP en gestion du programme et coordination multisectorielle (GP & CM)	PNLP, OMS	*					

Former un personnel du PNLP en gestion financière	PNLP, OMS		*				
Former un personnel du PNLP en Prise en charge des cas de paludisme (PEC)	PNLP, OMS	*					
Identifier et former des points focaux au niveau des régions sanitaires	DRS, DIS, PNLP	*		*			
Affecter un pharmacien pour le PNLP en charge de la gestion des médicaments	SG, DPSP		*				
Designier un point focal pour la microscopie du paludisme	DPSP, PNLP	*					
Recruter/affecter un épidémiologiste avec expérience dans la gestion des épidémies de paludisme	SG, DPSP		*				
Acquérir un logiciel pour la gestion financière	PNLP,	*					
Recruter un logisticien et un assistant SE et 4 chauffeurs pour le PNLP et la CAMME	PNLP, DPSP	*	*	*	*	*	
Participer aux conférences internationales	PNLP	*	*	*	*	*	
Organiser un cours national sur la paludologie/malariologie	PNLP, OMS		*		*		
TOTAL							15,191,857