

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO

SECRETARIAT GENERAL

Unité- Progrès - Justice

**DIRECTION GENERALE
DE LA SANTE**

**DIRECTION DE LA LUTTE
CONTRE LA MALADIE**

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME**

**PLAN STRATEGIQUE 2006-2010 DE LUTTE CONTRE LE
PALUDISME AU BURKINA FASO**



Janvier 2006

Sommaire

Sigles et Abréviations	4
Résumé	6
INTRODUCTION	10
I. PROFIL PAYS	11
1.1. APERCU GENERAL	11
1.1.1. Situation géographique	11
1.1.2. Données environnementales et climatiques	11
1.1.3. Données Socio-démographiques.....	12
1.1.4. Données Socio-économiques	13
1.1.5. Infrastructures.....	13
1.2. CADRE INSTITUTIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME	14
1.2.1. Principales réformes du système de santé	14
1.2.2. Politique sanitaire nationale et plan national de développement sanitaire	15
1.2.3. Organisation du système de santé.....	15
1.2.4. Programme National de Lutte contre le Paludisme	17
1.3. PARTENARIAT	19
1.3.1. Implication de la population et décentralisation	19
1.3.2. Partenariat avec les ONG et associations	20
1.3.3. Contribution de la coopération bilatérale ou multilatérale	20
1.3.4. Collaboration inter et intra sectorielle	21
1.3.5. Contribution du secteur privé	22
1.3.6. Collaboration avec les pays de la sous région	22
II. SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME	23
2.1. EPIDEMIOLOGIE	23
2.2. HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME	24
2.3. SITUATION ACTUELLE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME	25
2.3.1. Objectifs du plan stratégique 2002-2005.....	25
2.3.2. Stratégies.....	25
2.3.3. Résultats attendus	26
2.3.4. Cadre logique des interventions	26
2.3.5. Financement.....	27
2.3.6. Analyse du plan stratégique 2002-2005	28
2.3.7. Recommandations	32
III. PLAN STRATEGIQUE 2006-2010	33
3.1. BUT.....	33
3.2. OBJECTIF GENERAL.....	33
3.3. OBJECTIFS SPECIFIQUES	33
3.4. RESULTATS ATTENDUS.....	34
3.5. STRATEGIES POUR ATTEINDRE CES RESULTATS EN 2010	34
3.6. ORIENTATIONS STRATEGIQUES	34
3.6.1. Amélioration de la prise en charge du paludisme	34
3.6.2. Renforcement de la prévention du paludisme	36
3.6.3. Développement de la Communication	38

3.6.4. Renforcement du système de suivi évaluation.....	38
3.6.5. Renforcement de la recherche pour le développement socio sanitaire	39
3.7. TABLEAU DE PLANIFICATION OPERATIONNELLE ET COUT DES ACTIVITES	40
IV. ADMINISTRATION ET GESTION DU PLAN	46
4.1. CADRE INSTITUTIONNEL	46
4.2. COORDINATION DES ACTIVITES DE LUTTE ANTI-PALUDIQUE.....	46
4.3. MOBILISATION DES RESSOURCES.....	46
4.4. ROLE DES DIFFERENTS ACTEURS.....	46
V. SUIVI ET EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE	49
5.1. SUIVI.....	49
5.1.1. Collecte et analyse des données de routine	49
5.1.2 Supervision.....	49
5.1.3 Monitorage.....	50
5.2 EVALUATION.....	50
5.3. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE	51
5.4. DIFFUSION DE L'INFORMATION.....	51
5.5. CONTROLE ET AUDIT	51
CONCLUSION	52
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	53
ANNEXES	54

Sigles et Abréviations

AMMIE	: Appui Moral Matériel et Intellectuel à l'Enfant
AMBF	: Association des Municipalités du Burkina Faso
ASC	: Agent de Santé Communautaire
BM	: Banque Mondiale
CAMEG	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des consommables médicaux
CEDIM	: Centre de Documentation et d'Information sur le Médicament
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CDMT	: Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CLAV	: Commission Lutte Anti-Vectorielle
CM	: Centre Médical
CMA	: Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CMD	: Caisse de Menues Dépenses
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNRFP	: Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme
COGES	: Comité de Gestion
CPN	: Consultation PréNatale
CREDO	: Organisation Chrétienne de Secours et de Développement
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
CSLP	: Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CTA	: Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine
DCPM	: Direction de la Communication et de la Presse Ministérielle
DAF	: Direction de l'Administration et des Finances
DEP	: Direction des Etudes et de la Planification
DGPML	: Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
DHPES	: Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la Santé
DLM	: Direction de la Lutte contre la Maladie
DMP	: Direction de la Médecine Préventive
DPV	: Direction de la Prévention par les Vaccinations
DRD	: Dépôt Répartiteur de District
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DS	: District Sanitaire
DSF	: Direction de la Santé de la Famille
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EDS-BF	: Enquête Démographique et de Santé- Burkina Faso
FL	: Filariose Lymphatique
FRP	: Faire Reculer le Paludisme
FS	: Formation Sanitaire
IBC	: Interventions à Base Communautaire
IEC	: Information Education Communication
INSD	: Institut National de la Statistique et de la Démographie
ISSP	: Institut Supérieur des Sciences de la Population
LAMI	: Lutte anti-moustique par Moustiquaires Imprégnées
JHPIEGO	: Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics
JNV	: Journées Nationales de Vaccination
LIV	: Lutte Intégrée contre les Vecteurs
LNSP	: Laboratoire National de Santé Publique

MAHRH	: Ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources Halieutiques
MED	: Ministère de l'Economie et du Développement
MECV	: Ministère de l'Environnement et du Cadre de Vie
MEG	: Médicaments Essentiels Génériques
MESSERS	: Ministère de l'Enseignement Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique
MFB	: Ministère des Finances et du Budget
MPF	: Ministère de la Promotion de la Femme
MTI	: Moustiquaires Traitées aux Insecticides
MS	: Ministère de la Santé
NEPAD	: Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PALAP	: Programme d'Accélération de la Lutte Antipaludique
PASEI	: Projet d'Appui à la Surveillance Epidémiologique Intégrée
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEC	: Prise En Charge
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNB	: Produit National Brut
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PNEFL	: Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique
PIB	: Produit Intérieur Brut
PIC	: Plan Intégré de Communication
PPTE	: Pays Pauvres Très Endettés
PSN	: Politique Sanitaire Nationale
RAOTAP	: Réseau d'Afrique de l'Ouest pour la surveillance du Traitement Antipaludique
RAOTAG	: Réseau d'Afrique de l'Ouest contre le Paludisme pendant la Grossesse
RBM	: Roll Back Malaria
RGP	: Recensement Général de la Population
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SG	: Secrétariat Général
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SP	: Sulfadoxine-Pyriméthamine
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la population
VIH/SIDA	: Virus Immuno-déficience Humaine / Syndrome Immuno-Déficience Acquise

Résumé

Le paludisme constitue un problème majeur de santé publique dans notre pays de part son ampleur et sa gravité. En effet, le paludisme constitue la première cause de consultation, d'hospitalisation et de décès dans les formations sanitaires.

Face à ce fléau, des initiatives importantes ont été engagées au plan national et international parmi lesquelles l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » lancée en 1998 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et ses partenaires (Banque Mondiale, Programme des Nations Unies pour le Développement, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance). Cette initiative qui est une réponse à un niveau de soutien sans précédent aux efforts développés par les chefs politiques et les partenaires au développement, vise à réduire progressivement la mortalité et la morbidité liées au paludisme de telle sorte qu'il ne constitue plus un problème de santé publique dans la Région Africaine d'ici à l'an 2030. A moyen terme, l'objectif de « Faire Reculer le Paludisme » est de réduire de 50% la morbidité et la mortalité liées au paludisme d'ici 2010.

En vue de renforcer l'engagement politique et soutenir cette initiative, un sommet spécial des Chefs d'Etat et de Gouvernements de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) s'est tenu à Abuja, au Nigeria, en avril 2000. Cette importante rencontre a permis d'adopter une déclaration dite « Déclaration d'Abuja » et un plan d'action dont les objectifs sont :

- Rendre accessible à au moins 60% des malades du paludisme d'ici 2005, un traitement rapide, adéquat et abordable dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes ;
- Faire bénéficier à au moins 60% des personnes à risque, surtout les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, de la combinaison la plus appropriée de mesures de protection personnelle et communautaire telles que les moustiquaires traitées aux insecticides et d'autres interventions accessibles et abordables pour prévenir l'infection et la souffrance d'ici 2005 ;
- Rendre accessible à au moins 60% de toutes les femmes enceintes à risque, surtout les primipares une chimioprophylaxie ou un traitement préventif intermittent.

C'est pour soutenir cet engagement au niveau national qu'un plan stratégique couvrant la période 2002-2005 a été élaboré. Les objectifs visés étaient de :

- réduire de 25% la morbidité imputable au paludisme d'ici 2005 par le renforcement des mesures préventives ;
- réduire de 25% la mortalité imputable au paludisme d'ici 2005 par l'amélioration de la prise en charge des cas dans les formations sanitaires et dans la communauté.

Les résultats attendus à l'issue de la mise en œuvre de ce plan étaient :

- la morbidité liée au paludisme est réduite de 25% au moins par rapport au niveau de l'an 2000 :
 - l'initiative "Faire Reculer le Paludisme" (FRP) est introduite au Burkina Faso ;
 - la disponibilité des matériaux imprégnés aux insecticides est accrue ;
 - le taux d'utilisation des matériaux imprégnés aux insecticides est augmenté d'au moins 50 % par rapport au niveau de 2000.
- la mortalité liée au paludisme est réduite de 25% au moins par rapport au niveau de l'an 2000 :
 - 80 % des cas de paludisme grave sont correctement pris en charge dans les formations sanitaires de référence ;
 - 95 % des cas de paludisme simple sont correctement pris en charge dans les formations sanitaires du premier échelon ;
 - 75 % des cas de fièvre / paludisme sont correctement pris en charge à domicile.

Ce plan qui est arrivé à échéance et dont l'évaluation indique que les objectifs escomptés n'ont pas été entièrement atteints, a permis d'identifier les principales insuffisances et contraintes qui sont :

- le coût élevé de la prise en charge du paludisme grave dans les structures de santé ;
- La faible couverture en Moustiquaires Traitées aux Insecticides (M.T.I.) liée essentiellement à l'insuffisance de financement pour l'approvisionnement et la distribution et au coût élevé des moustiquaires ;
- Le faible niveau de mise en œuvre des activités de plaidoyer ;
- Le faible statut institutionnel du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) au sein du ministère de la santé ;
- La faible performance du cadre de concertation avec les partenaires ;
- La mise en œuvre limitée des interventions de prise en charge au niveau communautaire ;

C'est pour faire face à ces principaux défis que le présent plan est élaboré et vise à réduire de 50% la morbidité et la mortalité liées au paludisme d'ici à 2010 par le renforcement des domaines d'interventions prioritaires qui sont :

- la prise en charge des cas dans les formations sanitaires et à domicile ;
- la prévention par la promotion de l'utilisation des M.T.I. et le traitement préventif intermittent (T.P.I.) ;
- le renforcement des capacités institutionnelles du programme national de lutte contre le paludisme.

Les résultats escomptés à la fin de la mise en œuvre du plan sont :

- 50% des cas de paludisme simple sont correctement pris en charge à domicile par les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) ;
- 80% des cas de paludisme simple sont correctement pris en charge dans les centres de santé par les CTA ;
- 90% des cas de paludisme grave sont correctement pris en charge dans les centres de référence ;
- 80% des femmes enceintes dorment sous une moustiquaire traitée aux insecticides (MTI) ;
- 80% des enfants de moins de cinq ans dorment sous une MTI ;
- 80% des femmes enceintes reçoivent un TPI à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) en consultation prénatale (CPN).

En vue d'atteindre ces résultats, les orientations stratégiques suivantes devraient être adoptées :

- Rendre disponible et accessible le traitement aux CTA au niveau des formations sanitaires et de la communauté ;
- Promouvoir les Interventions à Base Communautaire (IBC) par la clarification du statut et rôle des relais communautaires ;
- Rendre accessible le traitement du paludisme grave dans les centres de référence ;
- Accélérer le passage à l'échelle de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) ;
- Promouvoir la lutte intégrée contre les vecteurs (LIV) ;
- Rendre disponibles et accessibles les MTI à travers différents canaux (secteur public, privé) ;
- Mettre à l'échelle le TPI chez la femme enceinte ;
- Renforcer le plaidoyer, la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement ;

- Renforcer les capacités institutionnelles du PNLP ;
- Renforcer le partenariat et la collaboration multisectorielle dans la lutte contre le paludisme;
- Orienter les domaines de recherche adaptés aux besoins de gestion du programme ;
- Contribuer à la réalisation des travaux de recherche sur le paludisme ;
- Renforcer le système de suivi-évaluation.

Le coût total du plan s'élève à 44 141 251 000 F CFA répartis comme suit :

- Prise en charge des cas : 25 921 653 000 (58.72%)
- Prévention : 15 413 669 000 (34.92%)
- Communication : 1 540 360 000 (3.49%)
- Renforcement institutionnel : 363 989 000 (0.82%)
- Suivi évaluation : 861 405 000 (1.72%)
- Soutien à la recherche : 140 175 000 (0.32%)

INTRODUCTION

Au Burkina Faso, le profil épidémiologique reste dominé par les maladies transmissibles infectieuses. Le paludisme constitue un problème majeur de santé publique et reste une endémie stable dans tout le pays, avec une recrudescence saisonnière (Mai à Octobre).

Il demeure la principale cause de consultation, d'hospitalisation et de décès dans les formations sanitaires. Ainsi, en 2004 les statistiques des services de santé des districts sanitaires étaient les suivantes :

- 41,57% des motifs de consultation
- 57,34% des motifs d'hospitalisation
- 32,26% des décès

Aussi, devant cette préoccupation sanitaire permanente depuis des décennies, le Burkina Faso a souscrit à diverses initiatives mondiales qui sont :

- l'initiative « Faire Reculer le Paludisme »,
- la déclaration d'Abuja
- les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à travers sa cible n°8 visant à maîtriser d'ici 2015 le paludisme et d'autres maladies.

Afin d'adopter les stratégies de l'initiative « FRP », un plan stratégique 2002-2005 a été élaboré et visait à réduire de 25 % la morbidité et la mortalité liées au paludisme dans notre pays. Ce plan stratégique définissait les orientations stratégiques précises et efficaces pour guider l'action de lutte contre le paludisme et favoriser une planification opérationnelle sur le terrain. Il s'inspirait du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2001-2010 qui tire ses priorités de la Politique Sanitaire Nationale (PSN).

Cependant, malgré les efforts entrepris pour l'exécution de ce plan, son faible niveau de mise en œuvre n'a pas permis d'atteindre les résultats escomptés.

Devant la résistance croissante aux antipaludiques usuels utilisés dans le traitement du paludisme simple, un changement de politique de traitement a été opéré en 2005.

Au terme du plan 2002-2005, un plan stratégique 2006-2010 est élaboré en tenant compte du PNDS 2001-2010 d'une part et, d'autre part en intégrant les nouvelles approches mondiales de lutte contre le paludisme.

I. PROFIL PAYS

1.1. APERCU GENERAL

1.1.1. Situation géographique

Le Burkina Faso est un pays sahélien situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest et couvre une superficie de 274 200 km². Il est limité au Nord et à l'Ouest par le Mali, au Nord-Est par le Niger, au Sud-Est par le Bénin et au Sud par le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Le pays est enclavé et Ouagadougou la capitale se trouve à 970 km du port de Lomé qui est le plus proche.

1.1.2. Données environnementales et climatiques

Plusieurs facteurs environnementaux et climatiques sont associés à l'émergence du paludisme par la prolifération des vecteurs. Ces facteurs sont la pluviométrie, la température et le couvert végétal. Le Burkina Faso est sous un climat tropical de type soudanien dans lequel alternent une longue saison sèche (octobre à avril) et une courte saison humide (mai à septembre). La durée de la saison des pluies et la pluviométrie totale annuelle permettent de distinguer trois zones climatiques (figure 1) :

- Une zone soudanienne, plus arrosée avec une pluviométrie comprise entre 1000 et 1300 mm avec une saison qui s'étale sur au moins 5 mois. La végétation est composée de forêts claires et de galeries forestières en bordure des cours d'eau permanents ;
- Une zone soudano-sahélienne, recevant une pluviométrie comprise entre 600 et 1000 mm pour une saison d'environ 4 à 5 mois. La végétation est une juxtaposition de formations arbustives et herbeuses ;
- Une zone sahélienne caractérisée par une pluviométrie annuelle comprise entre 400 et 600 mm pour une durée de 3 à 4 mois. La bande sahélienne est caractérisée par une steppe arborée de balanite et acacias radia avec un tapis de graminées sur les dunes et le long des dépressions.

Le réseau hydrographique du Burkina s'organise en trois bassins internationaux qui sont le bassin de la Volta, le bassin de la Comoé et le bassin du Niger qui globalement drainent annuellement environ huit (8) milliards de m³.

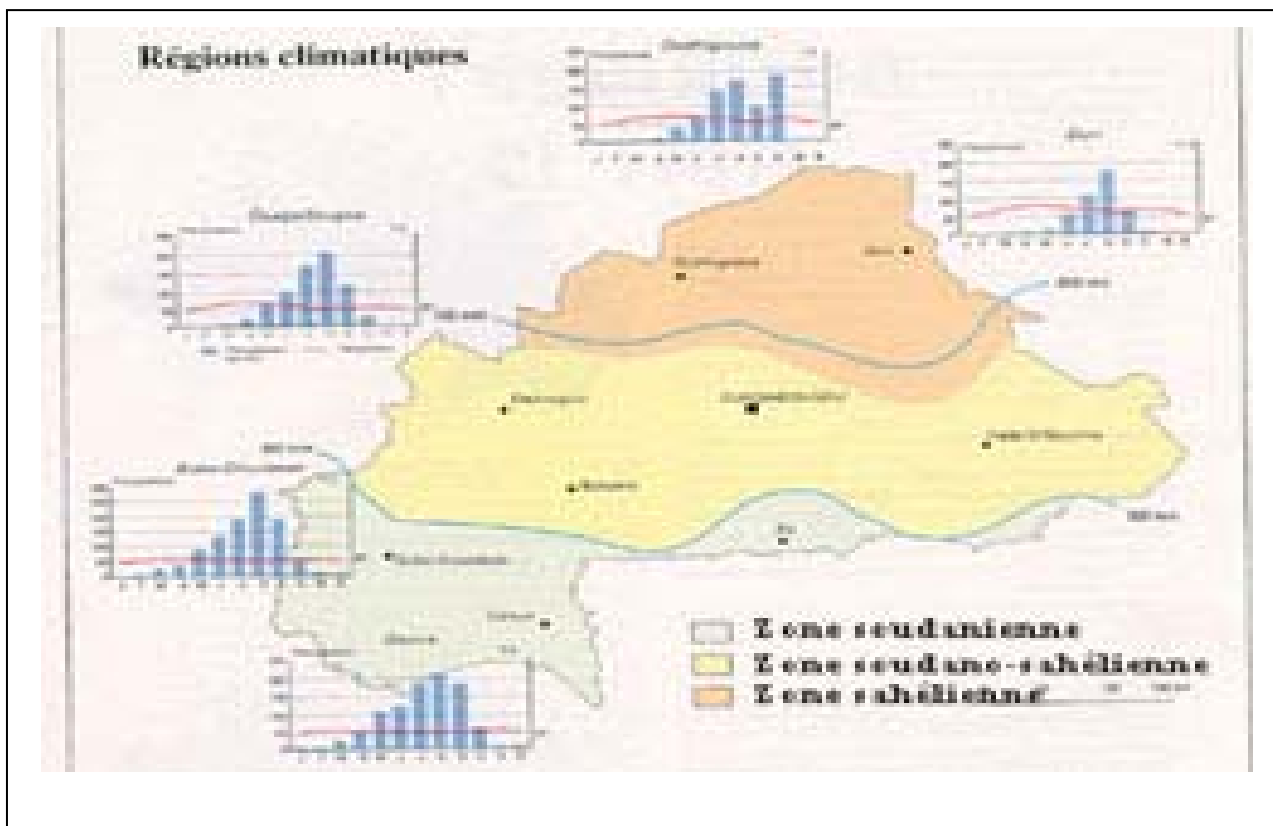


Figure 1 : Cartographie des régions climatiques du Burkina Faso

1.1.3. Données Socio-démographiques.

Au dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) en décembre 1996, la population résidente du Burkina Faso était de 10 312 609 habitants. Cet effectif correspond à une densité moyenne de près de 38 habitants au kilomètre carré.

Le taux d'accroissement naturel est estimé à 3,1 % et le taux de fécondité à 6,8 enfants par femme en 1996. Le taux de croissance annuel moyen est de l'ordre de 2,4 %.

Selon la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) du Ministère de la Santé (MS), la population totale du Burkina Faso en 2004 est estimée à 12 722 570 habitants. Avec le taux de croissance annuel moyen, cette population atteindrait 13 340 582 habitants en 2006.

Les cibles prioritaires pour le présent plan stratégique sont les enfants de moins de cinq (5) ans et les femmes enceintes. Les enfants de moins de 5 ans et les grossesses attendues représentent respectivement 19 % et 5% de la population totale.

Le Burkina compte plus de 60 groupes ethnolinguistiques.

La situation de l'éducation reste préoccupante. Selon l'EDSBF-III, le taux brut de scolarisation au primaire est de 52 % en 2003. Pour les enseignements secondaire et supérieur, les taux au niveau national sont respectivement de 16 % et 2 %. Selon l'EDSBF-III toujours, le taux d'analphabétisme est de 70 %. En effet, 68 % des hommes et 84 % des femmes ne savaient ni lire ni écrire en 2003.

Au Burkina Faso, la population vit à près de 90 % en milieu rural mais l'urbanisation gagne du terrain.

1.1.4. Données Socio-économiques

À l'instar de nombreux pays africains, le Burkina Faso est confronté à un environnement économique difficile depuis plusieurs décennies. Avec un Produit National Brut (PNB) par habitant en 2002 de 268 \$US, un des plus faibles au monde, le pays fait face à un défi majeur qui est la réduction de la pauvreté. Les résultats de la troisième enquête sur les conditions de vie des ménages de 2003 indiquent que 46,4 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté estimé à 82 672 FCFA par an (INSD, 2003).

L'économie du Burkina Faso repose essentiellement sur l'agriculture et l'élevage qui occupent plus des trois quarts de la population active et contribuaient pour 37,2 % au Produit Intérieur Brut (PIB) du pays en 1998.

1.1.5. Infrastructures

Le Burkina Faso est desservi par un réseau routier classé d'une longueur totale de 12 349 km répartie comme suit :

- Routes bitumées : 1988 km
- Routes en terre : 2306 km
- Pistes améliorées : 6640 km
- Pistes non entretenues : 1415 km.

70% des routes bitumées sont en bon état contre 30% pour les pistes améliorées. Cependant, certaines zones sont inaccessibles en saison des pluies.

Le paysage médiatique est riche et en plein essor. Selon l'EDSBF-III, la radio est le média le plus écouté. L'ensemble du pays est couvert par la radiodiffusion nationale. Il existe en outre des stations radios commerciales, communautaires ou confessionnelles.

Au Burkina Faso, 12 % des ménages possèdent la télévision. On a la télévision nationale et trois chaînes privées.

La structure chargée des télécommunications offre une gamme variée de produits et services : téléphone, télégraphe, télex, télécopie, téléphonie mobile cellulaire, nœud national d'interconnexion avec Internet etc. Un certain nombre de Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) disposent de Réseaux Aériens de Communication (RAC) pour réaliser la communication avec les autres niveaux.

Pour l'électricité, des ouvrages ont été faits à Kompienga et Bagré et des interconnexions avec des pays voisins tels la Côte d'Ivoire, le Ghana mais seulement 11% des ménages en possèdent.

1.2 CADRE INSTITUTIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

1.2.1. Principales réformes du système de santé

La période avant 1990 a été marquée par l'élaboration et la mise en œuvre de la programmation sanitaire nationale qui était axée sur la stratégie des soins de santé primaires. A partir de 1990, le système de santé a connu de nouvelles réformes, notamment :

- La mise en œuvre de l'Initiative de Bamako en 1992 qui a entraîné :
 - l'application du recouvrement des coûts à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
 - un effort de rationalisation des soins au niveau des centres de santé et,
 - une plus grande implication des communautés dans la gestion des soins, à travers les comités de gestion des centres de santé et de promotion sociale, les relais communautaires et les conseils de santé des districts ;
- La création d'une Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques et des consommables médicaux (CAMEG) en 1993 pour faire face aux difficultés d'approvisionnement du secteur public et à la faveur de la politique de médicaments essentiels adoptée par le gouvernement ;
- La mise en place des districts sanitaires en 1994 a constitué une étape importante dans le processus de décentralisation. Sous l'autorité de l'équipe cadre, le district sanitaire assure la planification opérationnelle, le système d'information sanitaire, l'intégration des programmes verticaux, les prestations des soins, le développement des capacités de gestion, la formation des personnels, la participation communautaire. Avec l'adoption et la mise en œuvre des Textes d'Orientation de la Décentralisation, dans le cadre de la décentralisation administrative en 1998, les communes sont de plus en plus impliquées dans la gestion des formations sanitaires. Un nombre de plus en plus croissant de formations sanitaires périphériques du ministère de la santé sera progressivement sous la gestion des communes ;

- Le découpage sanitaire a permis de créer en 1996, 11 directions régionales et 53 districts sanitaires (DS) ;
- La réforme hospitalière, engagée en 1997, a pour objectif d'améliorer la performance des hôpitaux nationaux et régionaux. Une loi leur confère l'autonomie financière et administrative en en faisant des Établissements Publics de Santé (EPS) ;
- Pour répondre au découpage administratif, 13 régions sanitaires, 45 directions provinciales de la santé et 55 districts sanitaires sont mis en place depuis 2003 ;
- La prise en compte de l'approche sectorielle dans la mise en œuvre du PNDS permet aux districts d'identifier les actions et les services prioritaires et d'améliorer la base de financement en vue de la réalisation des priorités dont le paludisme.

1.2.2. Politique sanitaire nationale et plan national de développement sanitaire

Suite aux états généraux de la santé (1999), une politique sanitaire nationale a été adoptée en 2000 et un Plan National de Développement Sanitaire en 2001.

Le but de la politique sanitaire nationale est de contribuer au bien-être des populations sur la base des principes de la santé pour tous. Le PNDS a pour but d'explicitier, sous une forme opérationnelle, les orientations stratégiques de la politique sanitaire nationale. L'objectif général du PNDS 2001-2010 est de réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations. La mise en œuvre du PNDS se fait à travers des plans triennaux glissants.

1.2.3. Organisation du système de santé

Sur le plan administratif, l'organisation du système de santé s'articule autour de trois niveaux :

- Le niveau central, qui comprend le cabinet du Ministre de la santé, le Secrétariat général, les directions centrales et les structures rattachées. Il est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances ;
- Le niveau intermédiaire comporte 13 régions sanitaires organisées en directions régionales de la santé chargées de la coordination et de l'appui aux districts ;
- Le niveau périphérique comprend 55 districts sanitaires dont les équipes cadres gèrent les services de santé de base.

Sur le plan technique, les structures publiques de soins sont organisées en un système pyramidal comprenant trois niveaux dont la situation était la suivante en fin 2004 :

- Niveau périphérique
 - 42 Centres Médicaux (CM), 1148 CSPS, 97 dispensaires, 16 maternités et qui sont le premier niveau de contact entre les services de santé et la population,
 - 41 Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA)
- Niveau intermédiaire : 9 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR)
- Niveau central : 3 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)

Le Service de Santé des Forces Armées Nationales (22 structures sanitaires), l'Office de Santé des Travailleurs (35 structures sanitaires) et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale contribuent à l'offre de soins à travers leurs propres institutions.

Sur le plan des ressources humaines, le PNDS 2001-2010 note :

- 1 médecin pour 30 086 habitants,
- 1 chirurgien dentiste pour 358 711 habitants,
- 1 pharmacien pour 369 921 habitants,
- 1 Infirmier pour 3 711 habitants,
- 1 sage-femme pour 24 869 habitants.

Les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso regroupent 54% des médecins, 57% des sages-femmes, 59% des pharmaciens et 33% des infirmiers.

A côté du secteur public, il existe un secteur privé en pleine croissance : 202 formations sanitaires privées, 44 formations sanitaires confessionnelles.

Ce secteur comprend les cliniques privées à but lucratif, les institutions de soins relevant d'associations et d'Organisations Non Gouvernementales (ONG) à but non lucratif.

La distribution des médicaments dans le secteur public se fait à travers la CAMEG auprès de laquelle les Dépôts Répartiteurs des Districts (DRD) s'approvisionnent. Les formations sanitaires périphériques publiques et confessionnelles à travers leurs dépôts de vente de médicaments viennent ensuite s'approvisionner auprès des dépôts répartiteurs. Les relais communautaires s'approvisionnent auprès des dépôts de vente de leurs formations sanitaires de référence. Les prix des médicaments au public dans ces

dépôts de vente sont fixés annuellement par les Ministres de la Santé et du Commerce. Une marge bénéficiaire est calculée pour chaque niveau du système de santé.

Le secteur pharmaceutique privé compte 144 officines et 08 grossistes en 2005. Par ailleurs, la médecine et la pharmacopée traditionnelles ont été reconnues depuis 1994 dans le code de la santé publique et jouent un rôle important, notamment en zone rurale. Cet important maillon de la santé a conduit à la création d'un service chargé de la pharmacopée à la Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DGPMML).

1.2.4. Programme National de Lutte contre le Paludisme

Compte tenu du fardeau du paludisme dans le pays, le Burkina Faso a mis en place un programme national de lutte contre le paludisme (en 1991, restructuré en 1995) afin de réduire la mortalité et la morbidité liées au paludisme.

La Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) est la structure d'ancrage du PNLP au niveau central.

Le programme est la structure de coordination de la Lutte contre le paludisme. Selon l'Arrêté N° 2003/196 MS/SG/DGS du 25 septembre 2003, le programme national de lutte contre le paludisme est chargé de :

- Coordonner les activités de lutte contre le paludisme ;
- Favoriser les activités de recherche opérationnelle dans le domaine du paludisme ;
- Assurer l'approvisionnement régulier en matériels imprégnés ;
- Etablir les protocoles thérapeutiques.

Le programme national de lutte contre le paludisme est appuyé par le comité national de pilotage de la lutte contre le paludisme, structuré en commissions spécialisées qui sont :

- Prise en charge des cas ;
- Lutte anti-vectorielle ;
- Mobilisation des ressources ;
- Mobilisation sociale, plaidoyer et partenariat ;
- Suivi évaluation, surveillance épidémiologique et appui à la recherche.

Le PNLP a élaboré les documents clés d'orientation suivants :

- la stratégie de promotion de l'utilisation des MTI ;
- le plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2002-2005 ;
- le plan stratégique 2005-2007 pour la mise à l'échelle nationale des Interventions à Base Communautaire (IBC) ;
- le plan Roll Back Malaria pour le Sahel 2006-2008 ;
- le Plan Intégré de Communication (PIC) pour la lutte contre le paludisme au Burkina Faso 2006-2008 ;
- le plan d'action : lutte intégrée contre les vecteurs au Burkina Faso, 2006-2007 ;
- le plan de mise en œuvre de la nouvelle politique de traitement antipaludique ;
- Les plans d'action annuels de lutte contre le paludisme.

En vue d'orienter les Directions Régionales de la Santé (DRS) et les Districts Sanitaires (DS) dans la mise en œuvre des stratégies et activités de lutte contre le paludisme , le PNLP élabore chaque année des directives spécifiques qui sont comprises dans le document « Cadre des Directives de Planification » du Ministère.

L'exécution des activités du programme national de lutte contre le paludisme se fait à travers les plans d'action annuels des DRS et des DS.

Le financement des activités de lutte contre la maladie en général (le paludisme y compris) se fait grâce aux contributions de l'Etat, aux fonds de la remise de la dette des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE), aux partenaires, aux ONG/associations, aux collectivités locales et la communauté.

1.3. PARTENARIAT

1.3.1. Implication de la population et décentralisation

Afin de faire face aux besoins de santé des communautés de base notamment des couches les plus vulnérables, le Burkina a adopté l'initiative de Bamako qui s'appuie entre autres sur la participation communautaire.

Cette participation communautaire est une des composantes des soins de santé primaires incluant la prise en charge du paludisme. Dans cette optique des Comités de Gestion ont été mis en place dans tous les centres de santé publics.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, l'implication des communautés à travers les IBC (composante essentielle à l'atteinte des objectifs de « FRP ») s'est traduite par la mise en place d'un important réseau de relais communautaires dans tous les districts.

Pour plus d'efficacité dans leurs actions, le renforcement des activités de formation et de suivi est indispensable. De même, la réflexion doit être poursuivie dans un cadre plus large que celui du PNLN, pour harmoniser les mécanismes de motivation de ces relais communautaires.

Le Programme National de lutte contre le Paludisme et les districts sanitaires collaborent avec les associations/groupements communautaires dans les domaines d'intervention suivants:

- la prise en charge à domicile des cas de paludisme simple,
- la référence des cas de paludisme grave,
- la collecte et la transmission de données sanitaires au premier échelon,
- la distribution, l'imprégnation/ré imprégnation des moustiquaires et rideaux ;
- la sensibilisation des communautés sur la promotion de la santé.

Dans le contexte de la décentralisation, les collectivités territoriales (régions et communes) contribuent au financement de la santé de façon générale (salaires des agents locaux, constructions/réhabilitations d'infrastructures sanitaires, équipements et fonctionnement des établissements hospitaliers).

Cependant, en l'absence d'un mécanisme de suivi, le montant de ces financements reste difficile à évaluer. La contribution de ce secteur au financement de la santé sera sans doute renforcée avec le renouvellement courant 2006, des conseils des 49 communes urbaines et la mise en place de 302 communes rurales. D'où la nécessité pour le PNLN d'engager des actions de plaidoyer à leur endroit pour une prise en compte du volet lutte contre le paludisme.

1.3.2. Partenariat avec les ONG et associations

L'attention de plus en plus accordée à la lutte contre l'endémie palustre se traduit par l'implication de divers partenaires qui collaborent sur le terrain avec le PNLP.

Plan International, Population Services International (PSI), AFRICARE, JHPIEGO, Croix Rouge Burkinabé, Rotary International..., en sont les principales organisations non gouvernementales.

Ces ONG interviennent essentiellement dans la prévention du paludisme à travers l'acquisition et la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides.

Le partenariat se traduit également par l'existence de plusieurs associations locales qui oeuvrent dans le domaine des IBC (promotion des MTI, IEC, PEC à domicile). Il s'agit entre autres de l'association Appui Moral Matériel et Intellectuel à l'Enfant (AMMIE), l'association Lutte anti-moustique par Moustiquaires Imprégnées (LAMI), l'Organisation Chrétienne de Secours et de Développement (CREDO)...

Cependant, bien que formelle, l'implication de ces associations dans la lutte reste limitée dans le temps et l'espace du fait de la faible disponibilité des ressources financières.

1.3.3. Contribution de la coopération bilatérale ou multilatérale

En matière de coopération bilatérale et multilatérale, la lutte contre le paludisme bénéficie de l'appui de partenaires techniques et financiers dont les principaux sont :

- Coopération bilatérale : France, Italie, Japon, Luxembourg, Pays Bas ...
- Coopération multilatérale : OMS, UNICEF, PNUD, Banque Mondiale ...

Tableau N° 1 : Domaines de coopération par pays/institutions

PAYS/INSTITUTIONS	DOMAINES
France	RBM Sahel
Italie	Appui à la recherche Contribution financière biennale 2002-2003
Japon	Approvisionnement en MTI
Luxembourg	Approvisionnement en MTI
Pays Bas	Appui financier (MTI,SP...)
OMS	Appui technique et financier
UNICEF	Appui technique et financier
PNUD	Appui technique et financier
Banque Mondiale	Appui technique et financier

Cependant, malgré l'existence du comité national de pilotage de la lutte contre le paludisme, il existe une faiblesse dans la coordination du partenariat.

1.3.4. Collaboration inter et intra sectorielle

Conformément à l'esprit de l'initiative « FRP » et pour plus d'efficacité dans la mise en œuvre des activités, le PNLP collabore avec les structures suivantes :

Le Programme National d'Élimination de la Filariose Lymphatique

Avec la mise en œuvre de la stratégie de la Lutte Intégrée contre les Vecteurs, le PNLP développe des actions synergiques (distribution de MTI aux groupes cibles couplée au traitement de masse de la filariose) avec ce programme.

Les centres et instituts de recherche

Quelques centres mènent des activités de recherche sur le paludisme ; ce sont le Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme, le Centre Muraz, le Centre de Recherche en Santé de Nouna, l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé, l'Institut de Recherche pour le Développement, Institut Supérieur des Sciences de la Population (ex : UERD)

Les universités

Elles sont impliquées pour les aspects concernant les formations de courte et longue durée, la recherche, la supervision et le suivi évaluation.

Les directions centrales du Ministère

Le PNLP collabore entre autres avec :

- La DSF dans le domaine de la prévention du paludisme chez la femme enceinte et de la PCIME
- La DPV et la DEP dans le cadre de la collecte des données sur le paludisme dans les formations sanitaires.

Le comité national de pilotage

Le PNLP est appuyé par un comité national de pilotage de la lutte contre le paludisme qui est une structure multisectorielle, dont les deux principales missions sont de fixer les grandes orientations de la lutte antipaludique et de contribuer à mobiliser les ressources.

Au sein de ce comité sont représentées les institutions et structures ci-après:

- Ministère de la Santé et ses démembrements
- Ministère de l'Environnement et du Cadre de vie
- Ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources Halieutiques
- Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation
- Ministère de l'Enseignement Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique
- Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation

- Ministère de l'Information
- Ministère de la Promotion de la Femme
- Ministère de l'Economie et du Développement
- Ministère des Finances et du Budget
- ONG et Associations
- Secteur privé (syndicat des pharmaciens, cliniques privées)
- Partenaires au développement (multilatéraux du système des Nations Unies, bilatéraux et autres)

1.3.5. Contribution du secteur privé

Malgré la faiblesse de la collaboration et l'implantation de la majorité des structures dans les grandes villes, le secteur privé contribue de façon appréciable à la lutte contre le paludisme à travers les interventions suivantes:

- Le secteur sanitaire : prestation des soins ;
- Le secteur pharmaceutique privé : approvisionnement et distribution des médicaments antipaludiques, des moustiquaires imprégnées et des produits d'imprégnation ;
- Le secteur informel : confection et vente des moustiquaires imprégnées et non imprégnées.

Une direction du sous secteur sanitaire privé a été mise en place au sein du ministère de la santé en 2003 dont les missions sont entre autres de promouvoir le développement du sous secteur privé et la collaboration entre ce sous secteur et le public.

1.3.6. Collaboration avec les pays de la sous région

La collaboration avec les pays voisins se fait essentiellement à travers les réseaux de lutte contre le paludisme qui sont des cadres d'échange d'expériences et d'appui pour le renforcement des capacités.

Ces réseaux sont :

- le Réseau d'Afrique de l'Ouest contre le Paludisme pendant la Grossesse (RAOPAG) ;
- le Réseau d'Afrique de l'Ouest pour la surveillance du Traitement Antipaludique II (RAOTAP II) ;
- Roll Back Malaria (RBM) Sahel dans le cadre de la prédiction, la prévention et la lutte contre d'éventuelles épidémies de paludisme dans la zone du sahel.

II. SITUATION DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

2.1. EPIDEMIOLOGIE

Au Burkina Faso, le paludisme constitue un problème majeur de santé publique et reste une endémie stable dans tout le pays, avec une recrudescence saisonnière (Mai à Octobre). On distingue trois (03) strates de transmission :

- une transmission permanente dans les régions du Sud et du Sud-Ouest (toute l'année) ;
- une transmission longue au centre (4-6mois) ;
- une transmission courte au nord du pays d'une durée de 2-3 mois avec des risques potentiels d'épidémies de paludisme.

Les espèces plasmodiales responsables du paludisme au Burkina Faso sont : le *Plasmodium falciparum* dans plus de 90% des cas, suivi de *Plasmodium malariae* (3-8%) et de *Plasmodium ovale* (0,5-2%).

Les études entomologiques menées révèlent que les principaux vecteurs du paludisme sont : *Anopheles gambiae S.l.* et *An funestus*.

Selon les données statistiques du système national d'information sanitaire, le paludisme constitue la principale cause de consultation, d'hospitalisation et de décès dans les formations sanitaires.

En 2004, les structures de santé ont enregistré 1 792 541 cas de paludisme dont 281 674 cas de paludisme grave. Il représente par rapport aux autres pathologies :

- 41,57% des motifs de consultation
- 57,36% des motifs d'hospitalisation
- 34,26% des causes de décès

Les enfants de moins de cinq (05) ans restent les plus touchés. Dans cette tranche le paludisme représente :

- 47,90% des motifs de consultation
- 66,36% des hospitalisations
- 45,72% des décès

Ces données sous estiment la réalité en raison de la prise en compte partielle des données des structures de soins privées et des relais communautaires par le Système National d'Information Sanitaire (SNIS).

Dans le groupe d'âge des moins de 5 ans, la prévalence élevée de l'anémie, des parasitoses intestinales et de la malnutrition favorise la survenue des décès liés au paludisme.

En effet, au cours de l'année 2004, 215 750 cas de parasitoses intestinales ont été enregistrés dont 34,53% chez les enfants de moins de 5 ans. De même, 17 858 cas d'anémie et 12 145 cas de malnutrition protéino-énergétique ont été rapportés, dont 75 % et 86 % chez les moins de 5 ans.

2.2. HISTORIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

La lutte contre le paludisme a été marquée par les périodes suivantes :

- ❖ 1941 : début des études épidémiologiques dans la région de Bobo-Dioulasso ;
- ❖ 1947 : création d'une section Paludisme au sein du Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie qui a entrepris un programme d'éradication et la chimioprophylaxie de masse sans succès ;
- ❖ 1972 : chimioprophylaxie chez les enfants de moins de 5 ans pendant la période de transmission intense ;
- ❖ 1974 : chimioprophylaxie chez les femmes enceintes pendant la période de transmission intense ;
- ❖ 1979 : intégration du traitement présomptif à la dose de 10 mg/kg de chloroquine de tout accès fébrile et de la chimioprophylaxie chez la femme enceinte suite aux études du Centre Muraz ;
- ❖ 1984 à 1985 : mise en œuvre d'un programme de lutte antivectorielle sans succès à Ouagadougou ;
- ❖ 1985 : création du centre de Référence de la Chimiosensibilité du Paludisme (CRCP) au Centre Muraz ;
- ❖ 1987 : création du Centre National de Lutte contre le Paludisme (CNLP) assurant la coordination des activités de contrôle de l'endémie au Burkina Faso ;
- ❖ 1988 : détection de foyers de résistance et révision de la posologie du traitement par la chloroquine à 25 mg/Kg de poids ;
- ❖ 1991 : adoption d'un schéma thérapeutique standard pour le traitement du paludisme ;
- ❖ 1992 : création du Programme national de Lutte contre le paludisme ;
- ❖ 1993-1995 : étude avec résultats encourageants sur les rideaux et les moustiquaires imprégnées d'insecticides au Burkina Faso ;

- ❖ 1995 : restructuration du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) pour assurer la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme ;
- ❖ 1996 : adoption de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) ;
- ❖ 1997 : lancement de l'Initiative Africaine de lutte contre le paludisme au XXI^e siècle (AIM) par l'Organisation de l'Unité Africaine ;
- ❖ 1997-1998 : mise en œuvre du Programme d'Accélération de la Lutte Antipaludique (PALAP) ;
- ❖ 1998 : lancement de l'initiative mondiale «Faire Reculer le Paludisme» ;
- ❖ 1999 : changement de dénomination du CNLP en Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CNRFP) avec pour missions la recherche et la formation ;
- ❖ 2002 : lancement officiel de FRP à Koupèla
- ❖ 2003 : observation des taux d'échecs thérapeutiques allant de 26,9% à 63,3% pour la chloroquine et de 10% pour la sulfadoxine-pyriméthamine ;
- ❖ Février 2005 : adoption d'une nouvelle politique nationale de prise en charge du paludisme avec l'utilisation des combinaisons thérapeutiques à base de dérivés d'artémisinine et la Sulfadoxine-Pyriméthamine chez la femme enceinte.

2.3. SITUATION ACTUELLE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

2.3.1. Objectifs du plan stratégique 2002-2005

Le plan stratégique 2002-2005 de lutte contre le paludisme avait pour objectifs :

- réduire de 25% la morbidité imputable au paludisme d'ici 2005 par le renforcement des mesures préventives ;
- réduire de 25% la mortalité imputable au paludisme d'ici 2005 par l'amélioration de la prise en charge des cas dans les formations sanitaires et dans la communauté.

2.3.2. Stratégies

Les stratégies identifiées étaient classées comme suit :

❖ les stratégies majeures

- La prise en charge des cas de paludisme simple et grave dans les formations sanitaires et des cas de paludisme simple dans la communauté
- La prévention par la lutte antivectorielle sélective (promotion des MTI), l'assainissement du milieu et la chimioprophylaxie

❖ **Les stratégies de soutien**

- Surveillance épidémiologique
- Information, Education et Communication (IEC)
- Supervision
- Monitoring/Evaluation
- Renforcement des capacités et des compétences
- Renforcement institutionnel du PNL
- Recherche
- Collaboration intersectorielle
- Suivi/Evaluation

2.3.3. Résultats attendus

Au terme de la mise en œuvre du plan 2002-2005, les résultats escomptés étaient :

- la morbidité liée au paludisme est réduite de 25% au moins par rapport au niveau de l'an 2000 :
 - l'initiative "Faire Reculer le Paludisme" (FRP) est introduite au Burkina Faso ;
 - la disponibilité des matériaux imprégnés aux insecticides est accrue ;
 - le taux d'utilisation des matériaux imprégnés aux insecticides est augmenté d'au moins 50 % par rapport au niveau de 2000 ;

- la mortalité liée au paludisme est réduite de 25% au moins par rapport au niveau de l'an 2000 :
 - 80 % des cas de paludisme grave sont correctement pris en charge dans les formations sanitaires de référence ;
 - 95 % des cas de paludisme simple sont correctement pris en charge dans les formations sanitaires du premier échelon ;
 - 75 % des cas de fièvre / paludisme sont correctement pris en charge à domicile.

2.3.4. Cadre logique des interventions

Dans le plan stratégique 2002-2005 des indicateurs d'impact, de résultats et de processus avaient été proposés. Une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale étaient également prévues.

2.3.5 Financement

Durant la période 2002 à 2005, les contributions de l'Etat et des partenaires ont été les suivantes :

Tableau 2 : Contributions de l'Etat et des partenaires

	Valeur des contributions en CFA				
	2002	2003	2004	2005	Total
National	-	-	-	-	-
PPTE	20 000 000	49 350 000	65 000 000	15 600 000	149 950 000
Externes	171 337 467	108 145 394	2 243 278 886	2 613 039 051	5 135 800 798
OMS	120 850 448	71 536 499	551 435 330	195 955 695	939 777 972
UNICEF	-	17 238 840	25 306 580	32 750 000	75 295 420
Fonds Mondial	-	-	1 462 756 500	2 096 779 000	3 559 535 500
JICA	-	-	100 000 000	100 000 000	200 000 000
PSI	-	-	26 827 776	5 000 032	31 827 808
Pays Bas	-	-	-	7 623 664	7 623 664
Plan Burkina	50 487 019	16 870 055	76 952 700	174 930 660	319 240 434
Rotary	-	2 500 000	-	-	2 500 000
Total (national + externe)	191 337 467	157 495 394	2 308 278 886	2 628 639 051	5 285 750 798

Les contributions sont de deux ordres (matérielle et financière). Les ressources mobilisées entre 2004 et 2005 dans le cadre du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme représentent 73 % de la contribution des partenaires.

Tableau 3 : Taux de mobilisation et d'absorption des ressources financières

	2002	2003	2004	2005	Total
Besoins de financement	2 471 000 000	2 063 000 000	1 742 000 000	1 487 000 000	7 878 000 000
Montant mobilisé	191 337 467	157 495 394	2 308 278 886	2 628 639 051	5 285 750 798
Montant dépensé	191 337 467	157 495 394	608 603 994	3 241 706 500	4 199 143 355
Taux de mobilisation des ressources	7,74	7,63	132,51	176,77	67,10

* Les besoins de financement en 2005 ont été en deçà des besoins réels. Le fort taux de mobilisation des ressources en 2005 s'explique par le retard dans la libération de budget du fond mondial, entraînant en 2005 une mobilisation financière fictivement très élevée par rapport aux besoins initialement prévus.

2.3.6. Analyse du plan stratégique 2002-2005

Les Résultats atteints

Les objectifs retenus dans le plan stratégique ont été mesurés par les différentes catégories d'indicateurs qui sont :

Tableau 4 : les indicateurs d'impact

Indicateurs	Base	Niveau actuel	Sources
Taux de mortalité infanto-juvénile	219%°(1998)	184%°(2003)	EDS/INSD
Létalité hospitalière du paludisme grave chez les enfants <5ans	14,4 (2000)	8,76(2004)	DEP
Mortalité proportionnelle liée au paludisme chez les enfants de <5 dans les structures de santé	29,3%(1999)	45,72% (2004)	DEP
Mortalité spécifique liée au paludisme chez les enfants de <5 ans dans les structures de santé	70,4%(1999)	70,29%(2004)	DEP

Tableau 5 : les Indicateurs de résultats

Indicateurs	Base	Niveau actuel	Sources
Proportion des cas de paludisme simple correctement pris en charge à domicile	23,5%(2001)	27%(2005)	PNLP
Proportion des cas de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires selon les directives nationales	22,4%(2001)	73,10% (2005)	PNLP
Proportion des cas de paludisme grave correctement pris en charge dans les formations sanitaires selon les directives nationales	57%(2001)	85,70%(2005)	PNLP
Proportion des enfants de <5 ans dormant sous MTI	12,4%(2001)	23,17%(2005)	PNLP
Proportion des Femmes Enceintes dormant sous MTI	10%(2001)	27,50%(2005)	PNLP
Proportion des Femmes enceintes bénéficiant d'une chimioprophylaxie	32,8%(2001)	83,37%(2005)	PNLP

On a une baisse relative de la mortalité infanto-juvénile et de la létalité hospitalière du paludisme grave, respectivement de 15,98%o et de 39,16%. Les actions de lutte contre le paludisme (utilisation des MTI, amélioration de la prise en charge des cas) contribuent à la baisse de la mortalité infanto- juvénile.

Dans le domaine de la prise en charge des cas, la proportion des cas de paludisme simple correctement pris en charge à domicile est passée de 23,5% à 27%.

Celle du paludisme simple et du paludisme grave dans les formations sanitaires est passée respectivement de 22,4% à 73,10% et de 57% à 85,70%.

Dans le domaine de la prévention, le taux d'utilisation des moustiquaires traitées aux insecticides (MTI) chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes est passé respectivement de 12,4% à 23,17% et de 10% à 27,50%.

La proportion des femmes enceintes bénéficiant d'une chimioprophylaxie conforme aux directives nationales est passée de 32,8% à 83,37%.

L'analyse globale révèle que malgré les efforts fournis par les différents acteurs et partenaires de la lutte contre le paludisme, les objectifs nationaux du plan 2002-2005 n'ont pas été entièrement atteints, encore moins ceux de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » et des cibles de la déclaration d'Abuja.

La non atteinte de ces objectifs s'explique par :

- l'insuffisance de financement (surtout pour les moustiquaires) ;
- l'arrivée tardive des financements ;
- le retard de disponibilité des intrants ;
- la faible mise en œuvre de certaines stratégies de lutte contre le paludisme au niveau des districts (la prise en charge des cas et les formations sont réalisées) ;
- la mise en œuvre limitée des interventions de prise en charge au niveau communautaire ;
- la faible performance du cadre de concertation avec les partenaires.

Les domaines d'intervention

Politique de Santé

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Subvention de la prise en charge des urgences. • Gratuité des soins préventifs chez la femme enceinte. • Place prioritaire de la lutte contre le paludisme dans le CDMT. • Contribution de l'Etat dans la lutte contre le paludisme. 	<ul style="list-style-type: none"> • La lutte contre le palu ne constitue pas un axe à part entière du PNDS • Le paludisme n'est pas mentionné comme fardeau favorisant/ aggravant la pauvreté dans le CSLP • Faiblesse de la part du budget de l'Etat allouée à la santé. • Insuffisance de l'engagement politique en faveur du paludisme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption de la politique de décentralisation. • Existence d'une direction chargée du secteur privé. • Paludisme figure comme priorité dans OMD et NEPAD. • Existence circuit distribution de médicaments/CAMEG • Existence de stratégie mondiale 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de non prise en compte du financement du paludisme en priorité au niveau décentralisé. • Risque de non atteinte des objectifs d'Abuja.

Fonctionnement du système de santé

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un système de santé à 3 niveaux avec des rôles respectifs. • Définition d'un PMA et d'un PCA. • Existence d'organes de gestion communautaires. • Existence de cadres de concertation fonctionnels au niveau intermédiaire et périphérique. • Système de monitoring en place dans les Régions et les Districts sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Sous estimation du rôle potentiel du secteur privé (prestataire, partenaire). • Faiblesse dans l'organisation des interventions à base communautaire. • Faible taux d'utilisation des services de santé. • Faiblesse et mauvaise répartition des ressources humaines. • Faible performance du cadre de concertation avec les partenaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une commission de fixation des prix de MEG • Capacité de prise en charge disponible. • Existence des plans de développement sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise application de la gratuité des traitements antipaludiques.

Système d'appui institutionnel

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Existence de plusieurs centres de recherche. • Existence d'évaluation des plans d'action des DS. • Existence de l'annuaire statistique. • Existence du CEDIM. • Existence de bulletin de rétro info au niveau DRS. • Autonomie de la CAMEG. • Révision régulière de la liste des MEG • Existence de système de contrôle des médicaments. • Existence d'une politique pharmaceutique. • Existence d'une politique d'approche sectorielle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'un plan de définition des besoins du PNLP en matière de recherche • Existence d'un système parallèle de collecte des données. • Site web du MS non actualisé. • Prise en compte partielle du secteur privé dans la collecte des données. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un cadre de concertation des centres de recherche. • Suivi évaluation des projets. • Opportunité de financement du SNIS à travers certains programmes/projets. • Existence du PASEI 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Non fiabilité des données

Organisation et gestion du PNLP

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêté de création du PNLP • Organigramme • Renforcement personnel, matériel • Comité pilotage et commissions techniques • Existence partenaires spécifiques • Existence d'un potentiel de personnel de santé formés • Existence d'un plan IBC 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible durée moyenne des Coordonnateurs à leur poste. • Insuffisance de compétences au sein de l'équipe du PNLP • Faible statut institutionnel du PNLP au sein du MS (Direction) • Absence de budget (national) pour le fonctionnement du PNLP 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de centres/Instituts de recherche • Volonté politique • Engouement des partenaires techniques et financiers • Décentralisation • Existence financement PPTE 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt des financements/dépendance des financements

Prise en charge des cas de paludisme

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Existence de politique et directives de PEC • Existence de document de mise à l'échelle des IBC • Existence d'un PIC • Existence d'une commission PEC (Formateurs) • Existence du personnel formé • Circuit de distribution de MEG performant • Réseaux de laboratoire performants • PEC gratuite de l'urgence en cas de paludisme grave pour les groupes cibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût élevé de la PEC • Mise en oeuvre limitée (MEO) de la PEC au niveau communautaire • Faible fréquentation sanitaire • Faible mise en oeuvre des directives de PEC au niveau des formations sanitaires privées 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la couverture sanitaire • Existence du RAOTAP • Existence de la PCIME • PEC sans prépaiement des urgences 	<ul style="list-style-type: none"> • Non disponibilité et non accessibilité des CTA • non implication du privé dans la distribution des CTA • Pratique de la monothérapie aux dérivés de l'artémisinine

Prévention

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Existence de politique et directives de prévention • Existence d'un PIC • Existence d'une commission LAV • Existence du personnel formé et de sites d'imprégnation • Existence d'ONG et partenaires • Gratuité des soins préventifs à la femme enceinte • Existence d'une politique de distribution des MTI • Forte demande des MTI de la part des populations 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût élevé des MTI • Faible disponibilité des MTI • Le TPI n'est pas généralisé • la non application de la détaxe des MTI et insecticides • Faible mise en oeuvre des activités de plaidoyer • Faible mise en oeuvre des activités d'assainissement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence du RAOPAG • Intégration de la distribution des MTI aux autres programmes (PEV, PNEFL..) 	<ul style="list-style-type: none"> • Résistance des vecteurs aux insecticides • Résistance des parasites à la SP

Financement et partenariat

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none">• Nombreux partenaires• Existence de cadre de concertation (CP)• Existence d'une ligne budgétaire paludisme dans le cadre du PPTE	<ul style="list-style-type: none">• Faible coordination des interventions des partenaires• Faible mobilisation des ressources	<ul style="list-style-type: none">• Existence d'initiatives nationales et internationales• Existence du partnership RBM	<ul style="list-style-type: none">• La compétition avec d'autres programmes prioritaires

2.3.7. Recommandations

Suite à l'analyse de la situation, les recommandations suivantes ont été formulées en vue de renforcer la lutte contre le paludisme :

Renforcement institutionnel et du système de santé

- Augmenter la part du budget de l'Etat allouée à la santé et plus particulièrement au paludisme ;
- Accroître la participation du secteur privé en tant que partenaire et prestataire (formation, sensibilisation, collecte des données) ;
- Clarifier le statut et le rôle des relais communautaires dans le système de santé
- Renforcer les ressources humaines (additif en compétence, formations,...)
- Dynamiser les cadres de concertation
- Mener des études opérationnelles sur la mise en œuvre et l'impact de la gratuité (Médicaments d'urgence, moustiquaires) sur le système de santé
- Identifier les besoins de recherche opérationnelle sur le paludisme
- Renforcer le système national d'information sanitaire
- Animer le site web du Ministère de la Santé

Stratégies et interventions de lutte antipaludique

- Subventionner les CTA au niveau du public et du privé
- Définir et adopter une politique de promotion des IBC
- Subventionner les M.T.I.
- Renforcer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources au plan national et international

III. PLAN STRATEGIQUE 2006-2010

Le Burkina Faso a adhéré aux initiatives du plan stratégique mondial « Faire reculer le paludisme 2005-2015 » dont l'objectif général est de réduire de 50% le fardeau du paludisme par rapport à son niveau de 2000. Les objectifs spécifiques de ce plan sont les suivants :

- 80% des personnes à risque de paludisme sont protégées ;
- 80% des patients atteints de paludisme bénéficient d'un diagnostic et d'un traitement efficace ;
- 80% des femmes enceintes reçoivent un traitement préventif intermittent.

L'exécution du plan stratégique 2006-2010 s'inscrit dans la mise en œuvre du PNDS.

Le financement de ce plan se fera grâce aux contributions de l'Etat, des fonds de la remise de la dette des PPTE, des partenaires, des ONG/associations, des collectivités locales et de la communauté.

3.1. BUT

Contribuer à l'amélioration de la santé de la population au Burkina Faso par la réduction du fardeau lié au paludisme.

3.2. OBJECTIF GENERAL

Réduire de 50% la mortalité et la morbidité liées au paludisme au Burkina Faso d'ici fin 2010 par rapport au niveau de 2000.

3.3. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Amener la proportion des cas de paludisme simple correctement pris en charge à domicile par les CTA de 0% en 2005 à 50% en fin 2010 ;
- Amener la proportion des cas de paludisme simple correctement pris en charge dans les formations sanitaires par les CTA de 0% en 2005 à 80% en fin 2010 ;
- Augmenter la proportion des cas de paludisme grave correctement pris en charge dans les centres de référence de 85.7 % en 2005 à 90% en fin 2010 ;
- Augmenter le taux d'utilisation des Moustiquaires Traitées aux Insecticides chez les femmes enceintes de 27.5 % en 2005 à 80% en fin 2010 ;
- Augmenter le taux d'utilisation des Moustiquaires Traitées aux Insecticides chez les enfants de moins de 5 ans de 23 % en 2005 à 80% en fin 2010 ;
- Amener la proportion de femmes enceintes ayant bénéficié du TPI à la Sulfadoxine-Pyriméthamine en CPN de 0% en 2005 à 80% en fin 2010.

3.4. RESULTATS ATTENDUS

Les principaux résultats attendus en fin 2010 sont :

- 50% des cas de paludisme simple sont correctement pris en charge à domicile par les CTA ;
- 80% des cas de paludisme simple sont correctement pris en charge dans les centres de santé par les CTA;
- 90% des cas de paludisme grave sont correctement prise en charge dans les centres de référence;
- 80% des femmes enceintes dorment sous une moustiquaire traitée aux insecticides (MTI) ;
- 80% des enfants de moins de cinq ans dorment sous une MTI ;
- 80% des femmes enceintes reçoivent un TPI à la SP en consultation prénatale (CPN).

3.5. STRATEGIES POUR ATTEINDRE CES RESULTATS EN 2010

- Amélioration de la prise en charge des cas de paludisme ;
- Renforcement de la prévention du paludisme ;
- Développement de la Communication pour le Changement du Comportement (CCC) et de la mobilisation sociale ;
- Renforcement du système de suivi évaluation ;
- Renforcement de la recherche pour le développement socio sanitaire.

3.6. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Considérant les difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre du plan stratégique antérieur (2002-2005) et en tenant compte de l'évolution actuelle dans le développement de la politique sanitaire du pays et de la lutte contre le paludisme au niveau national et international, les orientations stratégiques suivantes ont été définies :

3.6.1. Amélioration de la prise en charge du paludisme

La prise en charge rapide et efficace est un élément essentiel de réduction de la mortalité du paludisme et qui permet de prévenir l'évolution vers le paludisme grave et le décès lorsqu'elle commence dans les 24 heures. Le paludisme était traité selon le protocole suivant :

Paludisme simple :

- 1^{ère} intention : Chloroquine ou Amodiaquine
- 2^{ème} intention : Sulfadoxine- Pyriméthamine

Paludisme grave : Quinine injectable

Cependant, les données de suivi de 2003 ont révélé des taux d'échecs thérapeutiques allant de 26,9% à 63,3% pour la chloroquine et de 10% pour la sulfadoxine-pyriméthamine, justifiant l'adoption d'une nouvelle politique de traitement du paludisme par le Burkina Faso en Février 2005 :

- *Paludisme simple : Artémether/Luméfantrine ou, Artésunate/Amodiaquine*
- *Paludisme Grave : premier choix Quinine injectable, deuxième choix Dérivés de l'Artémisinine*

Niveau communautaire

Au Burkina Faso, environ 70% des cas de fièvre sont pris en charge à domicile. L'implication des communautés s'impose pour atteindre les objectifs escomptés de réduction de la mortalité.

La stratégie de prise en charge des cas à domicile introduite au Burkina Faso depuis 1997 couvre actuellement tous les districts sanitaires. Le Programme collabore avec les Associations/Groupements communautaires pour la mise en œuvre de cette stratégie. A cet effet, les relais communautaires seront formés à l'utilisation des CTA pour le traitement des cas de paludisme simple. Les CTA seront introduites à partir de 2007 sur l'ensemble du territoire, à travers les dépôts MEG des CSPS.

Niveau des formations sanitaires

La prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires suit la structuration du système de santé. Les cas de paludisme grave sont traités dans les structures de référence tandis que les cas simples sont pris en charge au niveau périphérique. Le personnel de ces structures (secteur public et privé) sera formé et recyclé selon la nouvelle politique de traitement en vue d'une meilleure prise en charge des cas. En outre, les actions suivantes seront entreprises :

- diffuser les directives de prise en charge ;
- approvisionner les formations sanitaires en médicaments antipaludiques et en consommables médicaux y compris les médicaments d'urgence;
- superviser la prise en charge des cas graves de paludisme dans les formations sanitaires de référence ;
- Equiper les laboratoires des Centres Médicaux (CM) et des Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA) en réactifs et consommables de laboratoire.

Dans le cadre de l'approche intégrée de la lutte antipaludique, les interventions de la stratégie de la PCIME concourent à la lutte contre le paludisme. En ce domaine, un appui technique et financier sera apporté à la DSF pour la mise à échelle.

3.6.2. Renforcement de la prévention du paludisme

Cette stratégie consiste en la prévention du paludisme chez la femme enceinte par le TPI, la promotion des MTI, la lutte anti-vectorielle et l'assainissement du milieu.

Prévention du paludisme chez la femme enceinte

La chimioprophylaxie chez les femmes enceintes a pour objectif de prévenir les effets néfastes du paludisme sur la grossesse, en particulier le faible poids à la naissance.

Le Traitement Préventif Intermittent à la Sulfadoxine Pyriméthamine a été introduit depuis 2002 dans le pays à partir des districts pilotes de Koupèla, Paul VI et Boromo.

En 2005, 26 districts ont bénéficié de la formation en TPI et des supports ont été reproduits puis distribués. En vue de couvrir l'ensemble du territoire, des sessions de formation et des dotations en SP seront planifiées courant 2006.

Cette activité sera intégrée dans le paquet minimum de la CPN dans cadre de la gratuité des soins préventifs chez la femme enceinte. Les besoins en médicament seront déterminés en collaboration avec la DSF. La SP sera mise à la disposition des formations sanitaires par le circuit habituel des MEG. En outre, les agents de santé, à tous les niveaux, seront formés à la mise en œuvre du TPI.

La prévention du paludisme dans les zones à risque épidémique est mise en œuvre dans le district de Dori dans la région sanitaire du sahel. Le microplan comporte les activités suivantes :

- La prise en charge des cas dans les formations sanitaires et à domicile
- La lutte antivectorielle
- L'IEC
- La formation/ supervision des prestataires de soins de santé

Promotion des matériaux traités aux insecticides:

Cette stratégie a pour but de réduire le contact homme vecteur. Elle va consister en l'approvisionnement et la distribution subventionnée des MTI à longue durée en ciblant de façon spécifique les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

Le programme, en collaboration avec les partenaires, déterminera un mécanisme stable d'approvisionnement régulier en MTI.

La distribution sera faite à coût subventionné à travers les secteurs public et privé. Pour porter à l'échelle cette intervention, la distribution sera jumelée aux activités suivantes :

- La CPN
- La vaccination (JNV, PEV systématique, campagne rougeole)
- Le marketing social
- Campagnes d'Imprégnation de Moustiquaires de masse gratuites

Des campagnes seront organisées avant la période de haute transmission (juin à octobre)

Lutte AntiVectorielle

Avec la mise en oeuvre de la stratégie de la lutte intégrée contre les vecteurs, le programme national de lutte contre le paludisme envisage de développer des actions synergiques avec tous les autres programmes à composante de lutte antivectorielle. Dans l'approche d'intégration des interventions du programme national de lutte contre le paludisme avec celles d'autres programmes/Projets, des actions de distribution de Moustiquaires traitées aux insecticides ont été réalisées dans deux (02) districts sanitaires au cours de la campagne de traitement de masse de la filariose lymphatique. De même des moustiquaires traitées aux insecticides ont été distribuées pendant les consultations prénatales dans trois (03) autres districts sanitaires. Les actions futures seront axées sur :

- Le développement du partenariat
- L'organisation de campagnes de destruction des gîtes larvaires
- La mise en œuvre des activités de lutte biologique : Cette lutte vise à diminuer la pression vectorielle en s'attaquant aux larves des moustiques par l'utilisation d'insecticides appropriés. Elle s'appuiera sur la participation communautaire pour sa mise en œuvre.

Assainissement du milieu

Dans la lutte contre le paludisme, l'assainissement joue un rôle important. Dans cette perspective, le PNLN compte mener une collaboration intersectorielle avec les collectivités territoriales, les Ministères de l'Environnement et du Cadre de vie, de l'Eau de l'Hydraulique et des Ressources Halieutiques, des Infrastructures, de l'Habitat et de l'Urbanisme.

La prévention primaire du paludisme en ville par l'assainissement du milieu nécessite une démarche commune par tous les acteurs (secteurs publique, privé et ONG) impliqués dans le développement urbain à travers des journées de micro assainissement et de sensibilisation.

3.6.3. Développement de la Communication

Face à la problématique du paludisme et malgré les efforts engagés, la lutte contre cette maladie reste confrontée à un certain nombre de problèmes. Ces problèmes ont généralement pour causes majeures les comportements humains. Cette situation a justifié l'élaboration d'un plan intégré de communication pour la lutte contre le paludisme.

Le plaidoyer, la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement constituent les principales stratégies retenues. La prévention chez les groupes cibles, la prévention en général et la prise en charge des cas constituent les axes d'intervention retenus. Par stratégie et selon l'axe d'intervention retenu, un certain nombre d'activités sont envisagées. La mise en œuvre de ces activités contribuera à influencer positivement le comportement des populations vis à vis du paludisme. Cette mise en œuvre impliquera toutes les ressources disponibles et susceptibles d'apporter une contribution à la lutte contre le paludisme (responsables à tous les niveaux du système de santé, partenaires techniques et financiers, secteur privé, autorités politiques et religieux, associations, municipalités, COGES ...) pour une communication de proximité.

3.6.4. Renforcement du système de suivi évaluation

Le suivi et l'évaluation sont des composantes essentielles de l'initiative FRP car le suivi mesure le niveau de mise en œuvre des principales activités et l'évaluation, le niveau d'atteinte des objectifs.

Le système de suivi évaluation du plan stratégique sera basé sur l'analyse des indicateurs de couverture et d'impact nationaux en rapport avec les engagements d'Abuja et de l'initiative FRP.

Le suivi

C'est une activité continue de collecte d'informations sur le progrès réalisé par le programme. Il mesurera les indicateurs de processus au niveau des districts, des régions et au niveau national.

Les données de routine sur la morbidité et de mortalité des formations sanitaires y compris celles du paludisme sont collectées à tous les niveaux du système de santé (districts et régions sanitaires, centres hospitaliers). Des outils standard de collecte de données sont disponibles dans toutes ces structures.

Le PNLP mènera des visites de supervision dans les DRS et Districts sanitaires dans le but de s'assurer de la planification annuelle et de l'exécution des activités en conformité avec le calendrier et les directives. La supervision sera autant que possible intégrée, formative et en suivant les échelons du système de santé et basée sur les grilles de supervision préétablies.

Le monitoring permettra un suivi continu de l'exécution des activités de lutte contre le paludisme sera assuré à travers la mesure périodique des indicateurs de couverture des interventions du programme sur le terrain. Pour ce faire un ou 2 indicateurs liés au paludisme seront pris en compte parmi les indicateurs de monitoring semestriel des formations sanitaires.

La surveillance épidémiologique se fera par :

- la réalisation d'enquêtes périodiques sur la sensibilité des parasites aux médicaments antipaludiques et des vecteurs aux insecticides selon les strates du pays
- le suivi des informations et indicateurs collectés en routine dans le cadre de la surveillance intégrée.

Un atelier de revue annuelle du plan sera organisé par le PNLN en collaboration avec les partenaires et acteurs de la lutte contre le paludisme. Cette rencontre aura pour objectifs :

- d'analyser le bilan des activités sur la base des rapports de progrès
- de proposer des orientations pour le plan de l'année suivante

L'évaluation

Elle mesurera les indicateurs d'impact et vérifiera si les stratégies et les activités ont permis d'atteindre les objectifs fixés. Elle utilisera les données d'enquêtes et études spéciales.

Le programme national de lutte contre le paludisme mettra à contribution les centres et instituts de recherche en contractualisant ces activités. Cette approche permettra de rendre disponible les données dont la collecte n'est pas assurée par le SNIS.

L'évaluation à mi-parcours sera réalisée en 2008 et l'évaluation finale en fin 2010.

3.6.5. Renforcement de la recherche pour le développement socio sanitaire

Le PNLN mettra à contribution les centres et instituts de recherche existants au Burkina pour mener des activités de recherche fondamentale lorsqu'elles sont nécessaires mais surtout des activités de recherche opérationnelle autour des préoccupations de la lutte antipaludique au Burkina Faso.

Les axes prioritaires de recherche à l'étape actuelle sont :

- la prise en charge des cas (dans les formations sanitaires et au niveau communautaire),
- l'utilisation des matériaux imprégnés d'insecticide,
- la chimio-sensibilité des souches plasmodiales aux antipaludiques usuels et, la chimio-sensibilité des vecteurs aux insecticides utilisés.

Le PNLN va orienter les domaines de recherche adaptés aux besoins de gestion du programme et contribuer à la réalisation des travaux de recherche sur le paludisme.

3.7. TABLEAU DE PLANIFICATION OPERATIONNELLE ET COUT DES ACTIVITES

N°	STRATEGIES/ACTIVITES	PERIODE					RESPONSABLE	COLLABORATEURS	COUT CFA (En milliers)
		An							
<i>I</i>	PRISE EN CHARGE A DOMICILE	1	2	3	4	5			
1.1	Former 20900 relais communautaire à la prise en charge des cas de paludisme simple, à la référence des cas de paludisme grave et à la prévention		X	X			Districts	Régions, Ministère Education, ONG et Associations, Centre de Recherche, PNLN	393 443
1.2	Rendre disponibles et accessibles les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine au profit des groupes cibles		X	X	X	X	PNLN	Districts et DRS, CAMEG, DGPML, Grossistes Privés	PM (Activité 2.2.)
1.3	Elaborer et reproduire des outils pour l'utilisation des CTA au niveau communautaire dans le cadre de la prise en charge à domicile	X					CNRFP	PNLN	20 775
1.4	Adapter, produire et diffuser des outils (guide de formation, de supervision, de surveillance à base communautaire)	X					PNLN	Districts, DRS, Centres /Instituts de Recherche	195 156
Total Prise en charge à domicile									609 374
<i>II</i>	PRISE EN CHARGE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES								
2.1	Former et recycler les agents de santé du secteur public et privé à la prise en charge du paludisme selon la nouvelle politique de traitement	X	X	X	X	X	Districts	DRS, PNLN, Université, DSF (PCIME)	168 065
2.2	Rendre disponibles et accessibles les CTA : -10% Coartem et 90% Arsucam, -90 & 96% de subvention pour tous (public et privé)	X	X	X	X	X	Ministère Santé	OMS, UNICEF, CAMEG	21 381 875
2.3	Rendre disponible dans les formations sanitaires les médicaments d'urgence pour la prise en charge du paludisme grave (Acquisition et approvisionnement)	X	X	X	X	X	PNLN	DGHSP,DGPML,CAMEG,DRS	3 576 935
2.4	Former/recycler 300 techniciens de laboratoire en diagnostic du paludisme	X		X		X	Centres de recherche	PNLN, DGPML	68 904
2.5	Apporter un appui technique et financier à la DSF pour le passage à l'échelle PCIME	X	X	X			PNLN	DSF	99 000
2.6	Produire et diffuser 2 500 modules de formation et 1 000 directives pour la prise en charge		X		X		PNLN	DRS, Districts, Hôpitaux	17 500
Total Prise en charge dans les formations sanitaires									25 312 279
TOTAL GENERAL PRISE EN CHARGE									25 921 653

N°	STRATEGIES/ACTIVITES	PERIODE					RESPONSABLE	COLLABORATEURS	COUT CFA (En milliers)
		An							
III	PREVENTION	1	2	3	4	5			
3.1	Organiser des activités de lutte antilarvaire	X	X	X	X	X	Cellule entomologique	PNLP, Gouvernorats, Mairies, Districts, DRS, ONG, Associations, Commission lutte anti-vectorielle, DHPES, Ministère de l'Environnement, Centres de recherche	1 582 500
3.2	Acquérir et distribuer 4 400 000 Moustiquaires Traitées aux Insecticides (Long Lasting) aux groupes cibles	X	X	X	X	X	PNLP	DRS, DS, ONG, Associations	13 528 669
3.3	Développer un mécanisme d'approvisionnement et de distribution des MTI	X					PNLP	Districts, DRS, Centres /Instituts de Recherche	2 500
3.4	Assurer l'imprégnation des moustiquaires(y compris l'achat de kits)	X	X	X	X	X	Districts	DRS, PNL, ONG et Associations	300 000
3.5	Acquérir et distribuer 9 301 143 doses de SP aux femmes enceintes lors de CPN	X	X	X	X	X	DSF	PNLP, DRS, District	PM
3.6	Former/Recycler les agents de santé en TPI	X		X		X	Districts	Hôpitaux, PNL, DRS, Centres de recherche	PM (Intégrer à l'activité 2.1.)
TOTAL PREVENTION									15 413 669
IV	COMMUNICATION								
4.1	Mener les activités de plaidoyer pour la lutte contre le paludisme (détailler des moustiquaires et insecticides, implication des décideurs dans la lutte contre le paludisme, subvention des MTI au profit des groupes cibles, assainissement du cadre de vie)	X	X				PNLP	DHPES, DCPM, Ministères impliqués, Partenaires	45 590
4.2	Renforcer les capacités des prestataires en communication inter personnelle sur la prévention du paludisme et la prise en charge	X		X		X	PNLP	DRS/DS	PM (Intégrée à la formation sur la PEC)
4.3	Renforcer les capacités des groupes organisés (associations, communicateurs, ...) sur la prévention et la PEC du paludisme	X	X		X	X	PNLP	DRS/DS, Groupements/Associations, Média	48 030
4.4	Organiser des campagnes de CCC sur la prévention et la PEC (causeries débats, projections de films suivies de débats, théâtre forum, émissions radio TV, insertions d'encarts) à travers les formations sanitaires, associations, média ...	X	X	X	X	X	DS	PNLP, DRS/DS, ONG, Société Civile, Media	1 296 730
4.5	Produire et diffuser des supports de sensibilisation (boîtes à images, affiches, dépliants, gadgets, film de sensibilisation...)	X	X	X	X	X	PNLP	DHPES, DRS/DS, Groupements/Associations, Média	150 010
TOTAL COMMUNICATION									1 540 360

N°	STRATEGIES/ACTIVITES	PERIODE					RESPONSABLE	COLLABORATEURS	COUT CFA (En milliers)
		An							
V	RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL	1	2	3	4	5			
5.1	Doter le PNLP d'un budget spécifique pour son fonctionnement	X	X	X	X	X	DAF	MS	PM
5.2	Dynamiser le Comité de Pilotage (CP)	X					SG	PNLP et structures impliquées dans le comité	PM
5.3	Soutenir le fonctionnement du CP et des cinq (05) Commissions Thématiques (CT)	X	X	X	X	X	PNLP	Présidents des CT	75 000
5.4	Développer le partenariat avec le secteur privé et les ONG/associations	X	X	X	X	X	PNLP	DGHSP, Partenaires (AT)	10 000
5.5	Renforcer le PNLP en ressources humaines	X	X	X	X	X	DRH	DLM	PM
5.6	Doter le PNLP d'une assistance technique	X	X	X	X	X	Partenaires	PNLP	82 500
5.7	Participer aux rencontres régionales et internationales sur le paludisme	X	X	X	X	X	PNLP	Partenaires	54 000
5.8	Assurer l'entretien des véhicules et autres équipements	X	X	X	X	X	PNLP	Partenaires, DAF	15 489
5.9	Equiper le PNLP en matériel informatique et bureautique	X	X	X	X	X	PNLP	Partenaires, DAF	17 500
5.10	Organiser annuellement un cours de paludologie	X	X	X	X	X	PNLP	Partenaires	60 000
5.11	Assurer la participation de deux membres du PNLP à des formations pertinentes de courte durée	X	X	X	X	X	PNLP	Partenaires	25 000
5.12	Equiper les 13 DRS en matériel informatique	X	X	X	X	X	PNLP	Partenaires	24 500
	TOTAL RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL								363 989
VI	SUIVI-EVALUATION								
6.1	Adapter, reproduire et diffuser les outils de suivi par niveau	X	X	X	X	X	PNLP	Centres de recherche, DRS, DS	46 925
6.2	Appuyer la collecte systématique des données de routine sur le paludisme	X	X	X	X	X	PNLP	DRS, Districts, Hôpitaux	112 200
6.3	Assurer la mise à jour de la base de données de paludisme	X	X	X	X	X	PNLP	DEP, centres de recherche	26 200
6.4	Diffuser les résultats de suivi-évaluation	X	X	X	X	X	PNLP	Centres/Instituts de recherche, Districts, DRS, PNLP	20 000
6.5	Appuyer les sites sentinelles pour la collecte des données complémentaires	X	X	X	X	X	PNLP	Centres/Instituts de recherche, Districts, DRS, PNLP	35 000

N°	STRATEGIES/ACTIVITES	PERIODE					RESPONSABLE	COLLABORATEURS	COUT CFA (En milliers)
		An							
		1	2	3	4	5			
6.6	Assurer le contrôle de qualité de la SP et des CTA	X	X	X	X	X	DGPML	LNSP, PNLP	3 500
6.7	Mettre en place et assurer le fonctionnement d'un mécanisme passif de pharmaco-vigilance aux Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine et SP	X	X				PNLP	DGPML, DRS, District, Centres et Instituts de recherche	16 955
6.8	Superviser les agents de santé à tous les niveaux	X	X	X	X	X	Districts	DRS, PNLP	120 000
6.9	Assurer les missions d'appui du PNLP à tous les niveaux dans la mise en œuvre des activités.	X	X	X	X	X	PNLP		181 500
6.10	Intégrer la lutte contre le paludisme dans les activités de monitoring	X	X	X	X	X	Districts	DRS, PNLP	PM
6.11.	Assurer le monitoring de l'efficacité thérapeutique des médicaments antipaludiques, de la sensibilité des vecteurs aux insecticides	X	X	X	X	X	Cellule entomologique	Centres de recherche	95 000
6.12.	Evaluer l'efficacité des MTI	X	X	X	X	X	Cellule entomologique	Centres de recherche	15 000
6.13.	Réaliser une revue annuelle du plan stratégique	X	X	X	X	X	PNLP	Partenaires	16 625
6.14.	Réaliser une évaluation à mi-parcours et finale du plan			X		X	PNLP	Partenaires	72 500
	TOTAL SUIVI-EVALUATION								761 405
VII	SOUTIEN A LA RECHERCHE								
7.1	Définir et communiquer les priorités du PNLP en recherche aux partenaires potentiels	X	X	X	X	X	MS	PNLP, centres/instituts de recherche	7 000
7.2	Soutenir les activités de recherche opérationnelle sur le paludisme	X	X	X	X	X	MS	PNLP, partenaires	112 500
7.3	Disséminer les résultats de la recherche au niveau national et international	X	X	X	X	X	PNLP	Centres/instituts de recherche	20 675
	TOTAL SOUTIEN A LA RECHERCHE								140 175
	TOTAL GENERAL								44 141 251

VENTILATION DU BUDGET PAR DOMAINE D'INTERVENTION

DOMAINES	MONTANT CFA (En milliers)	% DU BUDGET
PRISE EN CHARGE DES CAS	25 921 653	58,72
PREVENTION	15 413 669	34,92
COMMUNICATION	1 540 360	3,49
RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL	363 989	0,82
SUIVI EVALUATION	761 405	1,72
SOUTIEN A LA RECHERCHE	140 175	0,32
TOTAL	44 141 251	100

Le coût des stratégies prise en charge et prévention représente 93.64 % du budget ; ceci est dû au coût élevé des médicaments, des moustiquaires et des insecticides.

Le budget prévisionnel (en millions CFA) sur la période de 2006 à 2010 est le suivant :

DOMAINES	2006	2007	2008	2009	2010	MONTANT CFA (En milliers)
PRISE EN CHARGE DES CAS	4 116 875	5 277 546	5 371 732	5 537 582	5 617 918	25 921 653
PREVENTION	2 929 000	4 771 500	3 255 750	2 431 550	2 025 869	15 413 669
COMMUNICATION	445 266	364 275	188 703	274 378	267 738	1 540 360
RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL	65 350	96 100	65 585	57 197	79 757	363 989
SUIVI EVALUATION	144 720	148 265	142 125	145 638	180 657	761 405
SOUTIEN A LA RECHERCHE	10 735	10 735	38 235	37 415	43 055	140 175
TOTAL	7 711 946	10 668 421	9 062 130	8 483 760	8 214 994	44 141 251

IV. ADMINISTRATION ET GESTION DU PLAN

La mise en œuvre du plan stratégique se fera de façon synergique avec l'implication de tous les acteurs de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux et selon leurs domaines d'intervention. Elle se fera en deux phases à travers des plans opérationnels : la première phase couvrira la période 2006-2007 et la dernière prendra en compte les trois années restantes.

4.1. CADRE INSTITUTIONNEL

La Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) est la structure d'ancrage du programme national de lutte contre le paludisme qui est la structure de coordination de la lutte contre le paludisme.

4.2. COORDINATION DES ACTIVITES DE LUTTE ANTI-PALUDIQUE

Niveau national : Elle est assurée par la coordination du PNLP avec l'appui du Comité de Pilotage qui regroupe les principaux acteurs et partenaires et dispose de cinq (05) Commissions spécialisées.

Niveau intermédiaire et périphérique : La coordination des activités de la lutte anti-paludique est intégrée au paquet minimum d'activités des régions et districts sanitaires.

4.3. MOBILISATION DES RESSOURCES

Elle est assurée par le ministère de la santé et le comité de pilotage. Les sources de financement sont : budget national, fonds de remise de la dette des PPTE, apport des partenaires et des communautés.

4.4. ROLE DES DIFFERENTS ACTEURS

Gouvernement

- Mise en place d'un partenariat efficace pour la lutte contre le paludisme et pour la coordination des actions menées par les partenaires ;
- Mobilisation des ressources ;
- Disponibilité d'intrants subventionnés.

PNLP

- Mise en place d'un mécanisme institutionnel nécessaire à la mise en œuvre efficace et à la coordination des activités de lutte contre le paludisme aux niveaux national, intermédiaire et communautaire ;
- Développement du plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme ;

Autres secteurs de développement (Finance, Agriculture, Information, Enseignement ...)

- Finance et budget : mobilisation des ressources
- Agriculture, hydraulique, ressources halieutiques et environnement : lutte antivectorielle
- Administration territoriale et information : IEC et mobilisation des communautés
- Enseignement supérieur et recherche scientifique : Formation, recherche opérationnelle et suivi-évaluation, monitoring de la sensibilité des parasites aux médicaments antipaludiques et des parasites aux insecticides
- Enseignement de base et promotion de la femme : IEC

Le rôle des secteurs dans la lutte contre le paludisme sera renforcé.

Partenaires

Secteur privé

Renforcement de leurs activités à travers :

- l'approvisionnement/distribution des MTI et des médicaments
- la prise en charge des cas
- la sensibilisation des populations (contractualisation avec les radios communautaires)
- la collecte et transmission des données

ONG/Associations

- la prise en charge à domicile des cas de paludisme simple,
- la référence des cas de paludisme grave,
- la collecte et la transmission de données sanitaires au premier échelon,
- la distribution, l'imprégnation/ré imprégnation des moustiquaires et rideaux ;
- la sensibilisation des communautés sur la promotion de la santé.

Leur contribution sera accrue dans le domaine des IBC par le renforcement du partenariat.

Coopération bilatérale et multilatérale

- Appui technique (planification, plaidoyer, mise en œuvre, suivi et évaluation) ;
- Appui financier (mobilisation des ressources financières).

V. SUIVI ET EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE

Le suivi et l'évaluation sont des composantes essentielles de l'initiative FRP car le suivi mesure le niveau de mise en œuvre des principales activités et l'évaluation, le niveau d'atteinte des objectifs.

Le système de suivi évaluation du plan stratégique sera basé sur l'analyse des indicateurs de couverture et d'impact nationaux en rapport avec les engagements d'Abuja et de l'initiative FRP.

5.1. SUIVI

Activité continue de collecte d'informations sur le progrès réalisé par le programme. Il mesurera les indicateurs de processus au niveau des districts, des régions et au niveau national.

5.1.1. Collecte et analyse des données de routine

Il s'agit des données de morbidité et de mortalité des formations sanitaires y compris celles du paludisme. Elles seront collectées à tous les niveaux du système de santé (districts et régions sanitaires, centres hospitaliers). Des outils standard de collecte de données sont disponibles dans toutes ces structures.

Au niveau des DRS et des Districts sanitaires, la collecte et la gestion de l'information sont assurées par les centres d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique (C.I.S.S.E.). Leurs compétences seront renforcées pour le suivi des activités à travers un tableau de bord selon chaque niveau, avec l'appui du programme national de lutte contre le paludisme et ses partenaires.

Au niveau du programme national de lutte contre le paludisme, la cellule de suivi évaluation va extraire les indicateurs nécessaires pour le suivi et l'évaluation à partir des données du système national d'information sanitaire (SNIS).

5.1.2 Supervision

Le PNLP mènera des visites de supervision dans les DRS et Districts sanitaires dans le but de s'assurer de la planification annuelle et de l'exécution des activités en conformité avec le calendrier et les directives. La supervision sera autant que possible intégrée, formative et en suivant les échelons du système de santé et basée sur les grilles de supervision préétablies.

5.1.3 *Monitorage*

Le suivi continu de l'exécution des activités de lutte contre le paludisme sera assuré à travers la mesure périodique des indicateurs de couverture des interventions du programme sur le terrain.

Pour ce faire un ou 2 indicateurs liés au paludisme seront pris en compte parmi les indicateurs de monitorage semestriel des formations sanitaires.

Ce suivi concernera également le secteur privé, confessionnel ainsi que l'utilisation des ressources.

Le monitorage reste complémentaire à la surveillance épidémiologique et est partie intégrante du SNIS. Pour cela le programme appuiera la formation de cadres moyens et supérieurs en épidémiologie. Les résultats du monitorage contribueront à la revue du programme et à son évaluation finale.

Un atelier de revue annuelle du plan sera organisé par le PNLN en collaboration avec les partenaires et acteurs de la lutte contre le paludisme. Cette rencontre aura pour objectifs :

- d'analyser le bilan des activités sur la base des rapports de progrès
- de proposer des orientations pour le plan de l'année suivante

5.2 EVALUATION

Elle mesurera les indicateurs d'impact et vérifiera si les stratégies et les activités ont permis d'atteindre les objectifs fixés. Elle utilisera les données d'enquêtes et études spéciales.

Le programme national de lutte contre le paludisme mettra à contribution les centres et instituts de recherche en contractualisant ces activités. Cette approche permettra de rendre disponible les données dont la collecte n'est pas assurée par le SNIS. Des outils standard existent et pourront être adaptés au besoin. Le programme utilisera également les résultats des enquêtes nationales comme l'Enquête Démographique et de Santé, l'Enquête à indicateur multiple, les Enquêtes sur les conditions de vie des ménages etc.

L'évaluation à mi-parcours sera réalisée en 2008 et l'évaluation finale en fin 2010.

En vue d'améliorer le suivi et l'évaluation des activités, un tableau de bord détaillé sera construit.

5.3. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

Elle se fera par :

- la réalisation d'enquêtes périodiques sur la sensibilité des parasites aux médicaments antipaludiques et des vecteurs aux insecticides selon les strates du pays
- le suivi des informations et indicateurs collectés en routine dans le cadre de la surveillance intégrée.

5.4. DIFFUSION DE L'INFORMATION

La diffusion de l'information obtenue des différents cycles de suivi-évaluation sera faite à travers des rapports trimestriels aux partenaires techniques et financiers, autorités de la santé, aux régions sanitaires, aux communautés.

5.5. CONTROLE ET AUDIT

L'assurance qualité sera organisée pour assurer le suivi de :

- la qualité des données collectées grâce à des guides et directives
- la qualité des médicaments antipaludiques : enregistrement, procédures d'achat, contrôle des bonnes pratiques de stockage et de dispensation des CTA
- événements indésirables liés aux médicaments (pharmacovigilance)
- surveillance de l'efficacité thérapeutique des CTA.

La périodicité sera mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle selon le volet.

CONCLUSION

La lutte contre le paludisme est une priorité pour le Burkina Faso dans le contexte de l'initiative Faire Reculer le Paludisme et de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. De par la morbidité, la mortalité et les pertes économiques qu'il engendre, le paludisme constitue une véritable entrave au développement socio-économique de notre pays.

Ce plan quinquennal qui couvre la période 2006-2010, élaboré à partir de l'analyse de la situation, prend en compte les domaines prioritaires de lutte contre le paludisme dans un contexte de réforme du système de santé et de la décentralisation administrative.

L'atteinte des objectifs fixés dans le présent plan dépendra de la volonté politique suivie d'une mobilisation conséquente des ressources et du niveau de participation des acteurs et des partenaires à tous les niveaux.

Au regard de l'environnement national et international favorable et des acquis enregistrés dans la lutte contre le paludisme dans notre pays de 2002-2005 (mise en œuvre du Fonds Mondial, contribution de l'Etat et des partenaires), ce nouveau plan stratégique contribuera sans aucun doute à la réduction du fardeau socio-économique du paludisme et à la lutte contre la pauvreté.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Comité de Gestion du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (CG/ FM-STP)**, juin 2005, Requête du Burkina Faso au Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, cinquième (5^{ème}) Appel : composante Paludisme, Burkina Faso, 86p ;
2. **Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ORC MACRO-2004** : Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003, 183p ;
3. **Ministère de la santé**, juillet 2000, Document de politique sanitaire nationale, Burkina Faso, 27p ;
4. **Ministère de la santé**, juillet 2001, Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010 (PNDS), Burkina Faso, 56p ;
5. **Ministère de la santé**, 2003, Détection des formes résistantes de P.F aux antimalariques au Burkina Faso, 18p ;
6. **Ministère de la santé**, décembre 2004 : Plan stratégique 2005-2007 pour la mise à l'échelle nationale des interventions à base communautaire, Burkina Faso, 52p ;
7. **Ministère de la santé**, Août 2001, Rapport de l'enquête base zéro sur le suivi-évaluation de l'initiative « Faire reculer le Paludisme au Burkina Faso », 48p ;
8. **Ministère de la santé**, décembre 2001 : Plan stratégique pour la lutte contre le paludisme au Burkina Faso 2002-2005, Burkina Faso, 34p ;
9. **Ministère de la santé**, novembre 2005 : Rapport de l'évaluation du plan stratégique 2002-2005 pour la lutte contre le paludisme au Burkina Faso, Burkina Faso, 16p ;
10. **Ministère de la santé**, juin 2005 : Annuaire statistique 2004, Burkina Faso, 209p ;
11. **Ministère de la santé**, juillet 2005 : Plan Intégré de Communication pour la lutte contre le paludisme au Burkina Faso 2006-2008, Burkina Faso, 65p ;
12. **Ministère de la santé**, septembre 2005, Rapport de l'enquête ménages sur le paludisme au Burkina Faso dans le cadre de la mise en œuvre du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), Burkina Faso, 37p ;
13. **Ministère de la santé**, septembre 2005, Rapport de suivi-évaluation de la mise en œuvre de la composante paludisme du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) au Burkina Faso, 16p ;
14. **Organisation Mondiale de la Santé**, Plan stratégique mondial Faire reculer le Paludisme 2005-2015, 52p.

ANNEXES

1. Plan opérationnel 2006-2007 de lutte contre le paludisme
2. Tableau des indicateurs
3. Manuel des procédures de gestion
4. Carte sanitaire du Burkina Faso
5. Organigramme du Ministère de la santé