

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

*PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME*

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



**POLITIQUE NATIONALE DE
LUTTE CONTRE LE
PALUDISME
AU MALI**

Préface

Le paludisme constitue une endémie majeure dans 43 pays de la Région Africaine. On estime à près de 247 millions le nombre annuel de cas cliniques et à un million le nombre de décès dus à cette maladie dans le monde. 109 pays à risque dont 45 dans la région Africaine (rapport OMS 2008).

Les pertes économiques dues au paludisme pour l'Afrique ont été estimées à US \$ 12 milliards pour la seule année 2000. Ce qui fait de cette maladie un véritable fléau qui freine le développement du continent

Au Mali, le paludisme est responsable de 37, 5% des motifs de consultation dans les services de santé (SLIS 2007). Il représente la première cause de décès des enfants de moins de 5 ans et la première cause d'anémie chez les femmes enceintes.

Le pays s'est doté d'une politique nationale de lutte en 1993 suite à sa participation à la conférence ministérielle d'Amsterdam et a adhéré à l'initiative Roll Back Malaria/ Faire reculer le paludisme (1999).

Le Mali a aussi souscrit à la déclaration dite d'Abuja (25 avril 2000) et aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), qui réaffirment l'engagement de la communauté internationale à agir ensemble pour réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme pour la réduction de la pauvreté.

Mais c'est surtout devant le constat de la multiplication des foyers de résistance à la chloroquine que le traitement connaîtra des changements importants. La chloroquine laissera place aux dérivés d'Artémisinine combinés à d'autres molécules efficaces, Combinaisons Thérapeutiques à Base d'Artémisinine (CTA).

La stratégie nationale de lutte contre le paludisme au Mali est multi sectorielle avec l'implication des communautés, les Universités et les Ecoles de santé, les Associations et Organisations non gouvernementales nationales et internationales, le secteur privé et les Partenaires au développement.

Le Gouvernement du Mali prendra les mesures nécessaires pour la mise en œuvre efficace sur l'ensemble du territoire de ces stratégies qui constituent le socle de la nouvelle politique du Mali.

J'invite les responsables socio sanitaires, les responsables politiques et administratifs, les partenaires au développement et les communautés à considérer ce document de politique et les directives techniques qui le renforceront comme la référence nationale en matière de lutte contre le paludisme et à se l'approprier.

Bamako, le

La Ministre de la Santé

Oumar Ibrahima TOURE

Sommaire	Page
I. CONTEXTE.....	4
PRESENTATION DU PAYS.....	6
2.1 Géographie.....	6
2.2 Ecosystème Climatique.....	6
2.3 Les caractéristiques sociodémographiques.....	7
ORGANISATION SANITAIRE.....	8
SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE.....	9
II. JUSTIFICATION	
III. ORIENTATIONS NATIONALES POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME	
IV. OBJECTIFS	
V. STRATEGIES	
5.1 But	9
5.2 Axes stratégiques	10
5.2.1 Les ressources préventives	10
5.2.2 La prise en charge des cas	11
5.2.2.1 Le traitement du Paludisme simple.....	11
5.2.2.2 Le traitement du paludisme grave et compliqué.....	12
5.2.3 Approvisionnement en médicaments et kits pour le diagnostic.....	12
5.2.4 La lutte contre les épidémies du paludisme	12
5.2.5 La communication.....	13
5.2.6 La Recherche Opérationnelle	13
5.2.7 Partenariat	13
5.2.8 Le Suivi et évaluation.....	14
VI . ACTIONS A REALISER	
VII. MOYENS DE MISE EN ŒUVRE	
VIII . SUIVI EVALUATION	

LISTE DES ABREVIATIONS

RGPH
EDSM IV
ASACO
PDSC
CSCOM
PMA

I. CONTEXTE :

1.1. Géographie

Le Mali est un vaste pays continental de l'Afrique de l'Ouest situé dans la zone soudano sahélienne et saharienne. Sa superficie est de 1 241 238 Km². Il est limité:

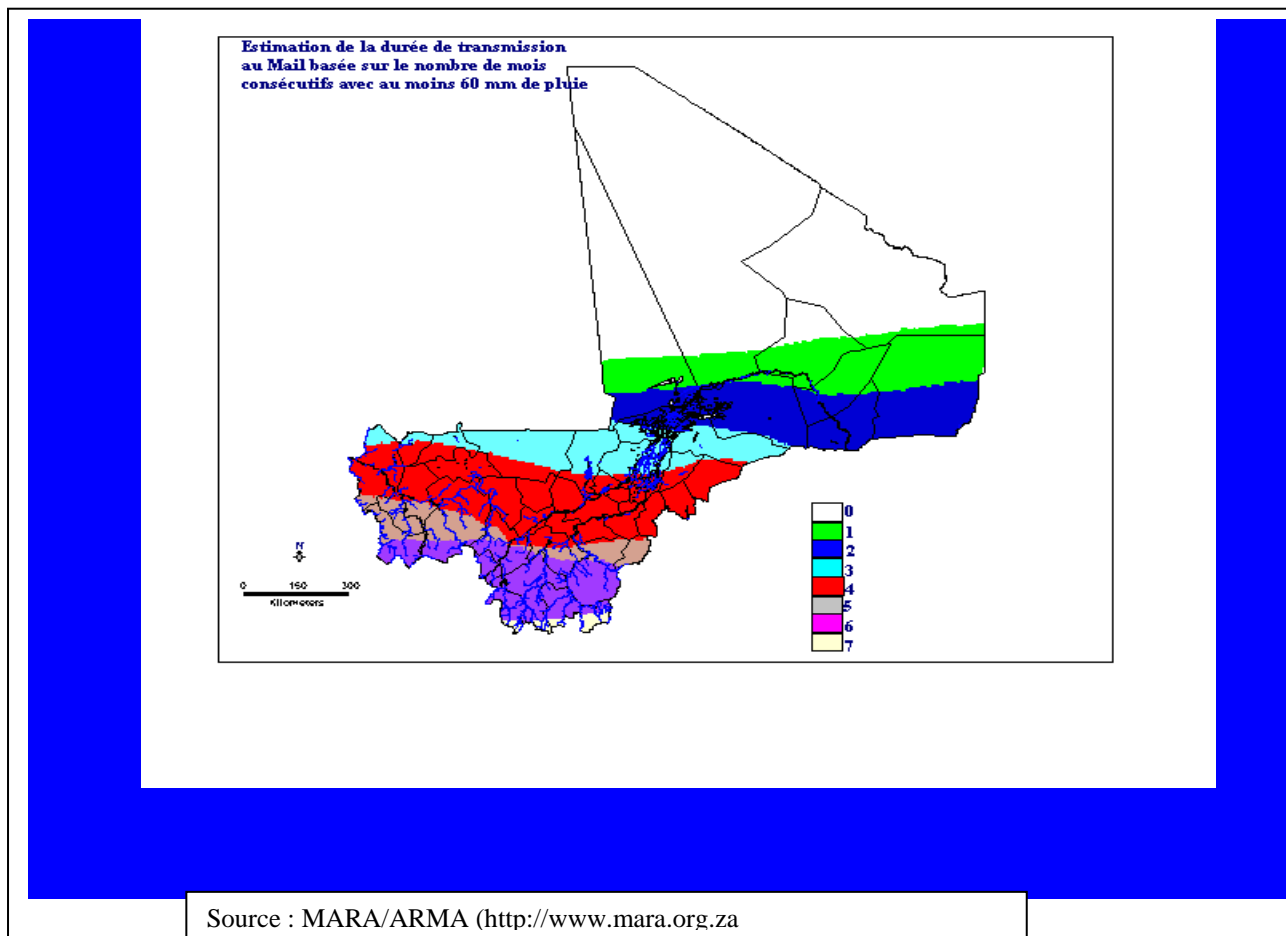
- au Nord par l'Algérie ;
- à l'Est par le Niger et le Burkina Faso ;
- à l'Ouest par le Sénégal et la Mauritanie ;
- au Sud par la Guinée, la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso.

1.2. L'écosystème climatique :

On distingue 3 zones climatiques au Mali :

- **la zone soudanienne**, à l'extrême sud du pays avec une pluviométrie de 1500 mm d'eau environ par an ;
- **la zone sahélienne**, au centre recevant 200 à 800 mm d'eau par an ;
- **la zone subsaharienne**, qui occupe la moitié nord du pays, les précipitations y sont irrégulières, voire accidentelles et très souvent inférieures à 200 mm d'eau par an.

CARTE DU MALI : Estimation de la durée de la transmission du paludisme au Mali basée sur le nombre de mois consécutifs avec au moins 60 mm de pluie.



1.3. Les caractéristiques socio démographiques :

Le Mali compte 12.299 691 habitants (RGPH, 1998) actualisé en 2008 dont 68,0 % vivent en milieu rural.

- Les femmes enceintes représentent 5% de la population (soit environ 674.985 femmes enceintes).
- Les enfants de moins de 5 ans représentent 18% de la population (soit environ 2.213.944 enfants).

Les autres indicateurs socio démographiques selon l'Enquête Démographiques et de Santé (EDSM IV) de 2006 sont :

- le taux de natalité : 45 pour 1000 ;
- le taux de mortalité infantile : 96 pour 1000 ;
- le taux de mortalité juvénile : 105 pour 1000 ;
- le taux de mortalité infanto- juvénile : 191 pour 1000 ;
- le taux de mortalité maternelle : 464 pour 100 000 naissances vivantes ;

- le taux d'analphabétisme reste élevé surtout chez les femmes : 82%.
- Le taux de femme sans instruction est de 73%.

Le taux brut de mortalité dans la population est de 17,3 pour 1000(RGPH 1998),

1.3 Organisation du système de santé :

L'organisation du système sanitaire est de type pyramidal avec la participation communautaire décentralisée s'articulant autour de trois niveaux :

- le Niveau central qui joue un rôle de conception, d'appui stratégique, d'évaluation, de mobilisation des ressources et de prise de décisions politiques ;
- le Niveau intermédiaire ou régional qui joue un rôle d'appui technique au niveau périphérique ;
- le Niveau opérationnel qui joue un rôle de planification, d'organisation, d'exécution et de suivi des opérations au niveau périphérique à travers les Plans de Développement Socio Sanitaire de Cercle (PDSSC).

La mise en œuvre de cette politique sectorielle de santé a abouti à l'élaboration des Plans de Développement Socio Sanitaire de Cercle (PDSSC) définissant l'outil de base de la planification décentralisée (la carte sanitaire des services socio sanitaires des cercles).

Cette carte sanitaire est constituée par les aires de santé (villages situés dans un rayon de 15 km et couvrant une population d'au moins 5000 habitants.) au sein desquelles les populations sont organisées en Associations de Santé Communautaires (ASACO) pour la gestion des Centres de Santé Communautaires (CSCoM).

Le Centre de santé communautaire constitue le premier échelon de la nouvelle pyramide sanitaire c'est à son niveau que se déploie le Paquet Minimum d'Activité (PMA).

1.4 Situation épidémiologique du paludisme au Mali :

Les fièvres présumées palustres représentent le premier motif de consultation dans les services de santé (**37,5% SLIS 2007**). Le paludisme constitue un problème également chez les femmes enceintes où il est à l'origine de la moitié des anémies et de la plupart des faibles poids de naissance (SLIS, 1999 ???).

Le paludisme est endémique au Mali avec une intense transmission au cours de la saison pluvieuse dont la durée est variable en fonction des zones éco climatiques. Mais des

poussées épidémiques sont souvent observées dans certaines localités de la zone subsaharienne.

Au Mali, il y a une extrême variabilité de la situation épidémiologique en fonction des faciès géo climatiques (Dumbo, 1992). Plusieurs zones de transmission ont été décrites :

- une zone soudano guinéenne à transmission saisonnière longue de 4 à 6 mois ;
- une zone de transmission saisonnière courte de 3 à 4 mois
- une zone de transmission sporadique voire épidémique couvrant les régions du **Nord et certaines localités des régions de Koulikoro, Ségou, Mopti et Kayes**;
- des zones de transmission bi ou plurimodale comprenant le delta intérieur du fleuve Niger et les zones de barrage;
- des zones peu propices à l'impaludation particulièrement les milieux urbains comme Bamako et Mopti où le paludisme est hypo endémique.

II. JUSTIFICATION:

Suite à la multiplication des foyers de résistance à la chloroquine, le Mali a révisé en 2005 la politique nationale de lutte contre le paludisme. Les Combinaisons Thérapeutiques à Base d'Artémisinine (CTA) ont été introduites dans les formations sanitaires publiques en juin 2007.

Les récents développements de la lutte antipaludique tels que l'accès universel aux services et les recommandations du comité technique du PRODESS de juin 2008 nécessitent une adaptation de la politique au nouveau contexte.

La disponibilité de ressources financières au niveau international ainsi que l'appréciation de l'impact en santé publique de cette couverture universelle [à l'opposé de la couverture ciblée \(pour les enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes comme dans le passé\)](#) ont permis aux décideurs, au Fonds Mondial et à la Banque Mondiale d'être réceptifs à la mise à échelle rapide du paquet d'interventions [pour mieux contrôler le paludisme dans les pays endémiques comme le Mali.](#)

III ORIENTATIONS NATIONALES POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

La lutte antipaludique au Mali s'inspire fortement de l'initiative « faire reculer le paludisme », du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté et des Objectifs du Millénaire pour le développement.

3.1 Vision de la politique:

Le présent document vise un Mali sans paludisme.

3.2 Missions du PNL

Créé par l'ordonnance N° 07-022/PRM du 18 juillet 2007 ratifié par la loi N°07-060 du 30 novembre 2007 le Programme National de lutte contre le Paludisme a pour mission d'animer et de coordonner les activités se rapportant à la lutte contre le paludisme.

IV OBJECTIFS.

4.1 Objectif général

réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme à un niveau tel que la maladie ne constitue plus un problème de santé publique.

4.2 Objectifs spécifiques :

- atteindre une couverture universelle en MILD à travers la distribution gratuite lors de la routine et des campagnes de masse sur l'ensemble du territoire national ;
- atteindre une couverture universelle en SP à travers la distribution gratuite aux femmes enceintes sur l'ensemble du territoire national ;
- développer un traitement précoce et correct des cas de paludisme avec un diagnostic par les TDR et l'administration des CTA
- développer des interventions à base communautaire rapprochant la prévention, le diagnostic et le traitement le plus près possible des ménages.

V. Axes stratégiques :

5.1 Mesures préventives

La prévention est une composante majeure de la lutte contre le paludisme. Elle est axée sur le traitement préventif intermittent à la SP et la lutte anti vectorielle intégrée. .

A) TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT A LA SP :

Le médicament pour le traitement préventif intermittent (TPI) reste la Sulfadoxine-Pyriméthamine(TPI). Le TPI doit être mis en œuvre à tous les niveaux du système de santé.

Des directives seront développées pour les groupes cibles : femmes enceintes et groupes spéciaux (sujets neufs, immunodéprimés, drépanocytaires).

La sulfadoxine pyrimétamine est gratuite chez la femme enceinte et doit être administrée sous observation directe (prise supervisée).

B) LA LUTTE ANTI VECTORIELLE INTEGREE :

La lutte anti vectorielle a pour but de réduire voire arrêter la transmission du paludisme. Elle reposera essentiellement sur :

b. 1. Lutte contre les vecteurs adultes

b.1.1 Promotion des supports imprégnés d'insecticide:

Les moustiquaires imprégnées d'insecticide seront distribuées gratuitement aux femmes enceintes au cours de la Consultation Périnatale (1^{er} contact) et aux enfants de moins de 5 ans après la vaccination anti rougeoleuse ou au cours de la consultation des enfants. Des mécanismes seront mis en place pour aller à la couverture universelle.

Ces moustiquaires devront être des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée de rémanence et porter une mention qui les distinguera de celles du commerce.

Pour permettre le passage à l'échelle de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, le partenariat entre le secteur privé, le secteur public et la société civile sera développé.

Des campagnes d'imprégnation/ré imprégnation de moustiquaires et rideaux seront organisées au niveau communautaire le plus périphérique là où existe déjà ces matériaux.

b. 1.2. La pulvérisation intra domiciliaire

La PID sera retenue comme l'une des composantes majeures de la lutte anti vectorielle.

Dans un premier temps, elle se fera sous forme d'un projet pilote qui servira de base pour le renforcement de capacités des structures du Ministère en PID.

Le passage à l'échelle sera envisagé après une évaluation de cette phase pilote.

Des dispositions réglementaires seront prises pour faciliter l'acquisition des produits insecticides dans l'optique de la décentralisation et la contractualisation des futures interventions.

b.1.3. Aménagement de l'environnement :

L'accent sera mis sur l'amélioration de l'habitat.

Il se fera avec une forte implication des collectivités décentralisées et de la société civile.

b. 2. La lutte anti larvaire

L'accent sera mis sur la promotion de l'hygiène et de l'assainissement du milieu pour la destruction des gîtes larvaires.

La recherche opérationnelle sera encouragée dans ses composantes : biologique, chimique et génétique.

Des directives seront développées pour la détermination des intrants.

Approvisionnement en MILD et insecticides.

A Remplir

5. 2 Prise en charge des cas

5. 2.1. Le traitement du paludisme simple

La combinaison Artesunate + Amodiaquine (AS + AQ) et la combinaison Artemether + Lumefantrine (AT + LU) sont retenues pour le traitement du paludisme simple, sur la base des résultats de recherches effectuées par le MRTC/DEAP sur les monothérapies et les combinaisons thérapeutiques.

Les CTA seront utilisées par le personnel de santé à tous les niveaux pour traiter les cas de paludisme simple. Le diagnostic biologique doit être fait (test de diagnostic rapide et ou microscopie) si possible avant l'administration des CTA. Pour faciliter la prise des médicaments les molécules retenues doivent être en combinaison fixe avec la mise à disposition de forme pédiatrique appropriée.

Pour assurer la sécurité des patients et garantir une adhésion durable au traitement, le plan national de pharmacovigilance sera élaboré et fortement appuyé.

Des stratégies seront développées pour la prise en charge au niveau communautaire.

Le TDR et le traitement seront offerts gratuitement aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes.

5. 2. 2. Le traitement du paludisme grave et compliqué

La quinine sera utilisée pour traiter les cas de paludisme grave et compliqué. Ces cas seront pris en charge après confirmation par le personnel de santé.

La prise en charge des cas de paludisme grave et compliqué chez les enfants de moins de 5 ans et la femme enceinte sera gratuite.

Tout cas de paludisme chez la femme enceinte doit être considéré comme grave et doit être traité avec la quinine. L'artemeter injectable peut être utilisé en cas d'intolérance à la quinine.

Approvisionnement en intrants.

Approvisionnement en médicaments et kits pour le diagnostic.

La PPM assurera l'approvisionnement en CTA et en kits pour TDR. La distribution se fera à travers le schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SDAME).

En vue d'atteindre une couverture universelle, des mécanismes de subvention seront mis en place pour faciliter la distribution des médicaments et TDR.

5.2.4. La Lutte contre les épidémies de paludisme

Le Mali présente plusieurs faciès épidémiologiques palustres avec des zones à risque d'épidémie surtout la zone sahélo saharienne : Gao, Tombouctou, Kidal, Kayes, Ségou, Mopti et Koulikoro. **Les limites de ces zones seront redéfinies. La gestion de l'épidémie se fera dans le cadre du système de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR).**

La surveillance épidémiologique sera renforcée **par la mise en place de sites sentinelles et la prise en compte des données du climat en collaboration avec le MRTC/DEAP/FMPOS.**

Les CTA seront utilisées pour le traitement des cas simples et la quinine pour les cas graves et compliqués. La pulvérisation intra domiciliaire et la distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticides seront utilisées pour interrompre rapidement la transmission du paludisme.

5.3 La Communication

Les activités de communication dans le cadre de la nouvelle politique de lutte contre le paludisme seront développées dans ses différentes composantes :

- le plaidoyer en direction des leaders politiques et des partenaires ;
- la mobilisation sociale en direction de tous les intervenants ;
- la communication pour le changement de comportement (CCC).

Un plan intégré de communication sera développé pour la mise en œuvre des différentes stratégies de lutte contre le paludisme.

5.4 La recherche opérationnelle

Des recherches opérationnelles accompagneront la mise en œuvre de la nouvelle politique de lutte contre le paludisme. Les domaines prioritaires suivants seront explorés :

- la pharmacovigilance des médicaments antipaludiques et en particulier les CTA;
- le suivi de la qualité des médicaments et des tests de diagnostic rapide ;
- le suivi de la distribution des médicaments et des tests de diagnostic rapides ;
- le suivi de l'utilisation correcte des médicaments et des tests de diagnostic rapide ;
- le suivi de l'efficacité des médicaments ;

- l'étude sur la prise en charge du paludisme avec les CTA au niveau communautaire ;
- le suivi de l'efficacité et la résistance des insecticides
- l'efficacité et la résistance des larvicides ;
- l'évaluation de la rémanence des insecticides de la Pulvérisation Intra Domiciliaire ;
- l'évaluation de l'impact de la Pulvérisation Intra Domiciliaire sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme ;
- l'évaluation des paramètres entomologiques de transmission ;
- l'étude sur l'utilisation des CTA chez la femme enceinte à partir du deuxième trimestre ;
- l'efficacité du TPI/SP chez les enfants de moins de 5 ans et les enfants d'âge scolaire ;
- les enquêtes de ménages type Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme (ENIP/MIS) ;
- l'étude sur la durabilité et l'efficacité des Moustiquaires imprégnées d'insecticide ;
- l'enquête CAP sur la perception des moustiquaires imprégnées d'insecticide ;
- l'évaluation de l'efficacité des plantes médicinales .

5.5 Partenariat

Partenariat communauté, société civile, coopération

La politique sectorielle de santé et de population est basée sur la participation et la responsabilisation de la communauté à la gestion du système de santé à travers le District sanitaire mais aussi sur la différenciation des fonctions par niveau. La planification sectorielle de la santé, tient compte des ressources disponibles et celles mobilisées auprès de tous les partenaires Etat, Privés, ONG, PTF, et au premier chef, les populations bénéficiaires.

Dans la dynamique de la mise en œuvre de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme / Roll Back Malaria (FRP/RBM), le cadre du partenariat est bien tracé au Mali. Le processus de décentralisation entamé au Mali permet d'obtenir l'engagement des collectivités dans la lutte contre le paludisme à travers la participation communautaire en matière de lutte contre la maladie.

Les ONG/Associations dont la plupart sont réunies au sein du GP/SP travaillent avec le Programme national de Lutte contre le Paludisme dans la promotion des activités de lutte contre le paludisme.

Partenariat public/ privé

Des partenariats existent avec des structures de santé privées, parapublics et confessionnelles.

Il est nécessaire d'élargir le partenariat avec les différents ordres professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, sages femmes) et les groupements de commercialisation des moustiquaires imprégnées.

Collaboration sous-régionale

Plusieurs cadres de partenariat et de collaboration existent avec les pays et les institutions sous-régionales, notamment :

- ❖ RAOTAP : Plaidoyer, suivi de la résistance du *Plasmodium falciparum* aux antipaludiques usuels, renforcement des capacités des prestataires de services;
- ❖ RAOPAG : Plaidoyer, suivi de la stratégie de prévention du paludisme pendant la grossesse, renforcement des capacités des prestataires de services;
- ❖ UEMOA : cadre adéquat d'échange en matière de santé, approvisionnement en médicaments essentiels et élaboration des textes réglementaires de détaxe ;
- ❖ OOAS : à travers la fusion des anciennes structures de lutte contre les grandes endémies, l'organisation constitue un cadre nouveau offrant des possibilités de coopération en matière de lutte contre le paludisme notamment les financements des réseaux RAOTAP et RAOPAG.
- ❖ Commissions mixtes de coopération bilatérales avec les pays amis, en particulier ceux frontaliers.

VI ACTIONS A REALISER :

La mise en œuvre de la politique reposera sur les interventions programmées dans les différents plans stratégiques et opérationnels.

VI. Les moyens de mise en œuvre.

Les moyens sont essentiellement ceux de l'Etat, des collectivités, des communautés et des partenaires. La gestion est assurée par les mécanismes existants de coordination du système de santé

VIII Le suivi et l'évaluation

Le suivi et l'évaluation des activités resteront du ressort du Ministère de la Santé à travers le Comité d'Orientation du Programme National de lutte contre le Paludisme. A ce titre, il suivra les progrès enregistrés par rapport à la mise en œuvre des stratégies et activités pour l'atteinte des objectifs fixés en examinant leurs résultats et leur impact sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme.

Diverses stratégies sont prévues pour évaluer régulièrement et/ou périodiquement le niveau des indicateurs de processus, de résultats et d'impact du programme conformément aux cibles fixées.

Le plan national de suivi évaluation sera le document unique de référence. Sa mise en œuvre se fera à travers les stratégies suivantes :

- le renforcement des capacités en suivi/évaluation des équipes de la Direction du PNLN et des autres structures impliquées dans la lutte contre le paludisme pour une meilleure harmonisation des concepts et des méthodes;
- l'élaboration et/ou révision des outils du système de suivi/évaluation en y intégrant les informations sur le paludisme (outils de collecte, outils de suivi, ...etc);
- la constitution de bases factuelles sur le paludisme avec des mises à jour régulières des indicateurs retenus dans le Plan de suivi/évaluation;
- la mise en place des mécanismes de contrôle de la qualité des données collectées sur le paludisme se fera à travers :
 - la supervision formative des agents au niveau intermédiaire et opérationnelle
 - *le monitoring de routine* : classiquement les formations sanitaires et les sites sentinelles collectent les données et les transmettent aux différents niveaux selon la hiérarchie de la pyramide sanitaire, soit mensuellement ou trimestriellement. Ces données sont analysées semestriellement lors des monitorages afin de prendre des décisions ;
 - La mesure des indicateurs de couverture et/ou d'effets des interventions se fera à travers des enquêtes nationales représentatives:
 - Les enquêtes ménages de type EDS, MIS ou MICS, peuvent être qualitatives et/ou quantitatives et permettront de renseigner sur les connaissances, attitudes et pratiques des communautés d'une part, mais aussi le niveau de couvertures des principaux services fournis aux personnes cibles dans les communautés enquêtées d'autre part ;
 - les enquêtes dans les formations sanitaires : pour collecter les informations sur les moyens et la qualité des prestations de soins fournies aux bénéficiaires;

La diffusion des rapports se fera auprès des différents acteurs, partenaires et décideurs du pays.

L'évaluations du programme se fera à mi parcours et en fin de programme.