



REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail – Liberté - Patrie
-0-0-0-0-0-0-0-



MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
-0-0-0-0-0-0-0-0-

PROGRAMME NATIONAL DE
LUTTE CONTRE LE PALUDISME

***EVALUATION FINALE DU PLAN STRATEGIQUE
DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2001-2005***

Du 20 Mai au 18 Juin 2006

RAPPORT

Juin 2006

SOMMAIRE

RESUME	3
REMERCIEMENTS	5
ABREVIATIONS /SIGLES	6
2. CADRE GENERAL DE L'EVALUATION	8
2.1. Généralités sur le Togo	8
2.2. Système National de santé	9
2.3. Politique Nationale de lutte antipaludique	10
3. Objectifs de l'évaluation	12
3.1 Objectif général :	12
3.2. Objectifs spécifiques	12
4. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION.....	13
4.1 Revue documentaire.....	13
4.2 Enquête dans les Formations sanitaires et dans la communauté.....	13
4. 2. 1 Echantillonnage.....	13
4.2.2 Déroulement de l'évaluation	16
4.2.3 Traitement et validation des données	18
5. RESULTATS DE L'EVALUATION.....	20
5.1. Détails des interventions mises en oeuvre	20
5.1.1. Renforcement des capacités de gestion du PNLP.....	20
5.1.2. Amélioration de la prise en charge des cas	24
5.1.2.1 Niveau des formations sanitaires	24
5.1.2.2 Niveau communautaire	26
5.1.3. Prévention du paludisme pendant la grossesse	27
5.1.4. Lutte antivectorielle	28
5.1.5. Communication/ Mobilisation sociale	30
5.1.6. Recherche opérationnelle	30
5.2. Progrès enregistrés	32
5.3 Evolution des principaux indicateurs	33
5.4. Limites de l'évaluation.....	35
5.5. Contraintes/Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du Plan.....	35
6. DISCUSSIONS.....	36
6.1. Les forces :	36
6.2. Les faiblesses :	37
6.3. Les opportunités :	37
6.4. Les menaces :	38
6.5 Les bonnes pratiques documentées	38
7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	38
8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	40
LES ANNEXES	42

RESUME

Dans le cadre du renforcement de la lutte contre le paludisme après le lancement de l'Initiative « Faire Reculer le Paludisme » en 1998 et le sommet extraordinaire des Chefs d'Etat et de Gouvernement Africain sur le Paludisme à Abuja en Avril 2000, le Togo a élaboré un Plan Stratégique National « Faire Reculer le Paludisme » pour la période 2001- 2005.

L'objectif de ce plan était de réduire de 30% la morbidité et la mortalité liées au paludisme. Les résultats attendus étaient les suivants :

- Au moins 80% des paludéens ont accès à un traitement rapide et correct dans les 24 heures
- Au moins 60% des personnes à risque, surtout les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes dorment sous moustiquaires traitées d'insecticides
- Au moins 60% des femmes enceintes surtout les primigestes ont accès à la chimio prophylaxie ou à un Traitement Préventif Intermittent

La mise en œuvre effective de ce Plan Stratégique est arrivée à terme.

Aussi en vue d'élaborer un nouveau plan pour la période 2006-2010, le Ministère de la Santé avec l'appui technique de l'OMS et les autres partenaires de FRP, a organisé du 30 Mai au 16 Juin 2006 une évaluation finale des activités de lutte antipaludique.

A cet effet 6 districts ont été choisis de façon raisonnée y compris les 3 districts ayant fait l'objet de l'enquête de base en 2001. La collecte des données s'est déroulée dans les formations sanitaires et dans les communautés.

Au total 24 formations sanitaires et 48 localités ont été sélectionnées de façon aléatoire. Par ailleurs la gestion du programme ainsi que la collaboration et le partenariat ont fait également l'objet de l'enquête au niveau central.

La méthodologie et les outils utilisés ont été ceux développés par l'OMS/AFRO et adaptés au niveau du pays.

L'évaluation s'est déroulée en trois étapes essentielles:

- la revue documentaire sur le système de santé en général et le paludisme en particulier;
- la collecte des données institutionnelles au niveau du PNLP et des partenaires impliqués dans la lutte antipaludique;
- la collecte des données au niveau des districts sanitaires ciblés (équipe cadre de district, formations sanitaires, communautés);

Elle a permis de noter des progrès significatifs ; ainsi les valeurs des indicateurs essentiels ont évolué comme suit :

- le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement pris en charge dans les 24 heures suivant le début des symptômes est de 31,29 contre 9,4 à l'évaluation à mi-parcours en 2004 ;
- le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MII est passé de 13,1 à 57,58 ;
- le pourcentage de femmes enceintes dormant sous MII est de 39,87 contre 16,5 en 2004 ;
- le pourcentage de foyers disposant d'au moins une MII passe de 21,5 en 2004 à 79,91 à l'évaluation finale ;
- le pourcentage % d'enfants < 5 ans avec paludisme simple correctement PEC en consultations externes a atteint 72,79% contre 27,3 en 2004.
- le % d'enfants < 5 ans avec paludisme grave correctement PEC dans les hôpitaux est de 76,67 contre 11,1 à l'évaluation à mi-parcours ;

Malgré ces résultats très appréciables, des efforts restent à faire pour atteindre les résultats attendus, notamment en ce qui concerne :

- la couverture et l'utilisation des MII au niveau des groupes cibles ;
- la PEC correcte dans les 24 heures des enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple
- la couverture des femmes enceintes en TPI

Aussi, le nouveau plan stratégique devra-t-il tenir compte des recommandations formulées à l'issue de cette évaluation finale et définir des stratégies d'interventions pertinentes devant permettre d'atteindre les objectifs et résultats fixés.

REMERCIEMENTS

- A Madame la Ministre de la Santé, pour avoir permis la réalisation de l'évaluation ;
- A Monsieur le Directeur Général de la Santé, pour son implication personnelle dans la préparation, l'organisation des activités de collecte des données l'analyse et la rédaction du rapport ;
- A Monsieur le Représentant Résident de l'OMS pour le soutien technique et financier apporté par son organisation ainsi que les Consultants de l'OMS/AFRO et de l'Equipe Inter Pays Paludisme dans la réalisation de cette enquête dans le cadre de la mise en œuvre de FRP/RBM au TOGO ;
- A Madame la Représentante de PLAN TOGO pour son appui financier et sa participation active à cette évaluation ;
- Aux Directeurs, Chefs de Service, différents Partenaires et à toutes les personnes ressources pour leur contribution à la réalisation de cette importante enquête ;
- Aux Directeurs régionaux de santé et Directeurs d'hôpitaux, pour leur implication active à la collecte des données sur le terrain;
- Aux Autorités politiques, administratives et sanitaires des 6 districts pour leur concours, disponibilité et collaboration lors de la collecte des données ;
- Au Personnel de santé des 6 districts pour leur dévouement pendant l'enquête ;
- Aux Populations des localités retenues pour l'accueil réservé aux enquêteurs et de leur collaboration ;
- Au personnel de soutien (Secrétaires, Comptables, Chauffeurs, Opérateurs de saisie etc.) pour leur collaboration ;
- A toute personne qui a contribué de quelque manière que ce soit à la réussite de cette évaluation finale du Plan Stratégique « Faire Reculer le Paludisme ».

ABREVIATIONS / SIGLES

FRP	:	Faire Reculer le Paludisme
RBM	:	Roll Back Malaria
TPI	:	Traitement Préventif Intermittent
MII	:	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
SP	:	Sulfadoxine-Pyriméthamine
ONG	:	Organisme Non Gouvernementale
CTA	:	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
EDST	:	Enquête Démographique de Santé du Togo
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
IBC	:	Intervention à Base Communautaire
CS-FMSTP	:	Cellule de suivi des Activités du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
HD	:	Hôpital de District
DRS	:	Direction Régionale de Santé
USP	:	Unité de Soins Périphérique
PMI	:	Promotion Maternelle et Infantile
DDT	:	Dichloro-Diéthyl-Trichloréthane
PNLP	:	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PEC	:	Prise en charge
FMSTP	:	Fonds Mondial de Lutte contre le Sida la Tuberculose et le Paludisme
RAOTAP	:	Réseau de l'Afrique de l'Ouest pour le Traitement Antipaludique
RAOPAG	:	Réseau de l'Afrique de l'Ouest pour la Prévention du Paludisme pendant la Grossesse
DISER	:	Division Informations statistiques Etudes et recherche
PCIME	:	Prise en Charge Intégrée des maladies de l'Enfant
DSF	:	Division de la Santé Familiale
SNIEC	:	Service National de l'Information de l'Education et de la communication
GE	:	Goutte Epaisse
TH-HB	:	Taux d'Hémoglobine
ASC	:	Agent de santé Communautaire
CPN	:	Consultation Périnatale
MILD	:	Moustiquaire Imprégnée Longue Durée
IEC	:	Information Education et communication
CAP	:	Connaissance Aptitude et Performance
LAV	:	Lutte Anti-Vectorielle
CDC	:	Center of Deaseses Control Atlanta
EMP	:	Evaluation à mi-parcours
SR	:	Santé de la Reproduction
MICS	:	Enquête National par Grappes à Indicateurs multiples
MS	:	Ministère de la Santé
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement

1. INTRODUCTION

Le paludisme constitue un problème de santé publique au Togo. Il représente 40% des motifs de consultations dans les formations sanitaires.

Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes constituent les groupes les plus vulnérables. 66% des hospitalisations chez les enfants de moins de 5 ans sont dues au paludisme avec 6% de létalité.

Le paludisme entraîne chez les femmes enceintes l'anémie, les naissances de faible poids et les avortements.

Dans le cadre de l'initiative 'Faire Reculer le Paludisme', (FRP), lancée par l'OMS en Juillet 1998 et à laquelle les Chefs d'Etat et de Gouvernements Africains ont adhéré à travers la déclaration du Sommet extraordinaire sur le paludisme d'Avril 2000 à Abuja, le Togo a élaboré un Plan Stratégique National « Faire Reculer le Paludisme » pour la période de 2001 – 2005.

L'objectif de ce plan est de réduire de 30% la morbidité et mortalité imputables au paludisme.

Les résultats attendus sont :

- Au moins 80% des paludéens ont accès à un traitement rapide et correct dans les 24 heures
- Au moins 60% des personnes à risque, surtout les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes dorment sous moustiquaires traitées d'insecticides
- Au moins 60% des femmes enceintes surtout les primigestes ont accès à la chimio prophylaxie ou à un Traitement Préventif Intermittent

La mise en œuvre effective de ce Plan Stratégique est arrivée à terme.

Aussi en vue d'élaborer un nouveau plan pour la période 2006-2010, le Ministère de la Santé avec l'appui de l'OMS et les autres partenaires de FRP, a organisé une évaluation finale des activités de lutte antipaludique.

2. CADRE GENERAL DE L'EVALUATION

2.1. Généralités sur le Togo

Situé en Afrique de l'Ouest, sur la côte du golfe de Guinée, le Togo est une étroite bande qui s'étale sur une superficie de 56 600 km². Il s'étire sur une longueur de 600 Km et une largeur variant entre 50 et 150 km. Il est limité au Nord par le Burkina Faso, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par le Bénin et à l'Ouest par le Ghana.

Deux climats prévalent au Togo : un de type équatorial dans la moitié sud du pays avec deux saisons sèches (de novembre à mars et de juillet à août), et deux saisons pluvieuses (de mars à juillet et de septembre à octobre) ; un autre de type tropical humide, occupe la moitié nord et se caractérise par une seule saison des pluies (de mai à octobre) et une saison sèche (de novembre à avril).

Sur le plan physique, deux grandes zones de relief subdivisent le Togo : l'une formée de montagnes orientées NNE-SSO et rattachant l'Akwapin du sud Ghana à l'Atakora du nord Bénin et l'autre formée de plaines, constituée par les bassins hydrographiques de l'Oti au Nord et du Mono au Sud.

Tableau I : Superficie, Population par région de 2000 à 2005

Région	Superficie En Km ²	POPULATION					
		2000	2001	2002	2003	2004	2005
Lomé Commune	90	730 000	762 000	800 000	839 000	880 000	921 000
Maritime	6 100	1 177 000	1 207 000	1 240 000	1 274 000	1 309 000	1 344 000
Plateaux	16 975	1 062 000	1 092 000	1 116 000	1 142 000	1 167 000	1 193 000
Centrale	13 317	463 000	468 000	474 000	478 000	484 000	489 000
Kara	11 738	626 000	633 000	640 000	647 000	654 000	662 000
Savanes	8 470	571 000	578 000	584 000	590 000	596 000	603 000
Ensemble	56 600	4 629 000	4 740 000	4 854 000	4 970 000	5 090 000	5 212 000

Source : Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale

Tableau II : Autres indicateurs démographiques

INDICATEURS	VALEURS
Taux brut de Mortalité (0/00)	13
Taux brut de Natalité (0/00)	37
Taux de Mortalité Infantile (0/00)	80
Taux de mortalité Juvénile (0/00)	72,3
Taux de Mortalité Infanto -Juvénile (0/00)	146,3
Taux d'accroissement naturel (%)	2,4
Indice Synthétique de Fécondité (nombre d'enfants par femme)	5,4
Taux de Mortalité Maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	478

Source : Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale/ EDST 1998

Sur le plan administratif, le Togo divisé en cinq régions économiques réparties en 30 Préfectures et 4 Sous Préfectures et 5 Arrondissements de Lomé.

2.2. Système National de santé

➤ Le secteur santé est organisé en une pyramide sanitaire à 03 niveaux:

- Le niveau central

Composé sur le plan administratif d'un cabinet du ministre, d'une direction générale, de 05 directions centrales, de 15 divisions et de 39 services centraux et les différents programmes.

Sur le plan de l'offre des services, 03 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ainsi que des institutions à caractère national comme l'Institut National d'Hygiène, le Centre National de Transfusion Sanguine.., constituent le niveau national de référence du système de soins.

- Le niveau intermédiaire ou régional

Composé de 06 directions régionales de la santé (DRS): Lomé-Commune, Maritime, Plateaux, Centrale, Kara, Savanes et de 06 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) constituant le deuxième niveau de référence du système de soins.

- Le niveau périphérique ou préfectoral ou district sanitaire

Composé de 35 Districts Sanitaires, avec 35 hôpitaux publics, 07 hôpitaux confessionnels, des Centres de santé et des cliniques et cabinets privés.

Les hôpitaux de préfecture ou de district, les hôpitaux confessionnels représentent en principe le premier niveau de référence mais jouent souvent le rôle de premier contact pour les bénéficiaires des prestations.

➤ Infrastructures sanitaires

Il existe 618 formations sanitaires publiques et confessionnelles toutes catégories confondues, dont 3 CHU, 6 CHR, 2 hôpitaux spécialisés, 25 hôpitaux de préfecture ou de district, 9 hôpitaux privés/confessionnels et près de 573 unités de soins périphériques constituées de polycliniques, de centres de santé, de dispensaires et centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Le pays compte environ 236 cliniques et cabinets privés à but lucratif dont 90% dans Lomé Commune.

Tableau III : Formations sanitaires publiques et confessionnelles par région en 2002

Régions Structures de santé	Lomé Commune	Maritime	Plateaux	Centrale	Kara	Savanes	Total
CHU	2	-	-	-	1	-	3
CHR	1	1	1	1	1	1	6
Hôpitaux Spécialisés	-	1	1	-	-	-	2
Hôpital de préfecture ou de district	1	4	8	3	6	3	25
Hôpital confessionnel	0	2	5	1	-	1	9
Polycliniques	1	3	2	1	1	1	9
Centre médico-social	14	16	27	14	12	2	85
Centre de santé	9	1	-	-	20	-	20
Dispensaires (USP)	3	100	127	55	83	53	421
PMI	20	3	11	-	3	41	38
Ensemble	51	131	182	75	117	62	618

Source : Division Informations Statistiques, Etudes et Recherche

Malgré toutes ces infrastructures sanitaires, le taux de couverture sanitaire reste encore faible du fait de l'accroissement démographique et du développement de zones de peuplement.

L'accès à une unité périphérique de soins dans un rayon de moins de 5 km est estimé à 60% .

➤ Ressources humaines,

En 2004, le secteur sanitaire public comptait 7459 agents toutes catégories confondues exerçant dans les administrations et les formations sanitaires y compris la Santé des Armées. 52% de cet effectif soit 3890 agents sont des personnels médicaux et paramédicaux.

Ces statistiques ne prennent pas en compte le personnel du secteur privé à but lucratif faute de données fiables. Toutefois, il est reconnu que l'effectif du personnel de ce secteur est considérable notamment dans les régions de Lomé - Commune et des Plateaux.

En moyenne nationale on enregistre :

- 1 Médecin pour 14 711 habitants
- 1 Infirmier pour 7040 habitants.
- 1 Sage-femme pour 15149 habitants

2.3. Politique Nationale de lutte antipaludique

➤ Aspects épidémiologiques du paludisme

Le paludisme est l'endémie de premier rang des parasitologies parasitaires rencontrées au Togo tant sur le plan de la morbidité que de l'hospitalisation des malades. Il est holoendémique et stable, car sa transmission dure presque toute l'année ; il sévit de la même façon sur toute l'étendue du territoire.

Les principaux vecteurs du paludisme rencontrés au Togo sont des moustiques du genre « Anopheles » : *Anopheles gambiae*, *Anopheles funestus*, *Anopheles melas*. Les

agents pathogènes les plus courants sont : Plasmodium falciparum (95%), Plasmodium malariae (0,5%) et rarement le Plasmodium ovale.

Le paludisme représente en moyenne 40% des consultations externes et 26% des hospitalisations dans les formations sanitaires publiques en 1998 avec une durée d'hospitalisation moyenne de 6 jours.

Les enfants de moins de 5 ans sont les plus touchés dans une proportion de 35% par rapport au nombre de cas enregistrés, tous âges confondus. Le paludisme chez la femme enceinte est comptabilisé au titre d'une maladie ordinaire.

➤ **Historique de la lutte contre le Paludisme au Togo**

Quelques années après la découverte du DDT, l'administration coloniale du Togo a eu l'idée de mener une lutte contre les moustiques dans la ville de Lomé. Cette idée va se concrétiser par la création en 1952 du « Service de Lutte Antipaludéenne » qui deviendra « Service National du Paludisme » dans les années 60. Ce service sera intégré aux services de santé de base avec le recrutement et la formation des « agents itinérants » ayant pour fonction le traitement des cas et la prophylaxie de masse à domicile et l'établissement des cartes de répartition des vecteurs.

Dans les années 70, les travaux de dragage des lagunes de Lomé et d'Aného ont été les activités de grande envergure qui ont beaucoup contribué à la réduction de la nuisance culidienne.

Des études entomologiques en 1975 et 1976 ont permis d'établir la carte de répartition des vecteurs selon les strates écologiques.

Les années 80 ont connu l'application de la chimiothérapie des accès fébriles à la chloroquine et la prophylaxie antipaludique chez la femme enceinte.

De nos jours, après l'adoption de la stratégie mondiale visant le contrôle de la maladie, les stratégies de prise en charge correcte des cas, de prévention y compris le TPI chez la femme enceinte et l'utilisation de la moustiquaire imprégnée et autres matériaux traités aux insecticides ont fait l'objet de directives nationales en application dans le pays. Par ailleurs, une politique nationale en matière de lutte contre le paludisme est adoptée, des directives sur la prise en charge des cas, sur les mesures préventives en particulier le TPI la femme enceinte ont été élaborées.

En 2001, un Plan Stratégique National « **Faire Reculer le Paludisme** » pour la période 2001-2005 est élaboré conformément à l'Initiative « Roll Back Malaria ou **Faire Reculer le Paludisme** » lancée en juillet 1998 par la Directrice Générale de l'OMS d'alors et qui a reçu le 25 avril 2000 la caution des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) sous la forme de la Déclaration d'Abuja.

➤ **Aperçu du Plan Stratégique National "Faire Reculer le Paludisme" 2001-2005**

Le Plan National qui s'est inspiré de l'Initiative mondiale « *Faire Reculer le Paludisme* » et de la Déclaration d'Abuja est le fruit d'acteurs togolais rassemblés en un groupe multidisciplinaire, multisectoriel et d'autres partenaires au développement.

L'objectif de l'Initiative au Togo est de réduire la pauvreté et promouvoir le développement par la réduction de la morbidité et de la mortalité dues au Paludisme de 50% d'ici 2010.

Le Plan visait les cibles suivantes, à la fin 2005 :

- réduire d'au moins 30% la morbidité imputable au Paludisme par rapport à la situation de 2000 ;
- réduire d'au moins 30% la mortalité imputable au Paludisme par rapport à la situation de 2000 ;

Les résultats attendus à la fin 2005 sont les suivants :

- ❖ au moins 80% des personnes avec une présomption de paludisme ont accès à un traitement rapide, adéquat dans un délai de 24 heures ;
- ❖ au moins 60% des personnes à risque surtout les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, ont bénéficié de mesures de protection telles que les moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) et autres interventions ;
- ❖ au moins 60% des femmes enceintes surtout les primipares ont accès à la chimioprophylaxie ou à un traitement intermittent.

Les stratégies retenues sont regroupées en composantes suivantes :

- ❖ amélioration de la prise en charge correcte des cas tant à domicile que dans les formations sanitaires ;
- ❖ prévention du paludisme y compris la lutte antivectorielle, la chimioprophylaxie pour les femmes enceintes ;
- ❖ surveillance épidémiologique/suivi/supervision/évaluation intégrée des activités de lutte antipaludique ;
- ❖ promotion de la recherche opérationnelle et la recherche-action visant l'amélioration des prestations pour faire reculer le paludisme ;
- ❖ renforcement des capacités du Programme National de Lutte contre le Paludisme.

3. Objectifs de l'évaluation

3.1 Objectif général :

Evaluer l'impact des interventions de lutte antipaludiques développées à différents niveaux au cours de la période 2001-2005.

3.2. Objectifs spécifiques

- ❖ Apprécier le niveau de mise en œuvre des interventions inscrites dans le Plan Stratégique 2001-2005
- ❖ Déterminer à différents niveaux (coordination PNL, Districts, partenaires) les mécanismes de gestion et de développement de partenariat en faveur de la lutte antipaludique;

- ❖ Evaluer les moyens disponibles et les pratiques pour la prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires;
- ❖ Evaluer les pratiques de prévention et de prise en charge du paludisme au niveau des communautés enquêtées, en particulier chez les groupes cibles;
- ❖ Déterminer les forces, les faiblesses et les opportunités pour la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludique durant la période 2001-2005;
- ❖ Identifier et documenter les « bonnes pratiques » de lutte contre le paludisme ;
- ❖ Comparer les niveaux actuels des indicateurs de résultats des interventions essentielles de lutte antipaludiques par rapport à ceux des évaluations antérieures;
- ❖ Formuler des recommandations pertinentes pour la définition de stratégies efficaces en perspective du processus d'élaboration du futur plan stratégique de lutte contre le paludisme pour la période 2006-2010.

4. METHODOLOGIE DE L'EVALUATION

4.1 Revue documentaire

Les documents suivants ont été consultés

- le Plan Stratégique National FRP 2001 – 2005
- le rapport de la collecte des données de base FRP
- les rapports d'activités de 2002 à 2005
- le document de soumission au Fonds Mondial pour le 3è round
- le document de soumission au Fonds Mondial pour le 4è round
- le rapport de l'Evaluation à Mi-Parcours de Janvier 2004
- les rapports des différentes études réalisées

4.2 Enquête dans les Formations sanitaires et dans la communauté

4. 2. 1 Echantillonnage

➤ Taille de l'échantillon

- 6 districts ont été sélectionnés y compris les 3 dans lesquels il y a eu la collecte des données de base
- 25 ménages par communauté sont enquêtés soit au total 1200
- 40 enfants de moins de 5 ans ont été enquêtés par communauté soit au total 1920
- 10 femmes enceintes/allaitantes ont été enquêtées par communauté soit au total 480
- 4 formations sanitaires par district ont été retenues soit au total 24

➤ Choix des formations sanitaires et des communautés/village

Les formations sanitaires et les communautés ont été sélectionnées selon les directives de l'OMS

Dans chaque district 4 formations sanitaires sont choisies :

- Formations sanitaires

(i). l'hôpital de district (HD) ou le centre de santé ou toute autre structure de référence

(ii). 3 formations sanitaires périphériques privées ou publiques (dispensaire, CMS, polyclinique) dont l'une proche de l'HD , dans un rayon de 10 km ; la seconde à distance moyenne , entre 11- 20 km et la 3^{ème} éloignée , 21 km et plus sont tirées au hasard.

Au total 6 Hôpitaux et 18 Centres de Santé périphériques ont été choisis.

- Communautés/villages/quartiers

Au niveau de l'aire de responsabilité de chaque formation sanitaire

(iii). 2 quartiers/villages sont choisis au hasard dont l'un proche (5km) et l'autre éloigné (plus de 5 km) soit 8 communautés par district.

Au total 48 quartiers/villages/communautés ont été également choisis.

➤ Choix des Districts

Au total 6 districts ont été choisis à raison de 1 par région sanitaire. Ainsi en plus des 3 districts où les données de base ont été collectées , 3 districts complémentaires ont été sélectionnés.

Il s'agit de :

- 3 Districts où les données de base ont été collectées :

Bassar : Région de la Kara

Danyi : Région des Plateaux

Lacs : Région Maritime

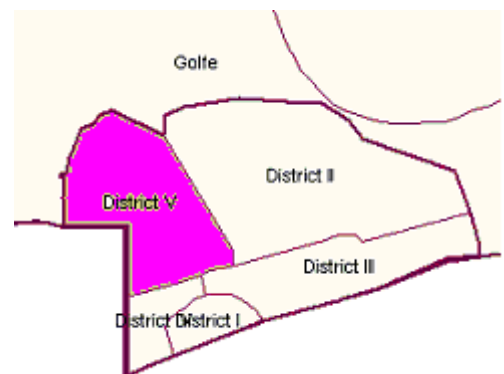
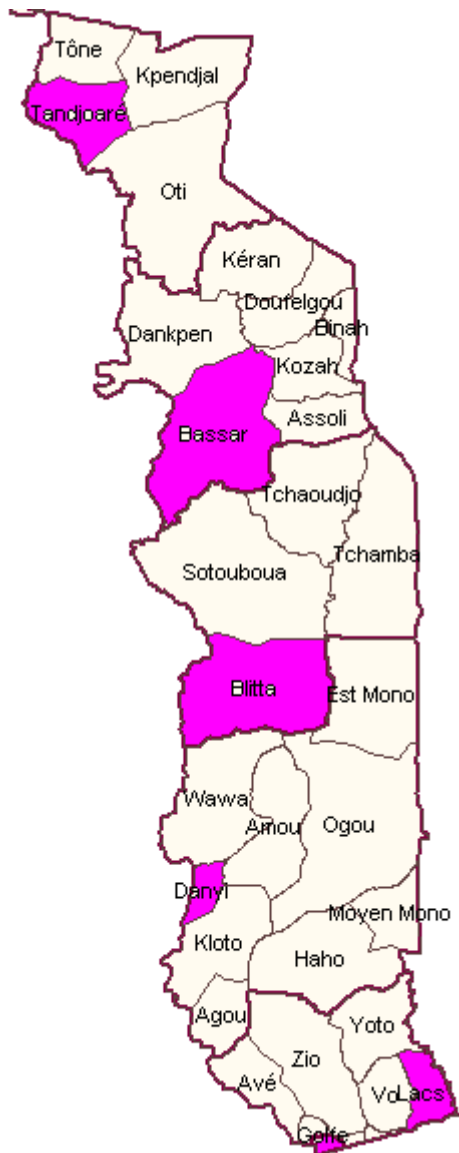
- 3 Districts complémentaires choisis

District N°5 : Région Lomé Commune

Blitta : Région Centrale

Tandjoaré : Région des Savanes

LES DISTRICTS



4.2.2 Déroulement de l'évaluation

L'évaluation a été exécutée sous la supervision d'un comité technique de coordination appuyé par un consultant national désigné pour assurer le suivi du processus jusqu'à la finalisation du rapport.

La collecte des données sur le terrain a été réalisée par des équipes constituées de superviseurs centraux, régionaux et des enquêteurs identifiés au niveau des districts ciblés (voir annexe 3). Les superviseurs et les enquêteurs de districts ont été formés pendant 2 jours sur la méthodologie globale de l'évaluation et le remplissage des fiches d'enquêtes. Les superviseurs de l'enquête ont eu pour tâches principales la coordination des activités des équipes sur le terrain, notamment introduire les enquêteurs auprès des autorités et des communautés, le contrôle systématique de la qualité de la collecte de données en vue de relever les insuffisances y remédier immédiatement.

Schématiquement, l'évaluation s'est déroulée en 3 étapes essentielles:

- La revue documentaire sur le système de santé en général et le paludisme en particulier;
- La collecte des données institutionnelles au niveau du PNLP et des partenaires impliqués dans la lutte antipaludique;
- La collecte des données au niveau des districts sanitaires ciblés (équipe cadre de district, formations sanitaires, communautés);

❖ *Niveau d'encadrement et de gestion (PNLP, équipe cadre de District)*

Lors de cette évaluation une revue documentaire des interventions de lutte contre le paludisme a été réalisée pour la période 2001-2005. Aussi, des entretiens ont été réalisés avec l'équipe de gestion du PNLP, des responsables au niveau du ministère de la santé, les équipes cadre de districts et les principaux partenaires appuyant la lutte antipaludique (institutions, agences de coopération, ONGs nationales, ONGs internationales).

Les fiches de gestion (Management), "M1 et M2", ont été appliquées par les superviseurs centraux de l'évaluation :

- **Fiche M1** : appliquée au coordonnateur national PNLP et son équipe, elle a permis de recueillir des informations sur la politique de santé en général et la lutte antipaludique en particulier, les directives de mise en œuvre des interventions et leurs modalités de gestion .
- **Fiche M2** : appliquée à chaque médecin-chef de district sanitaire ciblé, elle a permis de recueillir des informations sur le district et les modalités de gestion des interventions de lutte contre le paludisme par l'équipe cadre de district.

❖ *Niveau formations sanitaires*

Au sein de chaque district, 4 formations sanitaires ont été choisies et/ou tirées au hasard : l'hôpital de district (HD) ou le centre de santé ou toute autre structure de référence et 3 formations sanitaires périphériques privées ou publiques (dispensaire, CMS, polyclinique) dont l'une proche de l'HD, dans un rayon de 10 km ; la seconde à distance moyenne, entre 11- 20 km et la 3ème éloignée , 21 km

Les fiches d'enquête des formations sanitaires, "H1 à H7", ont été administrées par les enquêteurs auprès des prestataires de soins selon le poste de travail de chacun :

- **Fiche H1** : appliquée à chaque responsable de la formation sanitaire, elle a permis de recueillir des informations sur les services offerts dans les formations sanitaires tels que les consultations prénatales, la vaccination...
- **Fiche H2** : appliquée à chaque chargé de la consultation externe, elle a permis de recueillir des informations sur les services de consultations externes notamment les moyens de prise en charge des patients et les données d'utilisation de ce service pour l'année 2005.
- **Fiche H3** : appliquée à chaque responsable des services d'hospitalisation (Pédiatrie ou Médecine), elle a permis de recueillir des informations sur l'hospitalisation notamment les moyens de prise en charge des patients et les données d'utilisation de ce service pour l'année 2005.
- **Fiche H4** : appliquée à chaque responsable de laboratoire de la formation sanitaire, elle a permis de recueillir des informations sur les services de laboratoire notamment les moyens pour la réalisation des analyses et les données d'utilisation de ce service pour l'année 2005.

- **Fiche H5** : appliquée à chaque gérant de pharmacie de la formation, elle a permis de recueillir des informations sur les outils de gestion des médicaments et sur l'état des stocks des antipaludiques et autres produits essentiels.
- **Fiche H6** : appliquée à 7 enfants fébriles de moins de 5 ans au niveau de la consultation externe de chaque formation sanitaire, elle a permis de recueillir des informations sur la qualité de prise en charge en observant le prestataire en exercice.
- **Fiche H7** : appliquée au niveau de chaque service d'hospitalisation des enfants de moins de 5 ans, elle a permis d'étudier 25 dossiers des enfants avec diagnostic de paludisme grave en vue d'apprécier la qualité de leur prise en charge.

❖ **Niveau communautaire**

Au niveau de l'aire de responsabilité de chaque formation sanitaire ciblée, 2 communautés/quartiers/villages tirés au hasard dont l'un proche (5km) et l'autre éloigné (plus de 5 km) ont été enquêtés : soit 8 communautés par district ciblé .

Les fiches d'enquête au niveau des communautés, "C1 à C3", ont été administrées par les enquêteurs au niveau des ménages visités :

- **Fiche C1** : appliquée par communauté à 40 mères ou autres personnes en charge d'enfants avec maladie fébrile ou déclarés récemment malades (2 dernières semaines), elle a permis de déterminer le comportement des personnes enquêtées face à l'attitude et à la pratique de soins en cas de maladie fébrile de l'enfant. ;
- **Fiche C2** : appliquée par communauté à au moins 10 femmes enceintes ou accouchées il y a maximum 6 mois, elle a permis de recueillir les informations sur les pratiques en matière de prévention pendant la grossesse (le traitement préventif intermittent à la SP, utilisation des MII) ;
- **Fiche C3** : appliquée par communauté à 25 ménages (chef de famille ou autre personne désignée), elle a permis de recueillir les informations sur la disponibilité des moustiquaires (imprégnées ou non) et leur utilisation par les différents personnes enquêtées.

4.2.3 Traitement et validation des données

Les données collectées ont été traitées avec les logiciels Access, SPSS et Epi info. Un agent de saisie a été formé sur le logiciel de traitement et affecté à chaque équipe de district pour la saisie des données au fur et à mesure qu'elles sont collectées. Cette innovation a permis de disposer immédiatement des résultats tout juste à la fin de la collecte. Les informations ont été présentées sous forme de fréquences, tableaux et graphiques conformément au plan d'analyse élaboré. Les indicateurs de résultats, issus du plan stratégique 2001-2005, ont été calculés et comparés à ceux des évaluations antérieures réalisées.

Le comité technique a assuré la validation des résultats et la rédaction du rapport final.

RESULTATS

5. RESULTATS DE L'EVALUATION

L'évaluation qui s'est déroulée du 29 mai au 16 juin 2006 a concerné la gestion du programme de lutte contre le paludisme (PNLP, districts, partenaires), 24 formations sanitaires (5 hôpitaux de districts, 1 CHU, 18 USP) et 48 communautés (voir Tableau ci-dessous pour les détails de l'échantillon).

Tableau IV : Echantillons de la collecte de données

REGION	DISTRICT	USP	Hôpital	Ménages	Enfants < 5ans	Femmes enceintes
Savanes	Tandjoaré	3	1	200	277	52
Kara	Bassar	3	1	204	268	48
Centrale	Blitta	3	1	200	275	67
Plateaux	Danyi	3	1	200	259	53
Maritime	Lacs	3	1	200	240	48
Lomé commune	District 5	3	1	200	237	48
TOTAL	6	18	6	1204	1556	316

5.1. Détails des interventions mises en oeuvre

Sur les 257 activités planifiées pour la période 2001-2005, 65% ont été exécutées soit avec le financement du PNL (44%), soit dans le cadre de l'intégration des activités exécutées par les autres programmes de santé (21%).

5.1.1. Renforcement des capacités de gestion du PNL

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme qui relève de la Direction des Soins de Santé Primaires est dirigé par un Coordonnateur national. L'équipe du PNL est chargée de la coordination des activités de lutte antipaludique sous la supervision du Directeur des Soins de Santé Primaires et du Directeur Général de la Santé.

Au niveau des 6 régions sanitaires et des 35 districts, il existe des points focaux pour la lutte contre le paludisme.

Au niveau intermédiaire et périphérique, la mise en oeuvre des activités de lutte antipaludique est assurée par les équipes des directions régionales de la santé et celles des districts sanitaires. Les communautés participent également au développement des interventions soit de manière directe à travers les relais communautaires, soit par l'intermédiaire des ONGs et/ou associations dans le cadre d'une contractualisation avec le PNL et/ou les partenaires appuyant la lutte antipaludique.

Les activités planifiées durant la période 2001-2005 pour renforcer les capacités managériales du PNL ont été exécutées à 60%. Les directives administratives prises et l'appui des partenaires ont permis de renforcer le PNL à différents niveaux :

➤ **Ressources humaines**

L'effectif du staff du programme, qui est passé de 8 agents en 2000 à 17 en 2005, se compose du personnel suivant :

- ❖ 1 Coordonnateur National, formé en santé publique et en paludologie, administrateur du PNLN ;
- ❖ 1 Assistante Médicale formée en santé publique, chargée de l'unité prise en charge (PEC) ;
- ❖ 1 Technicien supérieur de laboratoire, responsable du laboratoire de référence du PNLN et du suivi au niveau périphérique ;
- ❖ 1 Technicien supérieur de laboratoire formé en santé publique ;
- ❖ 1 Technicien supérieur en entomologie, responsable de l'unité d'entomologie du PNLN ;
- ❖ 1 Technicien supérieur du génie sanitaire ;
- ❖ 1 Assistant d'hygiène
- ❖ 1 Sage – Femme formée en santé publique chargée du Traitement Préventif Intermittent
- ❖ 2 Comptables, dont un pour le suivi de la gestion du budget Etat et le second pour le FMSTP ;
- ❖ 5 Personnels de soutien : 1 secrétaire, 3 chauffeurs, 1 gardien, .

De même, les compétences en paludologie ont été renforcées à différents niveaux avec la participation de 7 personnels (1 du niveau central et 6 du niveau district) au cours international OMS sur le paludisme et celle du technicien d'entomologie PNLN à un stage spécialisé dans son domaine.

Malgré ces améliorations, il ressort que le PNLN a besoin encore de personnels qualifiés, en particulier un communicateur, un gestionnaire de données et un médecin d'appui formé en santé publique/Paludologie.

➤ **Ressources matérielles/équipements**

La Coordination du PNLN a vu ses locaux réhabilités et entièrement équipés en matériels bureautiques (bâtiment à 2 niveaux avec plus de 12 bureaux). Le PNLN a été aussi doté en matériels informatiques (5 unités informatiques complètes, 3 ordinateurs portables) et autres équipements (1 photocopieuse, 1 scanner, 1 machine à reliure, 1 appareil fax, un standard téléphonique avec des combinés dans les bureaux, une connexion Internet).

➤ **Moyens logistiques**

De 2001 à 2005, le PNLN a vu son parc automobile central renforcé, passant d'1 à 4 véhicules. De même, 35 motos ont été acquises pour appuyer les activités au niveau des Districts.

➤ **Financement du Plan stratégique 2001-2005**

La mobilisation des ressources du PNLN s'inscrit dans le cadre du financement du secteur de la santé par le budget Etat et les partenaires au développement. Ainsi, le PNLN a bénéficié de financements importants pour développer les interventions

prioritaires de lutte contre le paludisme conformément au Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2001-2005 (Voir Tableau ci-dessous).

Tableau V: Etat du financement du Plan stratégique PNLN, de 2001 à 2005

ANNEE ETAT BUDGET(\$US)	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL
Montants planifiés	2439525	2028819	1824033	1690814	1609490	9592681
Montants mobilisés	264734	669600	6994960	15030780	546639	23506712
Taux de mobilisation	11%	33%	383%	889%	34%	245%
Montants décaissés	264734	669600	1109054	6482068	4873462	13398917
Taux de décaissement	100%	100%	16%	43%	892%	57%
Montants dépensés	264734	669600	1109054	5414031	2224750	9682168
Taux d'absorption	100%	100%	100%	84%	46%	72%

NB : 1 \$US = respectivement, de 2001 à 2005 : Fcfa, 650 – 605 – 604 – 545 - 550.

De manière générale, le Plan stratégique 2001-2005 a bénéficié d'un bon financement grâce à l'accès du Togo aux 3^{ème} et 4^{ème} round du Fonds Mondial SIDA/Tuberculose/Paludisme (variant de 11% à 889% avec une moyenne de 245%). Toutefois, il faut noter que le décaissement est resté faible (variant de 16% à 892%, avec une moyenne de 57%) ; le taux d'absorption variant de 46 à 100% avec une moyenne de 72 %, est étroitement lié au décaissement du financement du FMSTP. Pour les fonds du 4^{ème} Tour, bien qu'ils aient été décaissés en 2005, les dépenses n'ont été entamées qu'en 2006.

Partenariat pour le financement du Plan stratégique

En 2001-2005, le PNLN a régulièrement œuvré dans la constitution d'un partenariat diversifié, aussi bien interne qu'externe ; ceci a eu comme effet l'implication de tous les partenaires intéressés dans les phases de re planification des interventions, de mobilisation des ressources et de suivi de la mise en œuvre des activités (plus de 8 partenaires financiers constants et 15 ONGs/associations).

L'exécution des différentes interventions de lutte contre le paludisme s'est faite dans le cadre du partenariat constitué autour du PNLN. Les activités ont été financées par le budget de l'Etat mais surtout par les partenaires extérieurs dans le cadre de la coopération multi/bilatérale et le FMSTP (Voir Tableau ci-dessous).

Tableau VI: Etat du Financement du Plan stratégique par source et par année

Source/Année	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL
ETAT	15385	6645	82896	82569	18182	205676
OMS	39961	57298	493492	102988	22544	716283
UNICEF	12250	33142	23211	50365	28100	147068
FMSTP (Round 3 et 4)	-	-	5885906	10694983	-	16580889
GTZ	27522	6544	48871	24072	6364	113373
PLAN Togo	154386	143346	153490	251777	135456	838454
PSI	-	289177	249669	152822	194022	885690
Croix Rouge Togo	-	95792	-	-	-	95792
FICR	-	-	-	3605798	79319	3685118
AVISEE	-	14020	12142	-	-	26162
CACIEJ	15231	23636	33692	27890	32613	133062
TOTAL	264734	669600	6994960	15030780	546639	23506712

Sources : PNLN et Partenaires cités

Il ressort des entrevues organisées par l'équipe des évaluateurs avec les partenaires du PNLN une large satisfaction sur le cadre de collaboration existant et surtout une prédisposition à contribuer au financement du futur Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2006-2010.

Au cours de la période 2001-2005, les partenaires du PNLN ont eu à financer diversement les interventions de lutte antipaludique (Voit Tableau ci-dessous):

Tableau VII: Appui des partenaires par Intervention

Partenaires Interventions	OMS	UNICEF	FMSTP	GTZ	PLAN Togo	PSI	CRT	FICR	AVISEE	CACIEJ
Gestion PNLN	+++	+	+++		+			+		
Prise en charge des cas	+++	++		+	++		+			
Prévention du paludisme pendant la grossesse	++	+++	+++	++	+++	+++	+		+	+
Lutte Anti-Vectorielle	+++	+	+++	++	+++	++	++	+++	++	++
Communication et Mobilisation sociale (IBC)	++	++	+++	+	+++	++	++	++	++	++
Recherche opérationnelle	+++	+	+	+		+	+			
Suivi et Evaluation	++	+	++	+	+++	+	+	++		

Légende : (+) : appui moyen ; (++) : Appui important; (+++) : Appui très important.

Il ressort de ce tableau que les partenaires s'impliquent dans les différentes interventions de lutte antipaludique, notamment la lutte antivectorielle (promotion des MII), la mobilisation sociale/IEC (y compris les IBC), la prévention du paludisme chez la femme enceinte et le suivi/évaluation. Il faut noter que l'OMS apporte de façon constante un appui technique au PNLN dans la définition des politiques et des documents stratégiques.

➤ **Mécanismes de coordination des interventions de lutte antipaludique**

- ❖ La gestion des différentes interventions de lutte contre le paludisme est placée sous la supervision directe du Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS) présidé par la Ministre de la Santé et qui comprend, en plus des représentants des partenaires au développement, les directeurs centraux du Ministère de la Santé et ceux des départements ministériels de la Communication, des Affaires Sociales et de l'Education. Le CCSS a pour missions principales de formuler des orientations stratégiques, assurer un plaidoyer continu pour la mobilisation des ressources nécessaires et appuyer le suivi/évaluation des interventions de lutte antipaludique.
- ❖ Dans le cadre du partenariat interne et intra sectoriel, il existe différents groupes techniques d'appui au PNL, notamment sur la PEC des cas (PCIME, Faculté de médecine, CHU, association des médecins privés, RAOTAP2) et la prévention du paludisme pendant la grossesse (DSF, RAOPAG, CHU, Faculté de médecine), la lutte antivectorielle (Université), la mobilisation sociale (SNIEC, ONGs nationales) et le suivi/évaluation (DISER, Direction Générale de la Statistique, ONGs, Université).

5.1.2. Amélioration de la prise en charge des cas

Les activités planifiées durant la période 2001-2005 pour améliorer la prise en charge des cas de paludisme ont été exécutées à 74%.

Les actions développées dans ce cadre ont concerné tous les aspects en rapport avec les moyens nécessaires pour une meilleure qualité de prise en charge des cas au niveau des formations sanitaires et des communautés.

5.1.2.1 Niveau des formations sanitaires

L'événement le plus important a été l'élaboration et l'adoption en mai 2004 d'une Politique Nationale de Traitement antipaludique avec introduction des CTAs pour la prise en charge des cas de paludisme simple.

Les autres activités mises en œuvre ont permis de :

- former 66 formateurs centraux et régionaux sur la PEC des cas,
- diffuser l'ancien guide thérapeutique de PEC des cas à tous les niveaux de la pyramide sanitaire,
- former 550 prestataires de soins à la PEC prise en charge des cas de paludisme (29% des besoins planifiés pour 2001-2005),
- adapter les anciens guides thérapeutiques pour prendre en compte les directives thérapeutiques sur les CTAs,
- former/recycler 11 techniciens de laboratoire sur le diagnostic parasitologique du paludisme, équiper 6 laboratoires en microscopes et petits matériels techniques (sites sentinelles).

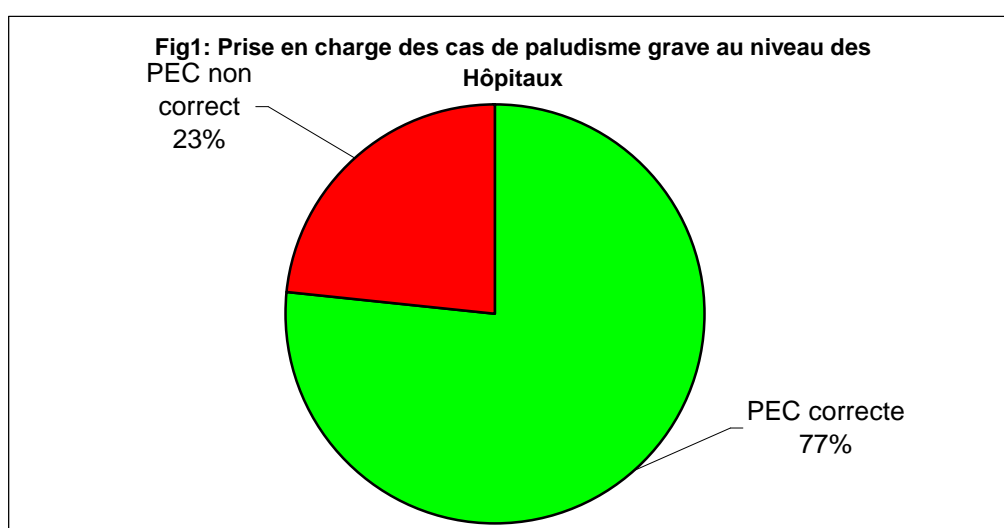
L'analyse des données de l'évaluation finale au niveau des formations sanitaires fait ressortir les éléments essentiels suivants :

➤ **Services de consultations externes et de l'hospitalisation**

- ❖ 16,67% des services de consultations externes des formations sanitaires disposent de moyens essentiels pour la prise en charge des patients avec

fièvre/paludisme (Directives sur le paludisme disponibles, registre correctement rempli, balance fonctionnelle, thermomètre fonctionnel) ;

- ❖ 50% des services d'hospitalisation des hôpitaux disposent de moyens essentiels pour la prise en charge des patients avec paludisme grave (Directives sur le paludisme disponibles, registres ou fiches d'hospitalisation disponibles, balance fonctionnelle, thermomètre fonctionnel,) ;
- ❖ 25% des personnels de santé ont été formés au cours des 3 dernières années à la PEC du paludisme, 16,13% à la PCIME et 5,88% pour paludisme et PCIME
- ❖ 44,49% des patients avec paludisme grave ont bénéficié d'un examen de laboratoire pour la confirmation diagnostique ;
- ❖ 76,67% des patients avec paludisme grave ont reçu un traitement correct selon les directives nationales.



L'évaluation montre que les enfants de moins de 5 ans avec paludisme pris en charge en consultations externes ont reçu en priorité respectivement la quinine en comprimé (47,26%), la chloroquine en comprimé (28%) et amodiaquine (15%). Ceci s'explique par la non disponibilité des CTAs recommandés par le PNLP au niveau des formations sanitaires (retard dans la livraison de la commande).

Il ressort toutefois que les CTAs ont été prescrits dans 3% des cas.

Enfin, la revue des données de morbidité et de mortalité de 2005 montre que le paludisme représente 36,53% des consultations externes, alors que la létalité est de 10,76% .

➔ **Diagnostic de laboratoire**

Sur les 24 structures sanitaires enquêtées, il ressort que :

- ❖ 37,50% ont un laboratoire fonctionnel effectuant les examens biologiques de base pour le diagnostic du paludisme;
- ❖ 88,89% des laboratoires fonctionnels réalisent l'identification des espèces plasmodiales (GE/Frottis sanguin) ;

- ❖ 77,77% des laboratoires fonctionnels réalisent des examens complémentaires essentiels pour une meilleure prise en charge du paludisme grave (Taux Hb, glycémie, Numération Formule Sanguine) ;
- ❖ 15,38% des laboratoires fonctionnels ont connu des ruptures continues en réactifs et petits matériels techniques.
- ❖ 11,11% des laboratoires enquêtés bénéficient d'un contrôle de qualité des lames examinées, sur place ou par envoi aux superviseurs.

➤ **Disponibilité des antipaludiques**

Toutes les structures sanitaires enquêtées disposent d'un dépôt de médicaments essentiels soumis au recouvrement des coûts. Il ressort de l'analyse des données collectées que :

- ❖ 41,67% des dépôts enquêtés sont gérés par un agent de santé ;
- ❖ 69,23% des dépôts enquêtés disposent de fiches de stocks bien tenues ;
- ❖ 83,33% des dépôts enquêtés disposent de registres de sorties journalières bien tenus ;
- ❖ 4,17% des dépôts enquêtés ont connu une rupture en quinine injectable pendant une semaine durant les 3 derniers mois de l'année 2005 ;
- ❖ 8,33% des dépôts enquêtés ont connu une rupture en quinine comprimé pendant une semaine durant les 3 derniers mois de l'année 2005 ;
- ❖ 4,17% des dépôts enquêtés ont connu une rupture en SP comprimé pendant une semaine durant les 3 derniers mois de l'année 2005 ;
- ❖ 4,17% des dépôts enquêtés ont connu une rupture en sérum glucosé 5% pendant une semaine durant les 3 derniers mois de l'année 2005 ;
- ❖ 25% des dépôts enquêtés ont connu une rupture en sérum glucosé 10% pendant une semaine durant les 3 derniers mois de l'année 2005 ;
- ❖ 8,33% des dépôts enquêtés ont connu une rupture en chloroquine comprimé pendant une semaine durant les 3 derniers mois de l'année 2005 ;

5.1.2.2 Niveau communautaire

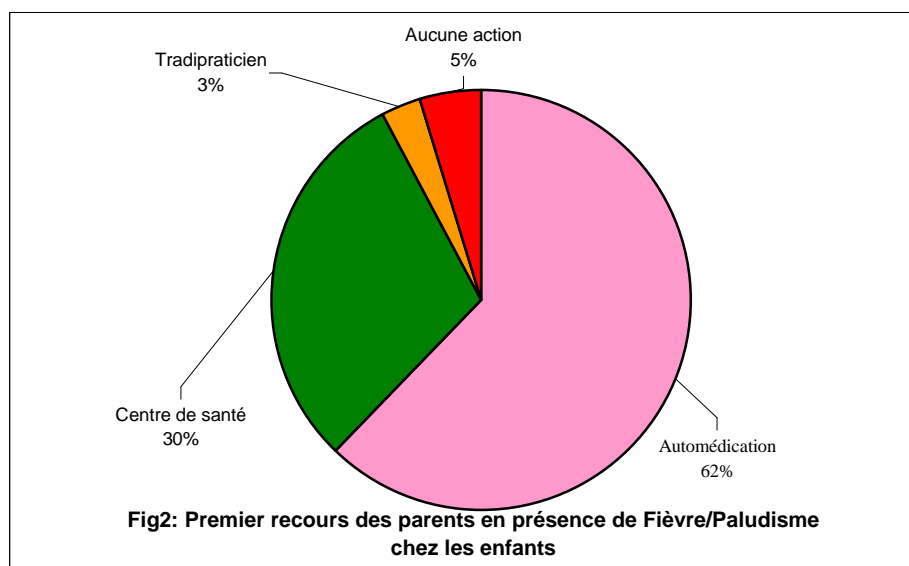
Dans le cadre de la promotion des actions communautaires, il a été développé en 2005 un plan national stratégique pour porter à l'échelle les interventions à base communautaire.

Les autres activités mises en œuvre ont permis de :

- former 70 formateurs dans les Districts sur la PEC au niveau communautaire,
- élaborer et diffuser un guide de formation des ASC, sur les activités à base communautaire,
- former 539 ASC (38% des besoins planifiés) et les doter chacun d'une trousse médicale,
- former 20 tradithérapeutes sur le paludisme en général et la référence des cas graves en particulier.

L'analyse des données de l'évaluation finale au niveau des communautés montre que :

- ❖ 62,35% des parents, devant une maladie fébrile de l'enfant, avaient comme 1^{er} recours l'automédication contre respectivement 29,98% pour un centre de santé et 3,08% pour tradipraticiens.



- ❖ 50,38% des parents, devant une maladie fébrile de l'enfant, ont pris comme 1^{ère} action un antipaludique, contre 44,83% qui l'ont pris comme 2^{ème} action.
- ❖ 27,99% des enfants ont pris correctement le traitement antipaludique conformément aux directives thérapeutiques nationales à la 1^{ère} action contre 38,33% à la 2^{ème} action.
- ❖ 69,93% des enfants avec une maladie fébrile sont guéris après la 1^{ère} action, contre 4,49% après la 2^{ème} action.

Il faut noter que le pays dispose d'un vaste réseau de relais communautaires (ASC, volontaires de la Croix Rouge Togo, tradithérapeutes) qui contribue pour beaucoup à la vulgarisation des mesures de traitement et de prévention du paludisme au sein des communautés.

5.1.3. Prévention du paludisme pendant la grossesse

Les activités planifiées durant la période 2001-2005 pour prévenir le paludisme pendant la grossesse ont été exécutées à 100%.

Les actions développées dans ce cadre ont permis de :

- ❖ Elaborer un plan de plaidoyer sur le TPI ;
- ❖ Elaborer et adopter des directives nationales sur le TPI en 2004 ;
- ❖ Elaborer des manuels techniques de formation des prestataires sur le TPI ;
- ❖ Former 154 formateurs, membres des équipes cadres de Districts, sur les directives techniques TPI ;
- ❖ Former 1758 prestataires, en poste dans 563 formations sanitaires, sur les directives techniques TPI ;
- ❖ Acquérir une quantité importante de SP pour les 35 districts sanitaires ;

- ❖ Généraliser le TPI au niveau de toutes les formations sanitaires au cours des CPN;

L'analyse des données de l'évaluation finale au niveau communautaire fait ressortir les éléments essentiels suivants :

- ❖ 39,69% des femmes enceintes ont bénéficié de 1 à 2 CPN et 60,31% ont fait 3 CPN et plus ;
- ❖ 72,29% femmes enceintes ou celles qui ont accouché il y a 6 mois ont eu à prendre un antipaludique pendant leur grossesse pour prévenir le paludisme;
- ❖ 57,50% des femmes enceintes ou celles qui ont accouché il y a 6 mois ont bénéficié du TPI pendant leur grossesse pour prévenir le paludisme;
- ❖ 84,78% des femmes enceintes ou celles qui ont accouché il y a 6 mois ont pris un traitement préventif du paludisme approprié (TPI) pendant leur grossesse;
- ❖ 45,25% des femmes enceintes ont dormi sous moustiquaire la veille de l'enquête;
- ❖ 39,56% des femmes enceintes ont dormi sous MII la veille de l'enquête;

L'analyse de la situation SR réalisée en 2003 montre que 86% des femmes enceintes ont eu à effectuer au moins une CPN et 74% ont effectué 3 CPN avant l'accouchement.

5.1.4. Lutte antivectorielle

Les activités planifiées durant la période 2001-2005 pour promouvoir les mesures de lutte antivectorielle ont été exécutées à 68%.

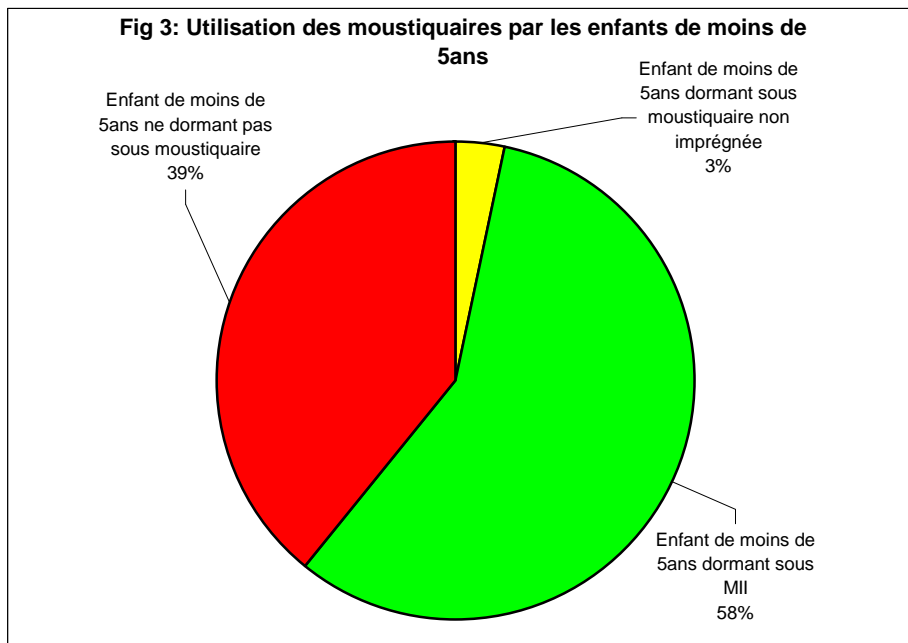
Les actions développées dans ce cadre ont permis de:

- ❖ Faire adopter par le Gouvernement la détaxe sur les moustiquaires en 2002, alors que celle sur les insecticides est en cours ;
- ❖ Organiser un atelier national de promotion de MII et d'adoption d'une stratégie nationale de lutte antivectorielle ;
- ❖ Acquérir et distribuer 1281103 moustiquaires (dont 1000166 MILD), contre 800 000 planifiées pour les 5 années;
- ❖ Acquérir 2218 litres d'insecticides et de 50000 Kits individuels d'imprégnation, contre respectivement 10000 litres d'insecticides et 10000 kits individuels planifiés pour les 5 années);
- ❖ Mettre en place et équiper 130 centres fixes d'imprégnation et de réimprégnation de moustiquaires, contre 90 planifiés pour les 5 années;
- ❖ Former 103 formateurs régionaux, 631 infirmiers superviseurs et 15442 relais communautaires (ASC, volontaires) en techniques d'imprégnation de moustiquaires ;
- ❖ Organiser en 2004 une campagne de distribution de MILD intégrée aux journées nationales de vaccination contre la rougeole ;
- ❖ Organiser en 2005 une campagne d'imprégnation de masse qui a permis de ré-imprégner plus de 103297 moustiquaires.

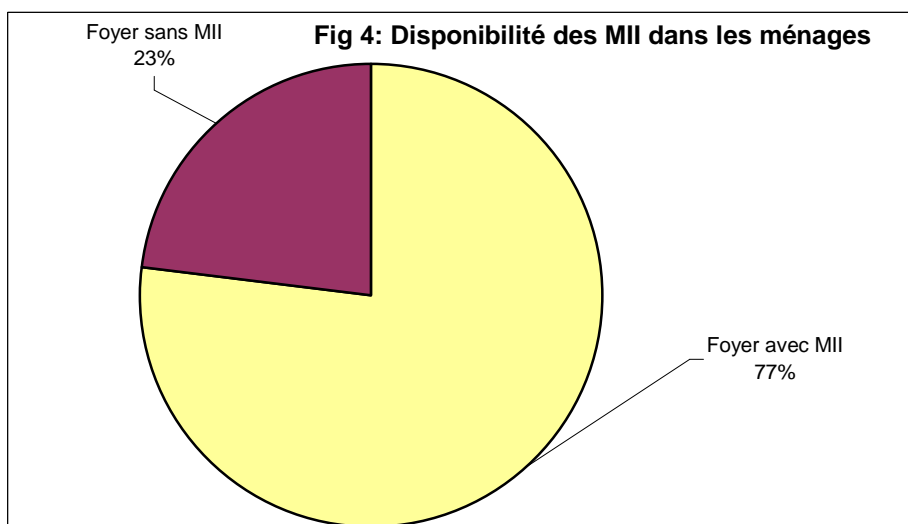
L'analyse des données de l'évaluation finale au niveau communautaire fait ressortir les éléments essentiels suivants :

- ❖ 43,23% des personnes enquêtées dans les ménages ont dormi sous moustiquaire la veille de l'enquête;

- ❖ 39,48% des personnes enquêtés dans les ménages ont dormi sous moustiquaires imprégnées la veille de l'enquête ;
- ❖ 60% des enfants de moins de 5 ans ont dormi sous moustiquaires la veille de l'enquête ;
- ❖ 57,6% des enfants de moins de 5 ans ont dormi sous moustiquaires imprégnées la veille de l'enquête;



- ❖ 76,91% des ménages enquêtés possèdent au moins une MII;
- ❖ Le nombre moyen de MII par ménage est de 1,39 ;
- ❖ Le nombre moyen de personnes par MII est de 2



- ❖ 91,68% des ménages déclarent avoir reçu gratuitement leur MII (Campagne de distribution gratuite intégrée, autres).

L'évaluation réalisée en septembre 2005 sur les moustiquaires, 9 mois après la Campagne intégrée de 2004, a montré les résultats suivants sur la disponibilité et d'utilisation en MII, en particulier :

- ***54% des enfants de moins de 5 ans ont dormi sous MII***
- ***45% des femmes enceintes ont dormi sous moustiquaires MII);***
- ***36% des moustiquaires ont été ré imprégnées dans les 6 mois.***
- ***60% des ménages/foyers disposent d'au moins une MII.***

5.1.5. Communication/ Mobilisation sociale

Les activités planifiées durant la période 2001-2005 pour le plaidoyer auprès des partenaires et la mobilisation sociale pour le changement de comportement en faveur de la santé ont été exécutées à 55%.

Les actions développées dans ce cadre ont permis de:

- ❖ Former un personnel du PNLP sur les techniques de production des outils éducatifs ;
- ❖ Elaborer et diffuser tous les ans de messages et de supports éducatifs sur le paludisme (spots audio, livret, panneau géant, affiches, flip charts, dépliants, documentaire sur CD, etc.) ;
- ❖ Intensifier tous les ans, pendant la période de forte transmission, des programmes radio et TV en langues nationales sur le traitement et la prévention du paludisme (débat, théâtres radiophoniques, animations) ;
- ❖ Célébrer tous les ans, depuis 2001, de la journée africaine du paludisme le 25 avril sous l'égide de la Ministre de la santé ;
- ❖ Elaborer et valider un Plan d'action pour porter à l'échelle les interventions à base communautaires;

L'analyse des données de l'évaluation finale au niveau des formations sanitaires fait ressortir les éléments essentiels suivants:

- ❖ 58,83% des formations sanitaires ont un programme d'activités à base communautaires incluant l'IEC;
- ❖ 50% de formations sanitaires ont des matériels d'éducation sanitaire affichés en rapport avec la prévention et la lutte contre le paludisme;

La campagne d'imprégnation de masse organisée en 2005 a été une véritable opportunité pour réactiver les réseaux communautaires locaux sur la prévention du paludisme, notamment l'utilisation des MII.

5.1.6. Recherche opérationnelle

Les activités planifiées durant la période 2001-2005 pour la promotion de la recherche opérationnelle ont été exécutées à 38%.

Les actions développées dans ce cadre ont permis de:

- ❖ Créer 6 sites sentinelles de surveillance de la chimiosensibilité du PF aux antipaludiques ;
- ❖ Réaliser tous les ans une étude de l'efficacité thérapeutique des antipaludiques au niveau des sites sentinelles du pays ;

- ❖ Réaliser tous les ans une étude de sensibilité des vecteurs aux insecticides usuels dans l'imprégnation des moustiquaires au niveau des sites pilotes;
- ❖ Réaliser une étude sur l'efficacité des moustiquaires imprégnées ;
- ❖ Réaliser en 2003 une enquête CAP sur l'observance de la chimioprophylaxie à la chloroquine chez la femme enceinte ;
- ❖ Appuyer des thèses et mémoires sur le paludisme.

Il faut noter que le PNLP a eu à collaborer avec plusieurs structures nationales de recherche et des universitaires dans le cadre d'enquête ou de thèses sur le paludisme.

5.1.7. Surveillance intégrée, Suivi et Evaluation

Les activités planifiées durant la période 2001-2005 pour le suivi et évaluation des interventions de lutte antipaludique ont été exécutées à 78% dont 31% de façon intégrée aux autres programmes de santé.

Les actions développées dans ce cadre ont permis de:

- ❖ Désigner et former un point focal PNLP pour le suivi/évaluation ;
- ❖ Adapter les outils de supervision pour y intégrer des informations sur le secteur privé et les structures confessionnelles ;
- ❖ Former 49 agents des DRS et Districts sur les outils du S&E ;
- ❖ Assurer par le niveau central des supervisions dans 11 Districts sanitaires dits RBM ;
- ❖ Mettre en place, dans le cadre de la surveillance intégrée un système de collecte de données au niveau d'hôpitaux de référence avec l'appui d'une équipe mixte DISER/PEV/PNLP/CDC ;
- ❖ Constituer une base de données sur le paludisme à travers 3 enquêtes sur la morbidité et la mortalité au niveau de 35 districts et 50 hôpitaux ;
- ❖ Réaliser 4 évaluations spécifiques en rapport avec le paludisme, en particulier sur les MII, la prévalence de l'anémie/paludisme et des aspects économiques ;
- ❖ Equiper la DISER et 6 DRS en matériels informatiques destinés à la gestion des données sur le paludisme dans le cadre du Projet pilote financé par le CDC;
- ❖ Participer tous les ans aux revues annuelles de bilan et de planification organisées par le Ministère de la santé;
- ❖ Assurer au niveau du PNLP le contrôle de qualité des lames des laboratoires périphériques ;

L'analyse des données de l'évaluation finale au niveau des formations sanitaires fait ressortir les éléments essentiels suivants:

- ❖ 45,83% des formations sanitaires enquêtées ont reçu des supervisions administratives au cours des 3 derniers mois ;
- ❖ 41,67% des formations sanitaires enquêtées ont reçu des supervisions techniques au cours des 3 derniers mois ;
- ❖ 83% des hôpitaux ont au moins un véhicule fonctionnel pour la référence des cas graves de paludisme à l'échelon supérieur ;
- ❖ 95,83% des formations sanitaires procèdent à l'analyse sur place des données collectées sur le paludisme.

Il faut noter que le Plan stratégique 2001-2005 a bénéficié en janvier 2004 d'une évaluation à mi-parcours au décours de laquelle un plan d'action 2004-2005 avait été élaboré pour mobiliser davantage de financement et accélérer l'atteinte des indicateurs d'Abuja.

5.2. Progrès enregistrés

De manière générale, les interventions développées de 2001 à 2005 ont permis d'améliorer significativement les niveaux des indicateurs majeurs fixés par le PNLP (Voir le tableau ci-dessous) :

ÉVALUATIONS INDICATEURS	Données 2000/2001 (3 DS)	Évaluation 03/2003 (17 DS)	EMP, 01/2004 (6 DS)	Évaluation finale, 06/2006 (6 DS)
% d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement pris en charge dans les 24 heures suivant le début des symptômes	49%	63,7%	9,4%	31,29%
% d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MII	3,6%	3,6%	13,1%	57,58%
% de femmes enceintes dormant sous MII	3,5%	3,5%	16,5%	39,87%
% de foyers disposant d'au moins une MII	5,1%	5,6%	21,5%	76,91
% femmes enceintes sous TPI	ND	ND	ND	57,50%
% de femmes enceintes sous chimioprophylaxie	43,7%	70,7%	ND	ND
% d'enfants < 5 ans avec paludisme simple correctement PEC en consultations externes	33,3%	55,1%	27,3%	72,79%
% d'enfants < 5 ans avec paludisme grave correctement PEC dans les hôpitaux	54%	22,9%	11,1%	76,67%

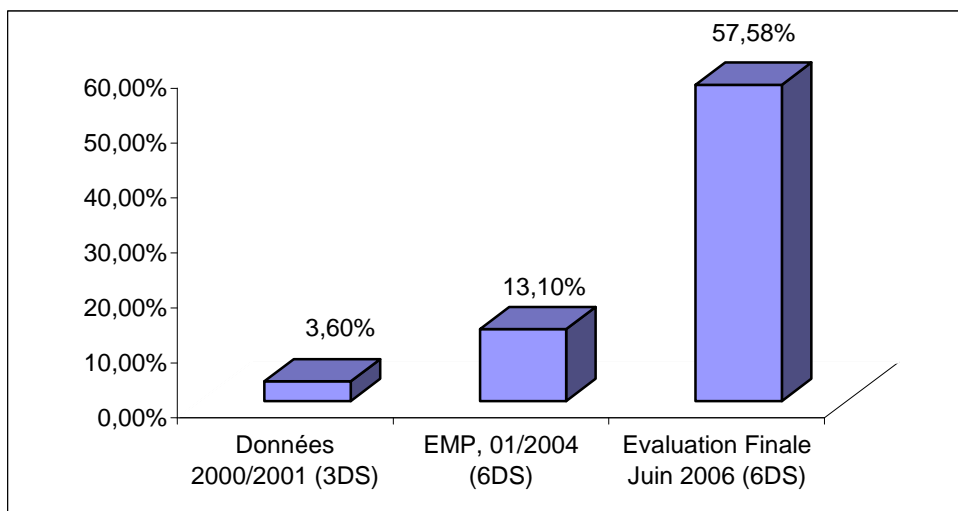
*Source : Documents d'Évaluations de base, Mi-parcours, PNLP Togo.

5.3 Evolution des principaux indicateurs

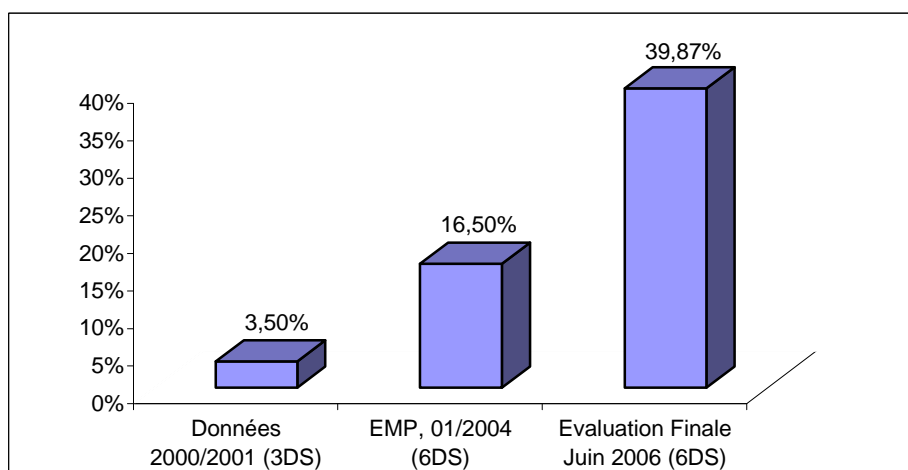
% d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple correctement pris en charge dans les 24 heures dans la communauté.

EMP= Evaluation à Mi-Parcours

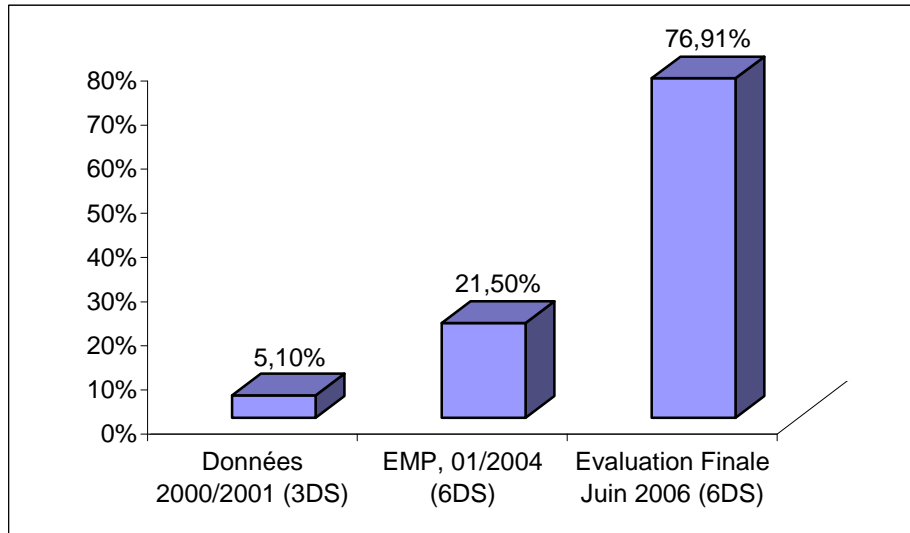
% d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MII



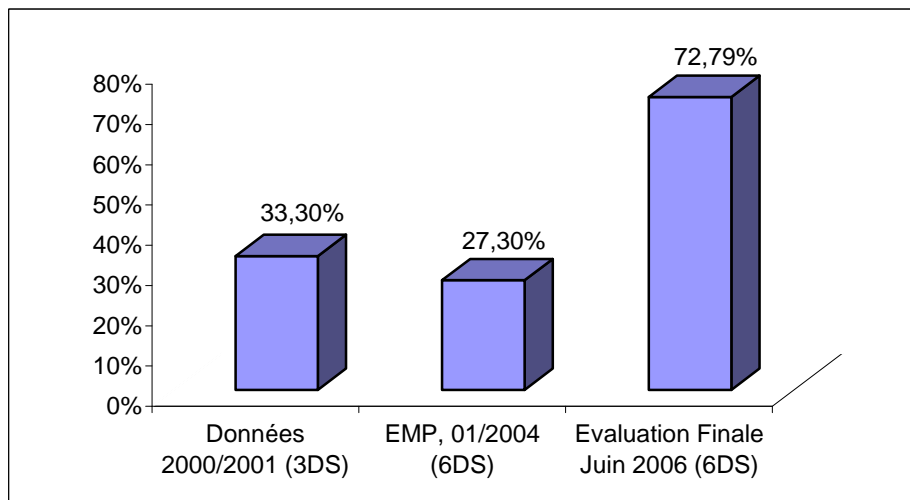
% de femmes enceintes dormant sous MII



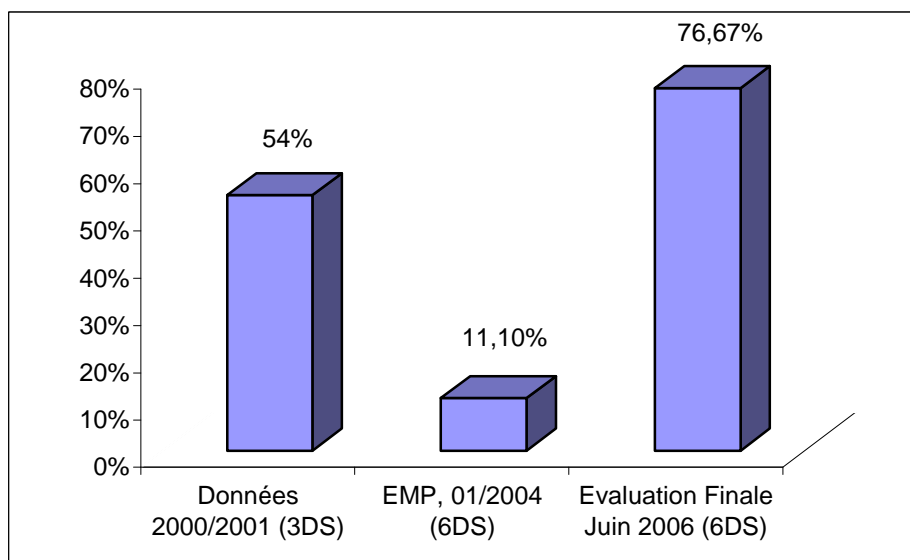
% de foyers disposant d'au moins une MII



% d'enfants < 5 ans avec paludisme simple correctement PEC en consultation externe



% d'enfants < 5 ans avec paludisme grave correctement PEC dans les hôpitaux



Depuis que le pays a adopté en 2004 la nouvelle politique thérapeutique introduisant les CTAs et le TPI à la SP pendant la grossesse, et compte tenu du retard dans la livraison des commandes, la prise en charge des cas de paludisme simple se fait encore avec de la chloroquine comprimé et d'autres antipaludiques non recommandés par le PNLP.

Toutefois, il ressort des différentes évaluations externes une bonne progression des indicateurs essentiels de résultats, notamment ceux d'Abuja:

- ❖ Le pourcentage des enfants de moins de 5 ans atteints paludisme simple correctement pris en charge dans la communauté dans les 24 heures après le début des symptômes est passé de 49% en 2001 à 31,29% en Juin 2006 ;
- ❖ Le pourcentage des femmes enceintes sous TPI est de 57,50% en 2006;
- ❖ Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide est passé de 3,6% en 2001 à 57,58% en Juin 2006 ;
- ❖ Le pourcentage de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées d'insecticide est passé de 3,5% en 2001 à 39,87% en juin 2006.

5.4. Limites de l'évaluation

- ❖ Non détermination de l'impact effectif des interventions du plan stratégique 2001-2005 en matière de réduction de la morbidité et de la mortalité ;
- ❖ Difficulté de l'appréciation précise de la PEC des cas de paludisme simple et grave au niveau de la communauté ;
- ❖ Difficulté dans l'appréciation de la couverture appropriée du TPI ;
- ❖ Certains outils ont encore besoin d'être améliorés pour les adapter aux éléments du plan d'analyse.

5.5. Contraintes/Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du Plan

- ➡ Retard dans l'introduction des CTAs au niveau des formations sanitaires ;
- ➡ Insuffisance dans le monitoring et l'évaluation des interventions à différents niveaux du système de santé (PNLP, DRS, Districts) ;
- ➡ Insuffisance de la contribution de l'Etat et des partenaires au financement des interventions eu égard des besoins réels du pays ;
- ➡ Faiblesse du système de monitoring et de contrôle de qualité des laboratoires périphériques ;
- ➡ Insuffisance de la disponibilité des MII en perspective de la mise à l'échelle de cette stratégie (80% de couverture d'ici fin 2010) ;
- ➡ Faible utilisation des MII chez les groupes cibles (femmes enceintes) dans certaines zones d'interventions du programme ;
- ➡ Insuffisance de l'implication effective des partenaires de proximité à différents niveaux (société civile, secteur privé, tradithérapeutes, autres départements sectoriels).

6. DISCUSSIONS

Malgré la situation de crise socio économique que vit le pays depuis 1993 à cause du retrait de l'appui des partenaires au développement (Union européenne, Banque mondiale,...), le Ministère de la santé s'est doté d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) en 2002. La mise en œuvre du PNDS a été déterminante pour celle du Plan Stratégique National pour faire reculer le paludisme au Togo.

Ainsi le chapitre discussion examinera les forces, faiblesses, opportunités et menaces liées aux domaines suivants : politique de Santé, appui institutionnel, fonctionnement du système de santé, financement et partenariat, organisation et gestion du PNLN, prise en charge des cas de paludisme et prévention.

6.1. Les forces :

En rapport avec le système de santé :

- Le paludisme fait partie des programmes prioritaires du PNDS,
- Système pyramidal calqué sur le découpage administratif avec système d'orientation – recours,
- Existence d'un système de pérennisation des soins de santé par le recouvrement des coûts,
- Engagement politique remarquable dans le soutien aux activités.
- Existence d'un système de santé à 3 niveaux avec des rôles respectifs,
- Définition d'un paquet minimum d'activités,
- Existence d'organes de gestion impliquant les communautés,
- Existence de suivi et de monitoring au niveau régional et district
- Revue annuelle de tous les programmes y compris le paludisme,
- Existence d'un annuaire statistique,
- Autonomie de la CAMEG,
- Révision régulière de la liste des médicaments
- Existence de système de contrôle des médicaments.
- Existence d'une politique pharmaceutique.
- Existence de cadre de concertation (CCSS)
- Existence de CCIA (pour le PEV)

En rapport avec le Programme de lutte antipaludique :

- Arrêté de création du PNLN
- Organigramme du Ministère avec la place du PNLN
- Renforcement du PNLN en ressources humaines
- Renforcement du PNLN en ressources matérielles
- Existence de partenaires spécifiques avec des avantages comparatifs distincts
- Existence d'un Comité pilotage et des commissions techniques
- Existence d'un plan IBC
- Existence de document de politique de traitement du paludisme avec les directives y afférant,
- Existence de document de politique de prévention du paludisme par le TPI avec les directives y afférant
- Existence d'un groupe technique PEC/PCIME (Formateurs)
- Circuit de distribution de MEG performant
- Forte disponibilité en MII
- Existence de politique et directives de prévention

- Généralisation du TPI
- Existence du personnel formé et de sites d'imprégnation
- Existence d'ONG partenaires impliqués dans la lutte contre le paludisme
- Existence d'une politique de distribution des MTI
- Forte demande des MTI de la part des populations
- Détaxe sur les médicaments antipaludiques et les moustiquaires

6.2. Les faiblesses :

En rapport avec le système de santé :

- Faiblesse de la part du budget de l'Etat allouée à la santé (paludisme)
- Faiblesse dans l'organisation des interventions à base communautaire.
- Faible taux d'utilisation des services de santé.
- Insuffisance et mauvaise répartition des ressources humaines.
- Inexistence de kit d'urgence pour la PEC du paludisme grave au niveau des hôpitaux
- Insuffisance dans le système national d'information sanitaire
- Insuffisance de la prise en compte du secteur privé dans la collecte des données.
- Faible coordination des interventions des partenaires du paludisme
- Faible mobilisation des ressources au niveau local (implication des privés nationaux)

En rapport avec le Programme de lutte antipaludique :

- Insuffisance de cadres de conception (médecins) au sein de l'équipe du PNLP
- Absence de budget (national) pour le fonctionnement du PNLP
- Retard dans la mise en œuvre de la nouvelle politique de PEC,
- Coût élevé de la PEC
- Insuffisance dans la mise en œuvre des directives de PEC au niveau des formations sanitaires privées
- Coût élevé des MTI sur le marché
- Non application de la détaxe sur les insecticides
- Insuffisance dans la mise en œuvre des activités de plaidoyer
- Insuffisance dans la mise en œuvre des activités d'assainissement.

6.3. Les opportunités :

En rapport avec le système de santé :

- Adoption de la politique de décentralisation.
- Le Paludisme figure comme priorité dans les OMD
- Existence de circuit de distribution de médicaments : CAMEG
- Existence de stratégie mondiale de lutte antipaludique,
- Existence d'une commission de fixation des prix de médicaments essentiels
- Existence des plans de développement sanitaire,
- Existence d'initiatives nationales et internationales,
- Existence du partenariat de RBM,
- Opportunité de financement du SNIS à travers certains programmes/projets.
- Engouement des partenaires techniques et financiers
- Amélioration de la couverture sanitaire
- Mise en œuvre de la stratégie PCIME

En rapport avec le Programme de lutte antipaludique :

- Intégration des activités de lutte contre le paludisme aux autres programmes (PEV, PNEFL, SR..)
- Distribution massive des MII dans une approche intégrée
- Campagne d'imprégnation de masse des MII
- Existence des reliquats de financement du FMSTP (3^{ème} et 4^{ème} round) pour renforcer et poursuivre l'extension des interventions efficaces de lutte contre le paludisme ;

6.4. Les menaces :

En rapport avec le système de santé :

- Faible appropriation des actions de lutte contre le paludisme au niveau décentralisé
- Arrêt des financements par les partenaires

En rapport avec le Programme de lutte antipaludique :

- Non disponibilité et non accessibilité financière des CTAs
- Persistance de la pratique de la monothérapie aux dérivés de l'Artémisinine
- Résistance des vecteurs aux insecticides
- Résistance des parasites à la SP

6.5 Les bonnes pratiques documentées

- Campagne Intégrée de Vaccination contre la rougeole, la poliomyélite, d'administration de mébendazole et de Distribution de Moustiquaires Imprégnées
- Campagne d'imprégnation de masse des moustiquaires
- Test de sensibilité des vecteurs aux insecticides dans les 6 sites sentinelles du pays
- Test d'efficacité thérapeutique aux antipaludiques dans les 6 sites sentinelles
- Appui aux thèses et mémoires en rapport avec le paludisme
- Le TPI est mis à échelle dans tous les districts du Pays

7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les activités développées au cours de la période 2001-2005 ont permis d'améliorer significativement les capacités de gestion de la lutte antipaludiques et développer des stratégies efficaces en matière de prise en charge des cas et de prévention du paludisme.

Les différentes évaluations ont montré une bonne progression des indicateurs essentiels de résultats, notamment ceux d'Abuja.

Ces progrès ont été possibles grâce à l'engagement de l'Etat, à l'appui technique, financier et matériel des différents Partenaires , à la mobilisation des ressources du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, à l'intégration des interventions avec d'autres programmes de santé notamment la campagne intégrée de vaccination contre la rougeole couplée avec la distribution de moustiquaires imprégnées.

Il faut noter le rôle important joué par les Equipes Cadre de Région et de Districts, les acteurs de terrain surtout au niveau opérationnel, ainsi que l'implication de la communauté bénéficiaire.

Cependant des efforts restent à accomplir pour relever les nouveaux défis que sont l'utilisation des CTA y compris au niveau communautaire, l'augmentation de la couverture en moustiquaire imprégnée et le suivi de l'utilisation par les groupes cibles.

Pour l'élaboration du nouveau plan stratégique 2006-2010, il faudra tenir compte des recommandations suivantes :

- Renforcer les actions de prévention efficace pour tous les sujets à risque, notamment les enfants et les femmes enceintes (couverture et utilisation des MII, TPI, ...);
- Accélérer la mise à l'échelle d'un traitement efficace, en temps opportun, au niveau des formations sanitaires;
- Intégrer davantage les interventions de lutte antipaludique aux autres programmes de santé (PCIME, SR, SIMR, PEV, ...) ;
- Renforcer les capacités de gestion de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux;
- Renforcer les capacités de gestion des données à tous les niveaux
- Renforcer la mobilisation sociale
- Saisir les opportunités des enquêtes à caractère national (MICS, EDST) pour évaluer l'impact des interventions de lutte antipaludique (morbidité et mortalité liées au paludisme) ;
- Mobiliser un financement viable des interventions de lutte antipaludiques dans le cadre d'un partenariat État / Bailleurs/ Société civile / Secteur privé / Communautés.

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Accélération of Roll Back Malaria implémentation at district level.
RBM/AFR.. October 2000
2. Analyse de la situation dans le cadre de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme au Togo *Ministère de la Santé/OM. Lomé, Octobre 2000*
3. Analyse de situation et Plan d'Action pour Faire Reculer le Paludisme dans le district sanitaire de Kloto. *Octobre 2000*
4. Déclaration d'Abuja pour Faire Reculer le Paludisme en Afrique *Abuja (Nigéria), 25 Avril 2000*
5. Détermination des charges récurrentes des formations sanitaires de district
Rapport définitif- MSP/DGS/Cellule de préparation et d'exécution du projet
d'investissement sectoriel Santé et Population *Novembre 1996*
6. Faire Reculer le Paludisme, un Partenariat Global. OMS, RBMDOC1-
Original Anglais *Septembre 1998*
7. Faire Reculer le Paludisme dans la Région africaine: Cadre de mise en
œuvre (AFR/RC50/12)
8. Guide pratique pour l'élaboration de plans stratégiques de lutte contre le
paludisme dans le cadre de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme
(Draft) OMS/AFRO. *Septembre 2000*
9. Initiative « Faire Reculer le Paludisme » dans le district de Tone. *Décembre
2000*
10. Plan National de Développement Sanitaire *Année 2001-2005 Lomé, juin 2000*
11. Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme. Ministère de la Santé/OMS
Juillet 1998
12. Politique Nationale de Santé. *Lomé, Septembre 1998*
13. Préparation au renforcement de la structure juridique des comités de gestion
Rapport final-MS/DGS, GTZ, MFCAC, PRSS/BM *Lomé, Février 2000*
14. Profil épidémiologique du Togo. Ministère de la Santé/OMS- Lomé,
Février 1999
15. Programme d'assistance du FNUAP au Gouvernement du Togo (1997-2001):
Revue à mi-parcours- Rapport de synthèse. *Lomé, Novembre 1999*
16. Projet RBM: " Faire Reculer le Paludisme" dans le district sanitaire des
Lacs/Aného, *Décembre 2000*
17. Rapports d'activité du Programme National de Lutte contre le Paludisme
2002 –2005
18. Rapports célébration 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} Journée Africaine de Lutte
contre le Paludisme.
19. Rapport collecte de données de base FRP, PNLP, 2001
20. Rapport évaluation des activités à base communautaire, PNLP, 2001
21. Politique Nationale de traitement antipaludique. *Ministère de la Santé Mai 2004*
22. Directives pour le Traitement Préventif Intermittent au Togo. *Février 2005*
23. Plan stratégique National pour porter à échelle les interventions à base
Communautaires. *Ministère de la Santé/OMS Togo, Mai 2004.*
24. Rapport final évaluation à mi-parcours des activités de Faire Reculer le
Paludisme au Togo. *Ministère de la Santé/ OMS Togo, Février 2004.*

ANNEXES

LES ANNEXES

ANNEXE 1

LISTE DES AUTORITES ET PARTENAIRES RENCONTRES

N°	STRUCTURE/ ORGANISME	PERSONNES RENCONTREES	TITRE/FONCTION
01	GTZ	Dr DOUTI John	Conseiller Santé
02	PSI	Mme MANYA Andrews	Représentante
03	UNICEF	Dr MODIBO	Chargé du Programme Santé
04	AFD (Agence Française de Développement)	Mme Geneviève JOVALOYES	Directrice
05	OMS	Dr Kadri TANKARI	Représentant
		Dr Placide GBEDONOU	Administrateur EPI
		Dr Dinnuy KOMBATE	Administrateur de Programme VIH/SIDA
		M. Watéba IHOUE	Administrateur HIP
		M. Mawuvi TAMEKLO	Administrateur Programme Eau/Assainissement
06	UE (Projet ADSS)	Dr Jacobs FRANCK	Conseiller Technique Principal
07	CRT (Croix Rouge Togolaise)	M. TOUMOI	Premier Vice-Président
		M. Gérard EGAH	Secrétaire Général
		M. Guy GAFFA	Conseiller, Chargé de l'Information et de la Diffusion
08	CACIEJ	M. Marc MONDJI	Président
		M. Luc GBARRE	Coordonnateur
		M. KPEGLO	Chargé des activités IEC
		Mme Julienne ZANOU	Secrétaire
09	PLAN Togo	Dr Bell'Aube HOUINATO	Directeur des Programmes
		Dr Francis SALA-DIAKNDA	Conseiller Technique Santé
10	PNUD	Mme Rosine H. SORI-COULIBALY	Représentant Résident; Coordonnateur du Système des Nations Unies
		M. HOUNGBO Kofi	Administrateur FMSTP
		Mme TCHANI-BAYOR	Gestionnaire
		M Piero FRANCESCHETI	VNU
11	Direction Générale de la Santé	Dr Potougnima TCHAMDJA	Directeur Général de la Santé
		Dr Kokou S. ADJOGBLE	Directeur Général Adjoint de la Santé

ANNEXE 2

LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPE A L'EVALUATION DU PLAN STRATEGIQUE 2001-2005

1. EQUIPE INTERNATIONALE

Dr. TOHON Stéphane	ICP/MAL/ OMS
Dr. A. KHARCCHI	ICP/MAL/OMS
Dr. Marcel LAMA	OMS/AFRO

2. EQUIPE CENTRALE

Dr Potougnima TCHAMDJA	Directeur Général de la Santé, Consultant National
Dr ADJOGBLE Kokou	Directeur Général Adjoint de la Santé
Dr. MORGAH Kodjo	Coordonnateur PNL
Dr. ASSIH Palakassi	Chef Division Santé Communautaire
Prof. GBADOE Adama	Pédiatre au CHU Tokoin
Dr ATTISSO Kossi	Médecin de Santé Publique (CS-FMSTP)
Dr ANTHONY Kodzo	Personne ressource Santé Publique
Dr DARE Abdou	Chef Division Santé Familiale
Dr BOURAIMA Mouawiyatou	Chef Service Nutrition
Dr LAWSON Tési	Chef Service Education pour la Santé
Dr CISSE Cayamanga	Personne ressource Santé Publique
Dr. TAGBA Tchilalou	Directrice District 5
Dr. ETO Mawuli	Directeur Préfectoral Santé Lacs
Dr. AFANOU Akoueté	Directeur Préfectoral Santé Ogou
Dr ETTA-KOFFI	Directeur Préfectoral Santé Blitta
Dr ATOBIAN Kokou	Directeur Préfectoral Santé Bassar
Dr AWOUKOU Fontès	Directeur Préfectoral Santé Tandjoaré
Mr DOUMANOU Yao	Ingénieur- Informaticien – Statisticien (DGS)
Mr. KOUASSI Koame	Statisticien-Démographe (DISER)
Mr. OURO- NILE Nassirou	Informaticien (DISER)
Mr. EDUGA Kodjo	Informaticien
Mme d'ALMEIDA Kokoe	Technicienne Supérieure de Santé Publique - PNL
M.DARATEA Frédéric	Gestionnaire de données à la Division de l'Epidémiologie
M. DJOKE Gustave	Statisticien-Démographe à la DISER
M. YAFORGMA Koudibi	Opérateur de saisie à la DISER

3. EQUIPE DE REDACTION

Dr MORGAH Kodjo
Dr A. KHARCCHI
Dr ATTISSO Kossi
Mr DOUMANOU Yao

ANNEXE3

LISTE DES SUPERVISEURS, ENQUETEURS, ET CHARGES DE SAISIE

REGIONS /DISTRICT	LOME	MARITIME	PLATEAUX	CENTRALE	KARA	SAVANES
	COMMUNE					
	District 5	Lacs	Danyi	Blitta	Bassar	Tandjoaré
SUPERVISEURS CENTRAUX	Prof GBADOE Adama	M. DOUMANOU Y.	Dr ATTISSO Kossi	Dr ASSIH Palakassi	Dr ANTHONY Kodzo	Dr LAWSON Téryi
	Dr KHARCCHI		Dr MORGAH Kodjo	Dr CISSE Cayamanga	Dr BOURAIMA M.	M. KOUASSI K.
SUPERVISEURS LOCAUX	Dr TAGBA Tchilaloou	Dr ETOH M.awuli	Dr AFANOU A.	Dr ETTA-KOFFI	Dr ATOBIAN Kokou	Dr AWOUKOU F.
SAISIE	M. DARATEA Frédéric	Mme d'ALMEIDA	M. DJOKE Gustave	M. YAFORGMA K.	M. OURO-NILE N.	M. EDUGA Kodzo
ENQUETEURS	Dr DJOFFON Délalie	Dr KOUMESSI	M. HOUEDJI Kossi	Dr NIMAN Kpatcha	M. AZIANKO	M. OURO-KOURA
	Mme KINVI	M. NICOUE	M. AMOUZOU K.	M. TCHADJOBO T.	M. WADJA	M. GOMEZ Kokou
	Mme KUEVI Akouélé	M. GBAGBA M.	M. DJANTA K.	M. ALOU Bilaré	M. DOUTI Gatirma	M. KANFITINE
	Mme TAKO E	M. LOCO Vekene	Mme. KEGBALO	M. SOSSA Wadagni	M. BIKOR Aziankou	M. ASSIOBO K.
	M. SANKAYA Hassane	M. ATTIOGBE	M. OBOUSSOUMI	M. ADJELOH B.	M. MENSAH Séwa	M. AMOUSSOU
	M. KOUDJO Richard	M. MENSAH Yawo	M. EZOU Yaovi	M. HOSSOU Nicaise	M. NIBOMBE Wake	M. TCHAKPANA
	Mme LANDOH Hodalo	M.ADJAMAGBO	M. DONYO	M. KOMLAN Koffi	M. ALI Djato	M. AAWI A.
	Mme AWOUSSAH A.	M. AKAKPOVI	M. ABIASSI Etsri	M. BIDOLA E.	M. SANGBENA Balteh	M. ASSI Bouédéo

ANNEXE 4

ECHANTILLONNAGE ET UNITES STATISTIQUES

STRUCTURE ENQUETEE	CIBLE ENQUETEE	METHODE UTILISEE	ECHANTILLONNAGE	OUTILS DE COLLECTE
PNLP	L'équipe PNL	Entrevue	1 fiche pour le PNL	Fiche M1
Equipe District	L'équipe de District	Entrevue	1 fiche / District	Fiche M2
Formations Sanitaires (Consultation externe, Hospitalisation)	Le responsable de la formation sanitaire (Liste de contrôle pour les données administratives)	Interview du responsable de la formation sanitaire ou son suppléant	1 fiche / structure	Fiche H1
	Le responsable de la consultation externe ou son suppléant (Liste de contrôle des services de consultations externes) et (Liste de contrôle pour l'observation des prestataires de soins en consultations externes)	*Interview du responsable de la consultation externe ou son suppléant et exploitation des données de consultations externes de 2005. *Observation des prestataires de soins lors des consultations des enfants fébriles < 5 ans)	1 fiche / structure 7 enfants < 5ans/ structure	Fiche H2 et CFR/FORM I Fiche H6
	Le responsable de l'hospitalisation médicale (enfants/adultes) (Liste de contrôle des patients hospitalisés)	*Interview du responsable ou son suppléant sur la structure et les données d'hospitalisation 2005. *Exploitation des registres/ dossiers d'hospitalisation	1 fiche / structure 25 dossiers d'enfants < 5ans hospitalisés pour palu grave/ structure	Fiche H3 Fiche H7 et CFR/FORM II-III
	Le responsable du laboratoire	Interview et exploitation du registre de gestion des activités du labo	1 fiche / structure	Fiche H4
	Le gérant de la pharmacie de la formation sanitaire	Interview du gérant, état de stocks, outils de gestion	1 fiche / structure	Fiche H5
	Communauté (Ménages)	La mère ou la personne en charge d'enfant < 5 ans récemment malade	Interview de la mère de l'enfant identifié ou la personne en charge	40 enfants <5ans par communauté
Les femmes enceintes		Interview des femmes enceintes sur la prévention du paludisme.	10 femmes enceintes ou accouchée / communauté	Fiche C2
Le chef de ménage ou toute autre personne désignée		Interview du chef ménage ou de la personne indiquée sur la disponibilité et utilisation de moustiquaires	25 ménages / communauté	Fiche C3

DISTRICTS, FORMATIONS SANITAIRES ET COMMUNAUTES ENQUETEES

REGIONS	DISTRICTS	FORMATIONS SANITAIRES	COMMUNAUTES
MARITIME	Lacs	*HD Aneho * USP Glidji *USP Séko *USP Logowomé	Landjo, Nlessi, Zalivé, Zowla Séko village, Sivamé Logowomé village, Kpessou
PLATEAUX	Danyi	*HD Danyi-Apéyéme *USP Attigba *USP N'Digbé *USP Tsadomé	Apéyéme village, Zogbégan Attigba village, Tovi N'Digbé village, Kétéme village.Kakpa village. Tsadomé village, ferme Amégan kopé
KARA	Bassar	* HD Bassar * USP CBRA * USP Tchatchaminade * USP Bandjeli	Bassar, Zongo Biakpabé Tchatchaminade village, Avéyita, Boutangbédou, Nkpanssabian Bandjeli village, Bikpabombé
SAVANES	Tandjoaré	* HD Tandjoaré * USP Natigou *USP Nano *USP Dokpelou	Village Tandjoaré, Goudoga Village Natigou, Nandoga Village Nano, Dové Village Dokpelou, Sigbagou, Kpinbic
CENTRALE	Blitta	*HD Blitta Gare *USP Blitta village *USP Waragni *USP Assoukoko	Blitta gare, Tondja Blitta village, Finadè Waragni village, Oyou et fermes Assoukoko village, Diguigue
LOME COMMUNE	District N°5	*CHU Tokoin *USP Cassablanca *USP Avénou *CMS Elavagnon	Tokoin hôpital, Kodomé Quartier Cassablanca, Gbossimé Quartier Avénou, Totsi Quartier Elavagnon, St Joseph/Nukafu
TOTAL	6	24	48

TABLEAUX DES RESULTATS BRUTS DE L'EVALUATION

I- ENQUETE DANS LA COMMUNAUTE

Les principaux symptômes chez les enfants malades

Région	Fièvre/Corps chaud	Toux	Diarrhée	Vomissement	Perte de l'appétit	Maux de tête	Faiblesse	Catarrhe	Yeux jaunes	Convulsions	Autre
Centrale	303	76	103	116	84	43	35	4	16	6	48
Kara	274	64	167	76	50	8	35	23	15	6	24
Lomé commune	288	133	95	86	87	29	28	14	20	6	43
Maritime	265	127	75	62	43	18	14	0	4	4	65
Plateaux	254	120	70	79	39	40	13	38	5	6	5
Savanes	241	84	68	76	95	36	44	2	9	21	71
TOTAL	1625	604	578	495	398	174	169	81	69	49	256

A- Etude de cas au niveau communautaire sur les cas récents de maladies chez les enfants de moins de 5 ans

Premier recours des parents face à une maladie fébrile de l'enfant

Région	Fréquence des actions				%			
	Automédication	Centre de santé	Tradipraticien	Aucune action	Automédication	Centre de santé	Tradipraticien	Aucune action
Centrale	197	55	18	3	72,16	20,15	6,59	1,10
Kara	127	49	7	13	64,80	25,00	3,57	6,63
Lomé commune	185	103	7	1	62,50	34,80	2,36	0,34
Maritime	175	72	2	5	68,90	28,35	0,79	1,97
Plateaux	162	65	0	11	68,07	27,31	0,00	4,62
Savanes	65	94	11	34	31,86	46,08	5,39	16,67
TOTAL	911	438	45	67	62,35	29,98	3,08	4,59

Recours des parents à un centre de santé suivant sa proximité

Région	Nombre de parents		%	
	Eloigné	Proche	Eloigné	Proche
Centrale	16	39	29,09	70,91
Kara	31	18	63,27	36,73
Lomé commune	45	58	43,69	56,31
Maritime	25	46	35,21	64,79
Plateaux	23	41	35,94	64,06
Savanes	47	47	50,00	50,00
Total	187	249	42,89	57,11

Parents ayant eu recours à un antipaludique devant une maladie fébrile de l'enfant

Région	Première action			Deuxième action			Troisième action		
	Nombre de parents ayant utilisé un antipaludique	Nombre de parents ayant fait de l'automédication	%	Nombre de parents ayant utilisé un antipaludique	Nombre de parents ayant fait de l'automédication	%	Nombre de parents ayant utilisé un antipaludique	Nombre de parents ayant fait de l'automédication	%
Centrale	104	197	52,79	2	8	25,00	0	0	
Kara	52	127	40,94	0	0		0	2	0
Lomé commune	113	185	61,08	2	4	50,00	0	0	
Maritime	94	175	53,71	3	6	50,00	0	0	
Plateaux	65	162	40,12	6	10	60,00	0	0	
Savanes	31	65	47,69	0	1	0,00	0	0	
Total	459	911	50,38	13	29	44,83	0	2	0

Enfants ayant pris correctement le traitement antipaludique

Région	Première action			Deuxième action			Troisième action		
	Nombre d'enfants ayant pris correctement le traitement antipaludique	Nombre total d'enfants fébriles ayant utilisé un antipaludique	%	Nombre d'enfants ayant pris correctement le traitement antipaludique	Nombre total d'enfants fébriles ayant utilisé un antipaludique	%	Nombre d'enfants ayant pris correctement le traitement antipaludique	Nombre total d'enfants fébriles ayant utilisé un antipaludique	%
Centrale	31	152	20,39	2	6	33,33	0	0	
Kara	47	100	47,00	6	7	85,71	0	0	
Lomé commune	98	203	48,28	7	10	70,00	0	0	
Maritime	27	149	18,12	3	13	23,08	0	0	
Plateaux	25	130	19,23	4	16	25,00	0	1	0,00
Savanes	11	120	9,17	1	8	12,50	0	0	
Total	239	854	27,99	23	60	38,33	0	1	0,00

Pourcentage d'enfants de moins de 5ans atteints de paludisme/fièvre et correctement prise en charge dans les 24h dans la communauté

Région	Nb d'enfant correctement pris en charge dans les 24h	Nb total d'enfant ayant le paludisme ou fièvre	%
Centrale	64	274	23,36
Kara	62	197	31,47
Lomé commune	133	296	44,93
Maritime	69	255	27,06
Plateaux	58	244	23,77
Savanes	74	204	36,27
Total	460	1470	31,29

Pourcentage des enfants qui sont guéris à la suite d'une maladie fébrile

Région	Nombre d'enfant malades fébriles guéris			Nb Total d'enfants fébriles	Pourcentage d'enfants malades fébriles guéris		
	Action1	Action2	Action3		Action1	Action2	Action3
Centrale	186	10	1	274	67,88	3,65	0,36
Kara	130	3	0	197	65,99	1,52	0,00
Lomé commune	240	11	1	296	81,08	3,72	0,34
Maritime	156	12		255	61,18	4,71	0,00
Plateaux	188	21	1	244	77,05	8,61	0,41
Savanes	128	9	0	204	62,75	4,41	0,00
Total	1028	66	3	1470	69,93	4,49	0,20

B- Prévention du paludisme chez la femme enceinte ou ayant accouché il y a au plus 6 mois

Pourcentage de femmes enceintes par rapport au nombre de femmes enquêtées

Région	Nombre de femmes actuellement enceintes	Nombre total de femmes enquêtées	%
Centrale	67	80	83,75
Kara	48	80	60,00
Lomé commune	48	80	60,00
Maritime	48	80	60,00
Plateaux	53	80	66,25
Savanes	52	80	65,00
TOTAL	316	480	65,83

Niveau d'instruction des femmes enceintes

Région	Jamais été à l'école	Primaire	Post primaire	TOTAL
Centrale	33	35	12	80
Kara	40	28	12	80
Lomé commune	15	25	40	80
Maritime	38	29	12	80
Plateaux	6	43	30	80
Savanes	56	14	10	80
TOTAL	188	174	116	480

Parité des femmes enceintes

Région	Primigeste	Deuxième grossesse	Troisième grossesse ou ultérieure	TOTAL
Centrale	23	22	35	80
Kara	21	22	37	80
Lomé commune	32	27	20	80
Maritime	30	11	38	80
Plateaux	21	13	46	80
Savanes	15	30	35	80
TOTAL	142	125	211	480

Femmes enceintes ayant bénéficié de CPN

Région	Nb de femmes ayant fait des CPN		%	
	1-2 visites	3-6 visite	1-2 visites	3-6 visite
Centrale	37	26	58,73	41,27
Kara	21	38	35,59	64,41
Lomé commune	20	57	25,97	74,03
Maritime	26	36	41,94	58,06
Plateaux	23	45	33,82	66,18
Savanes	29	35	45,31	54,69
TOTAL	156	237	39,69	60,31

Pourcentage de femmes prenant des antipaludiques pour prévenir le paludisme

Région	Nb de femmes prenant un antipaludique	TOTAL	%
Centrale	55	80	68,75
Kara	53	80	66,25
Lomé commune	67	80	83,75
Maritime	58	80	72,50
Plateaux	61	80	76,25
Savanes	53	80	66,25
TOTAL	347	480	72,29

Pourcentage de femmes enceintes soumises au TPI

Région	Nb de femmes enceintes sous TPI	Total	%
Centrale	37	80	46,25
Kara	50	80	62,50
Lomé commune	41	80	51,25
Maritime	47	80	58,75
Plateaux	54	80	67,50
Savanes	47	80	58,75
TOTAL	276	480	57,50

Pourcentage de femmes ayant pris un traitement préventif approprié

Région	Nb total de femme ayant pris la dose appropriée	TOTAL	%
Centrale	30	37	81,08
Kara	46	50	92,00
Lomé commune	39	41	95,12
Maritime	38	47	80,85
Plateaux	39	54	72,22
Savanes	42	47	89,36
TOTAL	234	276	84,78

Pourcentage de femmes enceintes dormant sous moustiquaires

Région	Nb de femmes dormant sous moustiquaires	TOTAL	%
Centrale	33	67	49,25
Kara	18	48	37,50
Lomé commune	17	48	35,42
Maritime	24	48	50,00
Plateaux	24	53	45,28
Savanes	28	52	53,85
TOTAL	143	316	45,25

Pourcentage de femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées

Région	Nombre de femmes dormant sous MII	TOTAL	%
Centrale	32	67	47,76
Kara	18	48	37,50
Lomé commune	15	48	31,25
Maritime	12	48	25,00
Plateaux	22	53	41,51
Savanes	27	52	51,92
TOTAL	126	316	39,87

C- Disponibilité et utilisation des moustiquaires/moustiquaires imprégnées dans les ménages

Nombre de personnes vivant dans les ménages

Région	Nombre total de personnes enquêtées dans les ménages
Centrale	1015
Kara	1184
Lomé commune	924
Maritime	839
Plateaux	946
Savanes	1069
Total	5977

Pourcentage de personne dormant sous moustiquaires

Région	Nombre de personnes dormant sous moustiquaire	Total de personnes dans le ménage	%
Centrale	475	1015	46,80
Kara	519	1184	43,83
Lomé commune	386	924	41,77
Maritime	330	839	39,33
Plateaux	394	946	41,65
Savanes	480	1069	44,90
TOTAL	2584	5977	43,23

Pourcentage de personne dormant sous moustiquaires imprégnées

Région	Nombre de personnes dormant sous moustiquaire imp	Total de personnes dans le ménage	%
Centrale	449	1015	44,24
Kara	516	1184	43,58
Lomé commune	340	924	36,80
Maritime	246	839	29,32
Plateaux	373	946	39,43
Savanes	436	1069	40,79
TOTAL	2360	5977	39,48

Pourcentage d'enfants de moins de 5ans dormant sous moustiquaires ordinaires

Région	Nb d'enfant de moins de 5ans dormant sous moustiquaire ordinaire	Total d'enfants de moins de 5ans	%
Centrale	20	275	7,3
Kara	5	268	1,9
Lomé commune	2	237	0,8
Maritime	3	240	1,3
Plateaux	1	259	0,4
Savanes	6	277	2,2
TOTAL	37	1556	2,4

Pourcentage d'enfants de moins de 5ans dormant sous moustiquaires imprégnées

Région	Nombre d'enfant de moins de 5ans dormant sous MII	Total d'enfants de moins de 5ans	%
Centrale	155	275	56,4
Kara	189	268	70,5
Lomé commune	133	237	56,1
Maritime	99	240	41,3
Plateaux	147	259	56,8
Savanes	173	277	62,5
TOTAL	896	1556	57,6

Pourcentage de ménage disposant d'au moins une MII

Région	Nb de ménage ayant au moins une MII	Nb total de ménage	%
Centrale	170	200	85,00
Kara	170	204	83,33
Lomé commune	151	200	75,50
Maritime	113	200	56,50
Plateaux	162	200	81,00
Savanes	160	200	80,00
Total	926	1204	76,91

Nombre moyen de MII par ménage

Région	Nombre total de MII	Nb de ménage ayant au moins une MII	Nb moyen de MII par ménage
Centrale	242	170	1,42
Kara	240	170	1,41
Lomé commune	196	151	1,30
Maritime	155	113	1,37
Plateaux	210	162	1,30
Savanes	243	160	1,52
Total	1286	926	1,39

Nombre moyen de personne par MII

Région	Nombre de personnes dormant sous moustiquaire imp	Nombre total de MII	Nb moyen
Centrale	449	242	2
Kara	516	240	2
Lomé commune	340	196	2
Maritime	246	155	2
Plateaux	373	210	2
Savanes	436	243	2
Total	2360	1286	2

Pourcentage de ménage ayant reçu gratuitement au moins 1 MII

Région	Nb ménage ayant reçu gratuitement au moins 1 MII	Nb de ménage possédant au moins 1 MII	%
Centrale	145	170	85,29
Kara	158	170	92,94
Lomé commune	128	151	84,77
Maritime	110	113	97,35
Plateaux	158	162	97,53
Savanes	150	160	93,75
Total	849	926	91,68

II- ENQUETE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES

Pourcentage d'enfants de moins de 5ans hospitalisés pour paludisme grave et correctement pris en charge dans les formations sanitaires

Région	Nb d'enfants correctement pris en charge	Nb total d'enfants	%
Centrale	16	25	64
Kara	23	25	92
Lomé commune	25	25	100
Maritime	25	25	100
Plateaux	15	25	60
Savanes	11	25	44
Total	115	150	76,67

Pourcentage d'enfants de moins de 5ans consultés pour paludisme simple dans les formations sanitaires et correctement pris en charge

Région	Nb d'enfants correctement pris en charge	Nb total d'enfants consultés	%
Centrale	25	26	96,15
Kara	5	19	26,32
Lomé commune	22	24	91,67
Maritime	17	18	94,44
Plateaux	10	25	40,00
Savanes	20	24	83,33
Total	99	136	72,79

Pourcentage de Femmes enceintes reçues en CPN dans les formations sanitaires et bénéficiant du TPI

Région	Nb total de Femmes enceintes sous TPI	Nb total de Femmes enceintes vues en CPN	%
Centrale	1141	1777	64,21
Kara	1096	2225	49,26
Lomé commune	840	2814	29,85
Maritime	482	1820	26,48
Plateaux	265	511	51,86
Savanes	494	597	82,75
Total	4318	9744	44,31

Morbidité liée au paludisme

Région	Enfant de moins de 5ans			Femmes enceintes			5ans et plus			Ensemble du Pays		
	Nb total de cas de paludisme	Nb total de cas vus	Taux de morbidité liée au palu	Nb total de cas de paludisme	Nb total de cas vus	Taux de morbidité liée au palu	Nb total de cas de paludisme	Nb total de cas vus	Taux de morbidité liée au palu	Nb total de cas de paludisme	Nb total de cas vus	Taux de morbidité liée au palu
Centrale	1133	2291	49,45	ND	ND	ND	1418	4671	30,36	2551	6962	36,64
Kara	1666	2636	63,20	251	1386	18,11	4729	10740	44,03	6646	14762	45,02
Lomé commune	2471	5121	48,25	62	655	9,47	2634	7519	35,03	5167	13295	38,86
Maritime	1276	2817	45,30	490	1277	38,37	2467	8695	28,37	4233	12789	33,10
Plateaux	1234	2381	51,83	161	423	38,06	2327	5191	44,83	3722	7995	46,55
Savanes	828	1618	51,17	82	164	50,00	1085	2351	46,15	1995	4133	48,27
Total	8608	16864	51,04	1046	3905	26,79	14660	39167	37,43	24314	59936	40,57

Morbidité hospitalière liée au paludisme

Région	Enfant de moins de 5ans			Femmes enceintes			5ans et plus			Ensemble du Pays		
	Nb total de cas de paludisme	Nb total de cas vus	Taux de morbidité liée au palu	Nb total de cas de paludisme	Nb total de cas vus	Taux de morbidité liée au palu	Nb total de cas de paludisme	Nb total de cas vus	Taux de morbidité liée au palu	Nb total de cas de paludisme	Nb total de cas vus	Taux de morbidité liée au palu
Centrale	292	362	80,66	ND	ND	ND	73	390	18,72	365	752	48,54
Kara	204	287	71,08	151	201	75,12	198	388	51,03	553	876	63,13
Lomé commune	1280	2725	46,97	21	509	4,13	431	670	64,33	1732	3904	44,36
Maritime	358	462	77,49	42	723	5,81	339	1817	18,66	739	3002	24,62
Plateaux	63	73	86,30	8	9	88,89	107	174	61,49	178	256	69,53
Savanes	2679	4930	54,34	37	2241	1,65	2747	14176	19,38	5463	21347	25,59
Total	4876	8839	55,16	259	3683	7,03	3895	17615	22,11	9030	30137	29,96

Létalité liée au paludisme

Région	Enfant de moins de 5ans			Femmes enceintes			5ans et plus			Ensemble du Pays		
	Nb total de décès dû au paludisme	Nb total de hospitalisation pour paludisme	Taux de létalité dû au paludisme	Nb total de décès dû au paludisme	Nb total de hospitalisation pour paludisme	Taux de létalité dû au paludisme	Nb total de décès dû au paludisme	Nb total de hospitalisation pour paludisme	Taux de létalité dû au paludisme	Nb total de décès dû au paludisme	Nb total de hospitalisation pour paludisme	Taux de morbidité liée au palu
Centrale	6	292	2,05	0	0	0	0	73	0	6	365	1,64
Kara	6	204	2,94	0	151	0	7	198	3,54	13	553	2,35
Lomé commune	83	1280	6,48	0	21	0	18	431	4,18	101	1732	5,83
Maritime	34	358	9,50	2	42	4,76	13	339	3,83	49	739	6,63
Plateaux	1	63	1,59	0	8	0	1	107	0,93	2	178	1,12
Savanes	255	2679	9,52	7	37	18,92	38	2747	1,38	300	5463	5,49
Total	385	4876	7,90	9	259	3,47	77	3895	1,98	471	9030	5,22

GESTION DES DEPOTS DE PHARMACIE

Pourcentage de dépôts gérés par un agent de santé

Région	Agent de santé	TOTAL	% de dépôts gérés par un agent de santé
Centrale	1	4	25
Kara	1	4	25
Lomé commune	3	4	75
Maritime	3	4	75
Plateaux	2	4	50
Savanes	0	4	0
Total	10	24	41,67

Pourcentage de dépôts disposant d'outils de gestion biens tenus

Région	Fiche de stock			Registre de sortie		
	Disponible	Bien tenu	%	Disponible	Bien tenu	%
Centrale	2	2	100	2	2	100
Kara	3	2	66,67	4	4	100
Lomé commune	3	3	100	3	3	100
Maritime	4	2	50	4	3	75
Plateaux	1	0	0	1	0	0
Savanes	0	0		4	3	75
Total	13	9	69,23	18	15	83,33

Pourcentage de dépôts ayant connu des ruptures de stock de médicaments antipaludiques

Région	Nombre de dépôts ayant connu de rupture							Total dépôts enquêtés	Pourcentage de dépôt ayant connu de rupture						
	Quinine Inj	Quinine comp	SP comp	SP inj	SG 5%	SG 10%	Chloroquine cp		Quinine Inj	Quinine comp	SP comp	SP inj	SG 5%	SG 10%	Chloroquine cp
Centrale	0	1	0	0	0	1	0	4	0	25	0	0	0	25	0
Kara	0	0	0	0	1	1	1	4	0	0	0	0	25	25	25
Lomé commune	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
Maritime	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	25
Plateaux	0	0	1	0	0	2	0	4	0	0	25	0	0	50	0
Savanes	1	1	0	0	0	2	0	4	25	25	0	0	0	50	0
Total	1	2	1	0	1	6	2	24	4,17	8,33	4,17	0,00	4,17	25,00	8,33

LISTE DE CONTROLE DES LABORATOIRES

Pourcentage de laboratoires fonctionnels

Région	Nb FS disposant d'un labo fonctionnel	Nb de FS	%
Centrale	1	4	25
Kara	1	4	25
Lomé commune	3	4	75
Maritime	1	4	25
Plateaux	1	4	25
Savanes	2	4	50
Total	9	24	37,5

Pourcentage de laboratoire fonctionnel faisant l'identification des espèces

Région	Nb de labo faisant identification des espèces	Nb FS disposant d'un labo fonctionnel	%
Centrale	1	1	100
Kara	1	1	100
Lomé commune	2	3	66,67
Maritime	1	1	100
Plateaux	1	1	100
Savanes	2	2	100
Total	8	9	88,89

Pourcentage de laboratoire bénéficiant d'un système de contrôle de qualité

Région	Nb de labo ayant un système de contrôle de qualité	Nb FS disposant d'un labo fonctionnel	%
Centrale	0	1	0
Kara	1	1	100
Lomé commune	0	3	0
Maritime	0	1	0
Plateaux	0	1	0
Savanes	0	2	0
Total	1	9	11,11

DEFINITION OPERATIONNELLE DES INDICATEURS DE BASE FRP

INDICATEURS	DÉFINITION OPÉRATIONNELLE ET OUTIL DE COLLECTE DES DONNEES CORRESPONDANT
<p>1. Taux de létalité du au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans hospitalisés (ou autres groupes cibles) .</p>	<p>Numérateur: Nombre de décès des enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) attribués au paludisme chez les hospitalisés dans une formation sanitaire et rapporté à une période donnée.</p> <p>Dénominateur: Nombre total de cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans hospitalisés (ou autres groupes cibles) au cours de la même période.</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiche H3 au niveau des formations sanitaires ou: CFR/Form II et Form III</i></p>
<p>2. Morbidité attribuée au paludisme (simple et grave) chez les enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles)</p>	<p>Numérateur: Nombre de cas de paludisme (simple/ graves) chez les enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) vus dans une formation sanitaire (consultations externes, hospitalisation) et rapportés à une période donnée.</p> <p>Dénominateur: nombre total des enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) vus dans une formation sanitaire (consultations externes, au cours de la période.</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiche H2 et H3 au niveau des formations sanitaires ou CFR/Form I et Form II</i></p>
<p>3. Pourcentage des enfants de moins de cinq ans (et autres groupes) ayant le paludisme / fièvre et bénéficiant d'un traitement approprié dans les 24 heures dans la communauté</p>	<p>Numérateur: Nombre d'enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) signalés comme ayant été atteints de paludisme/ fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et ayant reçu le traitement antipaludique approprié conformément à la politique nationale dans les 24 heures suivant le début de la fièvre.</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) enquêtés et signalés comme ayant été atteints de fièvre au cours des deux semaines qui ont précédées l'enquête</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiche C1 dans la communauté (étude de cas récents de maladies chez les enfants de moins de 5 ans ou autres groupes cibles)</i></p>

INDICATEURS	DÉFINITION OPÉRATIONNELLE ET OUTIL DE COLLECTE DES DONNEES CORRESPONDANT
<p>4. Pourcentage des enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) atteints de paludisme simple et correctement pris en charge dans les établissements de santé.</p>	<p>Numérateur: Nombre d'enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) atteints de fièvre/paludisme simple qui sont amenés dans les établissements de santé et qui sont correctement diagnostiqués, la mère ou la personne accompagnant de l'enfant correctement conseillée et le traitement antipaludique donné est conforme à la politique nationale, rapporté à la période considérée.</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) atteints de fièvre et diagnostiqué comme ayant le paludisme qui sont amenés au niveau des établissements de santé, rapporté à la même période.</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiche H6 au niveau des formations sanitaire sur l'observation du dispensateur de soins</i></p>
<p>5. Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) hospitalisés pour paludisme grave et correctement pris en charge dans les établissements de santé.</p>	<p>Numérateur: Nombre d'enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) hospitalisés pour paludisme grave et ayant reçu un traitement antipaludique conforme à la politique nationale, rapporté à la période considérée.</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'enfants de moins de cinq ans (et autres groupes cibles) hospitalisés pour paludisme grave dans les établissements de santé enquêtés, rapporté à la période considérée.</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiche H7 au niveau des formations sanitaire sur l'exploitation des registres des hospitalisations</i></p>
<p>6. Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas connu pendant une semaine au cours des 3 derniers mois précédant l'enquête une rupture de stocks des médicaments antipaludiques recommandés au plan national.</p>	<p>Numérateur: Nombre d'établissements de santé disposant d'antipaludiques le jour de l'enquête conformément à la politique nationale des médicaments et n'ayant pas connus de rupture de stock au cours des 3 derniers mois, rapporté à la période de l'enquête.</p> <p>Dénominateur: Nombre total de formations sanitaires enquêtées pendant la même période.</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiches H3 (patients hospitalisés : H3016-H3017-H3018) et la Fiche H5 (contrôle pharmacie de la formation sanitaire).</i></p>

INDICATEURS	DÉFINITION OPÉRATIONNELLE ET OUTIL DE COLLECTE DES DONNEES CORRESPONDANT
<p>7. Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MI).</p>	<p>Numérateur: Nombre d'enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticides la veille de l'enquête.</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'enfants de moins de cinq ans (ou autres groupes cibles) enquêtés pendant la même période.</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiche C3 sur les communautés (disponibilité et utilisation des moustiquaires/matériaux).</i></p>
<p>8. Pourcentage de femmes enceintes (ou autres groupes cibles) dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MI).</p>	<p>Numérateur: Nombre de femmes enceintes (ou autres groupes cibles) qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticides la veille de l'enquête.</p> <p>Dénominateur: Nombre total de femmes enceintes enquêtées (ou autres groupes cibles) enquêtés pendant la même période.</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiche C2 sur les communautés (prévention du paludisme chez la femme enceinte).</i></p>
<p>9. Pourcentage de foyers ayant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticides</p>	<p>Numérateur: Nombre de foyers enquêtés ayant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticides, rapporté à la même période.</p> <p>Dénominateur: Nombre total de foyers enquêtés pendant la même période.</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiche C3 sur les communautés (disponibilité et utilisation des moustiquaires/matériaux).</i></p>
<p>10. Pourcentage de femmes enceintes sous traitement antipaludique intermittent (TPI).</p>	<p>Numérateur: Nombre de femmes enceintes et celles ayant accouchées au cours des 6 derniers mois qui déclarent au moment de l'enquête avoir reçu un traitement antipaludique intermittent conformément à la politique nationale.</p> <p>Dénominateur: Nombre total de femmes enceintes et celles ayant accouchées au cours des 6 derniers mois qui ont été enquêtées (éligibles à un traitement préventif intermittent).</p> <p>Outil de collecte des données : <i>Fiche C2 sur les communautés (Prévention du paludisme chez la femme enceinte et Fiche H2 des formations sanitaires : H2028).</i></p>
<p>11. Pourcentage du budget total FRM convenu au niveau national et attribué par les partenaires nationaux FRP.</p>	<p>Numérateur: Budget total mobilisé auprès des partenaires nationaux pendant la période considérée</p> <p>Dénominateur: Budget total FRP convenu avec les partenaires nationaux pendant la même période.</p> <p>Outil de collecte des données: <i>Fiche M1 et M2 sur le contrôle de la gestion des programmes nationaux</i></p>