



# UNION DES COMORES

*Unité – Solidarité - Développement*

-----  
VICE-PRESIDENCE CHARGÉE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA SOLIDARITÉ  
ET DE LA PROMOTION DU GENRE

-----  
DIRECTION NATIONALE DE LA SANTÉ  
DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LES ENDEMIES ET EPIDEMIES  
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



## Plan Stratégique de Lutte Contre le Paludisme

2007 – 2014

*Révisé à Moroni, mars 2009*

<b>Table des Matières</b>	<b>Pages</b>
Sigles, Acronymes et Abréviations	3
Préface	4
Résumé	5
1. Introduction	7
2. Profil épidémiologique, démographique et socio-économique	8
2.1. Tendances démographiques et contexte socio-économique	8
2.2. Organisation du Système de Santé de l'Union des Comores	10
3. Profil de Santé	11
3.1. Epidémiologie du Paludisme	11
3.1.1. L'île de Ngazidja	12
3.1.2. L'île de Mwali	12
3.1.3. L'île de Ndzouani	13
3.2. Situation de la lutte contre le paludisme entre 2002 - 2006	13
3.2.1. Lutte antivectorielle	13
3.2.2. Promotion de moustiquaires	13
3.2.3. Lutte biologique par poissons larvivores	14
3.2.4. Hygiène et assainissement du milieu	14
3.2.5. Sensibilité des Vecteurs aux insecticides	14
3.2.6. Introduction du Traitement préventif Intermittent (TPI)	14
3.2.7. Prise en charge des cas	14
3.2.8. Gestion du Programme	15
3.3. Les Forces, Faiblesses et Solutions Proposées	15
3.4. Perspectives et solutions proposées	17
3.4.1. La prévention	17
3.4.2. La prise en charge	18
3.4.3. La gestion du programme	18
3.4.4. Le renforcement du système de santé	18
3.4.5. La communication pour le changement de comportement (CCC)	18
4. Le Plan Stratégique 2007-2014	19
4.1. Vision	19
4.2. Mission	19
4.3. But	19
4.4. Objectif général	19
4.5. Objectifs spécifiques	20
5. <i>Suivi et évaluation</i>	23
5.1. Le suivi	23
5.2. L'évaluation	23
5.3. La supervision	23
Bibliographie	34
BUDGET	35

## Sigles, Acronymes et Abréviations

ACT	:	Combinaison Thérapeutique à base d'Arthémisinine
BM	:	Banque Mondiale
CAP	:	Collaboration, Action et Pérennisation
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CIPD	:	Conférence internationale sur la population et le développement
CP	:	Commissariat au Plan
CPN	:	Consultations prénatales
CSD	:	Centre de Santé de District
CNLP	:	Comité National de Lutte contre le Paludisme
DSRP	:	Document de Stratégie et de Réduction de la Pauvreté
DGS	:	Direction Régionale de la Santé
EBC	:	Enquête budget - consommation
IDH	:	indice de Développement Humain
PIED	:	Petit Pays Insulaire En Développement
GFATM:		Global found Aids Tub Malaria
LIV	:	Lutte Intégrée des vecteurs
IEC	:	Information Education et Communication
MII	:	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide
MICS	:	Multi-Indicator Cluster Survey
MIS	:	Malaria Indicator Survey
MCD	:	Médecin Chef de District
MSP	:	Ministère de la Santé Publique
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
OMD	:	Objectif du Millénaire pour le développement
ONGs	:	Organisations Non Gouvernementales
PNB	:	Produit National Brut
PEC	:	Prise en charge des cas
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PID	:	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PNAC	:	Pharmacie Nationale Autonome des Comores
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	:	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNS	:	Politique national de la Santé
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SCRP	:	Stratégie de Croissance et de réduction de la Pauvreté
SR	:	Santé de la Reproduction
TPI	:	Traitement Préventif Intermittent
UNICEF:		Fond des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## **Préface**

Le paludisme demeure encore un problème majeur de santé publique dans le monde. Des millions de malades sont enregistrés dans plusieurs pays chaque année. Plus du tiers de l'humanité reste exposé en permanence au risque d'impaludation. Ce lourd fardeau pèse surtout sur les enfants et les femmes enceintes qui sont les plus vulnérables.

En Union des Comores, le paludisme qui est une endémie stable constitue la première cause de morbidité et de mortalité dans le pays. Les données disponibles en 2006, indiquent que le paludisme est responsable de plus de 38% des consultations externes, 60% des hospitalisations dans les structures sanitaires et représente 42 % de la morbidité générale.

Pour lutter contre ce fléau, le gouvernement comorien en partenariat avec le système des Nations Unies et les autres partenaires de la coopération bi et multilatérale s'est doté pour la période 2007 – 2012 d'un plan Stratégique National de lutte contre le paludisme.

Cet actuel plan Stratégique 2007 – 2014 est une révision de cette dernière version et permet d'exprimer de manière claire la vision du pays à éliminer le paludisme d'ici 2020, conformément aux engagements internationaux auxquels le pays a souscrit. L'objectif clef est de parvenir à la phase de pré-élimination du paludisme en amenant le taux de positivité des lames de paludisme à moins de 5 pour 100. Pour y arriver, l'engagement des autorités politiques du pays, les contributions des partenaires et de tous les acteurs de la santé sont fortement sollicités.

L'espoir d'atteindre cette pré-élimination réside dans la prise de conscience que la lutte contre le paludisme est un des combats les plus urgents et les plus louables. Un combat qui concerne toute la population et qui contribue à faire reculer la pauvreté et favorise le respect des droits de l'homme.

Ce document devra permettre aux différents acteurs du programme de lutte contre le paludisme et tous les partenaires de FRP de disposer d'outils de planification, d'exécution et d'évaluation des actions. A cet effet, cinq orientations majeures y sont développées :

- 1) Couvrir toute la population en termes de prévention contre le paludisme
- 2) Assurer la prise en charge correcte des cas de paludisme avec les ACTs
- 3) Renforcer les capacités techniques et de gestion du PNLP
- 4) Assurer la disponibilité des données sur le paludisme au niveau des toutes les formations sanitaires
- 5) Sensibiliser toute la population de façon à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme

C'est pourquoi, j'invite tous les partenaires au développement, le personnel de santé, les décideurs, les Organisations Non Gouvernementales et la société civile à s'approprier de ce plan pour une meilleure conjugaison et une coordination des efforts sur le terrain, pour la mise à l'échelle des interventions essentielles en vue de l'élimination du paludisme en Union Des Comores.

En fin, je profite de cette occasion pour exprimer toute ma gratitude à toutes les personnes et institutions qui ont contribué à l'élaboration de ce document.

**Dr IKILILOU DHOININE**  
Vice –président chargé de la santé

## Résumé

L'Union des Comores comme bien d'autres pays endémiques du continent, a fait de la lutte contre le Paludisme la priorité nationale compte tenu de son ampleur. Les données disponibles en 2006, indiquent que le paludisme est responsable de plus de 38% des consultations externes et de 60% des hospitalisations dans les structures sanitaires et représente 42 % de la morbidité générale.

Le paludisme est en effet une endémie stable avec une forte prévalence tout au long de l'année et des poussées en fonction des saisons et des régions. Les 4 espèces plasmodiales sont présentes et le *Plasmodium falciparum* est l'espèce prédominante avec plus de 96% des infections. Les vecteurs principaux de la transmission sont *Anopheles gambiae* et *Anopheles funestus*.

Pour lutter contre le fléau du paludisme, le gouvernement comorien en partenariat avec le système des Nations Unies et la coopération bi et multi latérale, a mis en place, en 1988, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Des résultats tangibles ont été enregistrés notamment en matière de prise en charge et de lutte antivectorielle par l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Le programme est parvenu à renforcer la capacité de diagnostic et de traitement des formations sanitaires, à équiper les districts sanitaires en petits matériels de laboratoire, à améliorer la disponibilité des médicaments antipaludiques, à promouvoir l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), à former plusieurs cadres sanitaires et à développer la participation communautaire aux activités de prévention. Cependant, l'impact du programme antipaludique a été limité par l'insuffisance des moyens alloués et par la faible implication des services de santé et de la population.

Les acquis cependant obtenus constituent une base solide pour porter à l'échelle les interventions antipaludiques afin de réduire la transmission de la maladie à un niveau très bas qu'elle ne constituera plus un problème majeur de santé publique. Il s'agit d'une nouvelle étape de la lutte antipaludique qui doit conduire vers l'élimination du paludisme sur l'ensemble du territoire national. Le développement de cette nouvelle stratégie se base sur un engagement politique national fort. Il souscrit aux engagements internationaux visant à réduire le fardeau du paludisme notamment l'initiative « Faire Reculer le Paludisme », les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Plan Mondial « Faire Reculer le Paludisme et l'appel du Sommet des Chefs d'Etat Africains sur le Paludisme d'Abuja dont les axes prioritaires portent sur la lutte contre le paludisme en utilisant toutes les stratégies efficaces contre le vecteur et le parasite du paludisme.

L'objectif principal du Plan stratégique National de Lutte contre le Paludisme, en Union des Comores, est d'interrompre la transmission de la maladie par une lutte active contre les vecteurs et les parasites à travers l'utilisation combinée des pulvérisations intra domiciliaires (PID) d'insecticide, l'utilisation à large échelle des moustiquaires imprégnées d'insecticides de Longue Durée (MILD), le Traitement Préventif Intermittent (TPI) des femmes enceintes, le diagnostic et le traitement de masse du paludisme par les Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (ACT). Cet objectif suppose :

- l'accessibilité universelle de toute la population comorienne à un traitement antipaludique efficace ;

- le renforcement de la surveillance épidémiologique et de la réponse nécessaire en cas d'épidémies
- des efforts importants pour empêcher la réintroduction de la transmission du paludisme après son élimination.

La réduction du taux de porteurs de parasite dans la population à moins de 5% (pré élimination) est l'objectif principal de la nouvelle stratégie de lutte et le degré de succès des efforts sera évalué sur la base de l'atteinte des objectifs stratégiques suivants:

- 1) Couvrir toute la population en termes de prévention contre le paludisme d'ici 2014. (MILD, PID, TPI)
- 2) Assurer la prise en charge correcte des cas de paludisme d'ici 2014
- 3) Renforcer les capacités techniques et de gestion du PNLP et ses partenaires d'ici 2014 (formation du personnel, disponibilité des ressources humaines, équipement/ logistique du PNLP, suivi et évaluation des activités).
- 4) Assurer la disponibilité des données de routine sur le paludisme au niveau des toutes les formations sanitaires (surveillance épidémiologique).
- 5) Sensibiliser la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme

Ce plan sera soutenu par des stratégies d'appui tels que :

1. Le renforcement des compétences des services de santé pour dépister et traiter les cas de paludisme ;
2. Le développement de la communication de masse ;
3. Le renforcement de la recherche opérationnelle visant à soutenir les interventions ;
4. La mise à échelle des interventions à base communautaire de lutte contre le paludisme ;
5. Le développement du suivi et évaluation ;
6. Le renforcement de la collaboration intersectorielle.

Cependant, il est nécessaire de souligner le rôle important de leader que doit jouer l'Etat surtout dans le contexte actuel de décentralisation des activités avec les nouvelles institutions politiques, et également l'importance d'un engagement considérable et durable des partenaires techniques et financiers. Une gestion rigoureuse de ce plan sous la conduite éclairée des décideurs du niveau central et insulaire doit contribuer à la suppression du fardeau que constitue le paludisme et à la réduction de la pauvreté en Union des Comores au cours des cinq prochaines années.

## 1. Introduction

Le paludisme demeure la maladie tropicale la plus répandue dans le monde. Il est l'une des principales causes de décès plus particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans en Afrique. De même, en Union des Comores, le paludisme constitue un problème de santé publique majeur. Il représente la première cause de morbidité dans les formations sanitaires. En moyenne, plus de 100 000 cas présumés sont rapportés annuellement. Cette affection est présente sur l'ensemble des îles et son épidémiologie est variable d'une île à l'autre. C'est une endémie stable avec une forte prévalence tout au long de l'année et des poussées en fonction des saisons et des régions. Les données disponibles, en 2006, indiquent que le paludisme est responsable de plus de 38% des consultations externes et de 60% des hospitalisations dans les structures sanitaires. Le gouvernement comorien considère le paludisme comme l'une des principales causes d'absentéisme dans les lieux de travail et dans les écoles. Les pertes économiques énormes engendrées par cette affection sont maintenant perçues à juste titre comme un facteur d'aggravation de la pauvreté, une cause d'inégalité et un frein au développement. Il affecte gravement l'état de santé de la population et représente un obstacle majeur au développement socio-économique du pays.

Cependant la lutte contre le paludisme figure parmi les priorités du Plan d'Action du Document de Stratégie et de réduction de la Pauvreté (DSRP). Elle fait partie des objectifs prioritaires de la Politique Nationale de Santé (PNS), du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). La politique de prise en charge du paludisme a été revue et permet de disposer d'un nouveau schéma thérapeutique basé sur le traitement combiné à base d'artémisinine. Les activités de prévention ont été étendues avec la distribution à grande échelle de moustiquaires ordinaires imprégnées d'insecticide aux populations vulnérables dont les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans et l'instauration du traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes.

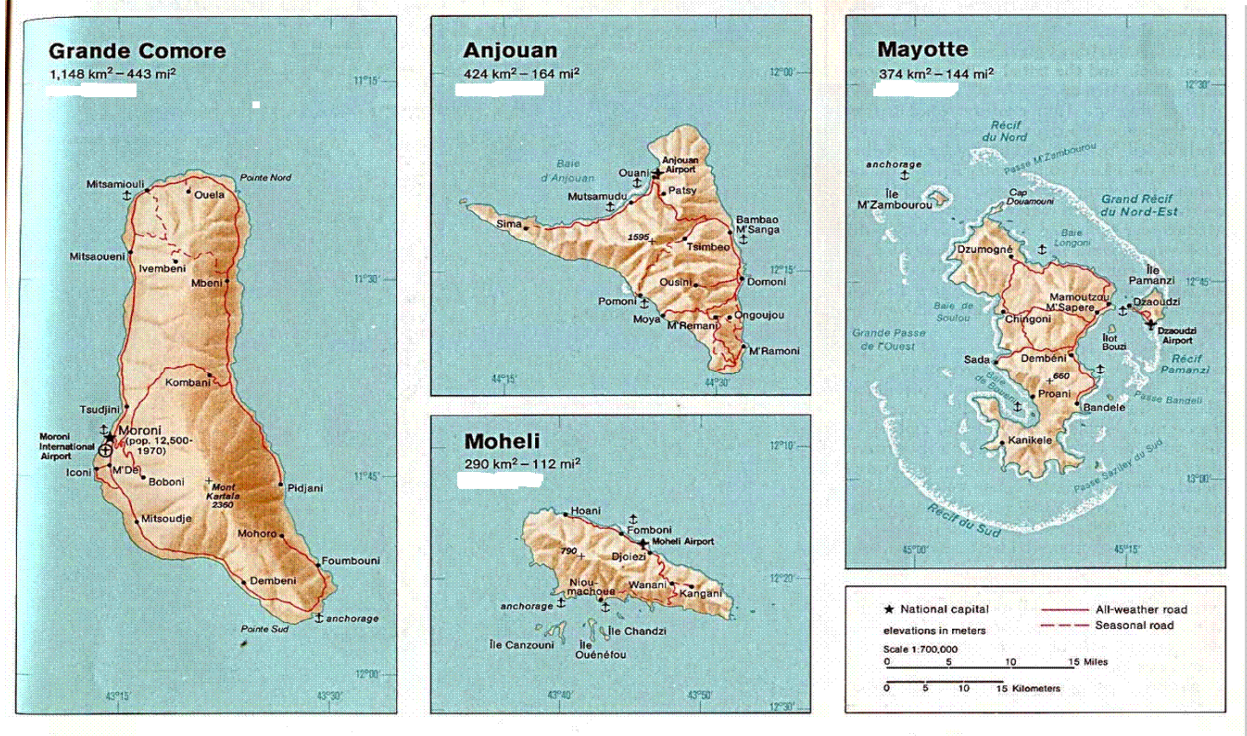
La sensibilisation et la mobilisation communautaire ont été régulièrement développées en vue d'informer la population sur la gravité du paludisme et de l'importance du comportement individuel dans le contrôle du paludisme.

Les résultats des efforts ainsi engagés constituent une base solide pour porter à l'échelle les interventions antipaludiques afin de réduire la transmission de la maladie à un niveau très bas qu'elle ne peut plus être un problème majeur de santé publique. Il s'agit d'une nouvelle étape de la lutte antipaludique qui doit conduire vers l'élimination du paludisme sur l'ensemble du territoire national. Le développement de cette nouvelle stratégie devra s'appuyer sur:

- Les stratégies majeures reconnues comme efficace développées ces dernières années par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ;
- Les technologies et les outils efficaces qui sont disponibles pour l'élimination la maladie dans la région africaine de l'OMS ;
- Un engagement politique national fort;
- Les expériences réussies et les acquis des pays qui ont vaincu le paludisme dont les pays voisins comme l'île Maurice et la Réunion.

## 2. Profil épidémiologique, démographique et socio-économique

Située à l'entrée septentrionale du Canal de Mozambique dans l'Océan Indien, à 300 km de Madagascar et de l'Afrique, l'Union des Comores couvre une superficie de 2236 km<sup>2</sup> répartie sur quatre îles d'origine volcanique: Ngazidja (Grande Comore): 1147 km<sup>2</sup>, Ndzouani (Anjouan): 424 km<sup>2</sup>, Mwali (Mohéli): 290 km<sup>2</sup>, et Maoré (Mayotte): 374 km<sup>2</sup>. Cette dernière île est restée sous administration française, après l'indépendance. La capitale est Moroni, située sur l'île de Ngazidja. La langue nationale est le comorien, dérivée du Swahili. Le français et l'Arabe sont les langues officielles.



Les Comores ont accédé à l'indépendance en 1975 dans un contexte difficile caractérisé par une quasi absence d'infrastructures viables, une insuffisance de ressources humaines qualifiées et une économie peu diversifiée.

Les Comores ont un climat tropical avec deux saisons : la saison fraîche et sèche qui va de mai à octobre et la saison chaude et pluvieuse qui va de novembre à avril, avec une température variant entre 15°C et 33°C. L'aspect physique du pays reste fortement marqué par des éruptions volcaniques fréquentes dans l'île de Ngazidja.

### 2.1. Tendances démographiques et contexte socio-économique

Au dernier recensement général de la population et de l'habitat de 2003<sup>1</sup>, la population de l'Union des Comores est estimée à 575.660 habitants, soit une densité moyenne de 264 hab/km<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Ministère du Plan, de l'Aménagement du Territoire, de l'Energie et de l'Urbanisme. Principaux Résultats du Recensement General de la Population et de l'Habitat, 15 Septembre 2003.

inégalement répartie entre les îles: 296.177 à Ngazidja, 243.732 à Ndzuwani et 35.751 à Mwali. L'espérance de vie à la naissance est de 62,6 ans; les femmes représentent 50,4% de la population laquelle population vit essentiellement en milieu rural à hauteur de 72,1%. La structure démographique est aussi marquée par le poids des jeunes qui représentent en 2003, 53% de la population pour les moins de 20 ans et 42% pour les moins de 15 ans. L'indice synthétique de fécondité est de 5,8.

Avec un Produit National Brut (PNB) par habitant de 458 dollars américains, les Comores font actuellement partie du groupe des pays les moins avancés et occupe le 141<sup>ème</sup> rang des pays classés selon l'indicateur de développement humain. Après une période de forte croissance dans les années qui ont suivi l'indépendance, le pays a subi une grave crise économique et financière à partir du milieu des années 1980, qui s'est traduite par un déclin moyen de près de 2 % par an du revenu par habitant. Les Comores présentent un taux d'analphabétisme important (50 % de la population, en majorité des femmes), des taux de chômage et de sous emploi élevés (71% de la population active exerce un emploi, 33% pour les femmes), ainsi qu'une mauvaise santé générale de la population.

**Tableau 1. Indicateurs sanitaires et socio-économiques**

<b>Indicateur</b>	<b>Taux/Ratio</b>	<b>Source (et année)</b>
Taux brut de natalité	35.6/1000/an	RGPH (2003)
Taux brut de mortalité	7,9/1000/an	RGPH 2003
Taux de croissance de la population	2.1%	RGPH (2003)
Mortalité néonatale	53.0/1000/an	WDI (2006)
Mortalité infantile	59/1000/an	MICS (2000)
Mortalité des enfants en dessous de 5 ans	74/1000/an	MICS (2000)
Taux de mortalité maternelle	380/100,000 naissances	RGPH 2003
Proportion des Femmes avec CPN1	72,7%	EIM 2004
Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié	61.8%	MICS (2000)
Taux de Fertilité général	3.8/femme	WDI (2006)
Taux de prévalence du HIV	0.025%	DPLCVIH (2002)
Espérance de vie à la naissance	62.6	WDI (2006)
Taux d'alphabétisation	56%	RMDH 2003 (2001)
Index de pauvreté	54.7%	RMDH 2003 (2001)

**Tableau 2. Démographie**

Démographie	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Population totale</b>	653 083	666 986	681 191	695 706	710 536	725 690
Ngazidja (TA 2.0%)	333 543	340 214	347 019	353 959	361 038	368 259
Mwali (TA 3.3%)	43 440	44 874	46 354	47 884	49 464	51 096
Ndzouani (TA 2.1%)	276 100	281 898	287 818	293 863	300 034	306 335
<b>Taille moyenne du ménage</b>	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9
<b>Nombre total des ménages</b>	<b>110 232</b>	<b>112 581</b>	<b>114 981</b>	<b>117 434</b>	<b>119 940</b>	<b>125 009</b>
Ngazidja	54 235	55 319	56 426	57 554	58 705	62 417
Mwali	7 388	7 632	7 883	8 144	8 412	8 660
Ndzouani	48 609	49 630	50 672	51 736	52 823	53 932
<b>Nombre total des femmes enceintes</b>	<b>27 003</b>	<b>27 581</b>	<b>28 173</b>	<b>28 777</b>	<b>29 394</b>	<b>30 025</b>
Ngazidja	12 308	12 554	12 805	13 061	13 322	13 588
Mwali	1 994	2 060	2 128	2 198	2 270	2 345
Ndzouani	12 701	12 967	13 240	13 518	13 802	14 092
<b>Nombre d'enfants</b>	<b>20 898</b>	<b>21 344</b>	<b>21 798</b>	<b>22 263</b>	<b>22 737</b>	<b>23 222</b>
Ngazidja	10 673	10 887	11 105	11 327	11 553	11 784
Mwali	1 390	1 436	1 483	1 532	1 583	1 635
Ndzouani	8 835	9 021	9 210	9 404	9 601	9 803
<b>Nombre d'enfants de moins de 5 ans</b>	<b>79 363</b>	<b>81 078</b>	<b>82 830</b>	<b>84 621</b>	<b>86 451</b>	<b>88 322</b>
Ngazidja	32 587	33 239	33 904	34 582	35 273	35 978
Mwali	6 659	6 879	7 106	7 341	7 583	7 833
Ndzouani	40 117	40 960	41 820	42 698	43 595	44 510

Données estimées à partir de RGP 2003

## 2.2. Organisation du Système de Santé de l'Union des Comores

Le système national de santé de l'Union des Comores est organisé autour de trois niveaux opérationnels (central, intermédiaire et périphérique). Les soins de santé sont fournis par l'intermédiaire de 17 districts sanitaires ayant en charge de 25 000 à 100 000 habitants. Les districts sanitaires comprennent un centre de santé (CSD) et plusieurs postes de santé (PS). Les soins tertiaires sont procurés par 3 hôpitaux nationaux ayant environ 900 lits. Les soins secondaires sont dispensés dans 2 centres médico-chirurgicaux d'une capacité moyenne de 100 lits. Les centres de santé de districts prennent en charge la majorité des cas simples et graves de paludisme; ils jouent également un rôle dans la prévention du paludisme chez la femme enceinte et dans la sensibilisation et la mobilisation communautaires.

### 3. Profil de Santé

Les tendances générales montrent que l'état de santé des populations de l'Union des Comores s'est amélioré ces dernières années. Les indicateurs suivants illustrent cette situation :

- a) l'espérance<sup>2</sup> de vie à la naissance est passée de 55 ans en 1991 à 62,6 ans en 2006 ;
- b) le taux de mortalité générale est passé de 15,7 pour 1000 en 1980 à 15,1 pour 1000 en 2000;
- c) le taux de mortalité infantile est passé de 86,2 à 59 pour 1000 entre 1991 et 2000 (RGPH 1991 et MICS 2000)
- d) Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a connu une amélioration passant de 103,7 pour 1000 en 1996 à 74 pour 1000 en 2000 (MICS 2000).

Le taux de mortalité maternelle<sup>3</sup> reste encore élevé malgré une nette tendance à la baisse de 517 à 380 pour 100.000 naissances vivantes entre 1991 et 2003. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par la mauvaise qualité des services, le manque de suivi des grossesses, les références tardives dans les formations sanitaires, les accouchements à domicile, la pauvreté, l'ignorance et l'analphabétisme.

De façon générale, le faciès épidémiologique des Comores s'est peu modifié au cours de ces dernières années et reste dominé par le paludisme (sauf à Mwali où le programme déparasitage a fortement réduit la prévalence), les maladies diarrhéiques (MD), les parasitoses intestinales, les infections respiratoires aiguës (IRA). Ces affections sont à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité élevées surtout chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Les maladies diarrhéiques constituent une des causes fréquentes de consultations en pédiatrie. Selon l'enquête MICS, l'incidence était de 18,3% chez les enfants pendant les deux dernières semaines précédant l'enquête. Les infections respiratoires aiguës touchent essentiellement les enfants de moins de 5 ans et constituaient le deuxième motif de consultation (12%) en 1999 contre 14,7% en 2001.

On note une insuffisance en protéines chez les femmes enceintes et allaitant ainsi que chez les enfants de moins de cinq ans. Cet état est plus fréquent dans sa forme chronique (33% des enfants de moins de deux ans) que dans sa forme aiguë (4,6%)<sup>4</sup>. La prévalence moyenne du goitre est de 14,1%<sup>5</sup>: l'île de Mwali (16,9%) et de Ndzouani (15,5%) sont les plus affectées par rapport à la Ngazidja (9,9%). L'institutionnalisation de l'importation du sel iodé en 1997 fait partie des mesures salutaires pour inverser la tendance.

#### 3.1. Epidémiologie du Paludisme

Le paludisme constitue toujours un problème de santé publique majeur. Il représente la première cause de morbidité dans les formations sanitaires. En moyenne, plus de 100 000 cas présumés sont rapportés annuellement. Cette affection est présente sur l'ensemble des îles et son épidémiologie est variable d'une île à l'autre. C'est une endémie stable avec une forte prévalence

---

<sup>2</sup> RGPH 1991

<sup>3</sup> RGPH, 2003

<sup>4</sup> MICS, 2000

<sup>5</sup> Evaluation de la situation du goitre et l'avitaminose, 1995

tout au long de l'année et des poussées en fonction des saisons et des régions. Les données disponibles, en 2006, indiquent que le paludisme est responsable de plus de 38% des consultations externes et de 60% des hospitalisations dans les structures sanitaires (source PNLP).

Les quatre espèces plasmodiales responsables du paludisme humain sont présentes aux Comores avec une forte prédominance du *Plasmodium falciparum* (96%). *Plasmodium malariae* représente environ 2%, *Plasmodium vivax* 1,5% et *Plasmodium ovale* (0,5%).

Le paludisme est stable dans l'ensemble du territoire national avec des variations saisonnières selon la zone géographique considérée. Les groupes vulnérables sont constitués essentiellement par les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes la population résidant à Mwali et les personnes provenant des pays non impaludés séjournant dans le pays temporairement (les vacanciers).

### **3.1.1. L'île de Ngazidja**

Le paludisme à Ngazidja est une endémie stable. Il n'y a pas de grandes variations saisonnières du paludisme dans l'île car les gîtes anthropiques, existent toute l'année et en toute saison. La transmission fluctue au gré du nombre et à la qualité des citernes et de bassins d'ablution ainsi que de leur remise en eau qui dépend de la pluviométrie. Seul l'*anophèles gambiae* est responsable de la transmission dans l'île. Des variations d'intensité du paludisme sont cependant constatées en fonction de la position des localités par rapport aux vents et à la masse du volcan Karthala. Ces variations font que les localités situées au centre et au sud ouest de l'île sont les plus infectées (IP moyen = 70 %). Dans cette zone, la pluviométrie est la plus élevée et les citernes sont toujours pourvues en eau. Les localités situées au nord-ouest de l'île sont moyennement infectées ( $25\% < \text{IP}_{\text{moyen}} < 55\%$ ) car la pluviométrie dans cette zone est fluctuante. Les localités du nord de l'île sont moyennement arrosées et les citernes ne reçoivent pas beaucoup d'eau ou restent polluées. Le paludisme est méso endémique Les localités situées dans la partie-est de l'île sont les moins infectées ( $18\% < \text{IP}_{\text{moyen}} < 45\%$ ). Cette zone est la moins arrosée. Les citernes sont souvent asséchées.

### **3.1.2. L'île de Mwali**

Avant la mise œuvre de la stratégie d'élimination rapide du paludisme à Mwali par le traitement de masse en 2007, le paludisme représentait, 38 % des consultations externes, 60 % des hospitalisations et 1,9 % de létalité pédiatrique.

La mise en place de cette stratégie en septembre 2007 a permis de réduire le taux des porteurs de parasites qui est passé de 23% à 0,33%. Actuellement, le paludisme n'y représente plus un problème de santé publique. Cette situation fait de l'île de Mohéli une zone à risque épidémique de paludisme.

### **3.1.3. L'île de Ndzouani**

Les études parasitologiques conduites jusqu'à présent dans l'île montrent que l'indice plasmodique présente de fortes disparités locales et saisonnières. Le paludisme est transmis par *An. gambiae s.s.* et *An. funestus.* L'île de Ndzouani présente une écologie tropicale avec une grande variété de situation épidémiologique. 12 agglomérations de l'île possèdent des estuaires bouchés (Mutsamudu, Ouani, Hadjoho, Ongoni, Bambao, Pomoni, Bimbini, Assimpao, Magnassini, Nindri, Vouani, Maraharé) qui entretiennent la transmission en saison sèche.

### **3.2. Situation de la lutte contre le paludisme entre 2002 - 2006**

La mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme planifiées dans le Plan Stratégique 2002 – 2006 portant sur la prévention par l'utilisation des moustiquaires, la prise en charge par l'introduction des combinaison thérapeutiques (Coartem), l'amélioration de la gestion du programme par l'élaboration des documents stratégiques (Plan d'élimination du Paludisme) et le renforcement des capacités par la formation des agents de santé permet au pays de disposer d'une base de données solides. Ces interventions n'ont pas pu couvrir tout le pays et devraient être consolidées au cours des 5 prochaines années.

#### **3.2.1. Lutte antivectorielle**

Plusieurs activités de lutte anti-vectorielle ont été réalisées. Il s'agit de :

- a) Vulgarisation de l'utilisation des moustiquaires imprégnées
- b) Empoisonnement des citernes par des poissons larvivores (Poecillia)
- c) Organisation des activités d'hygiène- assainissement dans les villages
- d) Formations des agents en imprégnation des moustiquaires et en hygiène assainissement.

La lutte antipaludique a également bénéficié d'un apport substantiel de la part du RBM qui soutient de façon permanent les activités courantes du PNLP et du Fond Mondial à travers la mise en œuvre de la composante paludisme « appui au développement de la lutte à base communautaire ». Elle a également tiré profit des effets positifs des projets et programmes dont le secteur santé a bénéficié au cours des années 2002 – 2006. Le gouvernement à travers le Projet Santé III/IDA/Banque Mondiale et le Fonds Mondial a permis de mobiliser des ressources importantes pour le renforcement des capacités et l'acquisition de moustiquaires. Les moustiquaires imprégnées sont vulgarisées et sont largement distribuées dans le pays. La couverture atteint plus de 49% des ménages (rapport d'enquête, consultant OMS 2003).

#### **3.2.2. Promotion de moustiquaires**

Les interventions effectuées ont montré que les moustiquaires ont été acceptées par la population (173 000 moustiquaires ordinaires 2005 – 2007). Elles ont permis de promouvoir leur utilisation continue dans de nombreuses localités du pays et de faciliter leur disponibilité et leur accessibilité. Bien que la population soit sensibilisée pour l'utilisation des moustiquaires imprégnées, pour l'heure, le programme utilise des moustiquaires ordinaires, qui nécessitent des imprégnations régulières contraignantes. Leur utilisation pourrait être étendue par une acquisition de moustiquaires imprégnées de longue durée et l'assurance de leur disponibilité.

#### **3.2.3. Lutte biologique par poissons larvivores**

La lutte biologique par utilisation de poissons larvivores s'applique dans des nombreuses localités de Ngazidja ainsi que dans quelques localités de Ndzouani et de Mwali. Malgré la construction et la réhabilitation des bassins d'élevage des poissons larvivores, l'empoissonnement des citernes ne se fait pas de manière systématique. La lutte biologique par poissons larvivores s'est avérée d'une efficacité limitée du fait de la faible implication des communautés dans l'empoissonnement des citernes et du manque de supervisons et suivis.

#### **3.2.4. Hygiène et assainissement du milieu**

Les activités d'hygiène et d'assainissement développées jusqu'à présent ont consisté en la gestion de l'environnement immédiat des communautés urbaines et rurales. Le PNLN a appuyé 95 associations et organisations communautaires dans des actions de réduction des sources de prolifération des moustiques notamment le drainage des eaux, le nettoyage des lits des cours d'eau ou l'organisation de journées villes/villages propres.

#### **3.2.5. Sensibilité des Vecteurs aux insecticides**

Des études entomologiques ont été réalisées en 2001, 2003, et 2006 pour évaluer la sensibilité des vecteurs aux insecticides. Elles ont montré une sensibilité des vecteurs à la Deltaméthrine, à la Permethrine et au DDT. Ces insecticides peuvent être utilisés dans le cadre du programme d'élimination.

#### **3.2.6. Introduction du Traitement préventif Intermittent (TPI)**

Suite aux résultats de l'étude montrant une résistance des souches du parasite à la chloroquine supérieure à 25%, la chimioprophylaxie à la chloroquine a été abandonnée et remplacée par la prévention contre le paludisme de la femme enceinte par le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine/ Pyriméthamine. Compte – tenu de la faible prévalence du paludisme à Mohéli, le TPI doit être abandonné.

#### **3.2.7. Prise en charge des cas**

Les activités développées par le PNLN ont contribué au renforcement de la prise en charge des cas de paludisme notamment par :

- a) la révision de la politique nationale de traitement pour adopter l'utilisation des ACT et la diffusion du guide pratique du paludisme au niveau de toutes les formations sanitaires;
- b) la poursuite des activités de formation /recyclage du personnel des districts sanitaires. Elles ont permis également d'améliorer la disponibilité des médicaments, des réactifs et d'équiper les laboratoires des formations sanitaires;
- c) les activités développées par le PNLN ont permis le renforcement des capacités des prestataires en matière de prise en charge correcte des cas de paludisme. 482 agents de santé et 457 agents communautaires ont été formés/recyclés sur la prise en charge des cas de paludisme simple basée sur l'utilisation des ACT. Grâce aux ressources mobilisées et à la contribution des partenaires de la coopération bi et multilatérale, le pays dispose d'un stock appréciable des médicaments antipaludiques essentiels.

### **3.2.8. Gestion du Programme**

Pour le renforcement des capacités techniques des nationaux sur la gestion du programme de lutte contre le paludisme, le programme a eu à assurer la formation des médecins paludologues, 34 agents en hygiène assainissement, 12 techniciens en inspection sanitaire, 482 médecins cliniciens et paramédicaux et 457 agents de santé communautaires. Des fonds ont été également mobilisés pour l'organisation de campagnes de sensibilisation lors des journées africaines de lutte contre le paludisme qui ont vu la participation constante des plus hautes autorités nationales. L'ensemble de ces contributions a eu une influence certaine dans le développement de la lutte antipaludique et dans la réduction du poids que fait peser le paludisme sur les familles comoriennes.

Pour conclure, les objectifs du Plan stratégique 2002 – 2006 n'ont pas tous été atteints du fait des nombreuses contraintes auxquelles le PNLP a été confrontées. Les ressources mobilisées ont contribué de manière significative à l'amélioration de la prise en charge des cas. Elles ont permis d'améliorer sensiblement l'accessibilité de la population à haut risque d'infection palustre aux traitements antipaludiques. Des domaines importants comme la lutte antivectorielle, le suivi et l'évaluation, le partenariat et la collaboration multisectorielle sont à considérer dans le nouveau plan stratégique de manière à pouvoir atteindre les résultats par rapport aux objectifs nationaux et internationaux auxquels les Comores ont souscrit et qui sont pour rappel :

- L'initiative Faire Reculer le Paludisme (FRP ou Roll Back Malaria) mise en place conjointement par l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale et le PNUD en 1998 vise la réduction du fardeau du paludisme à l'échelle mondiale ;
- Les Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2000 dont l'objectif 6 vise à accélérer la mise en œuvre des stratégies pour combattre le VIH, la tuberculose et le paludisme ;
- Les objectifs du sommet d'Abuja en 2000 au cours duquel les chefs d'Etats africains ont décidé de réduire de 50% la mortalité imputable au paludisme jusqu'en 2010.

### **3.3. Les Forces, Faiblesses et Solutions Proposées**

#### **3.3.1. Les Forces et Faiblesses**

##### **3.3.1.1. Prévention**

###### **3.3.1.1.1. Forces**

Dans le cadre de la prévention, le programme a enregistré un niveau d'acceptabilité élevé des moustiquaires par les communautés, une forte acceptabilité du TPI par les femmes enceintes qui vont à la CPN et une forte organisation communautaire.

###### **3.3.1.1.2. Faiblesses**

Pour ce qui est des faiblesses le PNLP a enregistré une forte déperdition entre le TPI1 et le TPI2, des ruptures fréquentes des stocks de moustiquaires imprégnées, une absence de financement et ressources humaines pour la lutte anti-larvaire, une faible capacité opérationnelle en PID, l'absence d'évaluation régulière de la couverture et l'utilisation des moustiquaires

### **3.3.1.2. Prise en Charge**

#### **3.3.1.2.1. Forces**

Au cours des Cinq dernières années, la prise en charge de cas de paludisme a enregistré des progrès par la formation des agents de santé et la disponibilité d'ACT dans les structures de santé. Dans le domaine du diagnostic, les laboratoires des centres de santé des districts ont été dotés par le programme en microscopes, en petits matériels et réactifs pour l'analyse parasitologique du paludisme.

#### **3.3.1.2.2. Faiblesses**

Les faiblesses identifiées dans la prise en charge des cas auxquelles le Programme National de lutte contre le paludisme s'est trouvé confronter dans la période 2002 – 2006, portent essentiellement sur l'insuffisance du personnel affecté dans les structures de santé, l'insuffisance des ACT par rapport aux besoins et leur coût élevé par rapport aux capacités d'achat de certains patients. Aucune structure de santé du pays ne dispose de Test rapide et tous les postes de santé manquent de laboratoire pour la confirmation biologique du paludisme. Les tarifs des gouttes épaisses pratiquées dans les Centre de santé de districts, le CHN, les CHR et les laboratoires privés sont inaccessibles pour certains patients.

### **3.3.1.3. La gestion du programme**

#### **3.3.1.3.1. Forces**

Dans le cadre de la gestion du programme, le PNLP a connu l'engagement des autorités nationales et du Ministère de la Santé en particulier d'accorder la priorité à l'élimination du paludisme dans le pays. A cet effet, entre autres interventions un plan national d'élimination du paludisme dans le pays a été élaboré et l'exonération des taxes douanières sur les médicaments antipaludiques et autres produits (moustiquaires, insecticides) destinés à la lutte antipaludique par le gouvernement a été instaurée. L'implication des partenaires de la coopération bi et multilatérale pour l'appui financier et technique des activités de lutte contre le paludisme a été facilitée par la création et l'organisation régulière des réunions du CCM. La disponibilité des points focaux des îles chargés de la lutte contre le paludisme a renforcé la présence du PNLP au niveau insulaire.

#### **3.3.1.3.2. Faiblesses**

Les principales faiblesses enregistrées portent sur des activités d'IEC peu soutenues, des recherches opérationnelles peu développées et une insuffisance d'une masse critique de chercheurs au niveau national. Le suivi des activités du PNLP a aussi connu une insuffisance en supervisions formatives et en appui financier.

Le PNLP ne dispose pas encore de certains documents stratégiques : i) plan opérationnel de prévention et réponse aux épidémies, ii) stratégie nationale pour l'IEC/CCC du paludisme Dans le domaine du suivi et de l'évaluation, il a été constaté une Insuffisance des ressources humaines et matérielles. La PNAC partenaire privilégié du PNLP connaît une capacité de stockage limité au niveau central et des îles.

### **3.3.1.4. Le renforcement du système de santé**

#### **3.3.1.4.1. Forces**

Le pays a élaboré un document sur les normes standards et la carte sanitaire.

#### **3.3.1.4.2. Faiblesses**

Le PNLP ne dispose pas encore de toutes les capacités de mobilisation des ressources auprès des partenaires alors que l'appui financier du gouvernement reste limité. Il y a lieu de souligner aussi que la collaboration entre les niveaux central et les îles est à améliorer.

Le système d'information sanitaire n'assure pas une diffusion efficace et efficiente de l'information sanitaire auprès des partenaires. Cette situation pourrait en partie être expliquée par la mauvaise coordination de la collecte des données qui se traduit par une faible complétude et promptitude des rapports, une démotivation du personnel (fonctionnaire de l'Etat/contractuels) et une mobilité fréquente du personnel de santé.

### **3.3.1.5. La communication pour le changement des comportements**

#### **3.3.1.5.1. Forces**

Le pays dispose d'une radio et télévision nationales et plusieurs radios périphériques qui peuvent être utilisés pour diffuser à temps réel les informations sur la lutte contre le paludisme destinée à toute la population du pays. L'implication des associations et organisations communautaires dans la mise en œuvre des activités de sensibilisation est une opportunité.

#### **3.3.1.5.2. Faiblesses**

Dans le domaine de l'IEC/CCC le pays ne dispose pas d'une stratégie nationale de communication. Les activités d'information, éducation et communication réalisées ne sont pas toujours planifiées et soutenues.

## **3.4. Perspectives et solutions proposées**

### **3.4.1. La prévention**

Pour le PNLP, il est nécessaire de former et superviser régulièrement le personnel des services CPN pour améliorer le service et l'accueil, renforcer l'IEC/CCC chez les femmes enceintes en faveur de la CPN, subventionner les services de CPN pour couvrir leur frais de fonctionnement et de doter régulièrement tous les services de consultations prénatales des formations sanitaires (privées et publiques) en SP pour la TPI des femmes enceintes.

Pour le cas spécifique de Mwali, le comité technique national de santé et le comité national de santé statueront sur le médicament à prendre en chimioprophylaxie pour les personnes résident à Mwali et qui se déplacent dans les autres zones endémiques. Pour atteindre ses objectifs, le Programme offrira des MILD à toute la population, et entend former et plaider pour l'affectation dans le programme de 10 techniciens entomologistes, 4 épidémiologistes, un biologiste, 4 entomologistes mais aussi recycler les techniciens entomologistes sur les opérations PID, renforcer le PNLP en équipement pour les opérations PID ainsi que la supervision sur le terrain. Le PNLP Organisera une enquête CAP pour mieux cerner l'évolution des comportements face à la maladie.

### **3.4.2. La prise en charge**

Pour corriger les faiblesses identifiés dans le domaine de la prise en charge, il est envisagé dans l'immédiat de plaider pour le redéploiement du personnel formé et le recrutement des médecins et paramédicaux pour compléter l'effectif des structures de santé. Un plaidoyer soutenu sera mené auprès des autorités politiques et administratives par les responsables du Programme avec l'appui des partenaires au développement de la santé pour que le diagnostic, le traitement et les médicaments antipaludiques soient fournis gratuitement à tous les patients de manière permanente. Pour maintenir un très bon niveau de performance, des supervisons formatives seront menées dans tous les services du pays chargés de la prise en charge des malades.

### **3.4.3. La gestion du programme**

Pour mieux réaliser sa mission le PNLP envisage d'élaborer un plan et une stratégie d'IEC/CCC de sur le paludisme, de plaider auprès des partenaires pour un accompagnement effectif de la DEPSASS dans la mise en œuvre des activités IEC.

Dans le cadre de la recherche, le Programme compte renforcer la collaboration avec l'Ecole Nationale de Médecine et de Santé Publique, le Pharo de Marseille, l'Institut Pasteur de Madagascar et autres institutions.

Investi de nouvelle mission, le PNLP sera renforcé en ressources humaines. Un plan de prévention et ripostes aux épidémies sera élaboré, un plan de suivi et évaluation sera intégré dans l'exécution des programmes. Des termes de référence du personnel ainsi que leur cadre de performance seront établis.

Des hangars de stockage seront construits à la PNAC ainsi qu'au niveau des dépôts des îles

### **3.4.4. Le renforcement du système de santé**

Pour renforcer le système de santé, le plaidoyer auprès du Ministère de finance pour le décaissement effectif du budget alloué à la lutte contre le paludisme sera poursuivi. Pour la surveillance, les agents chargés de la gestion des données à tous les niveaux seront formés sur la gestion des données, les outils de collecte des données seront harmonisés, multipliés et diffusés et toutes les structures de santé seront dotées en matériels et équipement pour la collecte, l'exploitation et l'analyse des données.

Des réunions d'échanges avec les responsables chargés de la gestion des données au niveau de la DGS de chaque île sur la gestion des données seront organisées et les données seront diffusées à tous les partenaires par la publication des bulletins d'informations trimestrielles sur le paludisme.

### **3.4.5. La communication pour le changement de comportement (CCC)**

Pour améliorer la sensibilisation, le PNLP sera doté d'un plan de Communication pour le Changement de comportement. Un plaidoyer sera fait auprès des partenaires pour un accompagnement effectif de la Direction de l'Education pour la Santé et de l'action socio – Sanitaire (DEPSASS) dans la mise en œuvre de ce plan. La DEPSASS doit mettre à la disposition du PNLP un chargé de l'IEC/CCC.

#### **4. Le Plan Stratégique 2007-2014**

Les acquis du plan stratégique 2002-2006 constituent une base solide pour porter à l'échelle les interventions antipaludiques et pour réduire la transmission de la maladie à un niveau tel qu'il ne constitue plus un problème majeur de santé publique. Il s'agit d'une nouvelle étape de la lutte antipaludique qui doit conduire vers l'élimination du paludisme sur l'ensemble du territoire national.

##### **4.1. Vision**

La vision du programme de lutte contre le paludisme en Union des Comores est d'éliminer d'ici 2020 le paludisme en tant que principale cause de morbidité et de mortalité, obstacle à la croissance économique et au développement social, dans le cadre des Objectifs de Développement du Millénaire.

##### **4.2. Mission**

La mission du programme national de lutte contre le paludisme est de contribuer, en collaboration avec tous les acteurs à tous les niveaux, à l'amélioration de la santé de la population comorienne en mettant à sa disposition les meilleures interventions de lutte contre le paludisme reconnues efficaces et conformes aux engagements internationaux signés par l'Etat comorien.

##### **4.3. But**

Le but du plan stratégique 2007-2014 est d'interrompre la transmission de la maladie afin d'amener le pays à la phase de pré élimination.

##### **4.4. Objectif général**

Ce plan stratégique national a pour objectif général de promouvoir, coordonner et soutenir la fourniture d'interventions efficaces afin de réduire le taux de porteurs de parasites dans la population à moins de 5 pour 100.

#### 4.5. Objectifs spécifiques

Ce plan stratégique de lutte contre le paludisme 2007-2014 a les cinq objectifs stratégiques suivants :

- **Couvrir la population en termes de prévention contre le paludisme d'ici 2014. (MILD, PID, TPI)**

**a. Moustiquaires Impregnees de Longue Duree (MILDs) :** Des campagnes nationales intégrées de distribution gratuite à toute la population a hauteur d'une MILD pour deux personnes seront organisées chaque 3 ans. En plus, chaque femme enceinte recevra la MILD à la première CPN. Des actions d'IEC/CCC en soutien des campagnes MILD seront régulièrement organisées.

**b. Pulvérisations Intra-Domiciliaires (PID) :** Des campagnes cycliques de pulvérisation intra domiciliaire (2 cycles par an) à base d'insecticide à effet rémanent seront réalisées sur l'ensemble de trois îles. Les PID nécessitent une logistique et une planification opérationnelle rigoureuse. Bien avant leur application, des activités de reconnaissances géographiques doivent être réalisées pour identifier le nombre et la qualité des unités à traiter.

Des évaluations post campagne seront organisées pour collecter les données essentielles qui seront analysées et reproduites sous forme de rapport. Cette évaluation constituera une source d'information pour l'organisation des campagnes PID et pour les activités futures en IEC/CCC. Pour assurer l'efficacité des insecticides utilisés dans les MILD et les insecticides utilisés pour la PID, des enquêtes de sensibilité aux insecticides seront planifiés chaque année.

**c. Prévention du paludisme pendant la grossesse (TPI) :** Une quantité de Sulfadoxine Pyriméthamine suffisante pour assurer la couverture en TPI des grossesses attendues chaque année sera donnée aux services CPN. Ceci suppose une meilleure information des agents de santé ayant la responsabilité de la prise en charge de ces femmes. Le suivi de cette activité se fera par les données de routine et sera complété par les supervisions de routine.

Les femmes enceintes qui résident à Mwali ne seront pas soumises à une prévention à la sulfadoxine – pyriméthamine. Par contre les femmes enceintes de plus de trois mois résidant à Mwali qui se rendent temporairement dans les autres îles prendront la sulfadoxine Pyriméthamine comme traitement préventif intermittent et l'utilisation de MILD leur sera fortement recommandée.

Les femmes enceintes de plus de trois mois résidant dans les autres îles qui se rendent à Mwali pour une durée limitée continueront leur TPI à la sulfadoxine Pyriméthamine en plus de l'usage d'une MILD

les femmes enceinte de moins de trois mois résidant à Mwali et celles des autres îles doivent se protéger avec la MILD et se présenter dès que possible en cas fièvre dans la structure sanitaire la plus proche

**d. Prohylaxie pour les Mwaliens en partance pour zone endémique :** Vu le contexte épidémiologique actuel de Mwali avec une prévalence de porteur de parasite inférieure à 1%, la prémunition des habitants est affaiblie. Les résidants de Mwali qui se rendent dans une autre île du pays devraient impérativement utiliser une MILD et consulter rapidement pour tout

signe de fièvre pendant leur séjour dans l'île d'accueil. Les résidents de Mwali qui se rendent à un pays extérieur endémique de paludisme, devraient se conformer à la chimioprophylaxie préconisée par le pays à visiter.

- **Assurer la prise en charge correcte des cas de paludisme d'ici 2014**

La prise en charge correcte des cas est une composante essentielle de la lutte contre paludisme. Elle sera basée sur :

**a. Le diagnostic :** Tous les 17 centres de santé, les 2 centres hospitaliers régionaux et le Centre Hospitalier National seront dotés de microscopes, lames, réactifs et autres consommables pour la goutte épaisse. Les services d'urgence de ces structures, les 49 postes de santé, les dispensaires et les cliniques privées seront dotés de tests rapides de diagnostics (TDR) pour la confirmation gratuite de cas de paludisme avant l'instauration du traitement antipaludique. Le renforcement des capacités des techniciens de laboratoire sur le diagnostic du paludisme par la formation et le recyclage sur la microscopie et le test rapide. D'autres agents de santé (médecins, infirmiers, sage femmes) seront aussi formés sur les tests de diagnostic rapide et la confection de la goutte épaisse.

Le contrôle de qualité des lames et des tests rapides au niveau des laboratoires sera aussi effectué.

**b. Le traitement dans les structures de santé :** Les médecins et les paramédicaux de toutes les structures de santé seront formés/ recyclés sur le protocole National de prise en charge des cas. Les pharmacies publiques des structures de santé seront dotées en médicaments antipaludiques suffisants et gratuits par le PNLP à travers la PNAC. Les patients consultés dans les structures de santé publiques et privées bénéficieront sur la base des ordonnances des médicaments antipaludiques gratuits au niveau des pharmacies des structures publiques qui seront approvisionnées et régulièrement contrôlées par la PNAC. Les pharmacies privées seront fortement subventionnées.

**c. La référence à temps des cas aux structures de santé :** Les agents de santé communautaires auront un rôle capital dans la sensibilisation de la population et la référence des cas à temps dans les structures de santé appropriées. Pour ce faire, ces agents seront formés sur les signes du paludisme afin de conseiller aux familles d'amener les malades à temps aux structures de santé.

**d. Le traitement de masse:** Aux Comores, cette stratégie a été lancée en 2007 à Mwali. Les acquis de cette stratégie seront consolidés par la surveillance de la maladie avec l'appui des partenaires de la coopération bi-et multilatérale. La base de données constituée à Mwali sur le traitement de masse pourrait servir de référence en cas d'extension de cette stratégie au niveau de tout le pays.

- **Renforcer les capacités techniques et de gestion du PNLP (formation du personnel, disponibilité des ressources humaines et financières, équipement/ logistique du PNLP).**

Afin de mieux assurer ses nouvelles missions, le PNLP doit être réorganisé et renforcé. Ainsi, il est prévu de (i) renforcer les capacités techniques du personnel de la coordination, (ii) mettre le personnel nécessaire à la disposition du PNLP, (iii) doter la coordination du PNLP en équipement et matériel de bureau, (iv) assurer le suivi, évaluation et la coordination. Tous les deux ans le plan

GAS sera révisé. Ceci, dans le but d'éviter les ruptures d'approvisionnement en médicaments essentiels et en produits médicaux de première nécessité.

**a. Formation :** Les ressources humaines seront renforcées avec le recrutement d'un épidémiologiste international pendant dix huit mois, la formation à l'extérieur d'un épidémiologiste national qui remplacera l'épidémiologiste international après sa formation. Le plan prévoit également la formation des techniciens entomologistes, d'entomologiste médical et la formation sur la base des données et la gestion du Programme.

**b. Mobilisation des ressources financières :** Pour la mobilisation des ressources additionnelles, des réunions de plaidoyer en faveur de l'élimination seront régulièrement organisées au niveau national et insulaire. Pour renforcer le système de santé, le plaidoyer auprès du Ministère de finance pour le décaissement effectif du budget alloué à la lutte contre le paludisme sera poursuivi.

**c. Appui à la Coordination du PNLP :** La coordination du PNLP sera dotée en logistique, matériel de bureau, équipement informatique, en équipement de laboratoire et en équipement technique d'entomologie. Vu les coupures intempestives de courant la coordination du PNLP doit être équipée en groupe électrogène. Les bureaux du PNLP et des points focaux des îles vont être réhabilités et les moyens de communication seront renforcés.

- **Sensibiliser la population de façon à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme (développement d'une stratégie IEC /CCC),**

Pour une meilleure mise en œuvre des activités planifiées de lutte contre le paludisme, la sensibilisation des communautés devra être renforcée. Cette sensibilisation sera menée par les agents de santé et agents communautaires conformément à la Stratégie de communication qui sera élaborée et largement diffusée auprès de tous les partenaires impliqués au développement du système de santé. Des réunions de formation et sensibilisation sur l'utilisation des supports et matériels de communication confectionnés seront organisées au profit des agents de santé communautaire et autres acteurs de terrain afin d'en assurer une meilleure diffusion à toute la population du pays. Les services des radios /télévisions existants dans toutes les localités seront impliqués dans la sensibilisation pour une diffusion efficiente des messages élaborés par le Programme. Des campagnes de sensibilisation et mobilisation sociale seront organisées, en collaboration avec la DEPSASS dans l'ensemble du pays.

- **Assurer la disponibilité des données sur le paludisme au niveau de toutes les formations sanitaires**

**a. Le suivi** de la performance et l'évaluation de l'impact des interventions constituent les outils de base avec lesquels le PNLP va renforcer ses capacités opérationnelles dans l'identification des problèmes liés à la réalisation des activités du programme, mesurer les progrès accomplis par rapport aux objectifs fixés, identifier les contraintes pour réorienter les

interventions et de rendre compte à tous les niveaux des principales réalisations. Sa mise en œuvre nécessite l'élaboration d'un plan de suivi/évaluation basé sur la supervision régulière et le suivi au niveau des sites sentinelles.

Le suivi et l'évaluation supposent également un appui conséquent au système d'information Sanitaire qui est confronté à l'absence de régularité dans le recueil des données et l'insuffisance du personnel affecté à cette tâche. Pour y remédier, 4 épidémiologistes seront formés et les agents chargés de la gestion des données à tous les niveaux seront aussi formés sur la gestion des données.

**b. Surveillance :** Les outils de collecte des données seront harmonisés, multipliés et diffusés auprès de toutes les structures de santé qui seront dotées en outils de collecte des données. Un équipement informatique et une ligne de communication internet devront être mis au niveau de la coordination nationale du PNLP et des trois DGS. Des supervisions formatives seront instaurées et un audit sur les données sera conduit. Une formation du personnel de la coordination sur la base de données sera réalisée pour permettre la maîtrise des outils de MS Office. Des réunions d'échanges sur la gestion des données avec les responsables chargés de la gestion des données au niveau de la DGS de chaque île seront organisées et les données seront diffusées à tous les partenaires par la publication des bulletins d'informations trimestrielles sur le paludisme.

## **5. Suivi et évaluation**

### **5.1. Le suivi**

Pour mener un suivi régulier, le PNLP élaborera un plan qui définira les modalités du suivi et évaluation notamment le suivi des indicateurs. Le contrôle de qualité des interventions et la recherche opérationnelle seront promues. Il s'agit entre autre de faire le suivi de:

- ✓ l'efficacité thérapeutique des médicaments,
- ✓ la sensibilité des vecteurs,
- ✓ la pharmacovigilance axée sur les ACT,
- ✓ la rémanence des insecticides
- ✓ l'organisation des enquêtes paludométriques et
- ✓ le contrôle de la qualité des lames

### **5.2. L'évaluation**

Pour pouvoir évaluer la performance du Programme, il est prévu d'une part de renforcer le système de collecte des données de routine, d'organiser des enquêtes et d'autre part de présenter une revue annuelle interne du programme, d'évaluer à mi-parcours et à la fin la mise en œuvre du plan stratégique avec l'appui d'experts internationaux.

### **5.3. La supervision**

Des supervisions doivent être organisées à chaque niveau, du PNLP aux directions générales de la santé (tous les 6 mois), aux centres de santé de districts (tous les trois mois), aux postes de santé et au niveau communautaire (tous les mois). Elles consistent à réaliser le monitoring régulier des activités développées dans les différents niveaux du programme, collecter les informations pertinentes et assurer la rétro information

**Principaux Indicateurs (produit, effet de résultat, impact)**

	INDICATEURS	SOURCES DE DONNEES	FREQUENCE DE COLLECTE	RESPONSABLE DE COLLECTE
<b>BUT</b>				
But du plan stratégique 2007-2014 est d'interrompre la transmission de la maladie afin d'amener le pays à la phase de pré élimination.	-Pourcentage de porteurs de parasite dans la population  <u>Numérateur</u> : Nombre de porteurs de parasite <u>Dénominateur</u> : Population enquêtée	Enquête EIP	2-3 ans	PNLP
	Incidence des cas de paludisme cliniques et confirmés	SIS	Mensuelle	DGS
	-Taux de prévalence du paludisme <u>Numérateur</u> : Nombre de cas de paludisme <u>Dénominateur</u> : Totale Population enquêtée	Enquête EIP	2-3 ans	PNLP
<b>OBJECTIFS</b>				
Couvrir la population en termes de prévention contre le paludisme d'ici 2014. (MILD, PID, TPI)	Pourcentage des ménages ayant au moins trois moustiquaires imprégnées à longue durée (MILD)  <u>Numérateur</u> : Nombre des ménages ayant au moins trois moustiquaires imprégnées à longue durée (MILD) <u>Dénominateur</u> : Nombre total de ménages	Enquête EIP  Rapport de distribution MILDs	2-3 ans  Après campagne	PNLP  DGSs/PNLP
	Proportion de la population dormant sous une moustiquaire imprégnée à longue durée (MILD)  <u>Numérateur</u> : Nombre de personnes ayant dormis l sous moustiquaires imprégnées à longue durée la nuit précédente <u>Dénominateur</u> : Population Enquêtée	Enquête EIP	2-3 ans	PNLP
	Proportion d'enfants de moins de cinq ans dont les parents disent qu'ils ont dormis sous moustiquaires imprégnées à longue durée la nuit précédente  <u>Numérateur</u> : Nombre d'enfants de moins de cinq ans dont les parents disent qu'ils ont dormis sous moustiquaires imprégnées à longue durée la nuit précédente <u>Dénominateur</u> : Nombre total d'enfants de moins de cinq ans	Enquête EIP	2-3 ans	PNLP
	Proportion des femmes enceintes ayant dormis sous moustiquaires imprégnées à	Enquête EIP	2-3 ans	PNLP

	INDICATEURS	SOURCES DE DONNEES	FREQUENCE DE COLLECTE	RESPONSABLE DE COLLECTE
	longue durée la nuit précédente  <u>Numérateur</u> : Nombre de femmes enceintes ayant dormis sous moustiquaires imprégnées à longue durée la nuit précédente <u>Dénominateur</u> : Nombre total de femmes enceintes			
	Pourcentage de ménages protégés par la pulvérisation intra domiciliaire (PID) <u>Numérateur</u> : Nombre de ménages aspergés <u>Dénominateur</u> : Nombre total ménages ciblés	Rapport des opérations de pulvérisation intra domiciliaire	Par cycle	PNLP
	Proportion des femmes enceintes couvertes par le TPI  <u>Numérateur</u> : Nombre de femmes enceintes ayant bénéficiées le TPI 2 <u>Dénominateur</u> : Nombre total de femmes enceintes venues en CPN1	Données de routine(SNIS)	mensuelle	SNIS
Assurer la prise en charge correcte des cas de paludisme d'ici 2014	Pourcentage des cas de paludisme simples confirmés et traités par ACT dans les structures de santé  <u>Numérateur</u> : Nombre des cas de paludisme simples confirmés et traités par ACT dans les structures de santé <u>Dénominateur</u> : Nombre des cas de paludisme simples confirmés	Enquête rétrospective	semestrielle	PNLP/DGS
	Pourcentage de cas de paludisme simple chez les enfants de moins de cinq (5) ans correctement pris en charge par les structures sanitaires  <u>Numérateur</u> : Nombre d'enfants de moins de cinq ans atteints de paludisme simple et correctement pris en charge selon le protocole national <u>Dénominateur</u> : Nombre total d'enfants de moins de cinq ans suspectés de paludisme simple dans les structures sanitaires	Enquête dans les formations sanitaires	semestrielle	PNLP/DGS
	Proportion des laboratoires des structures sanitaires publique ayant les nécessaires pour le diagnostic biologique	Rapport d'activités du PLNP	Trimestriel	PNLP/DGS

	INDICATEURS	SOURCES DE DONNEES	FREQUENCE DE COLLECTE	RESPONSABLE DE COLLECTE
Renforcer les capacités techniques et de gestion du PNLP (formation du personnel, disponibilité des ressources humaines, équipement/ logistique du PNLP, suivi et évaluation des activités).				
Assurer la disponibilité régulière des données de routine sur le paludisme au niveau des toutes les formations sanitaires (surveillance épidémiologique)	Proportion des rapports reçus par rapport au nombre des rapports attendus (complétude).	SIS	mensuelle	PNLP/DGSs
	Proportion des rapports reçus à temps par rapport au nombre des rapports attendus (promptitude).	SNIS	mensuelle	PNLP/SNIS
Sensibiliser toute la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme (développement d'une stratégie IEC /CCC, opérationnalisation de la stratégie)	Pourcentage des personnes qui connaissent la cause, les signes, les moyens de prévention et de traitement du paludisme	ECAP	2 ans	PNLP

**Tableau : Plan de mise en œuvre du plan stratégique**

Objectif Stratégiques	Activité Principale	Indicateurs	Activités	2009				2010	2011	2012	2013	2014
				T1	T2	T3	T4					
Couvrir toute la population en termes de prévention contre le paludisme	Organiser les pulvérisations intra-domiciliaires (PID)	-nombre de structures pulvérisées	Achats des insecticides et équipements de pulvérisation intra-domiciliaire			X	X	X	X	X	X	X
		-nombre de structures ciblées pour la PID	Formation des aspérgeurs et des superviseurs de la PID			X	X	X	X	X	X	X
		-nombre de personnes vivant dans les structures ciblées par le PID	Organiser les activités de reconnaissance géographique			X	X	X	X	X	X	X
		-nombre de personnes couvertes par la PID	Préparation logistique et opérationnelle de la pulvérisation intra-domiciliaire (PID)			X	X	X	X	X	X	X
			Supervision des opérations de PIDs					X	X	X	X	X
			Organiser des cycles de pulvérisation intra-domiciliaire (PID)					X	X	X	X	X
			Conduire une évaluation post campagne de la PID						X	X	X	X
Distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides de longue durée (MILDS) dans les communautés et par voie CPN	-nombre de MILDS achetés  -nombre de MILDS distribuées par la distribution de masse  -Nombre moyen des moustiquaires par ménages  - nombre de MILDS distribuées par la voie CPN	Achat de MILDS pour la distribution de masse			X	X	X		X	X		
		Achats de MILDS pour la distribution de routine			X	X	X	X	X	X	X	
		Gestion d'approvisionnement et distribution des MILDS			X	X	X	X	X	X	X	
		Distribution de routine dans les CPN			X	X	X	X	X	X	X	
		Distribution de masse des MILDS					X	X			X	
		Atelier central de planification					X	X	X	X	X	X
		Ateliers de microplanification au niveau régional						X	X	X	X	X
		Formation des équipes de distribution						X	X	X	X	X
						X				X		
Suivi de la résistance des insecticides	-nombre d'enquêtes de suivi de résistance réalisée	Equiper le département d'entomologie en équipements (en microscopes, loupes binoculaires, tabourets, consommables, frigidaire (conservation de moustiques), climatiseur et matériel de bureau avec chaise)				X	X					

		Enquête annuelle de la résistance aux insecticides				X	X	X	X	X	X
Assurer la prévention du paludisme pendant la grossesse	-Nombre des femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de TPI au cours des CPN	Acheter le SP	X				X	X	X	X	X
		Doter régulièrement tous les services de consultations prénatales des structures sanitaires (privées et publiques) en SP pour la TPI des femmes enceintes	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	-Nombre de femmes enceintes qui viennent en CPN1	Former/recycler les sages femmes sur le paludisme en mettant l'accent sur la TPI			X	X		X		X	
		Organiser des supervisions formatives dans les services de CPN			X	X	X	X	X	X	X
	Nombre de MILD distribués au femme enceinte à travers les services de CPN	Faire un plaidoyer pour la gratuité des services de CPN				X	X	X	X	X	X
		Instaurer le TPI dans les postes de santé			X						

Assurer la prise en charge correcte des cas de paludisme d'ici 2014	Assurer le diagnostic biologique du paludisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nombre de personnes formés/recyclé sur le diagnostic biologique du paludisme</li> <li>-Nombre de structures ayant le nécessaire pour le diagnostic du paludisme</li> <li>-Nombre de personnes testées</li> <li>Nombre d'enfants de moins de cinq ans testés</li> <li>-Nombre de lames contrôlés pour l'assurance qualité par les laboratoires de référence</li> <li>Nombre de Test de Diagnostic Rapide effectués</li> <li>-Nombre de lames positives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Former/recycler le personnel de laboratoires des structures privées et publiques sur le diagnostic biologique</li> <li>-Doter les laboratoires des structures publiques en matériels/équipements pour le test rapide /GE</li> <li>-Faire le plaidoyer pour la gratuité de la GE et des TDR dans les structures da santé</li> <li>-Faire le contrôle qualité des GE/RDT</li> <li>-Superviser les laboratoires des structures sanitaires</li> </ul>			X		X		X		X
	Organiser le traitement des cas de paludisme au niveau des structures de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nombre de cas de paludisme traités par ACT dans les structures de santé</li> <li>-Nombre de cas de paludisme enregistré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doter les formations sanitaires en ACT</li> <li>Réviser, produire et diffuser les guides et manuels de prise en charge du paludisme auprès des agents de santé et au niveau des communautés</li> <li>Organiser des formations en cascade des prestataires de services sur le paludisme</li> </ul>	X	X	X	X	X	X	X	X	X
						X	X	X	X	X	X	X

		-Nombre de structures de santé sans rupture de stock de médicaments antipaludiques au cours de l'année	Faire le plaidoyer pour la gratuité du traitement du paludisme dans toutes les structures de santé pour tous les patients				X	X			X	
		-Nombre de personnes formées sur le traitement du paludisme			X	X	X	X	X	X	X	X
	Orientation des malades souffrant de paludisme vers les structures sanitaires	Nombre d'agents de santé communautaires formés sur les signes du paludisme	Former les agents de santé communautaire sur les signes du paludisme				X	X	X	X	X	
			Superviser les agents de santé communautaire formés				X	X	X	X	X	
	Assurer le traitement de masse par les ACT	-Nombre de personnes traitées par ACT au cours des campagnes de distribution de masse	Organiser la Distribution de masse de l'ACT à toute la population	X	X	X	X	X	X	X	X	X
				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Organiser la surveillance épidémiologique sur le paludisme			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Renforcer les capacités techniques et de gestion du PNLP et ses partenaires (formation du personnel, disponibilité des ressources humaines, équipement/ logistique du PNLP)	Formation du personnel	Nombre de microscopistes formés	Formation de l'équipe PNLP en gestion de programme			X			X		X	
			Formation de 4 épidémiologistes et des techniciens d'entomologie (10)					X				
		Nombre de techniciens entomologistes formés	Formation de 60 microscopistes					X	X			
								X				
			Formation 4 entomologistes médicaux					X	X			
		Formation du personnel de la coordination sur la base des données paludisme				X	X					
	Disponibilité des ressources humaines	Nombre de personnes disponibles à la coordination	Renforcement du PNLP en ressources humaines (1 assistant administratif et financier, 1 chauffeur, 1 technicien de laboratoire, 2 techniciens entomologistes, 1 chargé de communication, 1 épidémiologiste, 1 logisticien, 1 entomologiste)			X						
Etablissement des contrats basés sur la performance du personnel du PNLP					X	X	X	X	X	X	X	

Equipement/ logistique de la coordination		Doter la coordination du PNLP en équipements (Voiture 4x4 Pick-up double cabine (5 véhicules : Coordination, DGS Ngazidja et DGS Ndzouani, Mwali)	X									
		Equipement/Matériel de bureau (10 ordinateurs desk top 5 imprimantes, 10 onduleurs, 4 ordinateurs lap top, 4 photocopieuse, 05 disques durs externes (pour la sécurisation des données), 3 appareils photo numérique, un vidéo-projecteur).	X									
		Equiper le département d'entomologie 4 Microscopes, 4 Loupes binoculaires, 8 Tabourets, Consommables, 1 Frigo (conservation de moustiques), 1 climatiseur et fournitures de bureau avec chaise Equiper le service de parasitologie en 8 tabourets, 1 réfrigérateur, distillateur, agitateur	X									
		Réhabilitation du bureau de la secrétaire et du bureau du point focal Paludisme à Mwali et Ndzouani(+ mobilier)	X									
		Assurer les moyens de communication du PNLP (téléphone, internet, Radio Communication VHF)	X									
Suivi et évaluation des activités		Enquêtes MIS chaque 2 ans			X		X		X			
		Enquête de l'efficacité thérapeutique du Coartem			X		X		X			
		Supervisions régulières (mensuel CSD, trimestriel DGS, semestriel PNLP) des formations sanitaires	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Visites de terrain pour le suivi des activités planifiées;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Etablissement de protocole d'accord avec l'Université des Comores, l'Institut Pasteur de Madagascar, le Pharo et autres institutions internationales en matière de recherche opérationnelle			X							
		Revue à mi-parcours (2011) du plan stratégique avec l'appui de l'OMS/AFRO						X				
		Evaluation finale de la mise en œuvre du plan stratégique										X

			Mise à jour du plan de Gestion des Achats et des Approvisionnements				X		X		X		
	Coordination	-Nombre des organisations et associations agissant contre le paludisme	Organisation d'une réunion annuelle de planification des activités avec les partenaires,		X		X	X	X	X	X	X	
			Organiser les revus des activités de lutte contre le paludisme au niveau des îles,			X	X	X	X	X	X	X	
						X	X	X	X	X	X	X	
	Mobilisation des ressources financières	Nombre des partenaires qui financent les activités de lutte contre le paludisme	Faire le plaidoyer auprès du Ministère de finance pour le décaissement effectif du budget alloué à la lutte contre le paludisme	X		X	X	X	X	X	X	X	
			Organiser des réunions de plaidoyer auprès des partenaires au développement pour la mobilisation des fonds.		X		X	X	X	X	X	X	
Assurer la disponibilité des données de routine sur le paludisme au niveau des toutes les formations sanitaires	Mettre en place une base de données pour le suivi des données sur le paludisme	Une base de donnée sur le palu est mise en place et opérationnelle dans les différentes structures de coordination du SIS (central/Iles)	Equiper les cellules de gestion des données en équipement informatique et matériel de bureau			X							
			Mettre à la disposition des cellules de gestion la base de données Développée par l'OMS pour le suivi des indicateurs du Palu  Former 20 personnes sur l'utilisation de la base données du palu			X	X						
	Développer des outils de collecte, d'analyse, de traitement et d'exploitation des données	Les outils de collecte de donnés sont développés et disponibles	Produire les outils de collecte des données				X				X		X
			Organiser un atelier de validation des outils de collecte de données sur le paludisme  Former le personnel sur la collecte des données	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Disséminer les	-Nombre de rapports des	Diffuser les donnés statistiques de routine	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

	données disponibles sur le paludisme	enquêtes MIS publiés  -Nombre de bulletins et/ou annuaires statistiques publiés pour le suivi des indicateurs du paludisme	Publier les rapports des enquêtes MIS aux différents partenaires					X		X		X
Sensibiliser toute la population à adopter des comportements favorables à la lutte contre le paludisme	Développer la stratégie IEC /CCC	-La stratégie de communication est disponible - Nombre de séances de sensibilisation réalisées - Nombre de radios et télévisions impliquées dans la sensibilisation de la population sur la lutte contre le paludisme - Nombre de spots radios : télévisés diffusés par le Programme	Elaborer une stratégie de communication				X	X	X	X	X	X
			Organiser des campagnes de sensibilisation de la population sur la lutte contre le paludisme (PID, utilisation des MILD)				X	X	X	X	X	X
			Former les agents de santé communautaire sur les techniques de communication				X	X	X	X	X	X
			Organiser des séances de sensibilisation sur le paludisme au cours de la CPN				X	X	X	X	X	X
			Etablir des protocoles d'accord avec les médias				X	X	X	X	X	X
			Elaborer et diffuser les messages éducatifs à travers les médias				X	X	X	X	X	X

## 1 Bibliographie

- 1) Déclaration d'Abuja sur « Faire Reculer le Paludisme »
- 2) ARIEY F.- DUCHEMIN J.B. et coll. (2001). Étude sur la Sensibilité des Parasites et des Vecteurs du Paludisme dans l'Archipel des Comores, Rapport final juillet 2001. IPM
- 3) Patrick BITSINDOU (2000) Évaluation de la mise en œuvre du programme de promotion de l'utilisation des moustiquaires et autres matériaux imprégnés d'insecticides aux Comores. Rapport de Mission OMS
- 4) Guide Pratique pour l'Élaboration de Plans Stratégiques de Lutte contre le Paludisme dans le cadre de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme, Sept. 2001
- 5) Introduction de Faire Reculer le Paludisme au niveau des Pays. Méthodes pour les différentes étapes du processus.
- 6) FONDJO Etienne : Mission d'appui au programme de lutte contre le paludisme aux Comores pour la mise en œuvre du suivi de la sensibilité des vecteurs aux insecticides, 18 Août au 7 sept. 2001. Rapport de mission Mini. Santé des Comores- OMS
- 7) Réunion conjointe des Groupes de travail Faire Reculer le Paludisme (FRP) et Prise en charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), Harare, 25-27 Septembre 2001 (Résumé).
- 8) UNION DES COMORES- Ministère de la Santé. Notification des cas de Paludisme 2004- 2006. PNLP /composante Paludisme
- 9) Union des Comores. Ministère du Plan, de l'Aménagement du Territoire, de l'énergie et de l'Urbanisme. Principaux résultats du recensement général de la Population et de l'Habitat du 15 septembre 2003. Projection et perspectives démographique aux Comores. Commissariat général au Plan
- 10) KASSATSKY A. Rapport d'une mission consultative en RFIC en vue d'élaboration d'une campagne anti paludique. OMS
- 11) UNION DES COMORES. Mini Santé. Guide de Prise en charge du Paludisme du Personnel de santé. PNLP- Composante Paludisme
- 12) OMS/RBM. L'utilisation des Antipaludiques. Rapport d'une consultation informelle de l'OMS
- 13) UNION DES COMORES, plan d'élimination du paludisme aux Comores octobre 2006
- 14) CCM Comores, document de la proposition soumise pour la Série 8 au GFATM.
- 15) UNION DES COMORES rapport d'évaluation de la couverture en moustiquaire juin 2008.
- 16) Union des Comores plan stratégique de lutte contre le paludisme 2007 – 2011
- 17) UNION DES COMORES, initiative « Faire Reculer le Paludisme », Évaluation des besoins



	4.2: Formation/recyclage du personnel des postes de santé et des services CPN sur le paludisme en mettant l'accent sur le TPI	1 666 €	1 666 €	1 666 €	1 666 €	1 666 €	1 666 €	9 996 €	
	4.3: Suivi et Evaluation	2 205 €	2 205 €	2 205 €	2 205 €	2 205 €	2 205 €	13 230 €	
2	<b>Activité 1: Assurer le diagnostic biologique du paludisme des patients suspect de paludisme</b>	<b>78 496 €</b>	<b>122 525 €</b>	<b>213 878 €</b>	<b>246 448 €</b>	<b>264 948 €</b>	<b>1 448 605 €</b>	<b>2 374 902 €</b>	<b>4 356 048 €</b>
	1.1: Achat des microscopes, des consommables et de Tests Rapide	39 000 €	68 989 €	145 875 €	169 476 €	182 882 €	1 040 605 €	1 646 827 €	
	1.2: Gestion d'Approvisionnement et Distribution	14 820 €	26 216 €	55 432 €	64 401 €	69 495 €	395 430 €	625 794 €	
	1.3: Formation/recyclage sur TDR et contrôle qualité	12 105 €	8 150 €	0 €	0 €	0 €	0 €	20 255 €	
	2.4: Suivi et Evaluation	4 134 €	4 134 €	4 134 €	4 134 €	4 134 €	4 134 €	24 804 €	
	2.5: Formation des techniciens de laboratoires du PNLP sur le contrôle de qualité	0 €	6 600 €	0 €	0 €	0 €	0 €	6 600 €	
	1.10: Assurer le contrôle de qualité par les structures de références	8 437 €	8 437 €	8 437 €	8 437 €	8 437 €	8 437 €	50 622 €	
		<b>Activité 2: Organiser le traitement des cas de paludisme au niveau des structures de santé</b>	<b>334 842 €</b>	<b>290 728 €</b>	<b>321 185 €</b>	<b>344 945 €</b>	<b>343 991 €</b>	<b>330 350 €</b>	
	2.1: Achat des médicaments antipaludiques	202 919 €	175 302 €	200 542 €	209 617 €	205 972 €	205 974 €	1 200 325 €	
	2.2: Gestion d'Approvisionnement et Distribution	117 693 €	101 675 €	116 314 €	121 578 €	119 464 €	119 465 €	696 188 €	
	2.3: Formation/recyclage du personnel de santé sur le protocole national de lutte contre le paludisme	13 126 €	3 225 €	3 225 €	3 225 €	17 451 €	3 808 €	44 060 €	

	2,4: Former les agents de santé communautaire sur le signe du paludisme et la référence des malades	0 €	9 422 €	0 €	9 422 €	0 €	0 €	18 844 €	
	2,5: Organiser une supervision formative des agents de santé communautaire formés	1 104 €	1 104 €	1 104 €	1 104 €	1 104 €	1 104 €	6 624 €	
	<b>Activité 3: Assurer le traitement de masse par les ACT</b>	<b>5 035 €</b>	<b>0 €</b>	<b>5 035 €</b>	<b>0 €</b>	<b>5 035 €</b>	<b>0 €</b>	<b>15 105 €</b>	
	3.1: Organiser le traitement de masse par ACT au niveau du pays pour toute la population	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
	3.2: Superviser le traitement de masse	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
	3.3: Organiser la surveillance épidémiologique sur le paludisme	5 035 €	0 €	5 035 €	0 €	5 035 €	0 €	15 105 €	
<b>3</b>	<b>Activité 1: Renforcer le PNLP</b>	<b>429 820 €</b>	<b>272 450 €</b>	<b>144 820 €</b>	<b>144 820 €</b>	<b>144 820 €</b>	<b>144 820 €</b>	<b>1 281 550 €</b>	<b>1 536 828 €</b>
	1.1: Equipements et logistique	144 820 €	7 120 €	7 120 €	7 120 €	7 120 €	7 120 €	180 420 €	
	1.2: Réhabilitation	70 000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	70 000 €	
	1.3: Moyens de communication du PNLP	7 100 €	5 700 €	5 700 €	5 700 €	5 700 €	5 700 €	35 600 €	
	1.4: Formation l'équipe PNLP en gestion de programme	0 €	52 360 €	0 €	0 €	0 €	0 €	52 360 €	
	1.6: Disponibilité des ressources humaines	110 400 €	110 400 €	42 000 €	42 000 €	42 000 €	42 000 €	388 800 €	
	1.6: Contrats de performance des agents PNLP	97 500 €	90 000 €	90 000 €	90 000 €	90 000 €	90 000 €	547 500 €	
	1.7: Gestion des base de données: Formation	0 €	6 870 €	0 €	0 €	0 €	0 €	6 870 €	
	<b>Activité 2: Réunions de coordination</b>	<b>9 140 €</b>	<b>9 140 €</b>	<b>9 140 €</b>	<b>9 140 €</b>	<b>9 140 €</b>	<b>9 140 €</b>	<b>54 840 €</b>	
	2.1: Partenaires	7 820 €	7 820 €	7 820 €	7 820 €	7 820 €	7 820 €	46 920 €	
2.2: Secteur privé	1 320 €	1 320 €	1 320 €	1 320 €	1 320 €	1 320 €	7 920 €		

	<b>Activité 3: Suivi et évaluation des activités</b>	<b>24 563 €</b>	<b>27 803 €</b>	<b>51 973 €</b>	<b>27 803 €</b>	<b>40 493 €</b>	<b>27 803 €</b>	<b>200 438 €</b>	
	3.2: Supervision Intégrée	8 254 €	8 254 €	8 254 €	8 254 €	8 254 €	8 254 €	49 524 €	
	3.3: Supervision des activités de laboratoires	5 424 €	5 424 €	5 424 €	5 424 €	5 424 €	5 424 €	32 544 €	
	3.4: Suivi et Evaluation	8 490 €	11 730 €	11 730 €	11 730 €	11 730 €	11 730 €	67 140 €	
	3.3: Plan Stratégique	2 395 €	2 395 €	2 395 €	2 395 €	15 085 €	2 395 €	27 060 €	
	3.4: Plan de GAA	0 €	0 €	8 850 €	0 €	0 €	0 €	8 850 €	
	3.5: Suivi et Evaluation des activités du PNL	0 €	0 €	15 320 €	0 €	0 €	0 €	15 320 €	
4	<b>Activité 1: Mettre en place une base de données pour le suivi des données sur le paludisme</b>	<b>21 800 €</b>	<b>19 600 €</b>	<b>17 800 €</b>	<b>17 800 €</b>	<b>17 800 €</b>	<b>17 800 €</b>	<b>112 600 €</b>	1 787 753 €
	1.1:	21 800 €	19 600 €	17 800 €	17 800 €	17 800 €	17 800 €	112 600 €	
	<b>Activité 4: Organiser les enquêtes</b>	<b>393 850 €</b>	<b>192 348 €</b>	<b>233 160 €</b>	<b>307 668 €</b>	<b>243 160 €</b>	<b>304 968 €</b>	<b>1 675 153 €</b>	
	4.1: MIS	132 450 €	240 €	240 €	140 160 €	240 €	137 460 €	410 789 €	
	4.1: Détection et Riposte aux épidémies	261 400 €	152 920 €	232 920 €	152 920 €	242 920 €	152 920 €	1 196 000 €	
	3.1: Enquête de pharmaco-résistance	0 €	39 188 €	0 €	14 588 €	0 €	14 588 €	68 364 €	
	<b>Activité 1: Organiser la journée mondiale de paludisme</b>	<b>12 885 €</b>	<b>12 885 €</b>	<b>12 885 €</b>	<b>12 885 €</b>	<b>12 885 €</b>	<b>0 €</b>	<b>64 425 €</b>	933 103 €
	<b>Activité 2: Développement d'une Stratégie IEC/CCC sur le paludisme</b>	<b>17 552 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>17 552 €</b>	
	<b>Activité 3: Organisation des activités IEC/CCC</b>	<b>187 767 €</b>	<b>156 743 €</b>	<b>156 743 €</b>	<b>193 130 €</b>	<b>156 743 €</b>	<b>0 €</b>	<b>851 126 €</b>	
	3.1: Déplacement des points focaux et relais communautaires pendant les activités IEC	144 600 €	144 600 €	144 600 €	144 600 €	144 600 €	0 €	723 000 €	
	3.2: IEC/CCC au niveau des structures sanitaires (publique et privée)	3 000 €	3 000 €	3 000 €	3 000 €	3 000 €	0 €	15 000 €	
	3.3: Communication de masse PEC	1 890 €	1 890 €	1 890 €	1 890 €	1 890 €	0 €	9 450 €	

3.4: Masse media en soutien des campagnes MIILD	8 137 €	0 €	0 €	8 137 €	0 €	0 €	16 274 €	
3.5: IEC/CCC post campagne MIILD	28 250 €	0 €	0 €	28 250 €	0 €	0 €	56 500 €	
3.6: Masse media en soutien des campagnes PID	0 €	5 363 €	5 363 €	5 363 €	5 363 €	0 €	21 452 €	
3.7: Masse media pour la prévention contre le paludisme	1 890 €	1 890 €	1 890 €	1 890 €	1 890 €	0 €	9 450 €	
	<b>6 622 799 €</b>	<b>4 324 274 €</b>	<b>4 412 641 €</b>	<b>7 492 731 €</b>	<b>4 638 575 €</b>	<b>5 837 881 €</b>	<b>33 328 901 €</b>	<b>33 328 901</b>