

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE
Honneur - Fraternité - Justice



MINISTRE DE LA SANTE
DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES
Programme National de Lutte Contre le Paludisme(PNLP)



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL
D'ELIMINATION DU PALUDISME
2014-2020

Juillet 2014

SOMMAIRE

PREFACE	3
REMERCIEMENTS	4
SIGLES ET ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION	9
1. PROFIL DU PAYS	11
1.1. Situation géographique.....	11
1.2. Système socio-politique	11
1.3. Données démographiques	11
1.4. Ecosystème, Environnement et Climat	12
1.5. Situation socioéconomique.....	13
1.6. Analyse du système de santé.....	14
2. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME	21
2.1. Profil épidémiologique	21
2.2. Performance du programme	26
2.3. Défis pour le Plan d'élimination du paludisme 2014 - 2020.....	41
3. CADRE STRATEGIQUE DU PLAN	43
3.1. Vision	43
3.2. Mission et Principes directeurs.....	43
3.3. Orientations stratégiques et priorités.....	43
3.4. But et Objectifs.....	44
4. INTERVENTIONS ET STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE	45
4.1. Accès universel au diagnostic biologique et au traitement	45
4.2. Accès universel aux mesures de prévention du paludisme	46
4.3. Prévention et lutte contre les épidémies de paludisme	47
4.4. Plaidoyer, Communication et Mobilisation sociale	47
4.5. Renforcement des capacités de gestion et de coordination	48
4.6. Renforcement du système de surveillance et de suivi/évaluation	49
5. SUIVI/EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ELIMINATION	50
5.1. Cadre de performance du programme	50
5.2. Suivi des progrès du programme.....	50
5.3. Evaluation de l'impact et des résultats du programme.....	51
6. GESTION DU PALUDISME	51
6.1. Ressources humaines	51
6.2. Planification et mise en œuvre	52
6.3. Coordination des partenariats.....	52
6.4. Système de gestion et des achats de stocks.....	53
6.5. Gestion des ressources financières.....	54
7. BUDGET ET PLAN FINANCIER 2014-2020	54
7.1. Résumé du budget du Plan par intervention	55
7.2. Résumé du budget par catégorie de coût	56
8. MOBILISATION DES RESSOURCES	57
8.1. Cartographie des partenaires et Mobilisation de ressources.....	57
8.2. Analyse des carences budgétaires du Plan 2014-2020.....	57
9. RISQUES ET MENACES	58
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	59
ANNEXES	-64

PREAMBULE

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique en Mauritanie, avec en moyenne 150 000 cas présomptifs enregistrés dans les structures sanitaires des zones à transmission. Dix ans après le lancement de l'Initiative mondiale "Faire Reculer le Paludisme", le paludisme continue à occuper le premier rang des motifs de consultation et d'hospitalisation en Mauritanie, en particulier en période de forte transmission au cours de la saison des pluies.

A l'instar des pays endémiques en Afrique sub-saharienne, la Mauritanie a inscrit dès 1997 la lutte contre le paludisme parmi les priorités définies de sa politique nationale de santé, ce qui lui a valu une place de choix dans les différents programmes nationaux de développement. Suite au lancement de l'initiative "Faire reculer le paludisme" en 1998 et à l'adoption des objectifs du millénaire pour le développement en 2001, le Gouvernement a renforcé son adhésion et son engagement aux différentes résolutions OMS et déclarations des Chefs d'Etats et de Gouvernements africains sur le paludisme.

Depuis 1998, le Ministère de la Santé avec l'appui de ses partenaires au développement a successivement développé 3 plans stratégiques de lutte contre le paludisme qui ont permis de mobiliser d'importants financements pour l'intensification des interventions majeures de lutte contre le paludisme dans les zones à risque de paludisme.

En dépit des résultats encourageant obtenus au cours des 5 dernières années, les défis pour l'atteinte des objectifs en rapport avec l'accès universel sont encore énormes, ce qui a motivé la décision du Ministère de la Santé de réviser les documents normatifs et stratégiques du programme national de lutte contre le paludisme en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers pour apporter des réponses adéquates aux faiblesses existantes.

Cette révision, guidée par les recommandations de la revue de performance du programme réalisée en 2010, a permis de prendre en compte les nouvelles recommandations de l'OMS visant à adopter des stratégies efficaces de prévention et de prise en charge du paludisme tout en alignant ses cibles avec du Plan mondial RBM de lutte contre le paludisme 2008-2015.

C'est dans ce cadre que le Programme National de lutte contre le paludisme dispose aujourd'hui d'un plan stratégique de lutte contre le paludisme 2014-2020 aligné, d'une part aux priorités nationales définies dans le Plan National de Développement Sanitaire 2012-2020, et d'autre part aux nouveaux défis internationaux en rapport avec l'accès universel et l'élimination du paludisme.

Le présent plan stratégique 2014-2020 a été élaboré dans la vision de l'élimination du paludisme en Mauritanie à l'horizon 2025 par un comité national composé d'experts nationaux du niveau central et régional et des partenaires techniques et financiers. Les objectifs et stratégies du présent Plan 2014-2020 s'inspirent fortement de la politique nationale de lutte contre le paludisme qui a été révisée pour prendre en compte la spécificité du faciès épidémiologique du paludisme dans le pays.

Dans ce cadre, je souhaite à travers cet important outil de référence, que chacune des parties prenantes dans la lutte contre le paludisme en Mauritanie joue pleinement son rôle pour qu'ensemble nous gagnons le défi d'éliminer le paludisme d'ici 2025.

Je voudrais enfin remercier ici tous les partenaires et acteurs qui nous ont accompagné dans l'aboutissement du processus de révision et de validation du présent plan, et solliciter leur appui constant dans les prochaines étapes de mobilisation des ressources et de mise en œuvre des interventions.

Le Ministre de la Santé

Ahmedou HADEMINE JELVOUNE

REMERCIEMENTS

Le processus de révision du plan stratégique d'élimination du paludisme 2014-2020 a été conduit par un comité technique national sous la coordination du Directeur de la lutte contre les maladies et l'appui technique des experts OMS de l'équipe d'appui inter-pays pour l'Afrique de l'Ouest.

Le présent Plan Stratégique National d'Élimination 2014-2020 a été validé à l'issue d'un atelier national technique ayant réuni les acteurs et les partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme en Mauritanie.

Le Ministère de la Santé félicite et remercie toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration et la validation du présent document.

Ces remerciements s'adressent en particulier :

- A l'OMS, RBM, l'UNICEF et au CCM pour les appuis techniques et financiers qui ont été déterminants pour avoir un document de qualité ;
- Aux membres du Comité technique national qui a conduit le processus de révision et de validation du plan stratégique ;
- Aux directeurs, chefs de services et responsables de programmes du niveau central ;
- Aux personnels du niveau régional : DRAS et médecins-chefs de CSM ;
- Aux directeurs des établissements hospitaliers nationaux et régionaux ;
- Aux représentants de la société civile et des organisations communautaires;
- Aux partenaires techniques et financiers qui ont accompagné le processus jusqu'à l'étape de validation.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AMM	:	Autorisation de Mise sur le Marché
AQ	:	Amodiaquine
ARV	:	Antirétroviraux
ASC	:	Agent de Santé Communautaire
BAD	:	Banque Africaine de Développement
BID	:	Banque Islamique de développement
BM	:	Banque Mondiale
CAMEC	:	Centrale d'Achat de Médicament et Consommable
CAP	:	Connaissances Attitude et Pratique
CCM	:	Comité national de coordination multi sectorielle de lutte contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose
CDMT	:	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CHN	:	Centre Hospitalier National
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CNAM	:	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNLS	:	Conseil National de Lutte contre le SIDA
CPN	:	Consultations Périnatales
CPS	:	Chimioprévention saisonnière du paludisme
CS	:	Centre de Santé
CSLP	:	Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté
CSM	:	Circonscription Sanitaire de Moughataa
CTA	:	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DAF	:	Direction des Affaires Financières
DLM	:	Direction de la Lutte contre les Maladies
DPCIS	:	Direction de la Programmation, de la Coopération et de l'Information Sanitaire;
DPL	:	Direction de la Pharmacie et des Laboratoires
DPS	:	Dépense Pour la Santé
DRAS	:	Direction Régionale de l'Action Sanitaire
DRH	:	Direction Ressources Humaines
EDS	:	Enquête Démographique et Santé
ENSP	:	Ecole Nationale de Santé Publique
EPA	:	Etablissement Public Autonome
EPH	:	Etablissement Public Hospitalier
EPCV	:	Enquête de Population sur les Conditions de Vie
EPS	:	Education Pour la Santé

FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
FM	: Fonds Mondial
FMI	: Fonds Monétaire International
FRP	: Faire reculer le paludisme
GSM	: Réseau de téléphonie Cellulaire
HAPA	: Haute Autorité de la Presse et de l'Audiovisuel
HR	: Hôpital Régional
HTA	: Hypertension Artérielle
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
IDH	: Indice de Développement Humain
ICCM	: Integrated Community Case Management
IEC	: Information Education Communication
IMS	: Infirmier Médico-sociale
INRSP	: Institut National de Recherche en Santé Publique
IRA	: Infection Respiratoire Aiguë
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
Km	: Kilomètre
LAL	: Lutte antilarvaire
LAV	: Lutte anti-Vectorielle
LNCQM	: Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicament
MAED	: Ministère des Affaires Economiques et du Développement
MASEF	: Ministère des Affaires Sociales, de l'Enfance et de la Famille
MAURISIS	: Logiciel du Ministère de la Santé pour le SNIS
MEF	: Ministère de l'Enseignement Fondamental
MICS	: Multiple Indicators Cluster Survey
MII	: Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide
MILDA	: Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action
MIS	: Malaria Indicators Survey
MRO	: Monnaie de la Mauritanie (Ouguiyas)
MS	: Ministère de la Santé
ND	: Non Déterminé
OCB	: Organisation Communautaire de Base
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OMVS	: Organisation pour la mise en Valeur du fleuve Sénégal
ONG	: Organisation Non Gouvernementale

ONS	: Office National des Statistiques
OUA	: Organisations de l'Unité Africaine
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PEC	: Prise En Charge des Cas
PEV	: Programme Élargi de Vaccination
PIB	: Produit Intérieur Brut
PID	: Pulvérisation Intra-Domiciliaire
PM	: Premier Ministre
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNSBD	: Programme national de santé bucco-dentaire
PNLB	: Programme national de lutte contre la bilharziose
PNLP	: Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLMNT	: Programme national de lutte contre les maladies non transmissibles
PNSM	: Programme national santé mentale
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	: Poste de Santé
PSDRH	: Plan Stratégique de la Direction des Ressources Humaines
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
RAOPAG	: Réseau Ouest Africain pour la Prévention du Paludisme pendant la Grossesse
RAOTAP	: Réseau Ouest Africain pour la Politique du Traitement du Paludisme
RBM	: Roll Back Malaria
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RHS	: Ressources Humaines pour la Santé
S&E	: Suivi et Evaluation
SFE	: Sage Femme d'Etat
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SG/NU	: Secrétaire Général des Nations Unies
SIMR	: Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SP	: Sulfadoxine Pyriméthamine
SR	: Santé de la Reproduction
SRC	: Système de Recouvrement des Coûts
SSB	: Soins de Santé de Base
SSP	: Soins de Santé Primaires

TDR	:	Tests de Diagnostic Rapides
TPI	:	Traitement Préventif Intermittent
TVM	:	Télévision Mauritanienne
UCS	:	Unité de Coordination Sectorielle de lutte contre le Sida
USB	:	Unité de Santé de Base
USD	:	Dollar des États Unies d'Amérique
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WARN	:	Réseau Ouest Africain pour Faire reculer le paludisme
WHA	:	World Health Assembly

INTRODUCTION

Le paludisme, instable en Mauritanie, constitue un des problèmes majeurs de santé publique de par son impact sur la morbidité, la mortalité et ses répercussions socio-économiques sur les populations. Chaque année, il est enregistré en moyenne 150 000 cas présumés de paludisme au niveau des formations sanitaires du pays, ce qui place la maladie au 3^{ème} rang des motifs de consultations au niveau national après les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques.

A l'instar des pays endémiques en Afrique, et suite au 33^{ème} sommet de l'OUA en juin 1997 à Harare où les Chefs d'Etat et de Gouvernement ont manifesté leur volonté de combattre le paludisme, l'Etat mauritanien s'est engagé à combattre ce fléau dans le cadre de sa politique nationale de santé, notamment par la mise en place d'un programme national de lutte contre le paludisme et l'élaboration d'un premier document de "Politique et stratégies nationales de lutte contre le paludisme" en 1998.

Depuis le lancement de l'initiative « Faire reculer le paludisme » 1998 et les sommets d'Abuja des Chefs d'Etats et de Gouvernements en 2000 et 2006, le Gouvernement a renforcé son engagement à travers le développement de plans stratégiques qui ont permis de mobiliser d'importantes ressources pour l'intensification des interventions de prévention et de prise en charge du paludisme.

Aujourd'hui, plus que jamais, la lutte contre le paludisme occupe en Mauritanie une place de choix dans tous les programmes de développement et ses objectifs restent étroitement liés à la politique nationale de santé 2005-2015, au Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, au Plan National de Développement Sanitaire 2012-2020, au Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2012-2014 et aux OMD en 2015.

Suite aux nouvelles orientations techniques de l'OMS et compte tenu des multiples défis pour l'accès universel aux interventions majeures de prévention et de prise en charge du paludisme, le Ministère de la Santé avait opté pour la révision des documents normatifs et stratégiques, notamment le Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2009-2015 qui a été aligné à la période 2011-2015. Puis, dans un deuxième temps, il a été aligné en août 2012 aux résultats de la revue de performance du programme réalisée en décembre 2011 ainsi qu'aux cibles révisées en juin 2011 du Plan Mondial de RBM de lutte contre le paludisme 2005-2015.

Conformément à la vision de l'élimination du paludisme en Mauritanie à l'horizon 2025, le présent plan stratégique 2014-2020 aura à contribuer en particulier à la documentation de la situation du paludisme, à mettre à l'échelle la confirmation diagnostique des cas à tous les niveaux, à renforcer le système de surveillance épidémiologique et entomologique en fonction des différents faciès, à renforcer les capacités du système de santé et à rendre disponible des moyens essentiels pour la prévention du paludisme dans les zones à transmission saisonnière et le traitement des cas de paludisme vus dans les formations sanitaires et dans la communauté, à renforcer le système de suivi/évaluation du PNLP dans le cadre du SNIS et enfin à renforcer les capacités de gestion du programme et les mécanismes de coordination avec les acteurs et les partenaires. Ce plan sera mis en œuvre à travers des plans d'action opérationnels annuels sur la base des apports de toutes les parties impliquées dans la lutte contre le paludisme, y compris le secteur privé et la société civile.

PREMIERE PARTIE:
PROFIL PAYS

1. PROFIL DU PAYS

1.1. Situation géographique

Figure n°1: Carte physique de la Mauritanie



Située entre les 15^{ème} et 27^{ème} degrés de latitude Nord et les 5^{ème} et 17^{ème} degrés de longitude Ouest et bénéficiant d'une position géographique stratégique au carrefour de l'Afrique du Nord et de l'Afrique subsaharienne, la Mauritanie est limitée à l'Ouest par l'Océan Atlantique (près de 700 km de côtes), au Nord par le Sahara Occidental et l'Algérie, à l'Est par le Mali et au Sud par le Mali et le Sénégal. .

D'une superficie de 1 030 000 Km², le pays est désertique à 80%, et les terres arables ne dépassent pas 0.2% de la superficie totale.

Au centre et au nord du pays, le relief est constitué par les massifs montagneux de l'Assaba du Tagant, et de l'Adrar, qui culminent à 400 et 500 mètres.

A l'exception de la plaine alluviale du fleuve Sénégal, appelée "Chemama", large de 10 à 25 km, le reste du pays est constitué en grande partie d'alignements dunaires tels ceux de la grande région de sable qui s'étend à l'Est du Tagant et de l'Adrar. Par ailleurs, la Mauritanie ne possède qu'un seul cours d'eau permanent, le fleuve Sénégal, large de 1 à 2,5 km et qui constitue une frontière naturelle avec le Sénégal.

1.2. Système socio -politique

Au cours des 50 années d'indépendance, la Mauritanie a connu successivement trois constitutions, en 1962, 1991 et 2006 ; les deux dernières ayant concrétisé le multipartisme dans le Pays. La Mauritanie a donc souscrit aux principes de bonne gouvernance et instauré un système politique garantissant le multipartisme, les libertés fondamentales, l'action en faveur de l'équité.

Sur le plan administratif, le pays est divisé, en 13 Wilayas, 55 Moughataas et 216 Communes respectivement dirigées par des Walis, des Hakems et des Maires. L'adoption par le Gouvernement, en avril 2010, de la «Déclaration de Politique de Décentralisation et de Développement Local» réaffirme la volonté politique des pouvoirs publics de faire de la décentralisation un choix irréversible. Cette Déclaration fut concrétisée à travers l'élaboration d'un projet de Code des Collectivités Territoriales.

1.3. Données démographiques

Sur la base du recensement effectué en 2000, la population totale de la Mauritanie est estimée en 2010 à 3 179 469 habitants avec un taux d'accroissement de 2,4% et une densité

de 3 habitants au Km². En raison de l'exode massif vers les zones urbaines, aujourd'hui, moins de 50% de la population vit en milieu rural (46%).

Un recensement général de la population a été effectué en 2012 mais les résultats officiels ne sont pas encore disponibles.

Tableau I: Estimation de l'évolution de la population en Mauritanie, 2013 à 2020

Population cible	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Population totale	3413929	3495863	3579764	3665678	3753655	3843742	3935992	4030456
Total enfants < 5 ans	631577	646735	662256	678151	694426	711092	728159	745634
Total femmes enceintes	785204	804049	823346	843106	863341	884061	905278	927005

Source : ONS, 2013

La population est jeune, avec 43,7% de moins de 15 ans et seulement 5,3% qui ont plus de 60 ans. Le sex-ratio est de 116 femmes pour 100 hommes avec des disparités fortes selon les régions. La population est très inégalement répartie, elle est faible au niveau des Wilayas du nord avec des densités inférieures à 0,5 habitants/Km². Les zones du sud et du sud-est sont les plus peuplées avec des densités pouvant dépasser 10 habitants/Km².

Les sécheresses récurrentes enregistrées depuis le début des années 1970 ont entraîné dans leur sillage un exode rural massif, une urbanisation fulgurante et une sédentarisation accélérée de la population nomade. A l'indépendance en 1960, environ 5% de la population vivait dans les centres urbains. Suite au changement démographique amplifié par un exode rural massif, cette proportion est montée à près de 70%, et Nouakchott, la capitale, abrite actuellement plus du tiers de la population totale du pays.

1.4.Ecosystème, Environnement et Climat

La Mauritanie fait face à deux contraintes environnementales majeures que sont la désertification et la sécheresse récurrente. Des cycles répétitifs de sécheresse touchant de plein fouet le secteur rural ont, entre autres, entraîné une croissance urbaine rapide et une sédentarisation accélérée des nomades.

L'édification des barrages de Diama et de Manantali constituait un défi majeur pour les pays riverains de la vallée du fleuve Sénégal dont la Mauritanie. Après leur construction, les problèmes de santé publique liés au phénomène de l'après-barrage sont devenus un souci majeur des populations vivant dans les localités de ces zones. Les modifications de l'environnement consécutives aux aménagements de la vallée, ont favorisé l'apparition et/ou l'extension de parasitoses humaines liées, directement ou indirectement, au milieu hydrique. En effet, l'existence d'une humidité permanente autour du fleuve et de canaux d'irrigation constituent un milieu idéal pour le développement des vecteurs et des hôtes intermédiaires de nombreuses maladies parasitaires dont le paludisme.

En Mauritanie, les principaux types d'agricultures sont pratiqués dans 9 Wilayas sur les 13 que compte le pays (HodhEcharghi, HodhElgharbi, Assaba, Gorgol, Brakna, Trarza, Adrar, Tagant, Guidimakha). Ainsi, le développement des cultures irriguées a entraîné l'aménagement de larges surfaces agricoles, ce qui a attiré dans cette zone une population susceptible de provenir de Wilayas à faible prévalence de paludisme. Ainsi, une grande population s'est alors fixée aux alentours des grandes agglomérations et autour des périmètres agricoles dans des habitations précaires sans structures hygiéniques et sanitaires (manque d'eau potable, pas de structure de santé, salubrité défailante, moyens de prévention ignorés...).

A la suite de la construction du barrage de Diama, les Wilayas de la vallée sont donc devenues, à cause des changements démographiques ambiants, des zones à haut risque sur le plan sanitaire, notamment pour le paludisme.

Le climat, saharien au Nord et sahélien au Sud, est généralement chaud et sec. Il est doux en bordure de l'Océan Atlantique et connaît en moyenne 3 mois de saison de pluie (de juillet à septembre). D'importants changements climatiques et environnementaux ont été observés au cours des 10 dernières années, notamment une pluviométrie intense jusque dans les zones désertiques au nord, une mise en valeur des terres grâce à l'irrigation et la construction de centaines de barrages et de digues.

1.5.Situation socio- économique

Pays immense et globalement sous-peuplé, aux communications difficiles, la Mauritanie est affectée par la sécheresse et la désertification. A l'exception des mines, des ressources halieutiques et récemment de réserves pétrolières limitées, le pays est relativement peu doté en ressources naturelles directement exploitables.

Au cours des cinq dernières décennies, la structure de l'économie, a connu de profondes transformations. L'économie nationale, sous industrialisée, est fortement polarisée au plan spatial. Dans ce cadre, on peut distinguer : (i) un pôle de services à Nouakchott ; (ii) un pôle industriel structuré autour de la pêche à Nouadhibou, capitale économique ; (iii) un pôle minier sur l'axe Akjoujt - Nouadhibou - Zouerate et (iv) un pôle agro - pastoral centré sur le sud et le sud - est du pays. Ce pôle, notamment, dans sa composante élevage, demeure relativement peu intégrée aux circuits formels de l'économie.

Sur la base des résultats de l'EPCV 2008, l'incidence de la pauvreté dans le pays est de 42 %. Cette proportion, bien que plus faible qu'en 2004 (46,7 %), reste encore loin de l'objectif de 25% fixé à l'horizon 2015. Cette pauvreté demeure essentiellement un phénomène rural. En effet, en 2008, le milieu rural contribuait à hauteur de 77,7% (soit 2,9 points de plus qu'en 2004) à la pauvreté nationale. En liaison étroite avec la pauvreté, et toujours selon les données de l'EPCV 2008, le taux de chômage est passé de 21,3% en 1995 à 28,9% en 2000, puis 32,5% en 2004, avant de diminuer légèrement pour se situer à 31,2% en 2008. En outre, et toujours en lien avec la pauvreté, la problématique de la sécurité alimentaire en Mauritanie demeure fondamentale.

Concernant l'Education, le taux brut de scolarisation s'établit en 2010 à 100.2% avec des disparités régionales. La parité selon le genre, relativement homogène sur l'ensemble du territoire, est plutôt favorable aux filles (1.07). Pour l'alphabétisation, son taux est passé de 57% en 2004 à 61,5% en 2008. Cependant, des disparités importantes persistent entre les

hommes et les femmes (respectivement 70,3% et 54,4%) et entre les milieux de résidence (73,3% en milieu urbain contre 50,3% en milieu rural).

Tableau II: Indicateurs démographiques et socio-économiques

Indicateurs	Situation actuelle (2010)	Source
Espérance de vie à la naissance - Total	57,5 ans	Statistiques sanitaires mondiales, OMS, 2011
- Hommes	57 ans	
- Femmes	58 ans	
Indice synthétique de fécondité	4,6	ONS
Taux brut de natalité (pour 1000 habitants)	4,3%	ONS
Taux brut de mortalité (pour 1000 habitants)	1,3%	ONS
Produit intérieur brut par habitant	2100 USD	Estimation FMI 2010
Produit national brut par habitant	1032 Dollars US	MAED
Taux de croissance annuel du PIB (%)	5	Estimation FMI 2010
Taux net de scolarisation primaire	1002%	MEF
Pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté	42%	EPCV 2008
Indice de Développement Humain	0.433	PNUD Rapport 2010

Sources: Rapports statistiques, MICS, CSLP III

1.6. Analyse du système de santé

1.6.1. Le Système public de santé

L'organisation du système de santé public est régie par le décret n° 90/2011/ PM en date du 26 mai 2011, fixant les attributions du Ministre de la Santé et l'organisation de l'administration centrale de son Département.

Le système de santé en Mauritanie est de type pyramidal, avec trois niveaux de prestations ; il comprend un système public de soins composé par :

Le niveau **opérationnel** ou périphérique (Moughataa) où il existe deux types de structures : les postes de santé et les centres de santé respectivement au nombre de 530 et 67 ; en appui à ce niveau, plusieurs centaines d'unités de santé de base (USB) furent installées dans une partie non négligeable des agglomérations villageoises éloignées des postes et centre de santé (au-delà d'un rayon de 10 km); depuis la moitié des années 90, la plupart de ces USB ont été fermées, essentiellement par manque d'ASC ou d'accoucheuse.

Le niveau **intermédiaire** comprenant trois types d'hôpitaux au niveau des capitales régionales ou des Moughatas : (i) les hôpitaux de Moughataas, limités encore au nombre de 10, et appelés à couvrir les Moughatas les plus peuplées ou enclavées, (ii) les hôpitaux régionaux au nombre de six (Aleg, Tidjikja, Atar, Sélibaby, Zouerate et Akjoujt) et (iii) les centres hospitaliers régionaux, érigés en établissements publics à caractère administratif, au nombre de six (Néma, Aioun, Kiffa, Kaédi, Rosso et Nouadhibou).

Le niveau **tertiaire** essentiellement concentré à Nouakchott (11) comprend quatre types d'établissements publics de référence avec 22 EPA. Il n'existe que deux hôpitaux de Moughatas (Boutilimit, Chinghitty).

Pour la formation du personnel médical et paramédical, le pays est doté, respectivement, de 5 Ecoles de Santé Publique (Kiffa, Néma, Nouakchott, Rosso, Sélibaby) et d'une Faculté de Médecine à Nouakchott.

Pour améliorer la disponibilité et la pertinence des services de santé et assurer une répartition optimale des ressources humaines disponibles, la Mauritanie a mis en place, avec ses partenaires au développement un ensemble des mesures normatives qui traite de la monoculture des emplois et des compétences du personnel de la santé (le statut particulier du personnel, les curriculums de formation et le protocole de soins), des normes en personnel, par structures sanitaires, et les PMA.

Tableau III: Ratios des ressources pour la santé

INDICATEURS	SITUATION ACTUELLE	SOURCE
Nombre de médecins pour 10 000 habitants	1	DPCIS 2013
Nombre de sages-femmes pour 12 000 habitants	1	DPCIS 2013
Nombre d'infirmières par 10 000 habitants	7	DPCIS 2013
Nombre de pharmaciens pour 10 000 habitants	0,3	DRH 2010
Nombre de dentistes pour 10 000 habitants	0,3	DRH 2010
Nombre de personnel administratifs et de soutien pour 1 000 habitants	3,7	DRH 2010
Nombre de Lits d'Hôpital pour 1 000 habitants	< 1 lit/1000 hab (0,59)	DMH 2010
Part des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB (%)	2,8%	RDPS Moyenne

Sources Bilan DRH 2010 et DPCIS 2013

La Mauritanie compte aujourd'hui 479 médecins et 1893 personnels infirmiers et sages femmes ; ce qui correspond à un médecin et 8 personnels infirmiers pour 10 000 habitants, alors que la moyenne, en Afrique Subsaharienne, est de 2 médecins et 11 personnels infirmiers pour 10 000 habitants, selon le rapport mondial des statistiques sanitaires de 2009. Bien que le même rapport indique qu'il n'y a pas des normes standard dans ce domaine, il juge, cependant, " improbable que les pays disposant de moins de 23 professionnels de santé (en ne comptant que les médecins, personnels infirmiers et sages femmes) pour 10000 Habitants obtiennent des taux de couverture convenables pour les interventions essentielles, en matière de soins de santé primaires considérées comme prioritaires par les objectifs du Millénaire pour le développement".(source : PNDS 2012-2020)

Le système de santé est piloté, coordonné et appuyé par un système administratif organisé aussi en niveaux central, régional et de Moughataa :

- Au niveau central, les entités centrales du Ministère de la Santé à savoir les directions, les services, les divisions et les coordinations de programmes assurent le pilotage et le suivi des structures du niveau intermédiaire,
- Au niveau intermédiaire, les directions régionales à l'action sanitaire (DRAS), avec les équipes régionales assurent la coordination et le suivi des structures du niveau opérationnel,
- Au niveau opérationnel, les circonscriptions sanitaires de Moughataas avec les équipes cadres de Moughataas assurent l'action au quotidien et mettent en œuvre les programmes de santé.

Il existe un nombre élevé de programmes de santé (SR, PEV, PNLP, PNLT, UCS, PCIME, PNAM, PNSBD, PNLB, PNSM, PNLMT, SSB, Nutrition, PNTabagisme, PNTélé...) avec des Coordonnateurs chargés de piloter, coordonner et suivre les actions spécifiques de ces Programmes.

Par ailleurs, il existe (i) des services de santé militaire et (ii) une médecine du travail assez développée en particulier autour des grandes sociétés minières.

1.6.2. Structures privées de santé

A côté du système public, il existe un système privé de soins, surtout localisé dans les principaux centres urbains (Nouakchott, Nouadhibou) qui connaît un réel accroissement; ce secteur privé est composé (i) de 15 Cliniques médico-chirurgicales, basées essentiellement à Nouakchott, (ii) de 47 cabinets médicaux de consultations externes, (iii) de 37 cabinets dentaires et (iv) de 15 cabinets de soins, à côté de 118 pharmacies et 280 dépôts pharmaceutiques sur toute l'étendue du territoire national.

Ce secteur très convoité reste dépendant du secteur public et son développement, non maîtrisé, ne se fait pas en complémentarité et en synergie avec le système public de soins.

Le secteur privé pharmaceutique reste très désorganisé et largement dominé par des non professionnels. Il se compose de deux parties, la distribution en gros assurée par une pléthore de grossistes-répartiteurs, plus de 20 grossistes tous installés à Nouakchott, et les officines et dépôts pharmaceutiques qui assurent la vente au public.

Ce nombre élevé de structures pharmaceutiques privées qui, pour la plus part, ne répond pas aux normes requises et dont le surcuit d'approvisionnement échappe parfois à tout contrôle, entraîne un approvisionnement du marché local en médicaments de qualité souvent douteuse.

1.6.3. Structures communautaires

Actuellement, les USB ne fonctionnent que lorsqu'elles sont soutenues par des partenaires de proximité avec des niveaux/formations différenciés parfois non homologués par le Ministère de la Santé. Face à l'impérieuse nécessité d'assurer l'accès universel aux soins de santé, la demande des populations devient de plus en plus insistante et pousse souvent à des choix inappropriés de création de structures de santé (PS ou CS). Depuis mai 2000, 56 agents de santé communautaire ont été formés, ce qui porte actuellement le nombre d'USB à 545 sur tout le territoire national.

La faiblesse de l'approche communautaire comme stratégie complémentaire de soins au système de santé classique, constitue un véritable goulot d'étranglement au développement d'interventions efficaces et durables. Les services délivrés par et pour la communauté nécessitent le développement d'une approche communautaire sous-tendue par la mise en œuvre d'une stratégie cohérente et pertinente de communication visant le changement social et le comportement des populations. Il a été noté que ces deux axes ont été délaissés ces dernières années au profit d'actions plus "médicalisées", plus coûteuses et souvent moins efficaces.

1.6.4. Médecine traditionnelle

Bien qu'il n'existe aucune législation reconnaissant la médecine traditionnelle, cette pratique reste tolérée. Jusqu'à présent, la Mauritanie ne dispose d'aucune législation, ni réglementation régissant la pratique de la médecine traditionnelle, ni de processus d'attribution d'autorisation pour cette pratique, encore moins de procédure d'approbation officielle des remèdes traditionnels. Les tradipraticiens ne sont toujours pas inclus dans le programme de soins de santé primaires.

Dans le document de Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) de la Mauritanie, seul un paragraphe cite la pharmacopée dans les stratégies d'intervention en prévoyant de promouvoir et de développer la production de médicaments traditionnels améliorés en vue d'encourager leur introduction dans le système de soins

1.6.5. Analyse des principales composantes du système de santé ayant une implication sur l'élimination du paludisme

Tableau IV: Récapitulatif de l'Analyse du système de santé

Six piliers du système de santé	Forces	Faiblesses	Mesures proposées pour le renforcement du système de santé en faveur de l'élimination du paludisme
Leadership et gouvernance	Existence de documents de politique et stratégies : Le PNDS 2012-2020, la Politique hospitalière, le PSDRH, la Politique pharmaceutique, la PNDN, la Politique nationale d'hygiène, la SNSE, les plans et cadres stratégiques Existence de textes réglementaires mettant en place l'organisation du département (organigrammes central et régional), Existence d'instances statutaires de coordination, de contrôle et de suivi avec tenue de réunions de coordination au sein du Département	Faiblesse du leadership du Département de la santé Faible niveau de mise en œuvre et de réactualisation des documents Faiblesse du management à différents niveaux et du processus de planification, Absence de planification stratégique axée sur les résultats Insuffisance d'alignement des PTFs aux priorités de la politique nationale	*Volonté politique renouvelée à soutenir l'élimination du paludisme *Gestion appropriée des ressources humaines, matérielles et financières du secteur de la santé
Financement durable et protection sociale	Priorité accordée par tous aux secteurs sociaux, en particulier santé et éducation Multitude de PTF appuyant	Contraintes macro-économiques Faiblesse du plaidoyer pour la mobilisation des ressources	*Mobilisation de ressources financières nécessaires à partir du budget national et auprès des partenaires

	<p>le secteur</p> <p>Importantes Possibilités de financement au niveau international</p> <p>Existence d'outils de costing de plus en plus efficaces et consensuels</p>	<p>Faiblesse de la multisectorialité</p>	<p>financiers (externes et internes)</p> <p>*Poursuite de la gratuité des mesures préventives et de la PEC des cas de paludisme</p>
<p>Ressources humaines pour la santé</p>	<p>Existence d'une loi de la fonction publique comme base réglementaire</p> <p>Existence de statuts particuliers du personnel</p> <p>Existence d'une direction centrale chargée du développement et de la gestion des RHS</p> <p>Existences de services régionaux de gestion des RHS</p> <p>Existence d'une base de données sur les RHS</p> <p>Existence d'un système de motivations matérielles (PZI)</p>	<p>L'absence de normes par niveau et de planification prévisionnelle des besoins (en concertation avec le Département de l'éducation),</p> <p>L'insuffisance quantitative et qualitative de la formation de base, l'absence d'une gestion efficace des RHS disponibles</p>	<p>*Personnel de santé en nombre suffisant ayant bénéficié de formation ou de mise à niveau adéquate et couvrant tout le pays pour mettre en œuvre des interventions de meilleure qualité</p> <p>Personnel de santé respectant les directives de confirmation biologique et de traitement des cas de paludisme dans un contexte de gratuité</p>
<p>Produits médicaux, Technologie, Infrastructures et Logistique</p>	<p>Exigence législative de droit universel à la santé (garanti par la constitution mauritanienne)</p> <p>Existence d'une société nationale autonome jouant le rôle de centrale nationale chargée de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments du secteur public (CAMEC),</p> <p>Existence de dépôts pharmaceutiques régionaux dépendant de la CAMEC</p> <p>Existence d'un système d'approvisionnement et de distribution avec une gestion informatisée des stocks</p> <p>Existence d'un laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments</p> <p>Gratuité de certains</p>	<p>Faiblesse de la régulation et de la normalisation du sous-secteur pharmaceutique</p> <p>Chevauchement et multiplicité des intervenants dans l'approvisionnement de certains produits essentiels</p> <p>Absence de coordination en matière d'entreposage, d'acheminement, de stockage et de distribution des produits pharmaceutiques couverts par les programmes</p>	<p>*Stratégie efficace d'approvisionnement en intrants de lutte contre le paludisme pour assurer un accès équitable à toute la population à risque</p> <p>*Système performant d'assurance/qualité et de contrôle de qualité</p>

	produits (ex: certains antipaludéens)		
Prestation de services	<p>L'existence de documents définissant ces PMA</p> <p>L'organisation pyramidale des soins qui facilite l'application de ces PMA</p> <p>Existence de normes en personnel par structure sanitaire</p> <p>Existence d'un statut particulier du personnel</p> <p>Existence de curricula de formation et protocole de soins</p>	<p>Absence de dispositions réglementaires définissant ces PMA</p> <p>Non disponibilité des compétences et des équipements nécessaires pour certains soins (ex : Accouchement assisté dans certains PS, PTME dans la plupart des CS, PEC traumatologique dans tous les hôpitaux intermédiaires)</p>	<p>*Paquets de services du paludisme accessible à toute la population à travers les systèmes de santé publics, privés et communautaires</p> <p>*Prise en charge intégrée du paludisme avec la pneumonie et la diarrhée</p>
Système d'information sanitaire	<p>Existence d'un service national chargé du SNIS</p> <p>Opérationnalisation de 13 services régionaux dotés d'unités informatiques avec logiciel pour la saisie et l'analyse de données dont le personnel a été formé sur la collecte et l'analyse de données</p> <p>Mise en place d'un système de recueil des données au niveau des PS et CS</p> <p>Publication d'annuaires statistiques annuels (depuis 2005)</p>	<p>Le SNIS n'arrive toujours pas à rendre disponible les informations pertinentes et fiables à tous les niveaux du système de santé</p> <p>La supervision de l'équipe du SNIS de la DRAS et de la Moughataa, dans les structures de santé se limite parfois à de simples missions de ramassage des rapports</p> <p>Absence de guide de supervision et d'outils de collecte de données pour la supervision au niveau des structures</p> <p>Faible niveau d'analyse locale et régionale des données avant leur transmission</p>	<p>Production, analyse, diffusion et utilisation des informations fiables en temps opportun. Elles comprennent les cas de paludisme confirmés et les décès.</p>

DEUXIEME PARTIE:
**ANALYSE DE LA SITUATION DU
PALUDISME EN MAURITANIE**

2. ANALYSE DE LA SITUATION DU PALUDISME

2.1. Profil épidémiologique

2.1.1. Parasites

Le *Plasmodium Falciparum* est l'espèce plasmodiale la plus rencontrée au cours de la saison des pluies en particulier dans la partie Sud. Toutefois, une forte prédominance du *Plasmodium vivax* est observée à Nouakchott et dans les Wilayas du Nord. (Lekweri et coll, 2009, 2011 ; oudahmedousalem et coll, 2013, oudabdallahi et coll, 2014, faciès 2011-2013).

2.1.2. Vecteurs

La faune anophélienne du pays va en décroissant du Sud vers le Nord et d'une année à l'autre (Ouldabdallahi, 2001). Selon l'étude des faciès épidémiologiques du paludisme en Mauritanie réalisée au cours de la saison sèche froide de 2011, 2012 et 2013, l'espèce anophélienne prédominante est *Anophèles Gambiae s.l* représentée par *An.arabiensis* (ouldahmedousalem et coll, 2013, faciès, 2011-2013). Par ailleurs, une étude entomologique réalisée sur la rive droite du fleuve Sénégal en 2003 montre la présence de trois espèces anophéliennes pouvant être vecteurs potentiels du paludisme : *An gambiae*, *An funestus*, *An pharaoensis*. Avec un taux de positivité faible (DIA et coll 2009).

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

Le paludisme est instable en Mauritanie et la stratification des zones de transmission palustres a été déterminée en fonction des résultats obtenus à travers des enquêtes sur la transmission (entomologie et parasitologie) et des contextes écologiques ayant des implications sur la morbidité et la mortalité palustres.

Ainsi, on distingue 3 zones (ou strates) de faciès que sont:

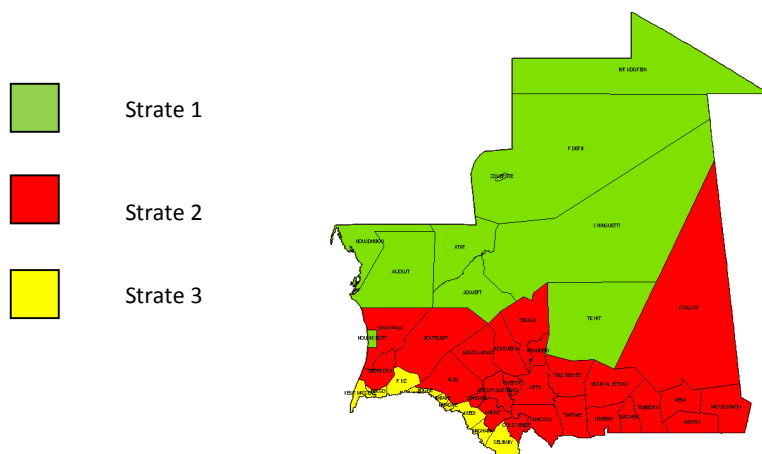
- La Zone sahéenne: se situe le long du bassin du fleuve Sénégal et couvre quatre Wilayas que sont le Trarza (delta du fleuve Sénégal), le Brakna et le Gorgol (moyenne vallée) et la Wilaya de Guidimagha (haute vallée). Dans cette zone la transmission du paludisme est saisonnière faible avec un arrêt de transmission durant plusieurs années (ouldabdallahi et coll, 2010, Touré et coll, 2011). Dans cette zone la transmission du paludisme est saisonnière longue (<6 mois). Les caractéristiques entomologiques et plasmodiques de cette strate sont présentées dans le tableau VI.
- La zone sahélo-saharienne située au Sud-est du pays, entre la vallée du fleuve Sénégal et la ligne Nouakchott-Néma. C'est une zone de pâturages où l'on pratique l'élevage et l'agriculture saisonnière (maraîchage saisonnier). Dans cette zone la transmission du paludisme est saisonnière courte (< 3 mois). (ouldahmedousalem et coll, 2014 ; oudabdallahi et coll 2014 ; rapport faciès 2011- 2013).

Les caractéristiques entomologiques et plasmodiques de cette zone sont présentées dans le tableau VI.

- La zone saharienne représentée par les trois Wilayas du Nord (Tiris Zemour, Adrar et Inchiri) et la capitale Nouakchott (zone côtière). Les trois premières Wilayas sont caractérisées par la rareté des points d'eau et d'importantes palmeraies qui favorisent l'établissement d'agglomérations de tailles significatives. Alors que la capitale Nouakchott constitue un carrefour avec un mouvement important de populations entre les différentes Wilayas du Sud Est et les Wilayas du Nord. Dans cette zone la transmission du paludisme est sporadique surtout au Nord et fluctuante à Nouakchott (entretenue par les bornes fontaines). (ouldahmedousalem et coll, 2013).

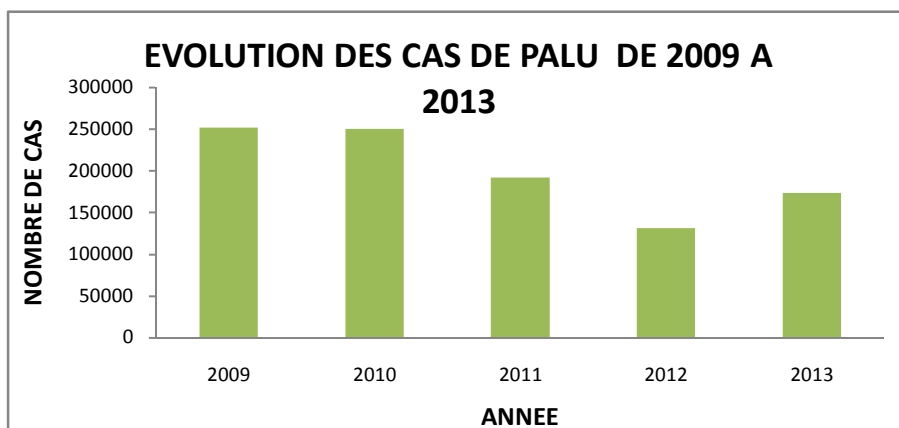
Les caractéristiques entomologiques et plasmodiques de cette zone sont présentées dans le tableau VI.

Figure N°2: Zones géo-climatiques et faciès épidémiologiques



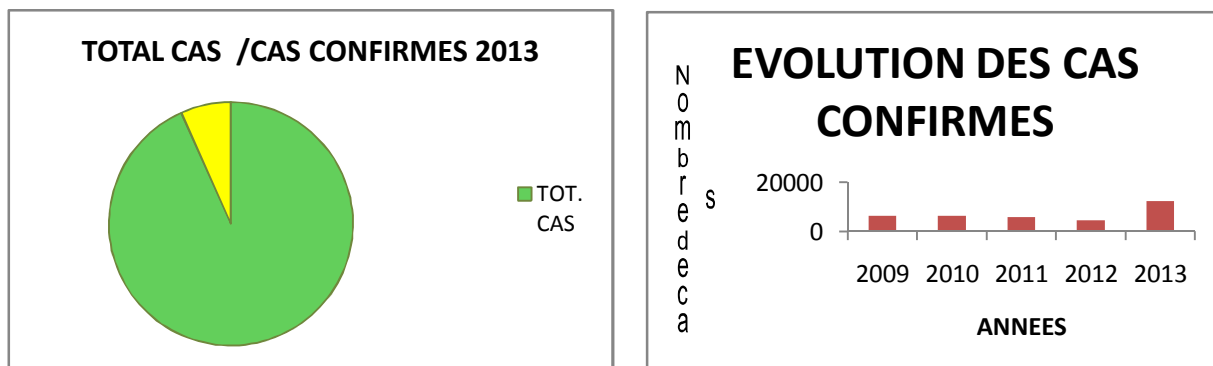
2.1.4. Morbidité et mortalité liées au paludisme

La situation épidémiologique du paludisme n'est pas bien définie car la plupart des données disponibles sont encore basées sur des fièvres d'origine palustre (données du PNLN).



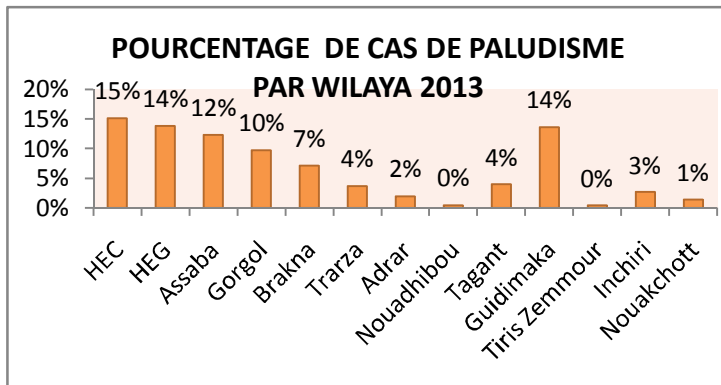
Graphique N°1 : Evolution des cas de paludisme de 2009 à 2013

Chaque année, il est notifié en moyenne 150 000 cas de paludisme présomptif au niveau des formations sanitaires du pays, ce qui place le paludisme présomptif au 3^{ème} rang des motifs de consultations au niveau national après les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques. Toutefois, cela ne reflète pas la morbidité réelle dans les formations sanitaires car le taux de confirmation diagnostique reste inférieur à 5%.



Graphique N°2 :proportion cas confirmés /total cas (7% en 2013)

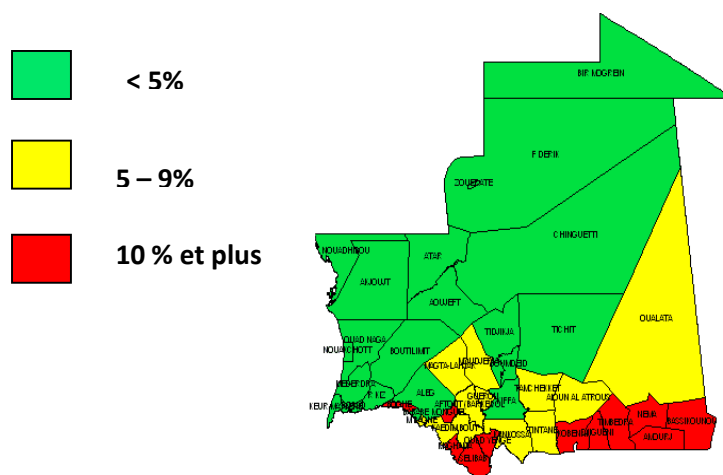
L'incidence relative du paludisme reste cependant variable d'une Wilaya à l'autre. La plupart des cas de paludisme dans les motifs de consultations sont enregistrés dans les wilayas du Sud-Est et sont en moyenne de 20.5%, avec des extrêmes de 29% au Hodh Elgharbi et 14 % au Tagant (Ref : SNIS 2013 selon les 3 strates).



Graphique N°3 : Pourcentage de cas de paludisme par Wilaya en 2013

Les disparités de la morbidité palustre chez les enfants entre 0 et 59 mois sont aussi constatées dans les Wilayas, avec 18% et 22 % respectivement pour le Tagant et le Hodh Elgharbi (Ref : SNIS 2013 selon les 3 strates). La mortalité liée au paludisme est très peu documentée.

Figure N°3 : Morbidité du paludisme par Moughataa en 2012



Source : Données SNIS 2012

La partie Sud-Est du pays est la plus touchée par le paludisme. Les Moughataas du Nord (vert) sont les moins touchées. Le nombre de cas dans la zone intermédiaire varie selon les années en fonction de la pluviométrie.

2.1.5. Stratification du paludisme et Cartographie

Tableau V: Strates du paludisme, 2012

Strates	Caractéristiques de la transmission (instable, faible)	Prévalence parasitaire chez enfants 2 à 9 ans (Faciès, RIM, 2011-2012)	Taux de positivité des tests	Taux d'incidence annuelle du paludisme (SNIS 2012)	Nombre de moughataas	Taille de la population (2012)
Strate 1	Urbaine (Nouakchott)	11%	20%	2%	9	741 968
	Transmission épisodique	6,8%	6%	1%	11	274 226
Strate 2	Transmission saisonnière courte (<3 mois)	8,1%	7,3%	19%	26	1 587 857
Strate 3	Transmission saisonnière longue (3-6mois)	1,7%	2,4%	7%	9	729 861

Tableau VI : Faciès du paludisme par strate épidémiologique

Numéro Strates	Nom de la zone	Zones enquêtées	Prévalence parasitaire chez les enfants de 2 à 9 ans (Etude des faciès Mauritanie)			Espèces plasmodiales	Espèces Anophéliennes
			Saison sèche froide (2011)	Saison sèche chaude (2012)	Saison humide dite saison des pluies (2013)		
Strate I	Zone saharienne	Nouakchott (Teyarett, Dar Naim)	11,5%	1,1%	6.7 %	<i>Plasmodium vivax</i>	<i>An. gambiae</i> s.l, <i>An. arabiensis</i>
		Aoujeft (Adrar) Akjoujt	1%	0,0%	2.3 %	<i>Plasmodium vivax</i>	<i>An. rhodesiensis</i>

		(Inchiri)					
Strate II	Zone sahélo-saharienne	Kankossa (Assaba) Kobeni, Tamchakett (H.Gharbi) Moudjéria (Tagant)	8,1%	0,0%	10.6 %	P. falciparum P. Vivax P. Ovale	<i>An. gambiae s.l</i> <i>An. pharaoensis</i>
Strate III	Zone sahélienne	Keur Macene (Trarza) Boghé (Brakna) Sélibaby (Guidimakha)	1,7%	0,0%	2.4 %	P. falciparum	<i>An. gambiae s.l</i> , <i>An. domicola</i> ; <i>An. rufipes</i>

Source : Rapport d'enquêtes sur le faciès épidémiologique en 2011 & 2012

2.2. Performance du programme

2.2.1. Historique de la lutte contre le paludisme

Avant 1997, la lutte antipaludique a toujours été intégrée dans la politique nationale de soins de santé primaires adoptée en 1992. Elle se résumait à la prise en charge des cas de paludisme dans le cadre des PMA des formations sanitaires. Plusieurs plans opérationnels annuels ciblant des actions prioritaires avaient été développés en 1995 et 1996, notamment la promotion des moustiquaires imprégnées dans des zones pilotes et la prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire.

L'année 1997 a été marquée en Mauritanie par l'adoption d'un document de "*Politique et Stratégies nationales de lutte contre le paludisme*" et l'élaboration d'un plan d'action annuel 1997 dans le cadre de la mise en œuvre accélérée de lutte contre le paludisme appuyée par l'OMS, puis la création d'un Programme national de lutte contre le paludisme en 1998.

En 1998, avec le lancement de l'initiative "Faire Reculer le Paludisme", le Gouvernement a réaffirmé officiellement son engagement dans la lutte contre le paludisme à travers l'élaboration d'un plan stratégique 1998-2000 qui a permis de mobiliser d'importantes ressources financières.

En 2000, la Mauritanie, à l'instar des pays endémique africains, a renforcé son engagement dans la lutte contre le paludisme suite au sommet des Chefs d'Etats et de Gouvernements tenu en avril 2000 sur le paludisme qui a adopté la Déclaration d'Abuja et son Plan d'action. C'est dans ce cadre que le PNLP, sur la base d'une analyse situationnelle du programme, a élaboré son plan stratégique de lutte contre le paludisme 2002-2006.

En 2001-2002, dans le cadre de l'adoption des OMD par le SG/NU et le lancement du Fonds Mondial SIDA/Tuberculose/Paludisme, le PNLP a révisé son plan stratégique pour prendre en compte le défis en matière de lutte contre le paludisme devant l'atteinte de l'OMD 6. C'est ainsi que le PNLP a bénéficié des propositions 2 et 6 (Round 2, Round 6)

du fonds mondial qui ont permis d'intensifier les interventions majeures de lutte contre le paludisme.

De 2006 à avril 2011, la Mauritanie a adhéré aux différentes initiatives et résolutions internationales adoptées sur le paludisme, en particulier la Résolution WHA.52.11 de la 52^{ème} Assemblée mondiale de la Santé et la déclaration sur l'accès universel du Sommet des Chefs d'Etats et de Gouvernements d'Abuja en 2006. Suite aux recommandations de l'OMS, la Mauritanie a révisé sa politique thérapeutique pour remplacer le traitement du paludisme simple avec la chloroquine par celui des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine.

En 2011, la Mauritanie a réalisé la revue de performance du programme de lutte contre le paludisme, ce qui a permis de réviser pour la 2^{ème} fois sa politique nationale de lutte contre le paludisme et d'élaborer un Plan stratégique de lutte contre le paludisme et un plan de suivi/évaluation pour la période 2011-2015.

En 2013, suite à la revue à mi-parcours du PSN (2011-2015), le Programme a procédé à la révision de ses documents normatifs et stratégiques, avec comme tournant principal l'élaboration d'un Plan d'élimination du paludisme pour la période 2014-2020.

2.2.2. Situation actuelle du programme

La mise en œuvre du Plan stratégique 2011 – 2015 s'est faite dans un contexte où les ressources financières sont insuffisantes. Cette situation a abouti à une incapacité du PNLP de jouer pleinement son rôle de coordination de la mise en oeuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme en vigueur.

2.2.2.1. Cadre institutionnel et de gestion du programme

Le PNLP est rattaché à la direction de la lutte contre les maladies qui est sous tutelle du secrétariat général du Ministère de la Santé. Créé en 1998 par arrêté ministériel N° 133/98 du 16 Avril 1998, le PNLP qui bénéficie d'une autonomie de gestion administrative et financière a pour missions principales de:

- concevoir et exécuter la politique nationale de lutte contre le paludisme ;
- élaborer et mettre en oeuvre les plans d'actions opérationnels de lutte contre le paludisme ;
- mobiliser auprès de l'État et des partenaires les ressources nécessaires inscrites dans les plans d'actions de lutte contre le paludisme ;
- assurer l'évaluation régulière de l'impact des activités menées.

Le PNLP est sous la responsabilité d'un médecin-coordonnateur national assisté d'une équipe de 20 personnes qui travaillent à plein temps et qui sont payées sur le budget de l'État. Cette équipe est composée de 3 médecins, 2 biologistes, 1 professeur adjoint, 2 techniciens de santé, 1 statisticien démographe, 1 statisticienne gestionnaire de base de données, 1 informaticienne, 1 comptable, 1 sociologue, 2 IMS, 1 archiviste, 2 secrétaires, 1 planton et 1 gardien.

Le personnel technique du PNLN a des tâches précises en rapport avec 5 unités fonctionnelles.

Par ailleurs, le PNLN a un siège dont le loyer et les frais de fonctionnement (Eau, Electricité, Téléphone) sont à la charge de l'Etat.

Au niveau régional, ce sont les équipes des DRAS et des CSM qui sont responsables, sous la supervision technique du PNLN, de la mise en œuvre et du suivi des activités opérationnelles.

2.2.2.2.Lutte contre les vecteurs du paludisme

Les MILDA sont à ce jour les seuls matériaux imprégnés aux insecticides utilisés en Mauritanie comme barrière contre les moustiques.

Depuis l'adoption en 1997 de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide comme intervention majeure pour la prévention du paludisme, d'importantes activités de marketing social et de distribution de MILDA ont été régulièrement mises en œuvre dans les 8 Wilayas du Sud-Est, avec une transmission confirmée de paludisme.

➤ Forces

De 2011 à 2014, 850 268 MILDA ont été distribuées aux populations de 8 Wilayas du Sud-Est à risque de paludisme confirmé à travers des activités de routine dans les formations sanitaires, notamment aux groupes les plus à risques (femmes enceintes lors des CPN, enfants de moins d'1 an lors des vaccinations).

Les acquisitions et les frais de distribution de ces MILDA ont été financés essentiellement par l'Etat.

➤ Faiblesses

Les MILDA distribuées sont de petites tailles et ne correspondent pas aux attentes des populations qui ont l'habitude d'utiliser des MILDA de famille.

Le secteur privé n'est pas impliqué dans la planification et la mise en œuvre de cette intervention devant permettre un accès universel des populations aux MILDA.

Il existe aussi une faible collaboration entre les organisations à base communautaires et les services de santé des Moughataas, ce qui influence pour beaucoup la faible utilisation des MILDA pendant et après la saison des pluies par défaut de sensibilisation de proximité.

Le système de suivi/évaluation de l'utilisation des MILDA connaît des insuffisances et peu de données de routine s'y rapportant sont renseignées de façon prompte. De même, il n'existe presque pas de contrôle de la qualité des MILDA et rarement d'études sur la sensibilité des vecteurs aux insecticides.

Pour la PID et la lutte anti-larvaire, bien que faisant partie des priorités identifiées dans le document de politique de lutte antipaludique, elles n'ont pas encore reçu les financements nécessaires à leur mise en œuvre dans les zones ciblées. Aucune étude de faisabilité n'a été réalisée à ce jour pour collecter des données de base et surtout permettre un plaidoyer pour mobiliser des ressources spécifiques.

2.2.2.3. Traitement Préventif intermittent chez les femmes enceintes

Il ressort dans le rapport du MICS réalisé en 2011 que 75% des femmes enceintes enquêtées ont bénéficié d'au moins une CPN.

➤ *Forces*

Le PNLDP dispose de directives techniques sur la prévention du paludisme chez la femme enceinte.

Le TPI et les MILDA font partie d'un paquet gratuit fourni aux femmes enceintes durant les CPN au niveau des formations sanitaires.

Des activités de communications lors des CPN dans les formations sanitaires et/ou pendant les activités avancées ont permis d'améliorer son utilisation.

➤ *Faiblesses*

L'utilisation non systématique des opportunités offertes par la fréquentation des services de CPN et les ruptures fréquentes en SP et MILDA pendant les CPN constituent un réel frein à l'adhésion des femmes enceintes aux mesures préventives du paludisme.

Parmi les femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins une CPN ou mères d'enfants de moins de 2 ans, seules 22% ont suivi un TPI selon les directives nationales.

Par ailleurs, l'opérationnalisation de la prise supervisée de la SP n'est pas encore effective dans les formations sanitaires.

De même, le faible engagement du secteur privé dans la mise en œuvre des directives nationales sur la prévention du paludisme chez la femme enceinte a une grande part de responsabilité dans les faibles couvertures observées en MILDA et en TPI.

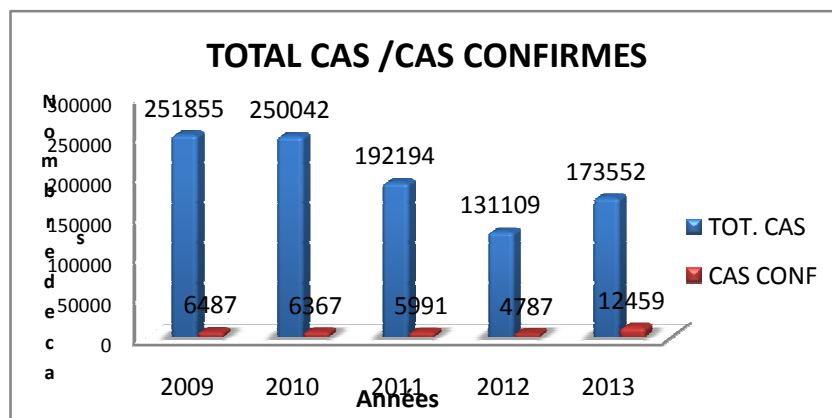
Parmi les autres facteurs influençant également de façon négative la mise en œuvre des activités de prévention chez les femmes enceintes, il y a (i)-l'insuffisance de la collaboration institutionnalisée entre le PNLDP et le PNSR, et (ii)- le faible engagement de la société civile et des relais communautaires dans les activités d'IEC de proximité sur l'utilisation des CPN et des mesures préventives.

Enfin, il importe de noter que le PNLDP n'a pas encore adopté la nouvelle recommandation de l'OMS stipulant au moins 3 doses de TPI chez la femme enceinte au cours des CPN.

2.2.2.4. *Prise en charge des cas de paludisme*

La politique thérapeutique d'introduction des CTA bien qu'adoptée en 2006 n'a été mise en œuvre qu'en janvier 2009 par l'approvisionnement des formations sanitaires des 8 Wilayas à risque de paludisme.

Cette politique thérapeutique a été mise à jour en 2011 dans le cadre de la révision du document de politique et stratégies nationales de lutte contre le paludisme avec comme décision essentielle de tester tout cas suspect de paludisme pour confirmation avant de mettre en route un traitement antipaludique.



2.2.2.4.1. Diagnostic biologique du Paludisme

➤ Forces

L'utilisation des TDR pour améliorer la confirmation biologique du paludisme est une partie intégrante de la stratégie de prise en charge des cas telle que définie dans la politique nationale de lutte antipaludique conformément au slogan « *Pas de Paludisme sans Confirmation Diagnostique* ».

➤ Faiblesses

En plus de l'insuffisance en personnel des services de laboratoire, l'introduction des TDR reste très faible du fait de l'insuffisance du financement nécessaire pour l'atteinte de la couverture universelle.

Graphique N°4 : Total des cas/cas confirmés de paludisme de 2009 à 2013

Il ressort dans le rapport du MIS 2011 que le taux de confirmation du paludisme (microscopie, TDR) est seulement de 0,8% dans les structures sanitaires des 8 Wilayas à risque de paludisme, et ceci malgré les efforts du Ministère de la Santé et des partenaires qui ont mis à la disposition de ces structures des TDR. Le PNLP a distribué des TDRs respectivement de 22 590 en 2011, de 28 040 en 2012 et de 225 680 en 2013.

Le cas de la faible couverture de la confirmation diagnostique devant tout cas suspect de paludisme par la microscopie ou des tests de diagnostic rapide (TDR) est le plus illustratif car le taux de réalisation des tests de confirmation est seulement de 5%. Cela est expliqué notamment par des ruptures fréquentes de TDRs au niveau des formations sanitaires.

En outre, il existe un faible engagement des prestataires de soins avec une réticence à l'utilisation des TDR pour des raisons diverses: (manque de formation, faible motivation, ruptures des TDR.....). De même, il n'existe pas de réseau de laboratoire pour le contrôle de qualité, ni de système d'assurance qualité de laboratoire mis en contribution (microscopie, TDR), ni d'outils pour la traçabilité des consommables de laboratoire et des

TDRs réalisés. Les modules de formation des prestataires et des directives techniques sur le diagnostic biologique, élaborés depuis 2007, ne sont pas actualisés. L'achat des TDRs et leur introduction dans toutes les formations sanitaires publiques, privées et au niveau communautaire n'est pas encore une réalité.

Enfin, pour le niveau communautaire, la prise en charge du paludisme n'intègre que faiblement les TDRs et ni l'approche PCIME, ni la Prise en Intégrée Communautaire du Paludisme (iCCM = intégration de la prise en charge du paludisme, de la pneumonie et de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans) ne sont mises en œuvre de manière effective).

2.2.2.4.2. Traitement antipaludique des cas de paludisme

➤ *Forces*

Le Gouvernement a décidé depuis 2009 la gratuité de tous les traitements antipaludiques au sein des structures sanitaires publiques. Depuis 2011, avec l'arrêt des financements du fonds mondial, la mise en œuvre de la nouvelle politique thérapeutique a surtout bénéficié des appuis techniques et/ou financiers des partenaires au développement (OMS, l'UNICEF, Coopération bilatérale). Au cours de cette période, la prise en charge du paludisme au niveau communautaire a été aussi mise en œuvre dans des Moughataas avec l'introduction des CTA et des TDRs.

Il faut souligner qu'aucune rupture de stock de CTA n'a été observée dans les formations sanitaires pendant les trois dernières années.

➤ *Faiblesses*

La prise en charge du paludisme dans le secteur privé n'est pas encore régulée, notamment la non application des schémas thérapeutiques recommandés par la politique nationale de lutte contre le paludisme et une persistance de l'utilisation des dérivés à base d'Artémisinine en monothérapie et de la chloroquine pour la prise en charge des cas de paludisme simples. De même, le personnel de santé adhère faiblement aux nouvelles directives de traitement d'où la faible utilisation des CTA pour traiter les patients. Cette situation influe négativement sur l'adhésion des populations aux nouvelles directives thérapeutiques (TDR, CTA).

Aussi, les barrières géographiques et financières auxquelles sont souvent confrontées les populations rurales ont pour conséquence une automédication accrue dans un contexte de prolifération d'antipaludiques de mauvaise qualité.

Enfin, il importe de signaler d'autres faiblesses qui influencent encore la qualité du traitement antipaludique, notamment (i)- la verticalité (non implication de la CAMEC) et l'absence d'un plan d'approvisionnement à long terme en antipaludiques avec des outils de gestion de stocks à tous les niveaux, (ii)-l'insuffisance du contrôle de qualité des CTA, y compris l'absence d'un système de pharmacovigilance et (iii)- l'absence de sites sentinelles fonctionnels pour la surveillance de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques (CTA, autres).

Les directives nationales et des manuels de formation sur la prise en charge des cas de paludisme avec introduction des CTA depuis 2006 ne sont pas actualisés.

2.2.2.5. Lutte contre les épidémies de paludisme

La surveillance épidémiologique du paludisme (reporting) s'inscrit dans le cadre de la SMIR mise en place par le Ministère de la Santé.

➤ *Forces*

L'existence d'un service national de surveillance épidémiologique et des comités intersectoriels de prévention et de riposte aux épidémies à différents niveaux de la pyramide sanitaire constitue un support important pour la lutte contre les épidémies du paludisme.

Le Ministère de la Santé dispose d'une stratégie SIMR à travers laquelle est mis en place un système de détection et d'alerte précoce aux épidémies qui permet des actions promptes souvent grâce aux ressources disponibles.

Ainsi, la gestion des épidémies de paludisme est inscrite dans la politique nationale de lutte antipaludique.

Dans le cadre de son plan stratégique de lutte contre le paludisme, le PNLP a toujours disposé de financements auprès de partenaires au développement pour les activités de lutte contre les épidémies. Des stocks d'urgence comprenant des médicaments antipaludiques ont été toujours rendus disponibles au niveau des DRAS pour la réponse aux éventuelles épidémies de paludisme.

De même, l'existence de structures de recherche comme l'INRSP, l'Université de Nouakchott et les Ecoles nationales de santé publique, constituent une opportunité que le PNLP a saisi pour mettre en place un cadre de collaboration sur des aspects se rapportant aux études/enquêtes épidémiologiques et le développement du réseau de laboratoires.

➤ *Faiblesses*

Le paludisme n'est toujours pas classifié comme « maladie à potentiel épidémique » dans le guide technique SIMR élaboré en 2008 et les données ne sont collectées que de façon mensuelle sur la base de définitions de cas génériques.

Le PNLP a élaboré en 2010 un draft de guide technique sur la détection, prédiction, prévention et riposte qui n'a pas été mis à jour, ni utilisé lors des formations des équipes de terrain des zones à risque épidémiques de paludisme.

Enfin, le laboratoire n'est pas suffisamment impliqué dans la surveillance des maladies du fait des insuffisances des équipements et consommables de laboratoires, et du manque de formation de leur personnel.

De nombreux déterminants handicapent encore la mise en œuvre d'un système de préparation et de riposte aux épidémies de paludisme, notamment (i)-l'inexistence de définition standard de seuils épidémiques de paludisme adaptés aux différents faciès épidémiologiques, (ii)-le caractère incomplet et fragmentaire des données épidémiologiques existantes, (iii)-l'insuffisance de recherches pour une meilleure connaissance des zones à potentiel épidémique, (iv)-la sous-utilisation des ressources humaines locales spécialisées comme expertise nationale en particulier dans la lutte contre les épidémies de paludisme (Entomologistes, Parasitologues, Epidémiologistes, Médecins

de santé publique), (v)-le faible système de diagnostic biologique du paludisme et de contrôle de qualité, (vi)-la faible attention accordée à l'impact sanitaire lors de la mise en œuvre des projets de développement hydroagricoles, (vii)-la non fonctionnalité des sites sentinelles de surveillance sélectionnés par le PNLP, (viii)-l'insuffisance de personnels formés et de directives claires sur la lutte contre les épidémies au niveau opérationnel, (ix)-la faible implication du niveau communautaire dans la surveillance à base communautaire et la réponse aux éventuelles épidémies, (x)-la faible accessibilité des populations aux soins dans les zones à risque épidémique, (xi)-l'absence de ressources décentralisées pour la lutte contre les épidémies (moyens logistiques et financiers prépositionnés au niveau Moughataa) et (xii)-la non fonctionnalité des comités intersectoriels à différents niveaux pendant les périodes d'épidémie.

2.2.2.6. Plaidoyer, Communication et Mobilisation sociale

En collaboration avec la structure du Ministère de la Santé en charge de l'éducation pour la santé, le PNLP a produit tous les ans des supports de communication (affiches, spots TV et radios) sur les différentes stratégies de prévention et de traitement du paludisme.

➤ *Forces*

Il existe une volonté politique affirmée de l'Etat à soutenir la lutte antipaludique dans le cadre de l'accélération des OMD-Santé à travers le plaidoyer et la mobilisation de ressources additionnelles en vue de l'atteinte des objectifs en rapport avec la couverture universelle.

Le Ministère de la Santé dispose d'un service national d'Education Pour la Santé (EPS) ayant des capacités de production et un cadre de collaboration avec les structures audiovisuelles nationales (TVM, radios publiques).

Il existe des directives techniques pour appuyer la mise en œuvre des activités d'IEC au sein des formations sanitaires et dans la communauté.

En 2011, des outils de sensibilisation (dépliants, posters, T-shirts....) sur le paludisme ont été développés par le PNLP avec l'appui de l'UNICEF.

Le PNLP assure des contractualisations avec des ONG pour la sensibilisation des populations sur le paludisme.

Des campagnes nationales de mobilisation sociale se déroulent chaque année au moment de la période de haute transmission permettant notamment:

- le renforcement de l'engagement des décideurs et acteurs locaux: administration, élus, notables, leaderships, associations de jeunes, coopératives féminines ;
- la sensibilisation des populations à travers différents canaux : communication interpersonnelle et de groupes, médias traditionnels (crieurs, griots, assemblée locale) et médias modernes (télévision, radio rurale, journaux, officiels et privés...)

Chaque année, la journée mondiale de lutte contre le paludisme est célébrée sous la supervision des hautes autorités nationales: Gouvernement, décideurs politiques, autorités administratives et communales, société civile, OCB, notabilité, etc. permettant aussi une mobilisation des décideurs et des communautés autour du paludisme.

➤ *Faiblesses*

Le service d'EPS ne dispose pas d'un personnel qualifié en nombre pour la mise en œuvre de la stratégie de communication du Ministère de la Santé.

Le PNLP ne dispose pas d'une stratégie de communication sur le paludisme qui détermine les différentes cibles, les canaux de communication et des approches d'harmonisation des messages. Actuellement, les activités de sensibilisation sont mises en œuvre de façon parcellaire, non coordonnées (plusieurs acteurs) et ne rentrent pas dans le cadre d'un plan stratégique national de communication sur le paludisme. Aussi, les supports d'EPS sur le paludisme sont mal utilisés au niveau des structures de santé et les activités sont réalisées par un personnel souvent peu qualifié et non formé.

Le niveau communautaire n'est souvent pas impliqué dans le processus de mobilisation sociale d'où l'insuffisance de l'impact des messages diffusés au niveau des populations ciblées. Bien qu'il y a des tentatives d'implication des organisations communautaires de base dans la mise en œuvre des activités IEC, elles se trouvent confrontées à l'insuffisance de personnel qualifié ce qui justifie le besoin d'un renforcement des capacités.

Les moyens mobilisés au niveau central pour les activités IEC ne sont pas souvent décentralisés au niveau opérationnel (CS, PS), en particulier les budgets spécifiques et les supports de sensibilisation. Dans les structures sanitaires où les supports IEC existent, ils sont souvent mal exploités et peu utilisés par le personnel de santé à l'occasion des activités de routine (Consultations, CPN, Vaccination, ...).

Les activités IEC réalisées par les services de santé et les relais communautaires ne sont pas souvent documentées et donc non intégrées dans le système d'information sanitaire de routine.

2.2.2.7. Surveillance, Suivi/évaluation et recherche opérationnelle

Malgré la présence du SNIS, le PNLP a souvent recours à la collecte parallèle de données de paludisme au niveau des formations sanitaires du pays, malgré le caractère parfaitement intégré de la lutte contre le paludisme dans les structures de santé.

Cette approche permet d'une part d'avoir une meilleure complétude de données de qualité, et d'autre part une meilleure promptitude dans l'acheminement des rapports mensuels.

Les résultats de cette collecte active de données sont présentés sous forme d'un rapport annuel du PNLP avec des indicateurs par Wilaya. Les données mensuelles de morbidité et de mortalité proportionnelles extraites rétrospectivement de registres ou de rapports mensuels SNIS sont utilisées pour construire les indicateurs d'impact du programme.

De 2011 à 2014, des enquêtes MICS (2011) et MIS sur les indicateurs du paludisme (OMVS en 2012) ont permis de renseigner certains indicateurs de performance du programme.

➤ Forces

Le Ministère de la Santé dispose d'un Service des Méthodes et du Suivi des Indicateurs avec 2 divisions : la Division de l'exploitation et de la publication des statistiques sanitaires, et la Division de la recherche opérationnelle.

Le PNLP, à travers son unité de suivi/évaluation, dirigée par un responsable en suivi/évaluation collabore avec la division en charge du SNIS.

Le PNLP dispose de points focaux dans les Wilayas à risque de paludisme qui ont en charge la supervision de la mise en œuvre des activités, le recueil des données de paludisme qu'ils envoient au PNLP sous forme de rapports trimestriels.

Pour les indicateurs de résultats, ils sont renseignés à travers des enquêtes dans la population sur la base d'une contractualisation avec le secteur privé et/ou des institutions de recherche.

➤ *Faiblesses*

Le PNLP bien qu'ayant un Plan de suivi/évaluation 2011-2015 pour la même période que le plan stratégique connaît encore des insuffisances en ressources humaines, en renforcement des capacités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et en outils standards harmonisés avec le SNIS et les partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme.

De plus, le programme dispose d'un parc informatique insuffisant et en mauvais état et souffre de l'absence de maintenance curative et préventive de ce matériel.

Les données de routine de paludisme collectées sont parcellaires et non exhaustives, ce qui pose un réel problème quant à leur fiabilité du fait des insuffisances des moyens du SNIS.

Les faibles taux de complétude et de promptitude des rapports pourraient être expliqués entre autres par la faible motivation des agents chargés de l'élaboration et de la transmission de ces rapports, et la rupture des supports de collecte des données au niveau du programme.

Par ailleurs, la majorité des indicateurs de routine du programme ne sont pas encore intégrés aux supports du SNIS. Quant à ceux renseignés par le SNIS, parviennent en retard et de façon incomplète au programme.

Les données transmises à chaque niveau ne font pas l'objet d'analyse systématique avant d'être transmises aux niveaux hiérarchiques supérieurs. Il n'existe pas de feed-back des rapports transmis.

Aussi, il y a de réels défis pour la mise en place d'une base de données fonctionnelle (logiciel de gestion de données, accessoires informatiques, formation continue) et la réalisation de supervisions régulières formatives à différents niveaux de la pyramide sanitaire (DRAS, CSM, PS, Société civile, communauté).

Par ailleurs, les capacités de recherche opérationnelle au niveau national et périphérique sont peu développées, ce qui explique le peu de données sur la documentation des bonnes pratiques.

2.2.2.8. Gestion des approvisionnements et la distribution des intrants antipaludiques

Le PNLP s'inscrit dans la politique nationale d'approvisionnement et de distributions des intrants sanitaires mise en place par le Ministère de la Santé.

➤ *Forces*

Il existe une réglementation claire sur les procédures d'enregistrement des médicaments et autres produits pharmaceutiques à travers l'adoption de lois.

Le système d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels et autres consommables dans les structures sanitaires publiques, depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique, est assuré par la CAMEC qui est une société d'économie mixte sous tutelle du Ministère de la Santé. Certaines structures de soins parapubliques (services de l'armée, de la garde, de la police et de la douane) et de la société civile (ONGs nationales et internationales) s'approvisionnent parfois auprès de la CAMEC, alors que les structures de soins et officines/dépôts du secteur privé s'approvisionnent auprès de grossistes répartiteurs privés. Il existe un laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments.

➤ *Faiblesses*

Les deux principales causes sous-jacentes des ruptures en stocks de Médicaments essentiels sont (i)-l'insuffisance du système national d'approvisionnement en Médicaments géré par la CAMEC et (ii)-la faiblesse de ses capacités de gestion. En effet, l'exécution des marchés publics de Médicaments ne garantit pas une disponibilité à temps des stocks à cause, entre autres, du retard de lancement desdits marchés et des faibles capacités de l'institution dans la passation des marchés publics.

Par ailleurs, le non-respect des statuts et règlement intérieur de la CAMEC et les relations « d'affiliation » de la CAMEC au Ministère de la Santé – contraire à l'esprit de création de cette Société Nationale – sont à l'origine de situation financière caractérisée par une faiblesse du recouvrement des créances du Ministère de la Santé et des centres hospitaliers.

Le chevauchement et la multiplicité des intervenants dans l'approvisionnement de certains produits essentiels (produits SR, ARV, antituberculeux, antipaludiques...) avec des circuits multiples et parallèles ne garantissent pas une gestion optimale de ces produits ni leur disponibilité permanente au sein des structures de prestation de soins. Cette situation est parfois en contradiction avec certains textes réglementaires visant une coordination efficace et une qualité garantie de tout Médicament essentiel.

Parmi les facteurs qui contribuent aux ruptures fréquentes en antipaludiques et autres produits (CTA, SP, TDR, MILDA), il y a notamment : (i)- la duplication des sources d'approvisionnement des structures sanitaires périphériques, des hôpitaux et du secteur privé, (ii)- la diversité et la complexité des procédures de financement et d'achat dictées très souvent par le bailleur, (iii)-les faibles capacités de stockage et de distribution depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique, (iii)-la multiplicité des outils de gestion et de reportage responsables d'une surcharge de travail des personnels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (iv)-l'existence de systèmes parallèles d'approvisionnement et de distribution pour la société civile et des partenaires intervenant dans la lutte antipaludique, (v)- la présence d'antipaludiques au niveau national sans autorisation de mise sur le marché (monothérapie à l'Artémisinine), (vi)-les difficultés dans le suivi et le contrôle des approvisionnements de sources diverses (gestion, contrôle de qualité, pharmacovigilance) et (vii)-le gap en financement pour la location et/ou la construction de locaux pour le stockage des intrants à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et leur distribution sur le terrain.

2.2.2.9. Renforcement des capacités de gestion et de coordination du programme

En Mauritanie, des efforts considérables ont été faits en matière de gestion et de coordination des activités de lutte contre le paludisme par la mise en œuvre d'un Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) qui coordonne toutes les

interventions de la lutte au niveau du pays. Ainsi, le programme est appuyé par l'Etat et les partenaires techniques et financiers dont les principaux sont l'OMS et l'UNICEF. Le PNLP participe à des cadres de concertation sous-régionaux de lutte contre le paludisme organisés par :

- l'OMVS, dans le cadre de la lutte contre les maladies tropicales engendrées et/ou accentuées par le phénomène de l'après barrage, y compris le paludisme ;
- le Réseau Ouest Africain Faire reculer le paludisme (WARN), dans le cadre de la redynamisation du partenariat local et la mobilisation de ressources ;
- L'initiative d'accélération de la lutte contre le paludisme regroupant 8 pays de la bande sahélienne (Déclaration de Nouakchott).

➤ *Forces*

Bien qu'il existe un programme national de lutte contre le paludisme, les activités de lutte antipaludique sont intégrées au système de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, en particulier durant les étapes de planification, de mise œuvre des prestations de soins et de suivi/évaluation des interventions. Ce sont les équipes des DRAS et des CSM qui sont chargées de la supervision de la mise en œuvre des activités et du suivi/évaluation des interventions du programme.

A travers un plaidoyer continu, le Gouvernement mobilise régulièrement d'importantes ressources de l'Etat et auprès des partenaires au développement, ce qui permet d'intensifier les interventions majeures de lutte contre le paludisme dans le cadre de l'accès universel.

➤ *Faiblesses*

Les capacités de leadership du PNLP sur des aspects normatifs et de coordination du partenariat de la lutte contre le paludisme en Mauritanie connaissent encore des insuffisances qui handicapent pour beaucoup les performances du programme. Cette situation a comme implication directe une faiblesse du mécanisme de coordination et de gestion des activités de lutte contre le paludisme à tous les niveaux, notamment entre le PNLP et les services centraux du Ministère de la Santé d'une part (PNSR, Service de la surveillance épidémiologique, SNIS, PEV, PCIME), et le niveau périphérique d'autre part (DRAS, CSM, Société civile, partenaires locaux).

Il existe un gap important en ressources humaines qualifiées dans diverses expertises au niveau central (ingénieur sanitaire, entomologiste, épidémiologiste, parasitologue, santé publique, administrateur, etc.) et au niveau opérationnel où le personnel formé sur la lutte contre le paludisme connaît une grande mobilité avec une répartition inégale sur l'ensemble du pays.

Le comité national de coordination du PNLP créé par arrêté ministériel en 1998 ne fonctionne pas et semble être substitué par le CCM. Aussi, l'absence de coordination entre le secteur public et privé de la santé a comme implication sur le PNLP une faible adhésion des structures de soins privées aux directives nationales sur les mesures préventives et thérapeutiques du paludisme. La collaboration du programme avec le secteur privé se résume à des activités ponctuelles.

L'environnement de travail actuel du PNLP entrave le bon fonctionnement du programme et mérite d'être reconsidéré pour impulser efficacement l'atteinte de ses résultats

escomptés: local non adapté aux besoins (exiguë, mobilier de bureau et équipements informatiques insuffisants), moyens logistiques et personnels d'appui insuffisants, etc. Dans le cadre de l'appui permanent du PNLP aux institutions de formation, les Ecoles Nationales de de Santé Publique n'ont pas encore révisé leur curricula pour intégrer les nouvelles orientations de la politique nationale de lutte contre le paludisme. Enfin, il faut noter l'absence d'un système de rétro information entre le PNLP et les parties prenantes sur les progrès dans la mise en œuvre du programme.

2.2.2.10. Niveau de progrès des indicateurs du programme

De manière générale, les interventions développées ont permis d'améliorer significativement les niveaux des indicateurs majeurs fixés par le programme, comme indiqué ci-dessous :

Tableau VII : Niveau de progrès des indicateurs de résultats, 2011

ENQUETES INDICATEURS	Enquête MICS, 2007 (Nationale)	Enquête sur les indicateurs de base du paludisme, 2010, (16 Moughataas)	Enquête MICS, 2011 (Nationale)
Proportion d'enfants < 5 ans avec paludisme simple correctement pris en charge dans les 24 heures.	10%	ND	8,6%
Proportion d'enfants < 5 ans dormant sous MII.	6%	65%	18.70%
Proportion de femmes enceintes dormant sous MII.	ND	34%	22%
Proportion de ménages avec au moins une MII.	12%	40%	47,5%
Proportion de femmes enceintes ayant pris le TPI1	ND	ND	70.7 %
Proportion de femmes enceintes ayant utilisé TPI2	ND	22%	21,6 %
Proportion d'enfants < 5 ans avec paludisme simple correctement PEC dans les formations sanitaires	ND	ND	8,6%
Proportion d'enfants < 5 ans avec paludisme grave correctement PEC dans les formations sanitaires	ND	ND	ND

*Sources : PNLN ; ONS

2.2.2.11. Financement du programme de lutte contre le paludisme

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme est inscrit comme prioritaire par le Gouvernement dans le cadre du Plan National du Développement Sanitaire (PNDS).

2.2.2.11.1. Financement du programme

De 2011 à 2013, le PNLN n'a bénéficié que de 8% de son budget planifié pour la mise en œuvre de ses activités du fait du retrait des financements du Fonds Mondial et de la BID. Cependant, il a bénéficié des ressources de l'Etat et de certains PTF (OMS, UNICEF, OMVS, Coopérations bilatérales).

Tableau VIII : Coût des interventions du programme de 2011 à 2013

Interventions	Coûts/3ans en Dollars US	Coûts/3ans en Ouguiya	Mobilisation	Taux de mobilisation
Diagnostic biologique et Prise en charge des cas de paludisme	10 330 902	2 892 652 560	236 303 160	8,17 %
Lutte contre les vecteurs du paludisme	12 218 011	3 421 043 080	378 500 000	11,06 %
Prévention du paludisme chez la femme enceinte	2 572 123	720 194 440	0	0,00 %
Lutte contre les épidémies de paludisme	275 270	77 075 600	0	0,00 %
Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale	533 690	149 433 200	10 973 875	7,34 %

Suivi/évaluation et Recherche Opérationnelle	2 659 900	744 772 000	61 039 756	8,20 %
Renforcement des Capacités de Gestion et de Coordination du Programme	1 695 095	474 626 600	16 020 000	3,38 %
Total	30 284 991	8 479 797 480	702 836 791	8,29 %

Source : Revue à mi-parcours du plan stratégique 2011-2015

Les taux de mobilisation sont généralement faibles du fait que les partenaires n'ont pas tenu leurs engagements suite à la table ronde pour la mobilisation des ressources en 2011.

2.2.2.11.2. Domaine d'intervention des partenaires

De 2011 à 2014, les partenaires du PNLP ont eu à financer diversement les différentes interventions de lutte antipaludique.

Tableau IX : Etat de l'appui des partenaires par Intervention de lutte, 2011-2014 en USD

Etat/ Partenaires Interventions	ETAT	OMS	BID	UNICEF	OMVS	UNFPA	WORLD VISION
MILDA	1 953 333	0	286 667	821 667	3 966 667	46 400	43 017
PID	0	0	0	0	0	0	0
TPI	0	0	0	0	0	0	0
Diagnostic biologique du paludisme	829 067	0	16 667	0	0	0	0
Traitement antipaludique du paludisme	400 000	0	0	11 929	0	0	1 450
Lutte contre les épidémies de paludisme	30 000	0	0	0	0	0	134 640
Plaidoyer, Communication et Mobilisation sociale	0	140 000	0	10 280	0	0	7 462
Suivi/Evaluation & Recherche opérationnelle	65 967	137000	20 000	11 667	0	0	0
Gestion & Coordination du programme	593 333	50 000	0	7 332	0	0	0
Total	3 871 700	327 000	323 334	862 875	3 966 667	46 400	186 569

%	40,4	3,4	3,4	9,0	41,4	0,5	1,9
---	------	-----	-----	-----	------	-----	-----

Source : Rapport revue à mi-parcours du plan stratégique 2011-2015

De 2011 à 2014, l'OMVS a été le principal partenaire à intervenir dans le financement des activités de lutte contre le paludisme (42,59%) en mettant à la disposition du pays des MILDA. L'Etat vient en deuxième position avec 41,58%. La contribution des autres partenaires a varié entre 9,27% et 0,5%.

2.3.Défis pour le Plan d'élimination du paludisme 2014 - 2020

Compte tenu de la nouvelle réorientation du Programme de la lutte contre le paludisme vers l'élimination du paludisme, il s'agira de mettre en œuvre des stratégies adaptées au faciès épidémiologique en vue de:

- Renforcer les capacités de gestion et de coordination du programme à tous les niveaux, dans le contexte de l'élimination du paludisme
- Avoir une mobilisation et un engagement durable des principales parties prenantes et des partenaires dans le programme d'élimination;
- Mobiliser des ressources suffisantes pour le Plan d'élimination du paludisme 2014-2020 ;
- Avoir un accès universel au diagnostic biologique et traitement du paludisme avec une adhésion effective des patients et des prestataires de soins;
- Mettre en place des mesures de lutte anti vectorielle adaptées aux différentes strates épidémiologiques du pays ;
- Définir et mettre en place une stratégie de communication adaptée au contexte de l'élimination du paludisme ;
- Assurer l'identification, l'investigation et la notification de tous les cas de paludisme dans les Wilayas du Nord et Nouakchott.

TROISIEME PARTIE:

**PLAN STRATEGIQUE
D'ELIMINATION DU PALUDISME 2014-
2020**

3. CADRE STRATEGIQUE DU PLAN

Le plan d'élimination 2014-2020 s'inscrit en droite ligne avec le Plan National du Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2020 du Ministère de la Santé.

3.1. Vision

Le Plan d'élimination du paludisme permettra de contribuer à l'atteinte de l'objectif de la politique nationale de lutte contre le paludisme dont la vision est l'élimination du paludisme d'ici 2025.

3.2. Mission et Principes directeurs

3.2.1. Mission

A travers ce Plan, la mission du Programme sera d'assurer à toute la population un accès universel et équitable aux mesures préventives et de prise en charge du paludisme dans le cadre de la politique nationale de santé.

3.2.2. Principes directeurs

Conformément à l'esprit du PNDS, les principes directeurs du présent plan d'élimination sont en conformité avec les valeurs universelles, à savoir l'équité, la justice, la solidarité sociale et l'accès universel aux services de prévention et de traitement du paludisme à tous les niveaux.

Dans ce cadre, les priorités définies seront en accord avec les objectifs fixés pour passer de la lutte consolidée à l'élimination progressive du paludisme en Mauritanie, conformément au faciès épidémiologique de la maladie en Mauritanie. L'accent sera mis sur des stratégies permettant un accès de qualité aux populations sans distinction aucune et en étroite concertation avec les pays limitrophes dans le cadre des initiatives sous régionale de lutte contre le paludisme.

3.3. Orientations stratégiques et priorités

A la lumière des données épidémiologiques actuelles, il est logique d'émettre l'hypothèse que certaines Wilayas du Nord du pays pourraient être dans une phase d'élimination, alors que celles du Sud-Est pourraient être dans une phase de pré-élimination. En attendant la mise en place de stratégies permettant de documenter davantage la situation, la Mauritanie a pris la décision politique de se lancer dans un programme d'élimination du paludisme. Les orientations stratégiques et les priorités nationales en matière de lutte contre le paludisme seront guidées par la spécificité du faciès épidémiologique du pays.

La stratification de la maladie implique la mise en œuvre de stratégies adaptées à chacune des 2 grandes zones du pays définies en fonction du niveau de transmission, soit :

- *Pour les zones à transmission faible (Strate II et III = 35 Moughataas)*: les Moughataas de cette zone bénéficieront d'interventions spécifiques en rapport avec la pré-élimination du paludisme autochtone. Il s'agira en particulier de (i)-d'intensifier les mesures préventives adéquates pour toutes les populations cibles, (ii)-mettre à l'échelle de façon gratuite l'initiative T3 avec l'implication du secteur médical privé et para- public, (iii)-Rendre disponible du personnel formé et qualifié, (iv)-développer des actions de promotion de la santé axées sur l'utilisation universelle des mesures de prévention et de prise en charge du paludisme, (v)- instaurer un système de surveillance active efficace et en temps réel à tous les niveaux avec la mise en place d'une banque de données et d'un système géo-référencié et (vi)- s'inscrire dans un cadre de collaborations transfrontalières et sous-régionales.
- *Pour la zone à transmission sporadique (Strate I = 20 Moughataas)*: les Moughataas de cette zone bénéficieront d'interventions spécifiques en rapport avec la pré-élimination du paludisme autochtone. Il s'agira en particulier de (i)-évaluer et de planifier les activités opérationnelles pour arrêter la transmission du paludisme, (ii)-mettre à l'échelle de façon gratuite l'initiative T3 (Tester tous les cas suspects en intégrant un système d'assurance/qualité du diagnostic, Traiter tous les cas confirmés y compris le traitement radical anti-gamétocyte, Traquer/surveiller tous les cas), (iii)-mettre en œuvre une politique de la lutte anti-larvaire ciblée, (iv)- instaurer un système de surveillance active efficace et en temps réel à tous les niveaux avec la mise en place d'une banque de données et d'un système géo-référencié, et (v)- poursuivre le cadre de collaborations transfrontalières et sous-régionales.

3.4. But et Objectifs

3.4.1. But

Contribuer à l'atteinte de l'objectif d'élimination du paludisme d'ici 2025.

3.4.2. Objectifs

- Réduire la transmission du paludisme à moins de 1 cas pour 1000 personnes dans les Moughataas à faible transmission.
- Arrêter la transmission autochtone du paludisme dans les Moughataas à transmission sporadique
- Améliorer les capacités de gestion et de coordination du programme à tous les niveaux.

4. INTERVENTIONS ET STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE

Pour pouvoir maîtriser et éliminer totalement le paludisme, il importe de mettre en œuvre des stratégies prioritaires efficaces. Cette mise en œuvre doit être inscrite dans la durée et requérir un engagement politique et le soutien sur le long terme des partenaires techniques et financiers.

De façon globale, les interventions et stratégies ci-dessous seront mises en œuvre au cours de la période couverte par le présent Plan d'élimination du paludisme, 2014-2020.

4.1. Accès universel au diagnostic biologique et au traitement efficace

Il s'agira de rendre disponible et accessible un diagnostic biologique fiable et un traitement antipaludique efficace pour toutes les populations à risque de paludisme.

Conformément à la politique nationale de lutte contre le paludisme révisée, tout cas suspect de paludisme vu par un personnel de santé ou un ASC doit être d'abord confirmé biologiquement (microscopie ou TDR) avant la mise en route du traitement antipaludique approprié. L'objectif de cette intervention est d'assurer (i)-une couverture effective d'au moins 90% de confirmation du diagnostic biologique (microscopie ou TDR) des cas suspects de paludisme aussi bien au niveau des formations sanitaires qu'au niveau communautaire (iCCM = PEC intégrée du paludisme, de la pneumonie et de la diarrhée par les ASC), (ii)- une couverture effective de 100% de traitement antipaludique efficace pour tous les cas confirmés de paludisme à travers la disponibilité des différents intrants antipaludiques, la révision des normes et procédures de diagnostic et de prise en charge, le renforcement des compétences du personnel, un système d'assurance-qualité du diagnostic biologique et un système de contrôle de qualité des intrants antipaludiques du PNLP.

Pour les zones Nord et Nouakchott (à transmission sporadique), il s'agira en particulier d'entreprendre avant tout une analyse situationnelle qui permettra de faire la cartographie de tous les foyers de paludisme par Moughataa. Chaque foyer actif sera par la suite investigué pour collecter les informations nécessaires d'ordre:

- générale (caractéristiques du foyer, mode d'habitat de la population, données météorologiques, population de la zone) et
- spécifique au paludisme: vecteurs (composition, dynamique, paramètres entomologiques de la transmission), parasites, cas cliniques, décès.

La prise en charge des cas de paludisme dans la zone Nord du pays et Nouakchott se fera de manière spécifique conformément au T3 (Tester, Traiter, Traquer) pour:

- Tester tout malade avec une histoire de fièvre au cours des 7 jours passés (TDR, et si positif faire une lame pour une lecture différé);
- Tester tout malade avec un passé de séjour en zone/pays endémique de paludisme (TDR, et si positif faire une lame pour une lecture en différé);
- Traiter efficacement et assurer le suivi de tout cas de paludisme confirmé pendant au moins 28 jours conformément aux directives prédéfinies (ACT, Primaquine);

4.2. Accès universel aux mesures de prévention du paludisme

Il s'agira de rendre disponible et accessibles à des mesures efficaces de prévention du paludisme toutes les populations des zones à transmission faible de paludisme (Wilayas du Sud et du Sud-Est).

Les mesures préventives décrites dans la politique nationale de lutte contre le paludisme se rapportent essentiellement à la lutte contre les vecteurs du paludisme et à l'utilisation du TPI chez la femme enceinte.

Le PNLP poursuivra l'extension de la couverture universelle en MILDA pour toute la population dans les *zones à transmission faible*, et ceci en vue d'atteindre l'objectif d'au moins 80% de leur utilisation. La mise en œuvre de cette intervention vise à assurer 100% de couverture en MILDA à travers (i)-l'organisation d'une campagne de distribution de masse pour toute la population et (ii)- la distribution en routine au profit des femmes enceintes vues en CPN et des enfants de moins de 1 an lors de la vaccination de routine.

La distribution des MILDA aux populations bénéficiaires se fera gratuitement à travers les structures sanitaires publiques, parapubliques et privées et/ou par l'intermédiaire des réseaux communautaires dans le cadre de la stratégie du marketing social (une forte mobilisation sociale, une sensibilisation de proximité pour l'utilisation des MILDA). Les capacités de stockage et les plans de distribution des MILDA seront déterminés en fonction des besoins de chaque Moughataa en collaboration avec les parties prenantes impliquées sous la responsabilité des Médecins Chefs des Moughataas.

En plus de la distribution des MILDA, la Pulvérisation Intra-Domiciliaire (*PID*) et la lutte Anti-Larvaire (*LAL*) seront appliquées au niveau de sites pilotes dans les zones à transmission faible pendant la saison des pluies, mais aussi en situation d'épidémie de paludisme confirmée et de façon ciblée selon des critères prédéfinis (type d'habitat, type de gîtes larvaires, données épidémiologiques et entomologiques, type de vecteurs, mode de vie des vecteurs, etc.). La mise en œuvre de ces deux interventions, PID et LAL, se fera en collaboration avec les autorités administratives et municipales locales d'une part, mais aussi les acteurs locaux de la société civile des villes et villages concernés en concertation avec les zones frontalières des pays limitrophes. Les équipes des opérateurs seront formées et encadrées par le personnel du PNLP et/ou si nécessaire à travers une contractualisation avec des structures privées spécialisées dans la lutte anti-vectorielle conformément aux directives et procédures élaborées à cet effet.

Les femmes enceintes résidentes dans les zones à transmission faible bénéficieront *d'au moins 3 doses de TPI* (prise directe observée du TPI) conformément aux directives nationales sur la prévention du paludisme chez la femme enceinte. Le TPI, compris dans le paquet préventif gratuit fourni aux femmes enceintes, sera mis en œuvre lors des CPN dans les formations sanitaires, ou à l'occasion d'activités avancées organisées par les services de santé au niveau communautaire.

Les enfants de moins de 5 ans résidents dans les zones à transmission saisonnière bénéficieront de la **Chimio-prévention saisonnière du paludisme (CPS)** consistant à administrer quatre cycles mensuels (de juillet à octobre chaque année) de SP + AQ pendant la saison des pluies. Pour la mise en œuvre de cette intervention, des

directives et des manuels seront élaborés, des formations réalisées et des médicaments mis à la disposition des agents.

4.3. Prévention et lutte contre les épidémies de paludisme

Il s'agira de mettre en place des mesures de prédiction, d'alerte et de réponses promptes aux éventuelles épidémies de paludisme sur la base des données d'un système de surveillance épidémiologique performant.

En effet, avec les changements climatiques, plusieurs zones au Nord du pays et à Nouakchott, autrefois sans paludisme, connaissent aujourd'hui la réintroduction de la maladie avec une notification de cas autochtones de paludisme à *Plasmodium Vivax*. Un système de surveillance épidémiologique sera renforcé dans le cadre de la SIMR au niveau de toutes les zones à risque de paludisme, mais un accent sera mis sur les zones avec une transmission sporadique (Nouakchott, Wilaya du Nord) sur la base de critères épidémiologique et entomologique bien définis.

Parmi les actions prévues dans ce cadre, il s'agira en particulier de:

- Mettre à jour les documents normatifs et stratégiques dans le cadre de la SIMR ;
- Renforcer les compétences du personnel des Wilayas et Moughataas à risque d'épidémie palustre ;
- Appuyer le système de surveillance épidémiologique hebdomadaire intégrant le paludisme dans le cadre de la SIMR, aussi bien à travers les structures sanitaires que le niveau communautaire ;
- Prépositionner au niveau des Wilayas à risque épidémique des moyens de réponses adéquats conformément aux directives nationales (stocks d'antipaludiques, consommables/réactifs de laboratoire, insecticides, MILDA);
- Redynamiser la collaboration multisectorielle avec d'autres Ministères et structures de la société civile;
- Documenter davantage les éventuelles épidémies de paludisme par la réalisation d'investigations systématiques selon les méthodologies standards.

Pour les mesures de riposte recommandées aujourd'hui en cas d'épidémie, il y a:

- le traitement complet des populations de la zone concernée avec les ACTs en 3 jours, puis la Primaquine;
- le traitement des cas graves par les dérivés de l'artémisinine injectable ou la quinine injectable ;
- la destruction des gîtes larvaires par les mesures de gestion de l'environnement et surtout l'utilisation de larvicides ;
- la distribution de MILDA aux populations en cas de faible couverture ;
- la PID et la LAL au cas par cas selon l'indication.

4.4. Plaidoyer, Communication et Mobilisation sociale

Pour renforcer l'utilisation des prestations de services fournies par le PNLP à travers le système de santé et/ou les organisations à base communautaire, des actions pour le plaidoyer et l'amélioration de la communication et de la mobilisation des populations seront développées à différents niveaux (central, périphérique).

Ainsi, il sera important de :

- Créer un Comité national indépendant pour l'élimination du paludisme ;
- Elaborer et mettre en œuvre des documents normatifs et stratégiques sur la communication en mettant l'accent sur l'élimination du paludisme;
- Assurer le plaidoyer sur le paludisme auprès des décideurs politiques et des acteurs d'autres départements ministériels (Communication et Relation avec le Parlement, Développement Rural, Environnement, MASEF) et des partenaires techniques et financiers nationaux et internationaux ;
- Identifier un ambassadeur du PNLP (marraine ou ambassadeur) pour les actions de plaidoyer à différents niveaux sur l'élimination du paludisme (Gouvernement, leaders politiques, Personnes médiatiques) ;
- Engager les leaders communautaires et les masses-médias dans l'élimination du paludisme ;

Des thématiques sur la communication seront en fonction des priorités et de la spécificité de chaque intervention conformément au plan intégré de communication du Ministère de la Santé prenant en compte la lutte contre le paludisme.

La mise en œuvre des activités de communication se fera en concertation avec le service de l'éducation pour la santé, les responsables des formations sanitaires des zones concernées, les médias et les acteurs dans la communauté (comités de santé, PTF locaux, secteur privé, autorités administratives, municipalités, personnalités coutumières et religieuses, associations de jeunes, coopératives féminines ...). Le PNLP fera appel à d'autres expertises en communication lors de la mise en œuvre de certaines activités, notamment celles en rapport avec la conception des outils, la production des messages et l'évaluation de l'impact de l'action.

La communication pour le changement de comportement consistera à organiser des activités de proximité sur la prévention et la prise en charge des cas à travers des acteurs locaux (responsables de structures de santé, OCB, radios communautaires, etc.). Des contrats de prestations de services pourront être signés entre le PNLP et la société civile lors de la mise en œuvre des activités de communication.

4.5. Renforcement des capacités de gestion et de coordination du programme

Il s'agira de renforcer les capacités du programme national de lutte contre le paludisme à tous les niveaux du système sanitaire et dans la communauté pour mieux répondre aux différents défis en rapport avec l'élimination du paludisme.

L'ensemble des parties prenantes impliquées dans le programme d'élimination

bénéficieront à tous les niveaux d'un renforcement des capacités en planification, mise en œuvre et suivi/évaluation des interventions de lutte contre le paludisme. De même, l'environnement de travail du PNL (Coordination, DRAS, Moughataa) sera renforcé et des stratégies de soutien seront développées sur les procédures de mise en œuvre des interventions, notamment pour la lutte anti-vectorielle, les interventions à base communautaire, le plaidoyer/d'IEC et l'élaboration/renforcement du cadre de collaboration transfrontalière et sous régionale sur le paludisme.

4.6. Renforcement du système de surveillance et de suivi/évaluation du programme

Dans le cadre de l'élimination du paludisme, des dispositions spécifiques seront prises pour :

- Mettre en place une base de données pour le programme d'élimination du paludisme avec adaptation des registres des patients et du diagnostic biologique ;
- Créer un Comité National indépendant pour suivre et rendre compte des actions entreprises sur l'élimination du paludisme sur la base des informations fournies par la base de données mise en place à cet effet ;
- Adapter et/ou renforcer les outils primaires et secondaires du SNIS et de la SIMR pour documenter tous les cas de paludisme confirmés et notifiés. Pour Nouakchott et les Wilayas du Nord tous les cas confirmés de paludisme bénéficieront d'une investigation basée sur les cas avant leur notification.
- Mettre en place un système de surveillance entomologique avec cartographie et géo référence des foci notamment à Nouakchott et dans les Wilayas du Nord.
- Développer un système de contrôle de qualité et d'assurance qualité de la microscopie avec le réseau national des laboratoires ;
- Analyser périodiquement les données du paludisme notifiées par le SNIS et/ou le Service de Surveillance épidémiologique.

Un système de suivi/évaluation comprenant des outils de collecte et de reportage, des indicateurs de suivi, un plan de supervisions sur le terrain et des mécanismes de coordinations entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire sera mis en place/redynamisé dans le cadre du Plan national de suivi/évaluation du PNL 2014-2020. Le suivi et évaluation sera concentré essentiellement sur quatre questions clés:

- Surveiller les aspects opérationnels du programme et mesurer l'impact ou les indicateurs de processus pour assurer que les activités donnent les résultats souhaités ;
- Surveiller les changements dans les indicateurs épidémiologiques résultant des activités mises en œuvre;
- Interpréter les résultats de manière appropriée pour des éventuelles révisions des politiques ou stratégies ;
- Documenter les progrès réalisés vers l'élimination du paludisme.

De façon pratique, il s'agira pour la zone Nord et Nouakchott de :

- Faire une investigation autour de chaque cas de paludisme confirmé selon des procédures opérationnelles prédéfinies (dépistage actif) ;

- Faire une surveillance épidémiologique périodique du paludisme dans les localités d'où proviennent les cas de paludisme sous traitement (dépistages actifs);
- Assurer une surveillance entomologique continue et une lutte anti-larvaire ciblée au niveau des localités d'où proviennent les cas de paludisme sous traitement ;
- Mettre en place des mesures de prévention de la réintroduction du paludisme aussi bien d'une Moughataa à une autre, qu'au niveau des frontières des pays voisins;

Des données spécifiques du paludisme non collectées à travers des outils standards de routine seront complétées au cours des supervisions et/ou de monitorages assurés par les équipes des formations sanitaires ou à l'occasion d'enquêtes de couverture. Ce qui va permettre de construire une nouvelle base de données sur le paludisme adaptée au contexte épidémiologique en rapport avec l'élimination, et permettre de disposer d'une information basée sur la surveillance de routine.

Des sites sentinelles seront utilisés pour le monitoring de l'efficacité des ACTs et la sensibilité des vecteurs aux insecticides. Afin de disposer d'informations de base sur la prévalence parasitaire du paludisme, une enquête nationale sur les indicateurs de paludisme sera réalisée au niveau de tout le territoire national au cours de la première année.

Des activités de *recherche opérationnelle* aideront à mieux documenter l'impact de la mise en œuvre du Projet et à réorienter si nécessaire les stratégies suivies par le Programme national de lutte contre le paludisme. Elles se feront avec l'appui de centres/Instituts de recherche dans le cadre d'un partenariat avec le PNLP.

5. SUIVI/EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ELIMINATION

Le plan de suivi-évaluation 2014-2020 permettra de renforcer le système de monitoring et de documenter les interventions à travers les différents types d'indicateurs contenus dans le cadre de performance.

5.1. Cadre de performance du programme

Le suivi de la performance du plan d'élimination 2014-2020 se fera à travers un processus continu de collecte et d'analyse des données permettant de s'assurer des progrès réalisés tout au long de la mise en œuvre des interventions.

Les indicateurs de performance qui serviront à mesurer les changements recherchés seront définis dans une matrice appelée cadre de performance (voir annexe 4). Cette matrice prend en compte les indicateurs d'impact, d'effet (résultats), de produits et de processus en rapport avec les différentes interventions et stratégies mises en œuvre dans le cadre de l'élimination du paludisme.

5.2. Suivi des progrès du programme

Compte tenu de la réorientation du Programme vers l'élimination, l'accent sera surtout mis sur un système de surveillance de routine efficace et en temps réel. Les outils de

collecte et de suivi/évaluation seront adaptés pour les besoins de l'élimination. Plusieurs activités de monitorages seront conduites par les différents niveaux du système de santé pour un meilleur suivi des résultats de la mise en œuvre du plan. Ce monitoring concernera aussi bien le processus de mise en œuvre des activités que les progrès vers l'atteinte des objectifs fixés (produits, couvertures, résultats, impacts). L'élaboration d'un plan d'action opérationnel permettra de définir clairement les activités annuelles, les responsabilités et les délais d'exécution à mener par domaine d'intervention, y compris la prise en compte des prestations du secteur privé et dans la communauté. Tout ceci se déroulera dans un cadre de collaboration et de partenariat avec les différentes parties prenantes notamment la société civile, les PTFs et les associations professionnelles de la santé. Les supervisions par les différents niveaux permettront de renforcer les capacités des prestataires et surtout de corriger à temps les insuffisances notées (rencontres de validation des données collectées, partages des bonnes pratiques et des résultats de recherche).

Une base de données intégrant tous les indicateurs de suivi/évaluation du programme et une application de cartographie sera développée au niveau du PNLN et des Wilayas avec prise en compte de la spécificité de l'élimination. Ceci se fera en étroite collaboration avec les différents acteurs et les parties impliquées dans la mise en œuvre et le suivi des activités du programme. Enfin, des rencontres périodiques seront organisées au niveau central et/ou régional pour la validation des données du programme et le partage des leçons apprises pour la prise de décision.

5.3. Evaluation de l'impact et des résultats du programme

Les évaluations de l'impact du programme se feront tout au long de la mise en œuvre du Plan d'élimination 2014-2020, notamment à mi-parcours et à la fin.

Les enquêtes nationales réalisées périodiquement dans le pays (MICS, EDS, enquêtes dans les formations sanitaires, autres) constitueront une opportunité pour évaluer le niveau d'atteinte des indicateurs du programme conformément au cadre de performance.

En plus de cela, le PNLN réalisera en collaboration avec les PTF en 2014, 2017 et 2020 des enquêtes sur les indicateurs du paludisme (EIP) pour notamment évaluer la couverture des interventions et connaître la prévalence du paludisme.

6. GESTION DU PALUDISME

La lutte contre le paludisme est intégrée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Elle fait intervenir différents acteurs et partenaires.

6.1. Ressources humaines

6.1.1. Structure organisationnelle

La gestion du PNLN est sous la responsabilité d'un Médecin-Coordonnateur National, assisté d'une équipe pluridisciplinaire dont les tâches sont en rapport avec les 5 unités fonctionnelles.

L'équipe centrale de coordination du Programme est chargée de la planification, de la gestion, de la formation, de la supervision et de l'évaluation. Le PNLP est appuyé dans son travail par le comité national de coordination de la lutte dont les missions essentielles sont de fixer les grandes orientations nationales en matière de lutte antipaludique et aider dans la mobilisation des ressources.

La coordination et le suivi de la mise en œuvre des interventions entre les acteurs du niveau central et le niveau opérationnel se feront à travers des réunions et des supervisions intégrées, notamment avec d'autres programmes de santé tels que la Santé de la Reproduction (SR), le PEV, le SNIS,

Au niveau central, la coordination de la mise en œuvre des interventions est assurée par l'équipe du PNLP sous la supervision technique du Directeur de la DLM, en collaboration avec les PTF.

Au niveau opérationnel, la coordination et la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludique sont assurées par les équipes d'encadrement et de gestion des DRAS et des CSM, en collaboration avec les partenaires locaux.

6.1.2. Renforcement des capacités

L'objectif d'élimination du paludisme en Mauritanie nécessite une capacité à organiser, à mettre en œuvre, à suivre et évaluer des interventions du programme, ce qui sera seulement possible quand il y'aura en place un Programme national solide et doté de ressources humaines suffisantes et compétentes. Ainsi, en plus des ressources déjà en place, il est important d'affecter/recruter pour la coordination du PNLP un épidémiologiste, un entomologiste, un parasitologue et un assistant en gestion de données. Pour le niveau régional et Moughataa, des coordonnateurs/Points focaux du programme paludisme seront formés et appuyés pour le suivi des activités de terrain, notamment dans les zones à transmission sporadique (Wilayas du Nord, Nouakchott).

6.2. Planification et mise en œuvre

La mise en œuvre du plan d'élimination 2014-2020 se fera de façon synergique avec l'implication de tous les acteurs et partenaires du programme à différents niveaux conformément à leurs avantages comparatifs.

Sur la base du Plan d'élimination 2014-2020, le PNLP s'attèlera à élaborer tous les ans un plan d'action opérationnel en collaboration avec les différentes parties prenantes et les PTFs. Ce plan prendra en compte toutes les interventions éligibles pour la période et sera coordonné avec les partenaires, les directions régionales et les médecins de Moughataas.

La mise en œuvre des différentes activités du programme se fera d'une part selon les procédures de gestion financière définies par le Ministère de la Santé, et d'autre part en fonction des procédures spécifiques à chacun des partenaires appuyant le PNLP.

6.3. Coordination des partenariats

Le fonctionnement du partenariat Faire Reculer le Paludisme en Mauritanie est assuré par le Comité national de coordination de la lutte contre le paludisme présidé par le cabinet du Ministère de la Santé. Ce comité appui le PNLP dans le plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires, contribue à l'orientation du PNLP sur les nouvelles stratégies de lutte recommandées et joue un rôle catalytique dans le développement du partenariat en faveur de la lutte contre le paludisme.

Dans le cadre de la redynamisation du partenariat autour du PNLP, l'accent sera mis sur l'harmonisation des contributions des différents partenaires en les alignant au processus de planification et de mise en œuvre du programme. Ainsi, les mécanismes de coordination seront renforcés à travers des rencontres périodiques trimestrielles pour faire le point de la mise en œuvre des activités et donner les orientations adéquates sur des aspects techniques et/ou de mobilisation de ressources. Ainsi, un dialogue permanent sera établi avec les organisations représentant des professionnels de la santé, des représentants d'entreprises du secteur privé et de l'industrie du tourisme.

Aussi, le CCM dont le Président est nommé par arrêté du Ministre de la Santé aura à jouer un rôle prépondérant dans l'amélioration du mécanisme de coordination avec les partenaires, notamment lors de la mobilisation des ressources auprès du Fonds mondial.

Par ailleurs, l'opportunité de la collaboration transfrontalière avec des programmes et des institutions de recherche de la sous région devrait impulser favorablement la mise en place d'un cadre d'échanges sur des expériences réussies et de bonnes pratiques.

Enfin, Dans le cadre de la collaboration intersectorielle de partenariat pour l'élimination du paludisme, un plan d'action sera élaboré et mis en œuvre pour améliorer la coordination des interventions sur le terrain entre les différentes parties prenantes (Ministère chargé de l'environnement, du Développement rural, Ministère de l'Éducation, les conseils municipaux, les associations communautaires et les partenaires locaux).

6.4. Système de gestion et des achats de stocks

Il existe une réglementation claire sur les procédures d'enregistrement des médicaments et autres produits pharmaceutiques à travers l'adoption de lois.

Dans ce cadre, et pour prévenir les ruptures et assurer des prestations de services de qualité, le PNLP avec l'appui des PTFs s'attellera à mobiliser des ressources suffisantes pour rendre disponible des intrants antipaludiques (CTA, TDR, MILDA, SP, Artésunate, Quinine).

Le système d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels et autres consommables dans les structures sanitaires publiques (y compris les intrants antipaludiques), depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique, est assuré par la CAMEC qui est une société d'économie mixte sous tutelle du Ministère de la Santé.

Certaines structures de soins parapubliques (services de l'armée, de la garde, de la police et de la douane) et de la société civile (ONGs nationales et internationales) s'approvisionnent parfois auprès de la CAMEC, alors que les structures de soins et officines/dépôts du secteur privé s'approvisionnent auprès de grossistes répartiteurs privés.

Le PNLP développera un Plan GAS avec l'appui des partenaires et des structures du Ministère de la Santé habilitées (CAMEC, DPM, LNSP) dans lequel les procédures de spécification, de gestion et de contrôle de qualité pour les intrants antipaludiques seront clairement définies.

6.5. Gestion des ressources financières

Le Plan d'élimination du paludisme nécessitera l'allocation de ressources importantes notamment nationales en raison du coût élevé d'interventions essentielles telles que la surveillance active (de cas et de foyers d'eau) et la lutte anti-vectorielle ciblée.

Dans le cadre du Plan d'élimination du paludisme en Mauritanie, l'Etat devra poursuivre la mobilisation de ressources locales notamment sur le budget Etat (Personnel, siège du PNLP, fonctionnement du programme, intrants antipaludiques). Aussi, le PNLP poursuivra son plaidoyer pour la mobilisation de ressources additionnelles auprès des partenaires au développement et du secteur privé à travers l'organisation de tables rondes et de téléthons en faveur de l'élimination du paludisme

7. BUDGET ET PLAN FINANCIER 2014-2020

La mise en œuvre des activités inscrites dans le présent Plan se fera en tenant compte des acquis du programme et des priorités définies en collaboration avec les parties prenantes à tous les niveaux.

Il s'agira en particulier de: renforcer les compétences du personnel des formations sanitaires et communautaires sur la prise en charge des cas y compris le diagnostic biologique, acquérir des intrants (TDR, CTA, SP, Primaquine, MILDA) pour la prévention et le traitement du paludisme, renforcer les moyens matériels et logistiques suffisants pour le PNLP et les parties prenantes (véhicules, fournitures diverses), recruter et/ou solliciter des assistances techniques diverses, élaborer et reproduire en quantités suffisantes des outils didactiques et de communication, former le personnel à différents niveaux de la pyramide sanitaire sur des aspects divers (management de la lutte antipaludique, communication, épidémiologie, paludologie, lutte anti-vectorielle, diagnostic biologique, etc.) et mettre en place des moyens de renforcement du système de surveillance et de suivi & évaluation à tous les niveaux du système de santé, développer un cadre de partenariat fonctionnel impliquant toutes les parties prenantes y compris le secteur privé, la société civile et les autres secteurs ministériels.

7.1. Résumé du budget du Plan par intervention

Tableau X : Résumé du budget par intervention

INTERVENTIONS	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total (USD)	%
PEC	1 084 642	1 312 525	1 098 614	2 040 191	1 045 152	1 140 829	482 269	8 204 222	14%
LAV	549 496	653 769	10 923 215	1 099 093	2 651 163	9 371 618	944 562	26 192 916	44%
PFE	612 167	803 437	828 241	701 653	734 539	779 015	795 892	5 254 944	9%
CPS	0	814275	786979	804906	804906	804906	804906	4 820 878	8%
LCEP	272 280	312 458	409 105	830 400	355 400	341 762	391 400	2 912 805	5%
PC&MS	267 287	317 983	317 352	272 952	284 952	272 952	272 952	2 006 430	3%
SSE & RO	928 239	418 782	797 942	864 760	712 031	712 115	1 643 977	6 077 845	10%
RC&I du Programme	359 884	433 128	601 947	1 399 825	429 760	520 537	514 652	4 259 733	7%
Total général	4 073 995	5 066 357	15 763 395	8 013 780	7 017 903	13 943 733	5 850 610	59 729 774	100%

Le budget du plan stratégique 2014-2020 est présenté par intervention et par année (voir les tableaux en Annexe 1).

Le coût global du Plan stratégique pour les 7 années s'élève à 59 729 774 USD, soit en moyenne 15,9 USD/habitant.

Les coûts totaux des activités par intervention se présentent comme suit :

- **Prise en charge des cas de paludisme: 8 204 222USD**, soit 14% du budget du plan;
- **Lutte contre les vecteurs du paludisme : 26 192 916 USD**, soit 44% du budget du plan stratégique;
- **Prévention du paludisme chez la femme enceinte: 5 254 944 USD**, soit 9 % du budget du plan stratégique;
- **Chimioprévention saisonnière du paludisme : 4 820 878 USD**, soit 8% du budget du plan stratégique;

- *Lutte contre les épidémies de paludisme : 2 912 805USD, soit 5% du budget du plan stratégique;*
- *Plaidoyer, Communication et Mobilisation sociale : 2 006 430 USD, soit 3% du budget du plan stratégique;*
- *Suivi/évaluation et Recherche opérationnelle : 6 077 845USD, soit 10% du budget du plan stratégique;*
- *Renforcement des capacités de gestion et de coordination du programme : 4 259 733USD, soit 7% du budget du plan stratégique ;*

7.2. Résumé du budget par catégorie de coût

Tableau XI : Résumé du budget par catégorie de coût

CATEGORIES DE COUT	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total (USD)	%
Renforcement capacités (Formations, Recherche)	205 656	1 513 639	1 734 012	1 193 911	156 890	2 914 519	1 180 728	8 899 355	14,90 %
Intrants antipaludiques (Produits, médicaments, Réactifs)	2 219 065	602 730	8 363 351	2 876 918	4 020 493	8 418 921	1 990 038	28 491 516	47,70 %
Ressources humaines (staffs, Assistance technique)	31 267	32 927	51 267	52 927	51 267	52 927	51 267	323 849	0,54 %
Gestion des achats et des stocks (GAS)	208471	1439174	4167560	1539000	1354897	1233380	1443055	11 385 537	19,06 %
Assistance Technique	8 000	13 000	0	0	0	0	0	21 000	0,04 %
Equipements & Logistique	0	431 033	221 333	140 000	19 700		0	812 066	1,36 %
Plaidoyer, IEC, Mobilisation sociale	271 287	318 242	321 352	476 952	1 088 952	276 952	276 952	3 030 689	5,07 %
Fonctionnements programme hors salaires	262 616	275 478	485 375	297 913	311 704	326 875	343 562	2 303 523	3,86 %
Surveillance, Suivi et Evaluation (hors salaires)	867 633	440 134	419 145	1 436 159	14 000	720 159	565 008	4 462 238	7,47 %
TOTAL	4 073 995	5 066 357	15 763 395	8 013 780	7 017 903	13 943 733	5 850 610	59 729 773	100%

8. MOBILISATION DES RESSOURCES

8.1. Cartographie des partenaires et Mobilisation de ressources

Tableau XII : Résumé du budget par partenaire

BAILLEURS	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total (USD)	%
ETAT	2 096 600	909 075	2450845	2 132 095	2 467 106	2 205 975	2 618 450	12 980 146	53,74%
OMS	46 000	46 000	46 000	46 000	46 000	-	-	230 000	1,03%
UNICEF	802 725	572 500	523 167	461 667	442 667	442 667	-	3 245 393	14,57%
OMVS	0	3 262 500	3 500 400	-	-	-	-	6762900	29,29%
WVI	186 569	22 717	18 850	14 017	5 800	5 800	5 800	259553	1,16%
UNFPA	46 400	-	-	-	-	-	-	46 400	0,21%

La participation de l'Etat représente 53,74% des financements consacrés à la lutte contre le paludisme ; il est donc le plus grand pourvoyeur de fonds. Outre l'OMVS dont la participation s'élève à 29,29 % dans les régions du bassin du fleuve Sénégal (4 Wilayas sur les 13 que compte le pays) et l'UNICEF (14,57%), la participation des autres partenaires reste très faible.

8.2. Analyse des carences budgétaires du Plan 2014-2020

Tableau XIII : Résumé de l'analyse des carences budgétaires

Sources financements	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total (USD)	Total (MRO)
A. Budget total du Plan d'élimination	4 073995	5 066 357	15 763 95	8 013780	7 017 903	13 943733	5 850 10	59 729 773	16 694 960 100
B. Ressources nationales actuelles et futures	2 096600	909 075	2 450 845	2 132095	2 467 106	2 205 975	2 618450	14 880 146	3 591 952 500
C. Ressources extérieures actuelles et futures	1 029 053	4 246 652	3 712 048	581 715	576 398	525 398	149 398	10 820 662	3 246 198 600
D. Ressources totales actuelles et futures (B+C)	3 125 653	5 155 727	6 162 893	2 713 810	3 043 504	2 731 373	2 767 848	25 700 808	6 838 151 100
E. Ecart financier (A-D)	948 342	-89 370	9 600 502	5 299 970	3 974 399	11 212 360	3 082 762	34 028 965	9 856 809 000

Sur un total de 59 729 773 USD, le plan d'élimination sera financé à hauteur de 25 700 808 USD par l'Etat et ses partenaires, soit 43,03%. L'écart financier pour les 7 années de mise en œuvre du plan est de 34 028 965 USD, soit 56,97%.

9. RISQUES ET MENACES

Tout au long de la mise en œuvre du présent Plan stratégique, il est capital de s'assurer de la qualité des interventions et de l'engagement continu des acteurs et des partenaires appuyant le Programme. Aussi, il est important de mettre en place des mesures durables permettant de gérer les éventuels risques et menaces en rapport avec :

- la faible mobilisation de ressources voire l'absence des financements nécessaires pour la mise en œuvre du plan d'élimination tout au long de la période 2014-2020;
- la lassitude dans la mise en œuvre des interventions du fait de la diminution de l'intérêt des acteurs face à la rareté des cas de paludisme;
- l'augmentation de la résistance aux insecticides et aux antipaludiques consécutive à une couverture universelle exposant de façon prolongée les parasites et les vecteurs ;
- l'apparition d'épidémies de paludisme sporadiques et de plus en plus de cas sévères consécutifs à une forte baisse de l'incidence de la maladie ;
- la résurgence des cas de paludisme du fait de la diminution, voire l'arrêt brutal dans la mise en œuvre d'interventions adéquates consécutif à la non continuité des financements nécessaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Aida AO & Kocher D (1997) Enquête sur la valeur prédictive du diagnostic présomptif du paludisme et sur sa variabilité saisonnière. Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Social, Hodh El Gharbi.
2. Cortes H, Morillas-Marquez F, Valero A. Malaria in Mauritania: the first cases of malaria endemic to Nouakchott. *Trop Med Int Health*. 2003 Apr;8(4):297-300.
3. Coulibaly A (1997) Analyse du système vectoriel du district de Nouakchott. Programme National de Lutte Contre le Paludisme, OMS Mauritanie.
4. Faye O, Gaye O, Konate L, Molez JF, Feller-Dansokho E, Herve JP. [Prediction and prevention of malaria epidemics in the valley of the Senegal River] *Sante*. 1998 Sep-Oct;8(5):347-52.
5. Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP). Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. 2006. Bases scientifiques de la révision de la stratégie thérapeutique du paludisme. Mauritanie. Nouakchott, Mauritanie : INRSP.
6. Office National de la Statistique (ONS) et ORC Macro. 2004. Enquête sur la Mortalité Infantile et le Paludisme, Mauritanie 2003-2004. Calverton, Maryland, USA : ONS et ORC Macro.
7. Organisation Mondiale de la Santé (OMS)/ AFRO. 2000. Directives pour le suivi et l'évaluation. Harare.OMS/AFRO, WHO/AFRO-CDC). 2001.
8. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. 2011. Politique nationales de lutte contre le paludisme. Nouakchott, Mauritanie: PNLN.
9. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. 2001b. Situation du paludisme dans la wilaya du Tiris Zemmour. Mauritanie. Nouakchott, Mauritanie : PNLN.
10. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.2002a. Étude des vecteurs du paludisme dans les wilayas du Nord. Mauritanie. Nouakchott, Mauritanie: PNLN.
11. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. 2002b. Analyse de situation pour l'introduction de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme en Mauritanie. Nouakchott, Mauritanie : PNLN.
12. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. 2005. Evaluation de l'évolution de l'impact des activités de lutte contre le paludisme 2002-2003 au niveau des zones pilotes RBM. Nouakchott, Mauritanie : PNLN.
13. Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, 2009. Draft du Plan stratégique de lutte contre le paludisme du PNLN 2009-2015, Mars 2009 ;
14. Sautet J, Ranque J, Vuillet F & Vuillet J (1948) Quelques notes parasitologiques sur le paludisme et l'anophélisme en Mauritanie. *Médecine Tropicale* 8, 32-39.

15. Service de la Surveillance Epidémiologique et la Riposte (SSER). Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. 2003. Evaluation des systèmes de surveillance de préparation et de riposte aux épidémies. Mauritanie. Nouakchott, Mauritanie : SSER.
16. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1998). Les épidémies de paludisme Comment les déceler, les combattre, les prévoir et les prévenir. WHO/MAL/98.1084
17. Partenariat Roll Back Malaria (RBM) (2008). Plan d'action Mondial contre le paludisme, Pour un monde sans paludisme.
18. GUINTRAN JO, (2006), Contrôle des épidémies et surveillance : Rapport de mission « Appui technique pour le renforcement des capacités de contrôle des épidémies de paludisme en Mauritanie
19. OMVS, Environment and Development Company (ESDCO) & Malaria Research and Training Center, Bamako, Mali, (2009), Enquête sur les indicateurs du paludisme et CAP sur la bilharziose, Rapport final
20. Evaluation des activités de lutte anti-vectorielle en Mauritanie, Wilayas du Hodh El Gharbi, Brakna, Trarza, et Gorgol, Dr Amoro Coulibaly, Dr A. Kharchi, Mr T. Diakité, PNLP, OMS, GTZ, Novembre 1999 38p.
21. J.F. Molez & O. Faye, (1997), Vecteur du paludisme & incidence palustre, 26p. ORSTOM
22. Amoro Coulibaly, Analyse du système vectoriel du district de Nouakchott, Ministère de la santé et des affaires sociales, PNLP, 11p.
23. Haut conseil de la santé publique, Place de l'artésunate injectable dans le traitement du paludisme grave de l'adulte et de l'enfant, Groupe de travail commission spécialisée maladies transmissibles, 1er février 2013, 46p.
24. Draft post-2015 global technical strategy for malaria: accelerating progress towards elimination, web consultation version, 9 July 2014
25. Plan d'action conjoint 2013-2015, initiative d'accélération de la lutte contre le paludisme dans six pays frontaliers : Gambie, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Tchad .

QUATRIEME PARTIE: ANNEXES

1. Chronogramme des activités
2. Organigramme du PNL
3. Cadre de performance (Détail)
4. Liste des participants

CHRONOGRAMME DES ACTIVITES

1.1 PRISE EN CHARGE DES CAS DU PALUDISIME

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (USD)						MONTANT TOTAL (USD)	
		2014	2015	2016	2017	2018	2019		2020
I.1.1	Prise en charge dans les formations sanitaires								
1	Acquérir 907 978 Traitements CTA de 1ère ligne (Artésunate Amodiaquine) dans les structures de santé à tous les niveaux	131 817	135 637	134 289	134 049	120 966	124 199	127 021	907 978
2	Acquérir 101 748 Traitements CTA de 2ème ligne (Arthéméter Luméfantrine) dans les structures de santé à tous les niveaux	13 182	13 564	13 429	13 405	12 097	12 420	12 702	90 799
3	Acquérir 335 768 traitements de Primaquine	2 610	2 686	2 659	2 654	2 395	2 459	2 515	17 978
4	Acquérir 16 788 kits pour la prise en charge des cas de paludisme grave chez les enfants < 5 ans (quinine Injectable, glucosé 10%, perfuseur, cathéter, seringue, paracétamol injectable)	13 050	13 428	13 295	13 271	11 976	12 296	12 575	89 891
5	Acquérir tous les ans 39 173 kits pour la prise en charge des cas de paludisme grave chez les plus de 5 ans (quinine Injectable, glucosé 10%, perfuseur, cathéter, seringue, paracétamol injectable)	36 540	37 599	37 225	37 158	33 532	34 428	35 210	251 692

6	Acquérir 907 447 traitements d'artésunate injectable	608 560	560 849	510 497	708 000	468 383	479 624	23 753	3 359 666
7	Acquérir 2 100 kits essentiels de consultation (thermomètres, tensiomètre, stéthoscopes, otoscopes, lampes torches, balances, abaisses langue)	0	140 000	0	140 000	0	140 000	0	420 000
8	Assurer la gestion et la distribution tous les ans des CTAs, Primaquine, Kits de PEC, des matériels et équipements de laboratoire au niveau des structures de santé (10% du coût)	80 576	90 376	71 139	79 794	64 935	80 543	21 378	488 741
9	Acquérir tous les ans 1 238 882 Tests de Diagnostic Rapide (TDR) pour les structures de santé	131 817	184 079	198 947	191 498	184 329	177 427	170 785	1 238 882
10	Assurer la gestion et la distribution tous les ans des Tests de Diagnostic Rapide (TDR) pour les structures de santé (10% du coût)	13 182	18 408	19 895	19 150	18 433	17 743	17 078	123 889
11	Acquérir 80 microscopes optiques	0		0	0	68 000	0	0	68 000
12	Acquérir 2 400 kits produits consommables pour la réalisation de la microscopie du paludisme dans 80 structures de santé (Lames, huile à immersion, vaccinostyles, papier optique, xylène, méthanol, RALL55, éthanol, giemsa ...)	0	19 600	19 600	19 600	19 600	19 600	19 600	117 600

13	Assurer la gestion et la distribution des équipements et produits consommables pour la réalisation de la microscopie du paludisme dans les structures sanitaires publiques et parapubliques : 10%	0	1 960	1 960	1 960	1 960	1 960	1 960	11 760
14	Recruter un consultant national pour la révision du guide technique sur le diagnostic biologique du paludisme en Arabe et Français	0	3 000	0	0	0	0	0	3 000
15	Organiser un atelier national de 2 jours pour la finalisation et la validation technique du guide sur le diagnostic biologique du paludisme	0	2 932	0	0	0	0	0	2 932
16	Reproduire et diffuser 700 exemplaires du guide finalisé sur le diagnostic biologique du paludisme (y compris les planches en couleur)	0	7 000	0	0	0	0	0	7 000
17	Organiser un atelier national de formation de 3 jours pour 13 formateurs centraux sur le diagnostic biologique du paludisme (microscopie, TDR)	0	5 646	0	0	0	0	0	5 646
18	Former/recycler 100 personnels de laboratoire du secteur public et privé sur le diagnostic biologique du paludisme (7 hôpitaux à Nouakchott, 13 hôpitaux régionaux, 55 dans les CS et 25 privé)	0	0	33 583	29 344	0	0	0	62 927

19	Organiser un atelier national de 5 jours pour l'élaboration du guide thérapeutique et des directives sur la PEC des cas de paludisme et l'algorithme	0	0	0	7 986	0	0	0	7 986
20	Organiser un atelier national de validation du guide thérapeutique et des directives sur la PEC des cas de paludisme	0	0	0	8 237	0	0	0	8 237
21	Traduire en Arabe le guide thérapeutique et les directives sur la PEC du paludisme	0	0	0	500	0	0	0	500
22	Reproduire et diffuser 2500 guides thérapeutiques/Directives sur la PEC des cas de paludisme (Arabe/Français)	0	0	0	25 000	0	0	0	25 000
23	Reproduire et diffuser 2500 algorithmes en sous-main plastifié sur la PEC du paludisme (Arabe/Français)	0		0	22 500	0	0	0	22 500
24	Organiser un atelier de 3 jours pour la formation/recyclage de 15 formateurs centraux sur la prise en charge des cas de paludisme	0	5 896	0	0	0	0	0	5 896
25	Former/recycler 40 formateurs régionaux sur les nouvelles directives thérapeutiques du paludisme	0	16 041	0	0	0	0	0	16 041

26	Former/recycler 800 prescripteurs du secteur public sur la PEC du paludisme, y compris TDRs (20 hôpitaux, 55 CS, 605 PS)	0			370 812	0	0	0	370 812
27	Organiser 2 journées de mise à niveau de 75 prescripteurs du secteur privé à Nouakchott sur la prise en charge des cas de paludisme	0		0	7 070	0	0	0	7 070
	<i>Sous total PEC dans les for sanitaires USD</i>	1 031 334	1 258 701	1 056 518	1 831 988	1 006 606	1 102 699	444 577	7 732 423
I.1.2	Prise en charge dans la communauté								
1	Acquérir 504824TDR pour le diagnostic du paludisme au niveau de la communauté (ASC)	23 262	20 453	22 105	188 327	20 481	19 714	18 976	313 318
2	Assurer la gestion et la distribution des TDR au niveau des ASC (10%)	2 326	2 045	2 211	2 128	2 048	1 971	1 898	14 627
3	Acquérir 109 502 traitements de CTA (Artésunate amodiaquine) pour le traitement du paludisme au niveau de la communauté (ASC)	23 262	15 071	14 921	14 894	13 441	13 800	14 113	109 502
4	Assurer la gestion et la distribution des CTA destinés aux ASC des zones pilotes au niveau de la communauté : 10%	2 326	1 507	1 492	1 489	1 344	1 380	1 411	10 949

5	Acquérir 1 473 056 Cp de paracétamol 500 mg (10 Cp par traitement) pour les cas de paludisme au niveau de la communauté (ASC).	1 938	1 256	1 243	1 241	1 120	1 150	1 176	9 124
6	Assurer la gestion et la distribution du paracétamol destinés aux ASC des zones pilotes au niveau de la communauté : 10%	194	126	124	124	112	115	118	913
7	Former/recycler en 1 journée 55 représentants d'ONG partenaires à raison d'une personne par Moughataa sur la planification stratégique et la gestion des activités à base communautaires	0	13 366	0	0	0	0	0	13 366
	<i>Sous total 2 PEC dans la communauté</i>	53 308	53 824	42 096	208 203	38 546	38 130	37 692	471 799
TOTAL PEC FS+Communauté (USD)		1 084 642	1 312 525	1 098 614	2 040 191	1 045 152	1 140 829	482 269	8 204 222

I.2. Lutte contre les vecteurs du paludisme

	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (USD)							MONTANT TOTAL (USD)
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
	1.2.1								
1	Demander l'appui d'un consultant international pour l'élaboration d'une stratégie de lutte antivectorielle contre le paludisme	0	5 000	0	0	0	0	0	5 000

2	Organiser pendant 3 jours un atelier national d'élaboration d'une stratégie nationale de lutte antivectorielle contre le paludisme	0	3 890	0	0	0	0	0	3 890
3	Reproduire et diffuser à tous les niveaux 100 exemplaires de la stratégie nationale de LAV	0	700	0	0	0	0	0	700
4	SOUS TOTAL 1 USD	0	9590	0	0	0	0	0	9 590
5	SOUS TOTAL 1 MRO	0	2 877 000	-	-	-	-	-	2 877 000
	I.2.2								
6	Acquérir 687 175 MILDA pour la distribution lors du PEV de routine chez les enfants < 1an des zones à haut risque de paludisme	499542	541981	747190,4	775843,2	1026066,8	602608	617074	4810305,4
7	Assurer la gestion et la distribution tous les ans des MILDA destinées aux enfants < 1 an lors du PEV de routine (10% du coût)	49954	54 198	56123	57469	58 849	60 261	61707	398561
8	Acquérir 1438264 MILDA pour les campagnes de masse de distribution aux populations des zones à haut risque de paludisme	0		8 442 968	0		8 442 968	0	16885935,65
9	Assurer la gestion et la distribution des MILDA destinées aux campagnes de masse (15% du coût)	0		1 211 153	0	1 300 466	0	0	2511619

	SOUS TOTAL 2 USD	549496	596179	10457434,23	833312,2	2385381,8	9105836,826	678781	24606421,05
	1.2.3								
1	Demander l'appui d'un consultant international pour la planification et la mise en œuvre de la PID	0	5 000	0	0	0	0	0	5 000
2	Organiser tous les ans un atelier national de planification de la PID, y compris un système de gestion des déchets	0	0	5 923	5 923	5 923	5 923	5 923	29 615
3	Mettre en place la PID dans 4 sites pilotes en fonction du faciès épidémiologique dans le pays	0	0	400 000	200 000	200 000	200 000	200 000	1 200 000
4	Réaliser chaque année une évaluation de l'impact de la PID au niveau des 3 sites pilotes	0	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	60 000
5	Organiser tous les ans un atelier national de 2 jours pour présenter les résultats de l'impact de la PID	0	0	6 858	6 858	6 858	6 858	6 858	34 290
6	SOUS TOTAL 3 USD	0	15000	422781	222781	222781	222781	222781	1328905
	1.2.4								
1	Recruter un consultant international pour la planification, la mise en œuvre et les directives de la LAL (intégré à l'activité 4.2.2.2.1)	0	0	0	0	0	0	0	0

2	Acquérir tous les ans 1 000 litres d'insecticides biolarvicides pour le traitement ciblé de gîtes larvaires	0	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000	150000
3	Réaliser un suivi entomologique dans les wilayas du Nord associé à une lutte antilarvaire	0	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	48000
4	Evaluer l'impact de la LAL	0	0	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50000
	SOUS TOTAL 4USD	0	33000	43000	43000	43000	43000	43000	248000
	TOTAL LUTTE ANTIVECTORIELLE (USD)	549 496	653 769	10 923 215	1 099 093	2 651 163	9 371 618	944 562	26 192 916

I.3 Prévention du paludisme pendant la grossesse

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (USD)						MONTANT TOTAL (USD)	
		2014	2015	2016	2017	2018	2019		2020
	1.3.1								
1	Acquérir tous les ans de la SP pour 2 131 863 doses de TPI chez les femmes enceintes vues en CPN	9 279	14 975	15 704	16 081	16 073	17 854	16 628	106 594
2	Assurer la gestion et la distribution de la SP :10%	928	1 497	1 570	1 608	1 607	1 785	1 663	10 658
3	Acquérir tous les ans 757 788 MILDA pour les femmes enceintes vues en CPN dans les zones à haut risque de paludisme (Routine)	538 206	579 028	607 212	621 785	651 690	690 342	706 910	4 395 173

4	Assurer la gestion et la distribution des MILDA jusqu'aux structures sanitaires:10%	53 821	57 903	60 721	62 179	65 169	69 034	70 691	439 518
5	Organiser un atelier de 2 jours pour la révision du guide technique sur la prévention du paludisme chez la femme enceinte (Français/ Arabe)	2 933	0	0	0	0	0	0	2 933
6	Reproduire et diffuser 2 000 exemplaires du guide technique sur la prévention du paludisme chez la femme enceinte	7 000	7 000	0	0	0	0	0	14 000
7	Contribuer à la formation/recyclage pendant 2 jours de 1 000 personnels en charge de la CPN sur le paquet de prévention chez la femme enceinte.	0	143 034	143 034	0	0	0	0	286 068
TOTAL PREVENTION PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE (USD)		612 167	803 437	828 241	701 653	734 539	779 015	795 892	5 254 944

I.4 Chimio-prévention saisonnière du paludisme

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (USD)							MONTANT TOTAL (USD)
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
1	Elaborer le plan de mise en œuvre de la CPS dans 20 districts (15 pers, 5 jrs)	0	5 804	0	0	0	0	0	5 804
2	Organiser des campagnes de mise en œuvre de la CPS dans les zones ciblées une fois par an	0	798 471	776 979	794 906	794 906	794 906	794 906	4 755 074

3	Evaluer la mise en œuvre de la CPS	0	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	60 000
TOTAL CPS (USD)		0	814275	786979	804906	804906	804906	804906	4820878

1.5 Lutte contre les épidémies de paludisme

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (USD)							MONTANT TOTAL (USD)
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
1	Organiser un atelier de 3 jours pour la révision du plan de lutte contre les épidémies de paludisme dans le cadre de la SIMR (15pers, 3 jrs)	0	3 890	0	0	0	0	0	3 890
2	Organiser un atelier de 1 jour pour la validation du plan de lutte contre les épidémies de paludisme dans le cadre de la SIMR (50 pers, 1 jour)	0	5 880	0	0	0	0	0	5 880
3	Reproduire en 30 exemplaires le plan national de lutte contre les épidémies de paludisme et le diffuser	0	210	0	0	0	0	0	210
4	Organiser un atelier de révision du guide technique sur la lutte contre les épidémies de paludisme (15 pers, 3 jours)	0	3 890	0	0	0	0	0	3 890
5	Reproduire en 30 exemplaires le guide technique sur la lutte contre les épidémies de paludisme et le diffuser	0	210	0	0	0	0	0	210

6	Former/Recycler pendant 2 jours 60 personnes (y compris le responsable du laboratoire) à risque d'épidémie sur la détection et la riposte aux épidémies	0	16 978	0	0	0	0	0	0	16 978
7	Recruter un consultant national pour réaliser une étude rétrospective sur les données du paludisme au cours des 5 dernières années pour la détermination des seuils épidémiques des moughataas	5 000	0	0	0	0	0	0	0	5 000
8	Organiser un atelier d'1 jour pour la restitution des résultats de l'étude de détermination des seuils épidémiques de paludisme en fonction de chaque type faciès (50 pers, 1 jr)	5 880	0	0	0	0	0	0	0	5 880
9	Appuyer tous les ans des investigations des éventuelles épidémies de paludisme dans les moughataa à risque	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	70 000
10	Acquérir tous les ans des stocks d'antipaludéens et autres produits en réponse aux éventuelles épidémies de paludisme (30 000 USD)	30 000	30 000	120 000	345 000	30 000	30 000	30 000	30 000	615 000
11	Organiser tous les ans une réunion d'échange avec les services de météo, de l'hydraulique, de l'environnement et de l'agriculture pour renforcer la collaboration intersectorielle	5 400	5 400	5 400	5 400	5 400	5 400	5 400	5 400	37 800

12	Organiser des campagnes de PID en cas d'éventuelles épidémies de paludisme	40 000	40 000	50 000	120 000	120 000	40 000	40 000	450 000
13	Assurer la destruction des gîtes larvaires par l'utilisation des larvicides en cas d'épidémie	20 000	40 000	80 000	140 000	150 000	150 000	150 000	730 000
14	Assurer la distribution de MILDA en cas d'épidémie	116 000	116 000	103 705	170 000		66 362	116 000	688 067
15	Doter les laboratoires en TDR, réactifs en cas d'épidémie	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	280 000
TOTAL LCEP (USD)		272 280	312 458	409 105	830 400	355 400	341 762	391 400	2 912 805

1.6 Plaidoyer, Communication et Mobilisation sociale

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (USD)							MONTANT TOTAL (USD)
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
1	Réviser la stratégie de communication sur le paludisme sur la base des nouvelles directives	0	3 890	0	0	0	0	0	3 890
2	Appuyer 2 réunions par an sur le thème paludisme du comité en charge de la communication au niveau central	0	1 665	1 665	1 665	1 665	1 665	1 665	9 990
3	Commémorer tous les ans la journée mondiale du paludisme	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	105 000
4	Concevoir 60 grands panneaux sur la prévention du paludisme (MILD, TPI, hygiène du milieu)	0	9 000	9 000	0	0	0	0	18 000

5	Assurer la fixation de 60 grands panneaux sur la prévention du paludisme au niveau des carrefours sur les axes routiers nationaux (Nouakchott, régions)	0	5 400	5 400	0	0	0	0	10 800
6	Conception et impression de 600 boîtes à images sur la prévention et le traitement du paludisme	0	15 000	15 000	0	0	0	0	30 000
7	Produire 2 sketches dans les 4 langues nationales sur la prévention et le traitement du paludisme	0	8 000	0	0	8 000	0	0	16 000
8	Produire et multiplier 4 messages audiovisuels en langues nationales	4 000	0	0	0	4 000	0	0	8 000
9	Diffuser 90 messages dans les 4 langues nationales au niveau des radios locales pendant 6 mois (juillet-décembre)	86 400	86 400	86 400	86 400	86 400	86 400	86 400	604 800
10	Diffuser 90 messages dans 4 langues nationales au niveau de la Télévision pendant 6 mois (juillet-décembre)	129 600	129 600	129 600	129 600	129 600	129 600	129 600	907 200

11	Publier tous les ans 4 encarts par mois dans 6 journaux nationaux pendant l'hivernage (juillet à décembre)	1 920	1 920	1 920	1 920	1 920	1 920	1 920	13 440
12	Multiplier tous les ans du matériel IEC (1000 affiches, 1000 dépliants, 1000 livrets, 500 voiles, 1000 tee shirts, 1000 casquettes) sur la prévention et la prise en charge du paludisme	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	105 000
13	Former 20 animateurs des radios régionales sur la lutte contre le paludisme sur tout le territoire national	0	3 741	0	0	0	0	0	3 741
14	Appuyer tous les ans au moins 4 artistes pour la mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le paludisme	0	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	48 000
15	Produire au niveau national un film d'information sur le paludisme	0	0	15 000	0	0	0	0	15 000
16	Organiser tous les ans au niveau des 13 chefs lieux de wilaya des journées d'information sur les mesures de lutte contre le paludisme (administration, société civile)	15 167	15 167	15 167	15 167	15 167	15 167	15 167	106 169

17	Réaliser un inventaire et documenter les activités IEC réalisées par les services de santé et les relais communautaires	200	200	200	200	200	200	200	1 400
TOTAL SUIVI & EVALUATION (USD)		267 287	317 983	317 352	272 952	284 952	272 952	272 952	2 006 430

I.7 Suivi/Evaluation et Recherche opérationnelle

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (USD)							MONTANT TOTAL (USD)
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
1	Renforcer les compétences du personnel impliqué dans le suivi évaluation à tous les niveaux (50 pers, 3 jrs)	0	16 005	16 005	16 005	0	16 005	0	64 020
2	Améliorer le cadre de travail des équipes du PNLP et des autres structures impliquées dans le système de suivi évaluation à travers la fourniture d'équipements et matériels nécessaires (72 unités d'informatique 55 Moughataas, 13 points focaux, 3 PNLP, 2 ordinateurs portables) et les mettre en place	0	82 133	0	0	0	82 133	0	164 266

3	Réviser les outils pour la collecte des données de paludisme et le suivi de la mise en œuvre des activités (30 pers, 2 jrs)	8 054					8 054			16 108
4	Reproduire les outils de collecte révisés	67	67	67	67	67	67	67	67	469
5	Réaliser des supervisions trimestrielles (2 pers/axe + chauffeur, carburant, location, 4 axes, 5jrs/axe)	24 075	24 075	16 395	13 408	13 408	13 408	13 408	13 408	118 177
6	Créer une nouvelle base de données sur le paludisme (application, formation, maintenance de la base)	30 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	90 000
7	Mettre en place 4 sites sentinelles	0	80 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	280 000
8	Réaliser une enquête nationale sur les indicateurs de paludisme	600 000		288972,7784	288777,6556				1 000 000	2 177 750
9	Réaliser des recherches opérationnelles (qualitatif, de comportement)	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	140 000

10	Faire une investigation autour de chaque cas de paludisme confirmé selon des procédures opérationnelles prédéfinies (dépistage actif)	0	0	0	0	24 000	24 000	24 000	72 000
11	Faire une surveillance épidémiologique périodique du paludisme dans les localités d'où proviennent les cas de paludisme sous traitement (dépistages actifs)	0	0	60 000	0	60 000	60 000	60 000	240 000
12	Assurer une surveillance entomologique continue et une lutte anti-larvaire ciblée au niveau des localités d'où proviennent les cas de paludisme sous traitement	0	0	0	0	30 000	30 000	30 000	90 000
13	Mettre en place des mesures de prévention de la réintroduction du paludisme aussi bien d'une moughataa à une autre, qu'au niveau des frontières des pays voisins	0	0	0	0	120 000	120 000	120 000	360 000
14	Mettre en place un système de pharmacovigilance des antipaludiques	0	0	10 000	30 000	10 000	10 000	10 000	70 000
15	Elaborer annuellement les plans d'action du PNLP	3 890	3 890	3 890	3 890	3 890	3 890	3 890	27 230

16	Evaluer à mi-parcours le PSNEP	0	0	0	50 000	0	0	0	50 000
17	Développer un système d'assurance qualité des données de paludisme	10 000	20 000	40 000	80 000	80 000	20 000	20 000	270 000
18	Développer un système d'assurance qualité des données de paludisme	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	14 000
19	Développer un système d'assurance qualité des données de paludisme	100 000	100 000	100 000	150 000	150 000	150 000	150 000	900 000
20	Développer un système d'assurance qualité des données de paludisme	80 000	0	80 000	0	80 000	0	80 000	320 000
21	Développer un système d'assurance qualité des données de paludisme	30 153	30 153	30 153	30 153	30 153	30 153	30 153	211 071
22	Développer un système d'assurance qualité des données de paludisme	0		50 000	100 000	0	50 000	0	200 000
23	Développer un système d'assurance qualité des données de paludisme	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	140 000
24	Développer un système d'assurance qualité des données de paludisme		10 459	10 459	10 459	10 459	10 459	10 459	62 754
TOTAL SUIVI/EVALUATION & Recherche Opérationnelle(USD)		928 239	418 782	797 942	864 760	712 031	712 115	1 643 977	6 077 845

I.8 Renforcement des capacités de gestion et de coordination du PNL

N°	ACTIVITES	BUDGET PAR ANNEE (USD)							MONTANT TOTAL (USD)
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	

1	Organiser une réunion par semestre du comité national de coordination de la lutte contre le paludisme (40 pers, 1 jr, 2 par an)	2000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	14 000
2	Organiser un atelier de 3 jours pour réviser le Curricula des écoles de formation du personnel de santé intégrant les priorités nationales de lutte contre le paludisme (15 pers)	0	3 889	0	0	0	0	0	3 889	7 778
3	Organiser un atelier de 2 jours pour réviser le curricula des écoles de formation des enseignants pour intégrer les priorités nationales de lutte contre le paludisme (15 pers)	0	2 933	0	0	0	0	0	2 933	5 866
4	Organiser une réunion annuelle du comité technique d'orientation du PNLN sur la revue du programme (15 pers, 1jr)	742	742	742	742	742	742	742	742	5 194
5	Organiser tous les 2 ans un atelier national de mobilisation de ressources pour la lutte contre le paludisme (30 pers, 1 jr)	0	1 660		1 660		1 660		0	4 980
6	Recruter un consultant national pour élaborer un document de contractualisation avec les parties prenantes (société civile, ASC, Personnel santé)	3 000	0	0	0	0	0	0	0	3 000

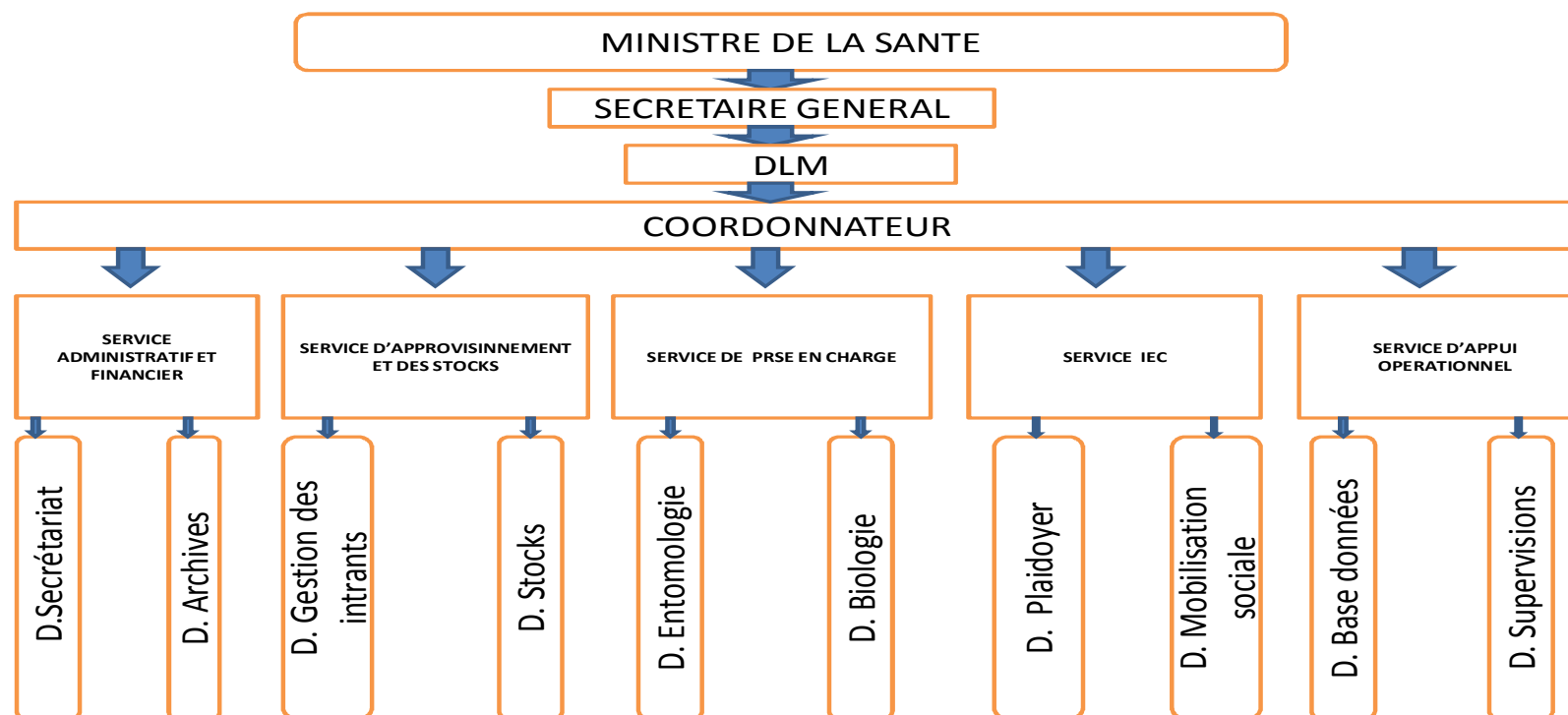
7	Organiser tous les ans un cours national de paludologie de 3 semaines pour les médecins et les cadres du niveau opérationnel	60 000	60 000	120 000	200 000		60 000	60 000	560 000
8	Assurer le fonctionnement du PNLP (Entretien de véhicules, carburant, maintenance de l'outil informatique, frais de communication)	51 900	57 090	62 799	34 364	51 546	77 320	91 944	426 963
9	Assurer les frais de loyer du local du PNLP	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	70 000
10	Assurer les salaires du personnel permanent du PNLP	51 716	56 888	154 880	270 368	187 405	83 289	91 618	896 164
11	Recruter un complément de personnel de soutien du PNLP (2 chauffeurs, 1 assistante, 2 secrétaires)	13 800	13 800	13 800	13 800	13 800	13 800	13 800	96 600
12	Organiser tous les ans un voyage d'études et d'échanges pour 3 personnes	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	105 000
13	Assurer la participation de 4 personnes aux rencontres internationales pour (conférences, colloques, séminaires)	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	140 000
14	Assurer des primes de performance de 20 personnel du PNLP	50 000	80 000	100 000	300 000		130 000	100 000	760 000
15	Assurer des primes de performance pour 80 personnels du niveau opérationnel (points focaux paludisme)	48 000	48 000	48 000	48 000	48 000	48 000	48 000	336 000

16	Acquérir 4 véhicules 4X4 pour le suivi des activités de terrain	0		0	120 000	0	0	0	120 000
17	Acquérir 4 unités fixes informatiques pour le PNLP (ordinateurs, imprimantes, accessoires)	0	5 200	0	0	4 000	0	0	9 200
18	Acquérir 5 ordinateurs portables pour le personnel du PNLP	0	5 000	0	0	11 841	0	0	16 841
19	Acquérir 4 photocopieuses pour le PNLP	0	8 000	0	0	8 000	0	0	16 000
20	Acquérir 3 vidéos projecteurs (data show) pour le PLNP	0	2 700	0	0	2 700	0	0	5 400
21	Assurer tous les 2 ans la formation d'une personne du PNLP en gestion de projets IEC et plaidoyer	0	4 000	0	4 000	0	4 000	0	12 000
22	Reproduire les supports de gestion administrative et comptable au PNLP	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	7 000
23	Assurer la formation d'un membre du PNLP par an en suivi-évaluation	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	28 000
24	Réhabiliter les locaux du PNLP	0	0		300 000	0	0	0	300 000
25	Réaliser une fois par an un audit interne du PNLP	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	70 000
26	Organiser chaque année une retraite du personnel du PNLP	9 000	9 000	9 000	9 000	9 000	9 000	9 000	63 000

27	Mettre en place un cadre de concertation avec le secteur privé	726	726	726	726	726	726	726	5 082
28	Mener des activités de plaidoyer/d'IEC	4000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	28 000
29	Renforcer le cadre de collaboration transfrontalière et sous régionale sur le paludisme	0	-	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	100 000
30	Mettre en place un comité de suivi des intrants antipaludiques	5000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	35 000
31	Elaborer un plan GAS		-	-	5 165	-	-	-	5 165
32	Créer un site web	0	2 500	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	7 500
TOTAL RI PNLP (USD)		359 884	433 128	601 947	1 399 825	429 760	520 537	514 652	4 259 733
TOTAL PSNEP USD		4 073 995	5 066 357	15 763 395	8 013 780	7 017 903	13 943 733	5 850 610	59 729 774
TOTAL PSNEP MRO		1185532545	1 474 309 887	4 587 147 946	2 332 010 014	2 042 209 829	4 057 626 423	1 702 527 510	17 381 364 154

**ORGANIGRAMME DU PROGRAMME DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME EN MAURITANIE**

PROPOSITION D'ORGANIGRAMME DU PNLP2014



LISTE DES MOUGHATAAS PAR STRATE, 2010

STRATE	Wilayas par strates	Nom des moughataa par strate	Population de Moughataa, 2010	Pourcentage de la population par strate
Strate I : Transmission sporadique	Tagant	Tichitt	5 865	30%
	Adrar	Aoujeft	25 582	
		Atar	49 390	
		Chinguitti	8 498	
		Ouadane	4 684	
		Dakhlet Nouadhibou	Nouadhibou	
	Tiris Zemmour	Chami		
		Bir Moughein	3 500	
		F'Derick	5 617	
	Zouérate	Zouérate	43 010	
		Inchiri	Akjoujt	
	Nouakchott (côtère)	Arafat	129 515	
		Dar Naim	77 440	
		El Mina	120 441	
		Ksar	55 182	
		Riyadh	53 765	
		Sebkha	80 463	
Toujounine		71 070		
Tevragh Zeina		60 965		
Teyarett		58 757		
Strate II : Transmission saisonnière courte (<3 mois)	Hodh Echarghi	Amourj	88 848	48%
		Bassiknou	45 298	
		Djiguenni	55 903	
		Néma	80 340	
		Oualata	14 932	
		Tembedra	71 649	
		Nbekeit Lahwach	-	

	Hodh Elgharbi	Aioun El Atrouss	58 658	
		Koubenni	90 561	
		Tamchekett	38 993	
		Tintane	80 728	
	Assaba	Barkéol	78 896	
		Boumdeid	11 034	
		Guerou	39 906	
		Kankossa	79 943	
		Kiffa	97 329	
	Gorgol	M'Bout	98 643	
		Monguel	41 272	
	Brakna	Aleg	83 997	
		Maghta Lahjar	59 945	
	Trarza	Boutilimit	71 698	
		Mederdra	38 567	
		Ouad Naga	33 281	
	Tagant	Moudjéria	46 492	
		Tidjikja	44 770	
Guidimakha	Ould Yengé	62 617		
Strate III : Zone à transmission saisonnaire longue (3-6 mois)	Gorgol	Kaédi	110 078	22%
		Maghama	57 679	
	Brakna	Bababé	42 684	
		Boghé	80 018	
		M'Bagne	46 473	
	Trarza	Keur Macène	36 733	
		R'Kiz	89 307	
	Guidimakha	Rosso	70 423	
Guidimakha	Sélibaby	162 654		
TOTAL	13	55	3 179 469	100%

1. INDICATEURS D'IMPACT DES INTERVENTIONS :

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année						
		Valeur de base	Année	Source	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1.1.	Décès par paludisme hospitalisé pour 1000 personnes et par an	0,73 pour mille	2013	Rapport SNIS	<1 pour mille	<1 pour mille	<1 pour mille	<1 pour mille	<1 pour mille	<1 pour mille	0%0
1.2.	Létalité hospitalière attribuable au paludisme et par an	33,80%	2013	Rapport SNIS	30%	25%	20%	10%	5%	2%	0%
1.3.	Incidence annuelle du paludisme confirmé en consultations (Microscopie, TDR)	46 pour mille	2013	Rapport SNIS	40 pour mille	30 pour mille	15 pour mille	<5 pour mille	<3 pour mille	<1 pour mille	<1 pour mille
1.4.	Taux de positivité des examens de confirmation parasitologique du paludisme (GE, TDR)	18,80%	2011	Enquête sur la Paludisme, PNLB/BID	17,80%	15%	10%	<5%	<5%	<5%	0%
1.5	Prévalence parasitaire du paludisme	4,10%	2011	FACIES 2011	<10%	<10%	<10%	<10%	<10%	<10%	0%
1.6	Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois	11,20%	2012	MIS 2012	-	-	-	5%			0%
1.7	Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes							5%			0%

2-INDICATEURS DE COUVERTURE DES INTERVENTIONS :

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année						
		Valeur de base	Année	Source	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
2.1.	Proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes dans les strates II et III couverte par les MILDA (Couverture administrative)	15%	2013	Rapport Annuel Routine, PNLP	30%	50%	80%	>85%	>90%	>90%	>90%
2.2.	Proportion de personnes à risque de paludisme, tous âges confondus, ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête dans les strates II et III	65%	2011	Rapport enquête PNLP/BID	70%	75%	80%	80%	85%	90%	90%
2.3.	Proportion d'enfants de moins de 5 ans à risque de paludisme ayant dormi sous MILDA la nuit	18,70%	2011	Rapport enquête PNLP/BID	30%	50%	80%	80%	85%	90%	90%

	précédant l'enquête dans les strates II et III										
2.4.	Proportion de femmes enceintes à risque de paludisme ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête dans les strates II et III	22%	2011	Rapport enquête PNLP/BID	30%	50%	80%	80%	85%	90%	90%
2.5.	Proportion de ménages dans les strates II et III possédant au moins une MILDA	45.7%	2011	MICS 2011	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.6.	Proportion de ménages ayant bénéficié de la PID dans les zones ciblées	22,20%	2012	MIS 2012	50%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
2.7.	Pourcentage de la population à risque de paludisme protégée par la PID dans les zones ciblées	2,60%	2012	MIS 2012	10%	50%	70%	80%	90%	100%	100%
2.8.	Proportion de ménages avec au moins une MILDA et/ou ayant	78%	2012	MIS 2012	78%	80%	90%	100%	100%	100%	100%

	bénéficié de la PID au cours des 12 derniers mois										
2.9.	Pourcentage de femmes enceintes attendues ayant reçu au moins 3 doses TPI lors des CPN dans les formations sanitaires	0%	2014	PNLP	10%	25%	55%	80%	80%	85%	90%
2.10.	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique (TDR ou GE)	19,50%	2012	WMR 2012	50%	90%	95%	100%	100%	100%	100%
2.11.	Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu une fièvre au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête et qui ont bénéficié d'un examen parasitologique de paludisme (TDR ou GE)	11%	2011	MICS 2011	30%	80%	85%	90%	95%	100%	100%
2.12.	Pourcentage des cas de paludisme vus en consultations	46,02%	2012	WMR 2012	60%	90%	95%	100%	100%	100%	100%

	externes ayant bénéficié d'un traitement antipaludique approprié conformément aux directives nationales										
2.13.	Pourcentage de cas de paludisme hospitalisés ayant bénéficié d'un traitement approprié conformément aux directives nationales	40,00%	2013	SARA 2013	80%	90%	100%	100%	100%	100%	100%
2.14.	Proportion d'enfants de moins de <5ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre	8.6%	2011	MICS 2011	20%	80%	85%	90%	95%	100%	100%
	Pourcentage des personnes (groupe cible ou non) qui connaissent la cause, les symptômes, les mesures préventives et le traitement du paludisme	?	?	?	40%	50%	55%	60%	70%	75%	80%

3-INDICATEURS DE GESTION DU PROGRAMME :

N°	Indicateurs	Données de base			Cible par année						
		Valeur de base	Année	Source	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
2.1.	Proportion de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide pour deux personnes dans les strates II et III couverte par les MILDA (Couverture administrative)	15%	2013	Rapport Annuel Routine, PNLP	30%	50%	80%	>85%	>90%	>90%	>90%
2.2.	Proportion de personnes à risque de paludisme, tous âges confondus, ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête dans les strates II et III	65%	2011	Rapport enquête PNLP/BID	70%	75%	80%	80%	85%	90%	90%
2.3.	Proportion d'enfants de moins de 5 ans à risque de paludisme ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête	18,70%	2011	Rapport enquête PNLP/BID	30%	50%	80%	80%	85%	90%	90%

	dans les dans les strates II et III											
2.4.	Proportion de femmes enceintes à risque de paludisme ayant dormi sous MILDA la nuit précédant l'enquête dans les dans les strates II et III	22%	2011	Rapport enquête PNLP/BID	30%	50%	80%	80%	85%	90%	90%	
2.5.	Proportion de ménages dans les strates II et III possédant au moins une MILDA	45.7%	2011	MICS 2011	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
2.6.	Proportion de ménages ayant bénéficié de la PID dans les zones ciblées	22,20%	2012	MIS 2012	50%	80%	90%	100%	100%	100%	100%	
2.7.	Pourcentage de la population à risque de paludisme protégée par la PID dans les zones ciblées	2,60%	2012	MIS 2012	10%	50%	70%	80%	90%	100%	100%	
2.8.	Proportion de ménages avec au moins une MILDA et/ou ayant bénéficié de la PID	78%	2012	MIS 2012	78%	80%	90%	100%	100%	100%	100%	

	au cours des 12 derniers mois										
2.9.	Pourcentage de femmes enceintes attendues ayant reçu au moins 3 doses TPI lors des CPN dans les formations sanitaires	0%	2014	PNLP	10%	25%	55%	80%	80%	85%	90%
2.10.	Pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un examen parasitologique (TDR ou GE)	19,50%	2012	WMR 2012	50%	90%	95%	100%	100%	100%	100%
2.11.	Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu une fièvre au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête et qui ont bénéficié d'un examen parasitologique de paludisme (TDR ou GE)	11%	2011	MICS 2011	30%	80%	85%	90%	95%	100%	100%
2.12.	Pourcentage des cas de paludisme vus en consultations externes ayant	46,02%	2012	WMR 2012	60%	90%	95%	100%	100%	100%	100%

	bénéficié d'un traitement antipaludique approprié conformément aux directives nationales										
2.13.	Pourcentage de cas de paludisme hospitalisés ayant bénéficié d'un traitement approprié conformément aux directives nationales	40,00%	2013	SARA 2013	80%	90%	100%	100%	100%	100%	100%
2.14.	Proportion d'enfants de moins de <5ans ayant reçu un traitement antipaludique approprié dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre	8.6%	2011	MICS 2011	20%	80%	85%	90%	95%	100%	100%
	Pourcentage des personnes (groupe cible ou non) qui connaissent la cause , les symptômes, les mesures préventives et le traitement du paludisme	?	?	?	40%	50%	55%	60%	70%	75%	80%

**LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPE A
L'ELABORATION DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL D'ELIMINATION DU
PALUDISME 2014-2020**

A)- Liste des membres du comité technique national

1. Dr Cheikh Baye O/ Mkheirat, CM/MS
2. Dr Niang Saidou Doro, Directeur de la lutte contre les maladies
3. Dr Mohamed Lemine Ould Khairy, Coordonnateur PNLP
4. Dr Bacar Ould Boullah, Médecin-chef de la CSM du Ksar
5. Dr Diop Cheikh Oumar, Réseau des ONGs de lutte contre le Paludisme
6. Dr Brahim ould Abad, Direction de la pharmacie et des laboratoires
7. Dr Brahim Ould Saleh, CAMEC
8. Dr Brahim O/ Abad, DPL
9. Dr Abdallahi O / Mohamed Salem, CAMEC
10. Mr Mohamed O/ Mouloud, CCM
11. Dr Mohamed Ould Abdallahi dit Hamad, INRSP
12. Mr Brahim Ould Amar, Système national d'information sanitaire, DPCIS
13. Mr Youssouf O/ Limam, CSCA/MS
14. Mohamed Koita, INRSP
15. Mme Djéinaba Diabira, EPS
16. Dr Cheikh Seghane, LABO
17. Mr Brahim O/ Noueigem, PNLP
18. Mr Brahim Elkhalil O/ Mohamed Salem, PNLP
19. Dr Yeslim Ould Mohamed Lemine, PNLP
20. Mr Bouh Yahya, PNLP
21. Mr Mohamed Ould Alew, PNLP
22. Mr Toumani Diakité, PNLP
23. Dr Abass Barro, Cordinateur PNLP
24. Mr Sadve Ould Radhi, PNLP
25. Mr Alioune Ould Mohamed Abeid, Surveillance épidémiologique, DLM

26. Mr Ahmedou O/ Hamakhattar, Président du réseau des ONGs de lutte contre le Paludisme
27. Mme Fatou N'Diaye, PNLP
28. Mme Aisse Lam, PNLP
29. Dr Mohamed Lemine Ould Khouna, PNSR
30. Mr Ely O/ Abeid, Société Civile
31. Mme Katelyn Buisman, World Vision
32. Dr Boubacar Ould Abdel Aziz, OMS
33. Dr El Moustapha Ould Attighe, UNFPA
34. Dr Sidi O/ Zahav, UNICEF
35. Dr André Yaméogo, UNICEF
36. Dr Stephane TOHON, AT: OMS, Equipe interpays pour l'Afrique de l'Ouest, Burkina Faso :
37. Dr Abderrahmane KHARCHI, AT: OMS, Equipe interpays pour l'Afrique de l'Ouest, Burkina Faso :

B)- Liste des participants à l'atelier de validation du PSNEP

- Cérémonie d'ouverture

1. Dr Moktar Ould Hende, Le Secrétaire général du Ministère de la Santé
2. Dr Zombré Daogo Sosthène, Le Représentant de l'OMS par intérim

- Travaux de l'atelier

<i>N°</i>	<i>Nom et prénom</i>	<i>Fonction</i>
1	Mr Sid'Ahmed O/ Teguedi	Chargé de mission/ Ministère de la Santé
2	Dr Cheikh Baye	Conseiller du Ministre de la Santé
3	Dr Yeslem O/ Mohamed Lemine	Chargé de Mission/MS
4	Dr Sid'M'hamed O/ Lebatt	Directeur de la DLM
5	Dr Ba Mamadou Samba	Directeur de la DMH
6	Dr Mohamed lemine O/ Khairy	Coordinateur du PNLP
7	Mr Mohamed O/ Alew	PNLP
8	Dr Ba Kassoum	MC/CS de Boghé
9	Mr Mohamed Val O/ Ahmedou Salem	Traducteur/MS

10	Mme Aissé Lam	PNLP
11	Mme Fatimetou N'diaye	PNLP
12	Mr Boukhary O/ Moctar	DHP
13	Dr Lemrabott O/ Cheikhna	DRAS de Nktt
14	Dr Mohamed O/Weddady	MC/ CS Teyarett
15	Dr Diop Cheikh Oumar	Consultant
16	Mr Brahim Elkhalil O/ Mohamed Salem	PNLP
17	Dr Lalla Moulaty Moulaye	DMH/MS
18	Dr Bamba O/ Mohamed Mahmoud	DRASS/ Assaba
19	Dr Abadallahi Traoré	Coordinateur PNLT
20	Mr Bouh O/ Yahya	PNLP
21	Mme Khadijettou M/ Maloukif	Société Civile (ONG-Halt Palu)
22	Dr Ahmed Verwe	MC/Sebkha
23	Mr Chbih O/ Moissa	Société Civile (réseau lutte contre paludisme)
24	Mr Mohamed O/ Amara	ONG, A. Villes anciennes
25	Dr Abdallahi O/ Vally	CNORF
26	Mr Mohamed O/ Zaki	ODPSS
27	Mr Yousouf O/ Limam	CSCA/MS
28	Mr Ahmedou O/ Hamakhattar	Président du Réseau lutte contre paludisme
29	Mr Mohamed Yahdih O/ Bacar	Société Civile
30	Dr Mohamed O/ Abdallahi	ONG-Medecingo

31	Mr Ahmed Taleb O/ Sidi	Société Civile (ONG AD)
32	Mr Ahmed Babou	Société Civile (ONG BEDER)
33	Mr Mphamed Lemine O/ Sidatti	Société Civile
34	Dr Abass Barro	Coordinateur PNLB
35	Mr Mahfoudh O/ Mohad Iemine	ONG-Réseau lutte contre paludisme
36	Mr Abdallahi O/ Mohamed Lehib	DHP/MS
37	Mr Brahim O/ Mohamed O/ Noueijem	PNLP
38	Mr Cheikh O/ Mohamed Elhacen	ONG ELKHEIR
39	Mme Lalle Mariem M/ Mini	ONG ELWAVA
40	Mr Sidi Mohamed O/ Mohamed	ONG Elverej
41	Mr Mohamed Iemine	DRH/MS
42	Mme Aminetou mint Elkhalifa	ONG FAP
43	Mme Mouna Syam	ANPFPEE
44	Dr Cheikh O/ Mohamedou	MS
45	Mr Mohamed cheikh O/ Mouh	ONG
46	Dr Mohamed Lemine O/ Khouna	PNSR
47	Mr Sidi Yarraf	ONG
48	Dr Mohamed Lemine O/ Cheikh	DRAS du Trarza
49	Mme Katelyn Buisman	World Vision
50	Dr Amadou Cissé	UNICEF
51	Dr Boubacar Ould Abdelaziz	OMS Mauritanie

52	Dr Abderrahmane Kharchi TFEIL	OMS, Equipe interpays AO, Burkina Faso
53	Dr Moussa M'bow	UNFPA
54	Dr Jean ERIC Ouedraogo	RBM
55	Mr Medallah O/ Belal	OMS
56	Dr Niang Saidou Doro	OMS
57	Dr Mohamed Lemine Ould Mohamed Elhadj	President du CCM