



REPUBLIQUE TOGOLAISE  
Travail - Liberté - Patrie



MINISTRE DE LA SANTE ET  
DE LA PROTECTION SOCIALE

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SANITAIRE

**PROGRAMME NATIONAL DE  
LUTTE CONTRE LE PALUDISME**

B.P. 518 - LOME - Tél. 22213227 - Fax : 22225759  
E-mail : pnlp\_tg\_2012@yahoo.fr

*« Vers l'élimination du  
Paludisme au Togo »*

**MISE EN ŒUVRE DU PLAN  
STRATEGIQUE NATIONAL 2011-2017  
DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME**

**RAPPORT ANNUEL 2015**



Coordination Nationale PNLP

Dr ATCHA-OUBOU Tinah, Coordonnateur PNLP



## Table des matières

<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>4</b>
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS</b>	<b>5</b>
<b>RESUME</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
<b>1. RAPPEL DU BUT ET DES OBJECTIFS DU PLAN STRATEGIQUE 2011-2017</b>	<b>8</b>
<b>1.1. BUT</b>	<b>8</b>
<b>1.2. OBJECTIFS</b>	<b>8</b>
<b>1.3. RESULTATS ATTENDUS</b>	<b>8</b>
<b>2. INTERVENTIONS ET STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE</b>	<b>8</b>
<b>3. ORGANISATION DU PNLP</b>	<b>9</b>
<b>3.1. NIVEAU INSTITUTIONNEL</b>	<b>9</b>
<b>3.2. ORGANISATION DE LA COORDINATION NATIONALE</b>	<b>9</b>
3.2.1. <i>ORGANISATION STRUCTURELLE DE LA COORDINATION DU PNLP</i>	9
3.2.2. <i>RESSOURCES HUMAINES DE LA COORDINATION DU PNLP</i>	9
3.2.3. <i>ACTEURS DU NIVEAU DECENTRALISE</i>	10
<b>4. ACTIVITES REALISEES</b>	<b>10</b>
<b>5. RESULTATS DE MISE EN ŒUVRE</b>	<b>11</b>
<b>5.1. PREVENTION DU PALUDISME</b>	<b>12</b>
5.1.1. <i>DISTRIBUTION DES MILDA</i>	12
5.1.2. <i>TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT PENDANT LA GROSSESSE</i>	13
<b>5.2. PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME</b>	<b>14</b>
5.2.1. <i>PRISE EN CHARGE DES CAS AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES</i>	14
5.2.2. <i>PRISE EN CHARGE DES CAS AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE</i>	21
5.2.3. <i>SYNTHESE DE LA PRISE EN CHARGE DES CAS DE PALUDISME SIMPLE</i>	21
5.2.4. <i>EVOLUTION DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE PALUSTRE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES</i>	22
<b>5.4. EFFET DE LA CPS DANS LA REGION DES SAVANES</b>	<b>22</b>
<b>5.5. INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION (IEC/CCC)</b>	<b>23</b>
<b>5.6. GESTION DES STOCKS DE MEDICAMENT</b>	<b>23</b>
<b>5.7. FINANCEMENT DES ACTIVITES</b>	<b>24</b>
<b>5.8. RESULTATS D'ETUDE REALISEE PAR LE PROGRAMME</b>	<b>24</b>
5.7.1. <i>PRISE EN CHARGE DU PALUDISME SIMPLE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES</i>	25
5.7.2. <i>PRISE EN CHARGE DU PALUDISME GRAVE DANS LES HOPITAUX</i>	25
5.7.3. <i>PRISE EN CHARGE AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE</i>	25
5.7.4. <i>SATISFACTION DES BENEFICIAIRES</i>	25
<b>6. FORCES ET FAIBLESSES</b>	<b>26</b>
<b>6.1. FORCES</b>	<b>26</b>
<b>6.2. FAIBLESSES</b>	<b>26</b>
<b>7. DEFIS</b>	<b>26</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>26</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>27</b>

**ANNEXE 1 : EVOLUTION DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE DUES AU PALUDISME DE 2000 A 2015**

**27**

**ANNEXE 2 : INDICATEURS PAR DISTRICT**

**28**

## Liste des tableaux

Tableau I : Ressources humaines de la coordination du PNLP	9
Tableau II: Complétude et promptitude des rapports des formations sanitaires	11
Tableau III: Suivi des indicateurs essentiels	12
Tableau IV: Distribution des MILDA en routine par région	13
Tableau V: Couvertures TPI en 2015	13
Tableau VI : Résultats des TDR et GE par région	14
Tableau VII: Diagnostic des cas de paludisme	15
Tableau VIII: Répartition des cas de paludisme par groupe d'âges	17
Tableau IX: Niveau d'utilisation des CTA	18
Tableau X: Paludisme grave et décès dus au paludisme par région	19
Tableau XI: Paludisme grave et décès dus au paludisme par groupe d'âge et par régions	19
Tableau XII: résultats de prise en charge des cas en 2015	21
Tableau XIII: Répartition des cas par groupes d'âge	21
Tableau XIV: Nombre par technique de communication	23
Tableau XV: Rupture CTA	23
Tableau XVI: Rupture TDR	24
Tableau XVII: rupture de CTA chez les ASC	24
Tableau XVIII: Résultats financiers	24

## Liste des figures

Figure 1: Couverture TPI2 par district	14
Figure 2: Couverture TPI3 par district	14
Figure 3 : Positivité des TDR et GE par région	15
Figure 4: Positivité des TDR/GE par district	15
Figure 5: Evolution de la confirmation des cas	16
Figure 6: proportion cas confirmés par district	16
Figure 7: Proportion cas testés par district	16
Figure 8: Evolution mensuelle des cas de paludisme par région en 2015	17
Figure 9: % cas traités selon les directives nationales par district	18
Figure 10: Molécules utilisés dans le traitement des cas par région	18
Figure 11: Situation du paludisme simple et grave par groupes d'âge	19
Figure 12: Evolution mensuelle des cas de décès dus au paludisme par région en 2015	20
Figure 13: Morbidité hospitalière (p/1000)	20
Figure 14: Mortalité hospitalière (p/100000)	20
Figure 15: Répartition des cas de paludisme par niveau de soins	22
Figure 16: Evolution de la morbidité et de la mortalité de 2011-2015	22
Figure 17: Effet de la CPS dans la région des Savanes	23
Figure 18: Evolution des cas de paludisme et des cas de décès dus au paludisme de 2000-2015	27
Figure 19 : Evolution de la morbidité et de la mortalité hospitalière du paludisme de 2000-2015	27

## SIGLES ET ABBREVIATIONS

AL	Artéméther Luméfantrine
ASAQ	Artésunate Amodiaquine
ASC	Agent de Santé Communautaire
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLO	Comité Local d'Organisation
CMS	Centre Médico Social
CNO	Comité National d'Organisation
CPN	Consultation Pré Natale
CPN1	Première Consultation Pré Natale
CPS	Chimio Prévention du paludisme saisonnier
CRT	Croix Rouge Togolaise
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DGAS	Direction Générale de l'Action Sanitaire
DMT	Division des Maladies Transmissibles
DPS	Directeur Préfectoral de la Santé
DRS	Directeur Régional de la Santé
DSSP	Direction des Soins de Santé Primaires
ECD	Equipe cadre de District
ECR	Equipe Cadre de Région
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FE	Femme Enceinte
FMSTP	Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
FS	Formation Sanitaire
GE	Goutte Epaisse
IBC	Intervention à Base Communautaire
IEC	Information, Education et Communication
INH	Institut National d'Hygiène
MILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MRTC	Malaria Research and Training Center
Nb	Nombre
OCDI	Organisation Caritative pour le Développement Intégral
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PASMIN	Projet d'appui aux services de Santé Maternelle et Infantile et de Nutrition
PEC	Prise En Charge

PECADOM	Prise en charge des Cas à Domicile
Pf	<i>Plasmodium falciparum</i>
PID	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PRA	Pharmacie Régionale d'approvisionnement
PSI	Population Services International
PSN	Plan Stratégique National
RBM	Roll Back Malaria
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SP-AQ	Sulfadoxine Pyriméthamine + Amodiaquine
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TPI1	Première dose de Traitement Préventif Intermittent
TPI2	Deuxième dose de Traitement Préventif Intermittent
TPI3	Troisième dose de Traitement Préventif Intermittent
Trim.	Trimestre
Unicef	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WARN	Western Africa Roll Back Malaria Regional Network

## RESUME

La lutte contre le paludisme est une priorité nationale et inscrite comme tel dans le Plan de Développement Sanitaire (PNDS) inspiré de la Stratégie de Croissance Accéléré et de Promotion de l'Emploi (SCAPE). Dans cette logique le Plan stratégique National (PSN) 2011-2017 de lutte contre le paludisme a défini des interventions à haut impact en vue de faire chemin vers le contrôle du paludisme dans le pays. Ce plan stratégique est traduit chaque année en plan opérationnel annuel avec des jalons qui conduiront à terme à l'atteinte des objectifs fixés.

C'est dans ce contexte que le plan opérationnel 2015 de lutte contre le paludisme a été élaboré et mis en œuvre grâce à l'appui des partenaires dont les principaux sont le Fonds Mondial à travers la série 9 et la Banque Mondiale à travers PASMIN (projet d'appui aux services de santé maternelle et infantile et de nutrition). Grâce à ces appuis, le pays a poursuivi la mise en œuvre des interventions touchant les deux stratégies majeures que sont la prévention (distribution de MILDA en routine, le TPI) et la prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires et dans la communauté. La mise en œuvre ces activités a permis d'obtenir des résultats dont l'analyse a révélé :

- Une faible distribution de MILDA en routine aux enfants de moins d'un an (couverture de 11,35%) et aux femmes enceintes (couverture de 10,4%). Cependant il y'a eu une amélioration par rapport à 2014 ;
- Une couverture TPI3 qui est passée de 30% en 2014 à 38% en 2015 ;
- Un taux de confirmation des cas de paludisme qui est passé de 93,8 en 2014 à 96% en 2015 ;
- Une morbidité hospitalière qui est passée de 161 cas pour 1000 en 2014 à 153 cas pour 1000 en 2015 ;
- Une mortalité hospitalière toujours en baisse de puis 2011 (1,6 cas de décès dû au paludisme pour 10000) ;
- Les enfants continuent d'être la cible privilégiée du paludisme : 38% des cas de paludisme en consultation externe, 59% des cas de paludisme grave et 75% des décès dus au paludisme ;
- Par rapport au traitement on a noté que 86% des cas de paludisme simple sont traités conformément à la politique nationale ;
- La morbidité proportionnelle est de 37% en consultation externe et 24% en hospitalisation. La mortalité proportionnelle occupe une proportion de 17% et une létalité de 3%. On note également que les cas de paludisme grave représentent 3% des cas de paludisme notifiés.

## INTRODUCTION

L'année 2015 est la cinquième année de mise en œuvre du plan stratégique 2011-2015 de lutte contre le paludisme axé sur l'accès universel aux interventions anti paludiques dans un optique d'accélérer l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

Le présent rapport annuel présente les résultats de la mise en œuvre programmatique et financière, les progrès réalisés au regard des objectifs fixés, les éléments de succès et les faiblesses.

### 1. RAPPEL DU BUT ET DES OBJECTIFS DU PLAN STRATEGIQUE 2011-2017

#### 1.1. But

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dans la population générale et faire en sorte que le paludisme ne soit plus un problème de santé publique.

#### 1.2. Objectifs

Les objectifs du plan stratégique 2014-2017 sont :

- ✓ Assurer la protection d'au moins 80% de la population du pays avec des mesures efficaces de prévention du paludisme d'ici 2017 ;
- ✓ Assurer la prise en charge correcte d'au moins 90% des cas de paludisme à tous les niveaux, y compris dans la communauté d'ici 2017;
- ✓ Renforcer et maintenir les capacités de gestion, de partenariat et de coordination de la lutte contre le paludisme à tous les niveaux d'ici 2017.

#### 1.3. Résultats attendus

Comme résultats attendus d'ici fin 2017:

- ✓ Au moins 80% de la population à risque de paludisme utilisent les MILDA, notamment les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ;
- ✓ Au moins 80% des femmes enceintes ont bénéficié d'une protection par le TPI3 au cours de leur dernière grossesse ;
- ✓ Au moins 90% des enfants de 3 à 59 mois des zones ciblées par la chimio-prévention du paludisme saisonnier ont bénéficié d'une protection adéquate ;
- ✓ Au moins 90% des cas de paludisme sont correctement pris en charge selon les directives nationales à tous les niveaux, y compris dans la communauté;
- ✓ Au moins 80% de la population connaissent les signes et les mesures nationales de prévention du paludisme ;
- ✓ Au moins 80% des rapports attendus sur le paludisme sont disponibles à tous les niveaux dans les délais conformément aux procédures nationales du SNIS.

### 2. INTERVENTIONS ET STRATEGIES DE MISE EN ŒUVRE

Les stratégies de mise en œuvre sont adéquates avec les objectifs fixés. Il s'agit :

- ✦ Utilisation des Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action
- ✦ Prévention du paludisme chez la femme enceinte



- ✦ Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) :
- ✦ Diagnostic et Traitement du paludisme
- ✦ Plaidoyer, Communication et Mobilisation Sociale
- ✦ Gestion du programme y compris le suivi-évaluation

### 3. ORGANISATION DU PNLP

#### 3.1. Niveau institutionnel

Selon l'arrêté n° 0067/2009/MS/CAB/DGS portant régularisation de la création, l'attribution et l'organisation du PNLP, le PNLP est mis sous tutelle du Ministère de la Santé. Selon le nouvel organigramme, le PNLP dépend de la Division des Maladies Transmissibles (DMT) qui relève de la Direction Générale de l'Action Sanitaire (DGAS). L'organisation du programme est calquée sur le système pyramidal sanitaire du pays. Au niveau central se trouve la coordination nationale qui gère tout le système de mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme. Cette coordination est relayée au niveau intermédiaire par les équipes cadres régionales et au niveau périphérique par les équipes cadres de districts.

#### 3.2. Organisation de la coordination nationale

##### 3.2.1. Organisation structurelle de la coordination du PNLP

La coordination nationale est dirigée par un coordonnateur et comporte cinq services sous lesquels il existe des unités:

- i. Service Administratif et financier (Administration et Finances) ;
- ii. Service Surveillance Epidémiologique (Prévention, Recherche et Suivi-Evaluation/Gestion des données) ;
- iii. Service Prise en Charge (Traitement et Laboratoire) ;
- iv. Service Pharmacie (Approvisionnement et Pharmacovigilance) ;
- v. Service Promotion lutte antipaludique (IEC, Partenariat local et IBC).

##### 3.2.2. Ressources humaines de la Coordination du PNLP

L'effectif du personnel de la coordination nationale du programme est de vingt-sept (27) agents répartis comme le montre le tableau suivant :

*Tableau I : Ressources humaines de la coordination du PNLP*

CATEGORIE	Nombre
<b>Personnel technique</b>	<b>14</b>
Médecins	03
Pharmacien	01
Assistants médicaux	03
Techniciens supérieurs de génie sanitaire	02
Ingénieurs de travaux biologiques	02
Administrateur des services de santé	02
Sage-femme	01

CATEGORIE	Nombre
<b>Personnel d'appui</b>	<b>10</b>
Gestionnaires comptables	01
Comptables	02
Assistante administrative	01
Secrétaire	01
Opératrice de saisie	01
Employé de bureau	01
Chauffeurs	03
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>

### 3.2.3. Acteurs du niveau décentralisé

- ⊕ La lutte contre le paludisme s'appuie sur la pyramide sanitaire. Ainsi, au niveau régional et des districts sanitaires, se fait la coordination de cette lutte. Les points focaux paludisme assurent le secrétariat des organes décentralisés de coordination (ECR, ECD) de la lutte contre le paludisme. Les pharmacies régionales d'approvisionnement facilitent la disponibilité des intrants antipaludiques.
- ⊕ Les prestataires des formations sanitaires assurent les prestations de services de soins curatifs, préventifs et promotionnels en mettant en œuvre des interventions de soutien définies dans le plan stratégique. Au niveau communautaire, les prestations de services sont offertes par les Agents de Santé Communautaire (ASC) qui sont suivis par les ONG sur contrat avec le PR Plan Togo.

## 4. ACTIVITES REALISEES

La mise en œuvre opérationnelle des activités de lutte contre le paludisme s'est fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. e sont principales. Les principales activités menées au cours de l'année 2015 sont les suivantes :

- ⊕ Elaboration de plan opérationnel 2014 ;
- ⊕ Elaboration du masque de saisie des données pour les districts, les régions et le programme ;
- ⊕ Poursuite des activités de routine (PEC, TPI, MILDA, IEC-CCC, ...) au niveau opérationnel ;
- ⊕ Elaboration du nouveau modèle de financement (NFM) du FMSTP par niveau central ;
- ⊕ Négociation avec le FMSTP, signature de la subvention paludisme et lancement du NFM ;
- ⊕ Réunion de partage du projet PASMIN dans les régions ;
- ⊕ Révision du guide de collecte et d'assurance de qualité des données y compris les outils de collecte ;
- ⊕ Elaboration du plan de communication institutionnel et des kits IEC en collaboration avec le division de nutrition
- ⊕ Finalisation de la stratégie de CPN en stratégie avancée
- ⊕ Mission de suivi et validation des données
- ⊕ Sensibilisation par les médias et au niveau communautaire
- ⊕ Acquisition des intrants
- ⊕ Approvisionnement des FS et ASC

- ✚ Réception des appuis techniques
- ✚ Gestion du programme, mobilisation des ressources
- ✚ Revue des activités communautaires R9 (Plan International Togo)
- ✚ Elaboration des plans de formation du NFM
- ✚ Organisation des visites de contrôle et validation des données ;
- ✚ Saisie, traitement et analyse des données de lutte contre le paludisme ;
- ✚ Evaluation de la qualité de prise en charge des cas de paludisme dans les formations sanitaires et au niveau communautaire
- ✚ Organisation de la revue des activités 2014 de lutte contre le paludisme ;

## 5. RESULTATS DE MISE EN ŒUVRE

Dans ce chapitre les résultats de mise en œuvre seront présentés selon les stratégies de lutte contre le paludisme retenues dans le plan stratégique. Nous rappelons que ces stratégies tournent autour de deux stratégies majeures qui sont la prévention et la prise en charge des cas. Les données proviennent essentiellement des données de routine collectées par les formations sanitaires et les Agents de Santé Communautaires.

*Tableau II: Complétude et promptitude des rapports des formations sanitaires*

Régions	Rapports attendus	Rapports reçus	Rapport reçus à temps	Taux de complétude	Taux de promptitude
<b>Centrale</b>	1 236	1 235	1 050	99,9%	85,0%
<b>Kara</b>	1 596	1 529	1 466	95,8%	91,9%
<b>Lomé Com.</b>	708	624	450	88,1%	63,6%
<b>Maritime</b>	2 052	1 948	1 688	94,9%	82,3%
<b>Plateaux</b>	2 688	2 599	2 478	96,7%	92,2%
<b>Savanes</b>	1 104	1 095	1 066	99,2%	96,6%
<b>Total</b>	<b>9 384</b>	<b>9 030</b>	<b>8 198</b>	<b>96,2%</b>	<b>87,4%</b>

Dans le tableau suivant sont présentés les indicateurs essentiels durant les cinq dernières années. Ces indicateurs de suivi sont calculés sur la base des données de routine des formations sanitaires.

Tableau III: Suivi des indicateurs essentiels

Indicateurs	Valeur annuelle					
	2011	2012	2013	2014	2015	
Complétude des rapports	95,8%	96,4%	95,3%	93,8%	96,2%	
Pourcentage des femmes enceintes ayant reçu de MILDA en CPN	11,8%	1,5%	3,9%	2,7%	10,4%	
Couverture en TPI chez les femmes enceintes reçues en CPN	TPI_1	85,8%	86,0%	79,8%	87,3%	87,4%
	TPI_2	67,5%	66,9%	60,0%	64,4%	64,4%
	TPI_3				38,0%	38,0%
Taux de positivité des TDR dans les formations sanitaires	< 5 ans	77,5%	71,3%	73,6%	76,4%	76,4%
	≥ 5 ans	68,7%	63,2%	65,9%	68,1%	68,0%
	Global	72,2%	66,1%	69,1%	71,2%	71,1%
Taux de positivité des TDR /GE dans les formations sanitaires	< 5 ans	65,9%	62,8%	53,5%	68,9%	68,9%
	≥ 5 ans	54,0%	52,9%	46,6%	59,1%	59,1%
	Global	58,1%	56,2%	48,7%	62,5%	62,5%
Taux de morbidité proportionnelle du paludisme	25,0%	30,0%	34,3%	37,6%	36,8%	
Pourcentage des cas suspects de paludisme testés par GE/ TDR en consultation externe (FS)	< 5 ans	77,1%	83,8%	92,9%	95,4%	95,4%
	≥ 5 ans	83,6%	87,7%	93,2%	95,8%	95,8%
	Global	81,2%	86,4%	93,1%	95,7%	95,6%
Pourcentage des cas de paludisme confirmé	< 5 ans	55,0%	56,0%	66,1%	70,7%	70,7%
	≥ 5 ans	51,0%	52,0%	58,7%	61,2%	61,1%
	Global	52,0%	53,0%	61,5%	64,6%	64,5%
Pourcentage des patients souffrant de paludisme reçus en consultation externe et ayant été traités avec les CTA selon les directives nationales (FS)	< 5 ans	80,3%	86,5%	79,9%	87,4%	87,4%
	≥ 5 ans	79,0%	84,9%	74,7%	85,2%	85,2%
	Global	80,0%	85,5%	76,8%	86,0%	86,0%
Taux de mortalité proportionnelle du paludisme en hospitalisation	< 5 ans	37,6%	33,0%	36,2%	46,5%	46,5%
	≥ 5 ans	7,7%	6,1%	9,9%	14,0%	14,0%
	Global	17,9%	16,4%	20,4%	23,9%	23,9%
Taux de létalité du paludisme en hospitalisation	< 5 ans	6,5%	5,3%	5,0%	4,3%	4,3%
	≥ 5 ans	3,1%	2,2%	2,7%	2,0%	2,1%
	Global	5,0%	4,0%	4,0%	3,3%	3,4%
Morbidité hospitalière du paludisme (pour 1000)	79,6	117,3	133,3	160,86	153,34	
Mortalité hospitalière du paludisme (pour 1000)	0,21	0,18	0,21	0,17	0,16	

## 5.1. Prévention du paludisme

Les interventions de prévention du paludisme mises en œuvre en 2015 sont la distribution des MILDA en routine aux enfants de moins d'un an et aux femmes enceintes et le Traitement préventif Intermittent (TPI) pendant la grossesse. La chimio prévention du paludisme saisonnier n'a pu être mis en œuvre du fait du manque de médicaments.

### 5.1.1. Distribution des MILDA

Au total 47 603 MILDA ont été distribuées en routine dont 23 591 aux enfants de moins d'un an et 20 585 aux femmes enceintes. Comme en 2014, cette distribution a été très faible : Ces chiffres représentent respectivement 11,35% et 8,92% des cibles attendus (207704 pour les enfants de moins d'un an et 230742 pour les femmes enceintes). Par ailleurs seulement 10,4% des femmes enceintes reçues à la première consultation prénatale ont bénéficié de MILDA.

Tableau IV: Distribution des MILDA en routine par région

Région	< 1an	1-5 ans	FE	Autres	Total	% par région
Centrale	439	172	813	86	1 510	3%
Kara	1 971	382	2 113	89	4 555	10%
Lomé Com.	3 300	735	5 012	282	9 329	20%
Maritime	13 795	644	8 757	570	23 766	50%
Plateaux	3 384	282	3 263	81	7 010	15%
Savanes	702	84	627	20	1 433	3%
Total	<b>23 591</b>	<b>2 299</b>	<b>20 585</b>	<b>1 128</b>	<b>47 603</b>	<b>100%</b>
% par cible	50%	5%	43%	2%	100%	

Les cible de principaux bénéficiaires de la distribution des MILDA en 2015 sont les enfants de moins d'un an (50%) et les femmes enceintes (43%).

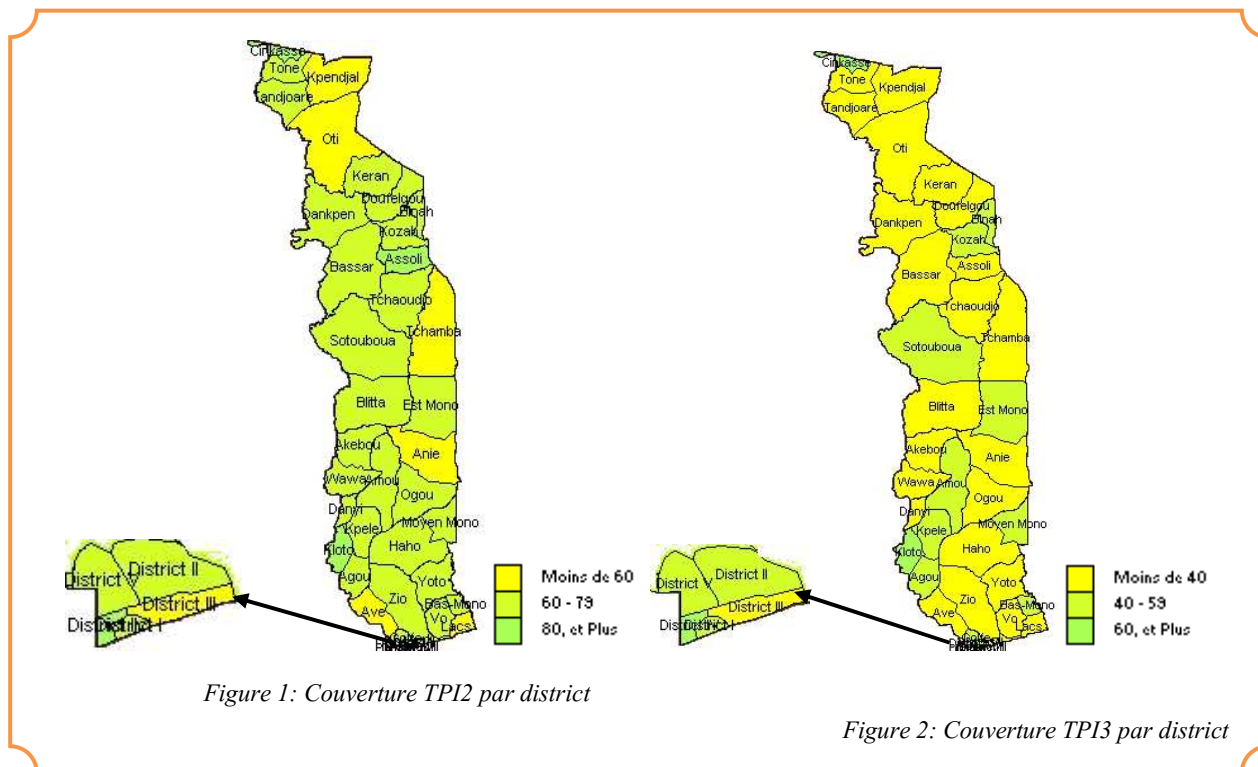
### 5.1.2. Traitement préventif Intermittent pendant la grossesse

L'administration de la sulfadoxine pyriméthamine aux femmes enceintes lors des consultations prénatales s'est poursuivie dans les formations sanitaires. Il faut rappeler que depuis 2014, la dose de couverture de TPI est passée de 2 doses à au moins 3 doses avant l'accouchement.

Tableau V: Couvertures TPI en 2015

Région	CPN 1	Doses administrées			Couverture (%)		
		TPI 1	TPI 2	TPI 3	TPI 1	TPI 2	TPI 3
Centrale	21 936	19 618	14 186	7 883	89%	65%	36%
Kara	27 168	24 109	17 881	8 851	89%	66%	33%
Lomé Com.	24 144	20 653	17 202	11 959	86%	71%	50%
Maritime	48 425	41 944	32 020	20 802	87%	66%	43%
Plateaux	45 263	40 067	28 630	16 399	89%	63%	36%
Savanes	30 427	25 987	17 185	9 116	85%	56%	30%
Total	<b>197 363</b>	<b>172 378</b>	<b>127 104</b>	<b>75 010</b>	<b>87%</b>	<b>64%</b>	<b>38%</b>

Les couvertures attendues sont d'au moins 80% pour le TPI 2 et d'au moins 50% pour le TPI 3. On note que les résultats obtenus sont en deçà des objectifs. Nous relevons tout de même qu'il y a une augmentation de 8 points en TPI3 par rapport à la couverture de l'année 2014. La mise en œuvre de la CPN en stratégie avancée dans dix districts des régions Centrale et Plateaux pourra permettre d'améliorer ces couvertures.



## 5.2. Prise en charge des cas de paludisme

La prise en charge des cas de paludisme s'effectuent dans les formations sanitaires et au niveau communautaires. La politique thérapeutique exige aux deux niveaux la confirmation des cas avant la mise en route du traitement.

La confirmation du paludisme est faite à l'aide des tests de diagnostic rapide (TDR) au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire ou la goutte épaisse au niveau des formations sanitaires.

Les médicaments retenus dans la politique thérapeutique pour la prise en charge des cas de paludisme simple sont les combinaisons à base d'Artémisinine. Il s'agit de l'Artémether-Luméfantine en 1<sup>ère</sup> intention et de l'Artésunate-Amodiaquine en alternatif ; les deux autres sont le Dihydroartémisinine-Pipéraquine et l'Artésunate-Méfloquine.

### 5.2.1. Prise en charge des cas au niveau des formations sanitaires

#### a. Réalisation des tests de confirmation des cas

Tableau VI : Résultats des TDR et GE par région

Régions	TDR			GE			TDR+GE		
	Nombre effectué	Nombre positifs	Positivité	Nombre effectué	Nombre positifs	Positivité	Nombre effectué	Nombre positifs	Positivité
Centrale	165 614	128 241	77%	86 480	48 672	56%	252 094	176 913	70%
Kara	186 107	135 912	73%	104 487	55 111	53%	290 594	191 023	66%
Lomé Com.	53 507	21 020	39%	100 319	29 917	30%	153 826	50 937	33%
Maritime	231 968	152 797	66%	130 393	49 679	38%	362 361	202 476	56%
Plateaux	284 358	212 405	75%	139 736	81 960	59%	424 094	294 365	69%
Savanes	166 613	124 091	74%	82 400	43 421	53%	249 013	167 512	67%
<b>Total</b>	<b>1 088 167</b>	<b>774 466</b>	<b>71%</b>	<b>643 815</b>	<b>308 760</b>	<b>48%</b>	<b>1 731 982</b>	<b>1 083 226</b>	<b>63%</b>

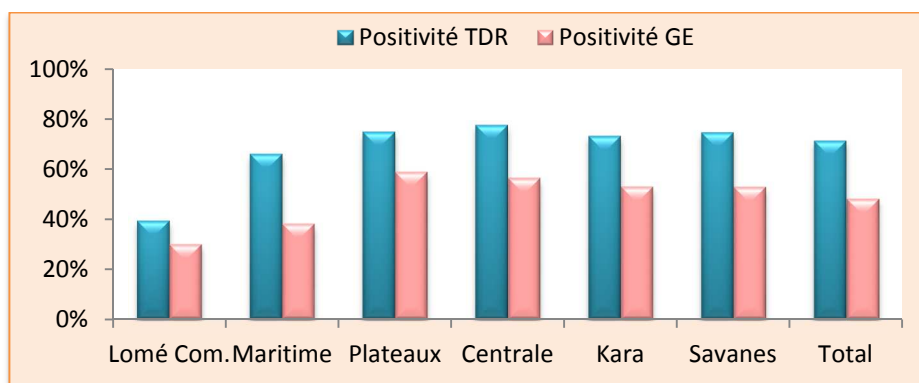


Figure 3 : Positivité des TDR et GE par région

La positivité des TDR est plus élevée que celle des GE. On note également que la positivité est faible au sud du pays (Lomé Commune et Maritime). La positivité est presque identique de la région des Plateaux à la Région des Savanes.

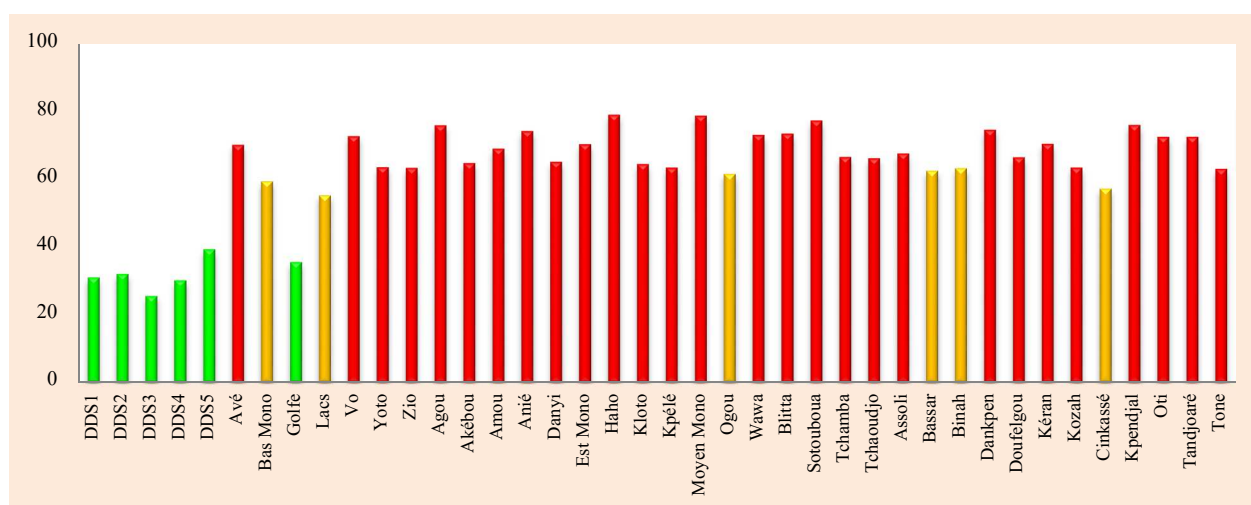


Figure 4: Positivité des TDR/GE par district

En dehors de Lomé et Golfé, la positivité des TDR/GE est en majorité au-delà de la 60%. Cette situation montre que le paludisme continue d'être un problème de santé publique au Togo.

### b. Cas et évolution du paludisme

Tableau VII: Diagnostic des cas de paludisme

Régions	Cas toutes cause	Cas suspects paludisme	Cas suspects testés	Cas de paludisme confirmé			% cas testés	% cas confirmés	Taux proportionnel
				Simple	Grave	Total			
Centrale	425 581	259 655	240 673	174 133	5 646	179 779	93%	69%	42%
Kara	430 421	266 696	259 261	185 137	5 886	191 023	97%	72%	44%
Lomé C.	456 056	153 135	147 104	51 493	3 118	54 611	96%	36%	12%
Maritime	657 834	356 973	339 224	200 269	3 534	203 803	95%	57%	31%
Plateaux	637 248	417 544	403 615	287 750	10 701	298 451	97%	71%	47%
Savanes	361 693	237 062	227 640	159 606	4 771	164 377	96%	69%	45%
<b>Total</b>	<b>2 968 833</b>	<b>1 691 065</b>	<b>1 617 517</b>	<b>1 058 388</b>	<b>33 656</b>	<b>1 092 044</b>	<b>96%</b>	<b>65%</b>	<b>37%</b>
%				97%	3%	100%			

Les cas suspects de paludisme sont soumis aux tests de confirmation dans une proportion de 96% et les cas confirmés représentent 65% de ces cas suspects. La systématisation de la confirmation des cas de paludisme s'améliore au fil des années ; la proportion des cas suspects testés était de 94% en 2014.

Les tests réalisés se chiffrent à 1731982. Par contre les cas suspects testés s'élèvent à 1617517. Cette différence de 114465 serait due soit aux demandes externes d'analyse qui ne passent pas par les services de consultation, soit aux analyses contrôles qui ne sont pas identifiés comme tel ou soit au défaut d'enregistrement des résultats d'analyse dans les registres qui sont les sources utilisées pour rapporter les cas suspects testés. Cette situation se remarque surtout dans les hôpitaux.

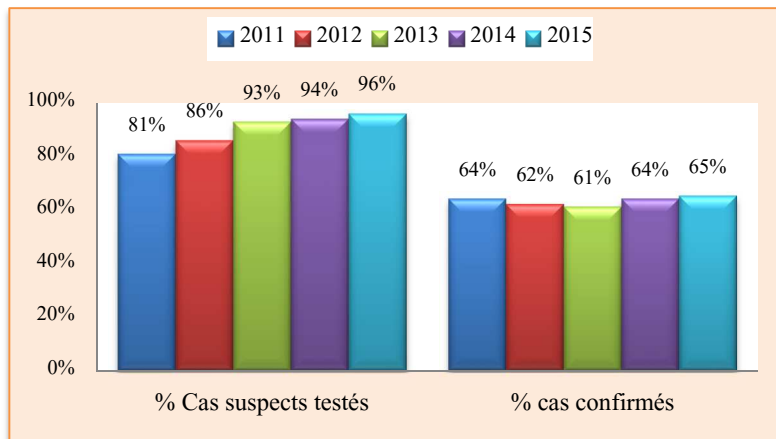


Figure 5: Evolution de la confirmation des cas

On note une amélioration dans la confirmation des cas au fil des années depuis 2011. Cette situation serait la résultante de la prise en charge gratuite des cas de paludisme simple institué depuis 2012. La proportion des cas confirmés reste plus ou moins stable et variant entre 61 et 65%.

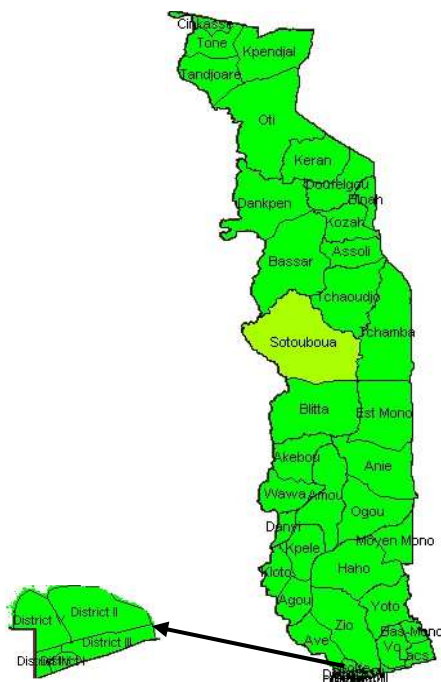


Figure 6: proportion cas confirmés par district

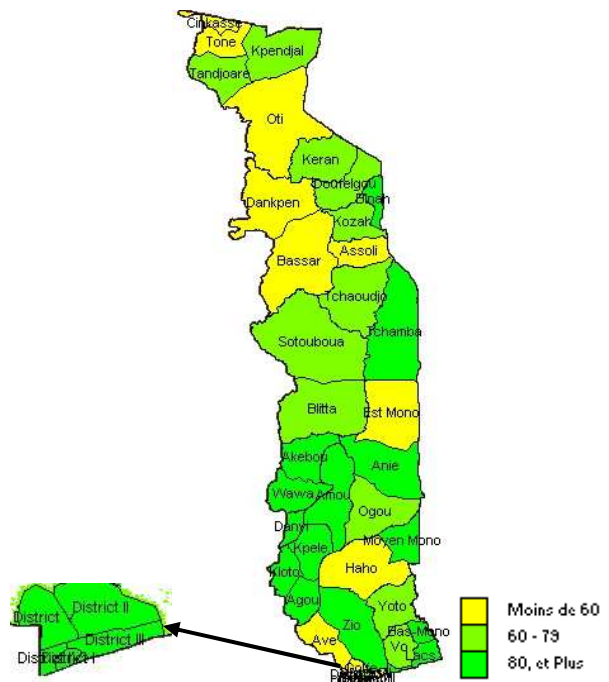


Figure 7: Proportion cas testés par district



Tableau VIII: Répartition des cas de paludisme par groupe d'âges

Régions	Paludisme simple				Paludisme grave			
	< 5 ans	5 an et plus	Femmes enceintes	Total	< 5 ans	5 an et plus	Femmes enceintes	Total
Centrale	70 221	95 319	8 593	174 133	3 171	2 149	326	5 646
Kara	69 769	106 700	8 668	185 137	3 382	2 059	445	5 886
Lomé Com.	11 258	38 889	1 346	51 493	1 504	1 574	40	3 118
Maritime	64 282	126 776	9 211	200 269	1 522	1 687	325	3 534
Plateaux	105 915	165 153	16 682	287 750	6 449	3 366	886	10 701
Savanes	82 808	71 049	5 749	159 606	3 844	780	147	4 771
<b>Total</b>	<b>404 253</b>	<b>603 886</b>	<b>50 249</b>	<b>1 058 388</b>	<b>19 872</b>	<b>11 615</b>	<b>2 169</b>	<b>33 656</b>
<b>%</b>	<b>38%</b>	<b>57%</b>	<b>5%</b>	<b>100%</b>	<b>59%</b>	<b>35%</b>	<b>6%</b>	<b>100%</b>

Les enfants restent la couche la plus vulnérable au paludisme avec plus du tiers des cas en consultation externe et plus de la moitié des cas en hospitalisation. Les femmes enceintes occupent une faible proportion (5% et 6%) des cas du fait certainement du traitement préventif intermittent (TPI).

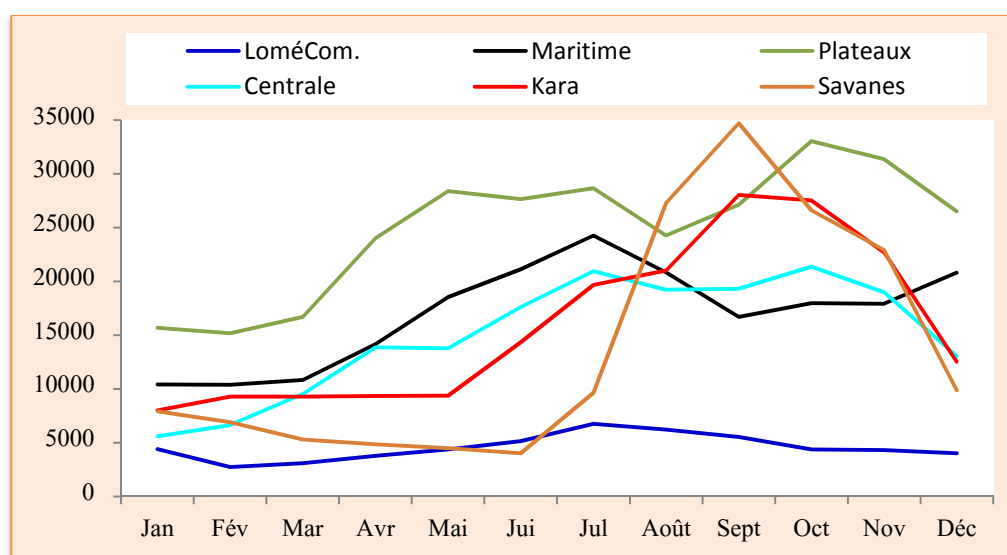


Figure 8: Evolution mensuelle des cas de paludisme par région en 2015

L'évolution mensuelle des cas varie selon les régions. La région Lomé Commune a enregistré moins de cas que les autres régions. Cette situation peut s'expliquer soit par la faiblesse de la contamination palustre (taux de positivité faible) ou soit par la sous notification par les hôpitaux de référence. L'analyse des tendances n'est pas très aisée du fait de l'incomplétude des données et parfois la qualité des données. Néanmoins on note une adéquation entre le nombre de cas et la période de l'année, selon que ce soit une période de faible transmission (décembre à juin) ou de forte transmission (juillet à novembre).

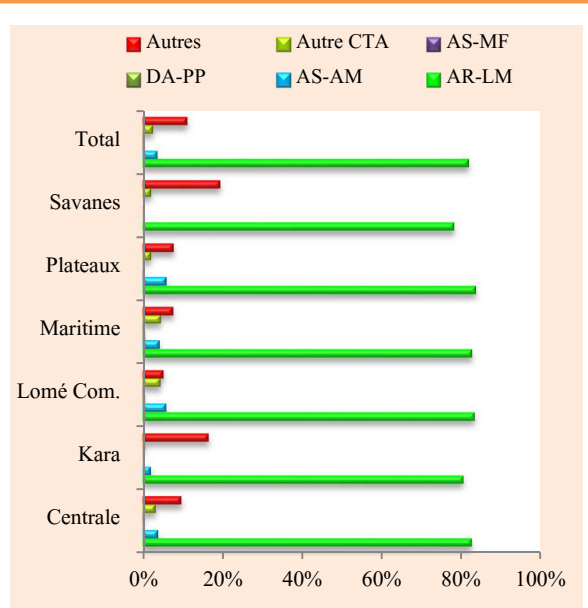
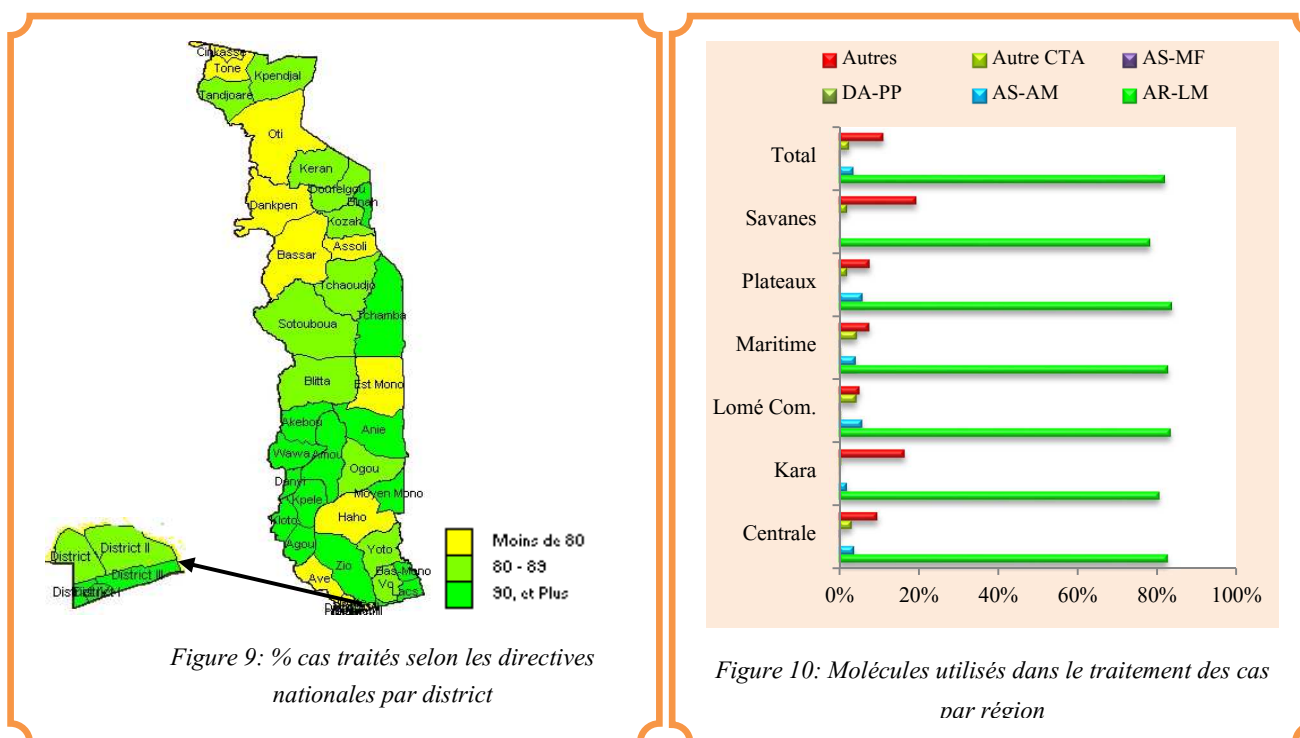
### c. Traitement des cas de paludisme simple

Le traitement des cas de paludisme simple dans les formations se fait avec plusieurs antipaludiques. Comme annoncé plus haut, les antipaludiques recommandés sont les CTA (Artémeter-Luméfantrine, Artésunate-Amodiaquine, Dihydroartémisinine-Pipéraquine et Artésunate-Méfloquine). Le tableau suivant montre le niveau d'utilisation de ces antipaludiques dans la prise en charge des cas de paludisme simple.

Tableau IX: Niveau d'utilisation des CTA

Régions	Cas palu	Cas traités avec CTA		Autres molécules	% traitement conforme
		Recommandés	Non recommandés		
Centrale	174 133	151 425	5 617	17 091	87%
Kara	185 137	153 074	1 276	30 787	83%
Lomé Com.	51 493	46 436	2 296	2 761	90%
Maritime	200 269	175 551	9 145	15 573	88%
Plateaux	287 750	258 898	6 165	22 687	90%
Savanes	159 606	124 948	3 441	31 217	78%
<b>Total</b>	<b>1 058 388</b>	<b>910 332</b>	<b>27 940</b>	<b>120 116</b>	<b>86%</b>

Hormis la région des Savanes, plus 80% des traitements des cas de paludisme simple dans les autres régions répond aux directives nationales.



Le respect des directives nationales de traitement est à 90% et plus dans 19 districts sur les 40 districts que compte le pays. Les districts qui sont à moins de 80% se situent majoritairement dans les régions Kara et Savanes. C'est également dans ces régions que l'utilisation des médicaments autres que les CTA sont élevés (figure 10).

**d. Traitement des cas de paludisme grave en hospitalisation**

La prise en charge des cas de paludisme grave en hospitalisation est présentée dans les tableaux suivants :

Tableau X: Paludisme grave et décès dus au paludisme par région

Régions	Paludisme grave			Décès dus au paludisme				
	Hospitalisation toutes cause	Paludisme grave	%	Décès toutes causes	Décès de paludisme	%	Létalité	% Palu. grave
Centrale	17 437	5 646	32%	738	269	36%	5%	3%
Kara	16 983	5 886	35%	776	163	21%	3%	3%
Lomé Com.	39 113	3 118	8%	2 385	138	6%	4%	6%
Maritime	19 721	3 534	18%	936	135	14%	4%	2%
Plateaux	34 262	10 701	31%	1 116	248	22%	2%	4%
Savanes	13 499	4 771	35%	611	174	28%	4%	3%
<b>Total</b>	<b>141 015</b>	<b>33 656</b>	<b>24%</b>	<b>6 562</b>	<b>1 127</b>	<b>17%</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>

La proportion des cas grave est faible dans les régions Lomé Commune et Maritime (respectivement 8% et 18%). Par contre elle se situe varie 31% et 35%. La même situation est constatée au niveau des décès mais il faut relever dans ce cas que la région centrale a la plus forte proportion des décès et une létalité supérieure aux autres régions. Les décès dus au paludisme anémique se chiffrent à 750 (67%) et au paludisme neurologique sont de 333 (30%).

Tableau XI: Paludisme grave et décès dus au paludisme par groupe d'âge et par régions

Régions	Paludisme grave			Décès dus au paludisme		
	Patients < 5 an	Patients 5 an et plus	Femmes enceintes	Patients < 5 an	Patients 5 an et plus	Femmes enceintes
Centrale	3 171	2 149	326	217	50	2
Kara	3 382	2 059	445	132	30	1
Lomé Com.	1 504	1 574	40	86	52	0
Maritime	1 522	1 687	325	83	52	0
Plateaux	6 449	3 366	886	186	62	0
Savanes	3 844	780	147	141	33	0
<b>Total</b>	<b>19 872</b>	<b>11 615</b>	<b>2 169</b>	<b>845</b>	<b>279</b>	<b>3</b>
<b>%</b>	<b>59%</b>	<b>35%</b>	<b>6%</b>	<b>75,0%</b>	<b>24,8%</b>	<b>0,3%</b>

Ce tableau démontre encore que les enfants constituent la cible la plus vulnérable du paludisme : 59% des cas de paludisme grave et ¾ des décès dus au paludisme.

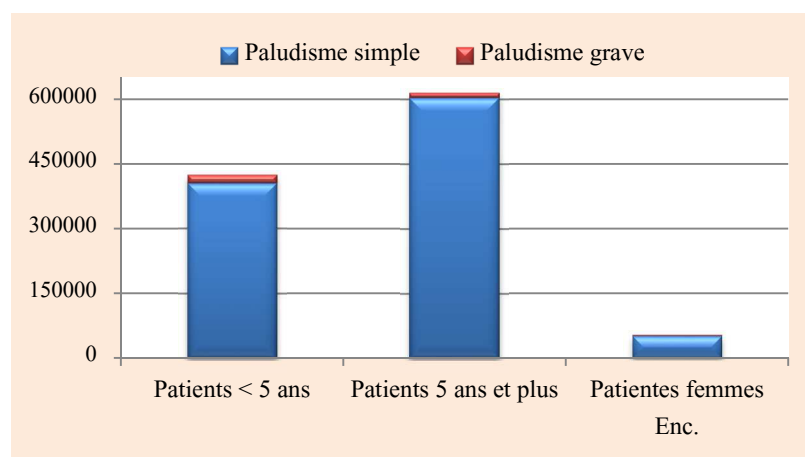


Figure 11: Situation du paludisme simple et grave par groupes d'âge

La proportion des cas de paludisme grave est de 3%. Selon les groupes d'âge elle est de 5% chez les patients de moins de 5 ans, 2% chez les patients de 5 ans et plus et 4% chez les femmes enceintes. C'était presque la même situation en 2014 où on avait respectivement 5%, 2% et 5%.

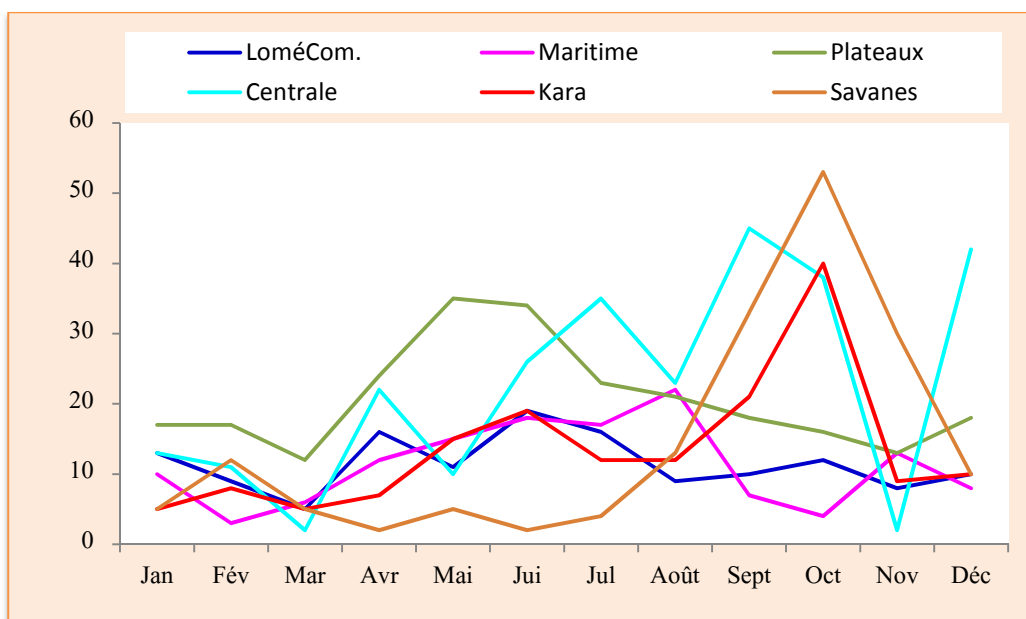


Figure 12: Evolution mensuelle des cas de décès dus au paludisme par région en 2015

L'évolution des cas de décès dus au paludisme suit l'évolution des cas grave de la maladie. Cependant les retard de rapportage des hôpitaux, telle que la situation de la région Centrale en novembre et décembre, ne permette pas une meilleure compréhension de l'évolution des cas que ce soit en consultation externe qu'en hospitalisation.

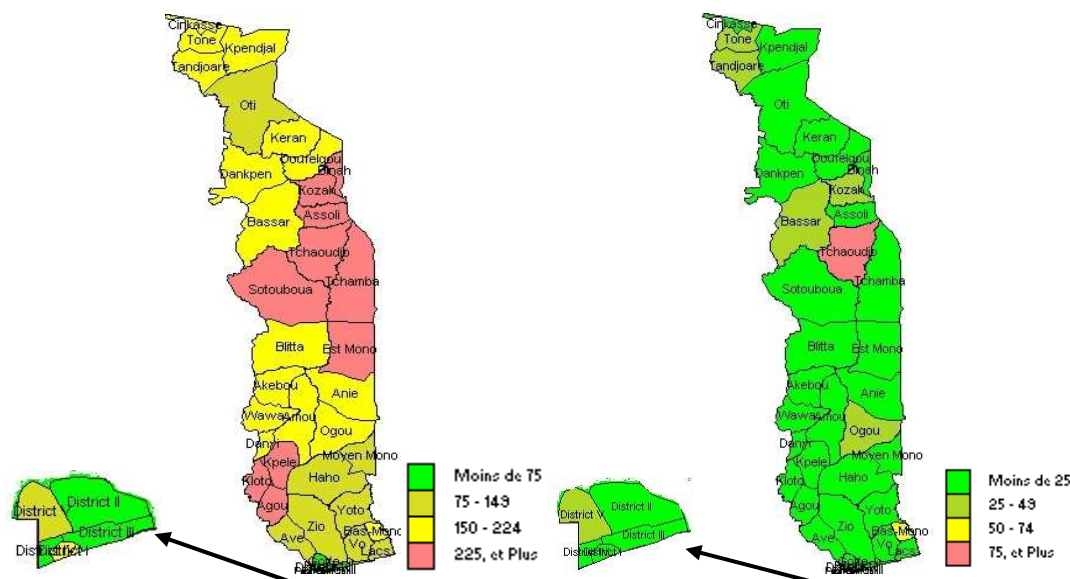


Figure 13: Morbidité hospitalière (p/1000)

Figure 14: Mortalité hospitalière (p/100000)

### 5.2.2. Prise en charge des cas au niveau communautaire

La prise en charge communautaire des cas de paludisme s'effectue dans toutes les régions sanitaires du pays sauf la région Lomé Commune. La situation de cette prise en charge en 2015 est présentée dans le tableau suivant :

Tableau XII: résultats de prise en charge des cas en 2015

ONG	Cas toutes causes	Cas suspects de paludisme	Cas suspects testés	% cas testés	Cas de paludisme confirmé	% cas confirmés	Taux proportionnel	Cas de paludisme traités	% Cas traités
FODES (Savanes + Kara)	209 272	195 015	166 079	85%	145 283	74%	69%	136 630	94%
Plan Atakpamé (Centrale + Plateaux)	369 805	337 632	279 781	83%	234 686	70%	63%	231 668	99%
UONGTO (Maritime)	223 952	205 792	178 206	87%	138 698	67%	62%	136 608	98%
<b>Total</b>	<b>803 029</b>	<b>738 439</b>	<b>624 066</b>	<b>85%</b>	<b>518 667</b>	<b>70%</b>	<b>65%</b>	<b>504 906</b>	<b>97%</b>

Au niveau communautaire la confirmation du paludisme se fait avec le test de diagnostic rapide (TDR) et le traitement se fait par Artéméther-Luméfántrine. Les femmes enceintes, les cas de paludisme grave et les cas non paludisme sont référés vers les formations sanitaires pour une prise en charge adéquate.

Tableau XIII: Répartition des cas par groupes d'âge

ONG	Paludisme chez les moins de 5 ans	Paludisme chez les 5 ans et plus	Total
<b>FODES</b>	56 970	88 313	145 283
<b>Plan Atakpamé</b>	82 687	151 999	234 686
<b>UONGTO</b>	47 533	91 165	138 698
<b>Total</b>	187 190	331 477	518 667
<b>%</b>	<b>36%</b>	<b>64%</b>	<b>100%</b>

Comme au niveau des formations sanitaires, les enfants restent la couche la plus touchée par le paludisme avec plus du tiers des cas reçus.

### 5.2.3. Synthèse de la prise en charge des cas de paludisme simple

Au total 1 610 711 cas de paludisme ont été notifiés en 2015. Le graphique suivant montre la proportion par niveau de prise en charge.

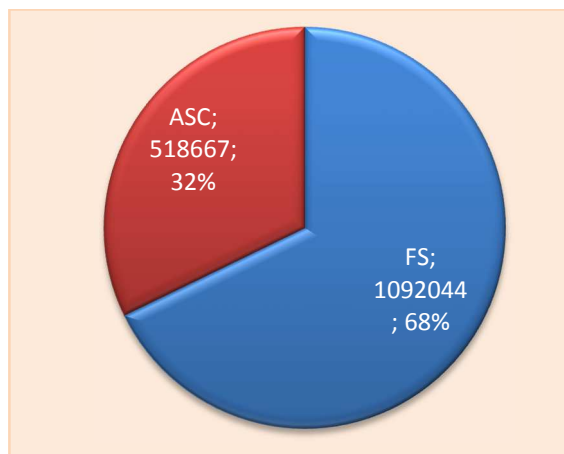


Figure 15: Répartition des cas de paludisme par niveau de soins

#### 5.2.4. Evolution de la morbidité et de la mortalité palustre dans les formations sanitaires

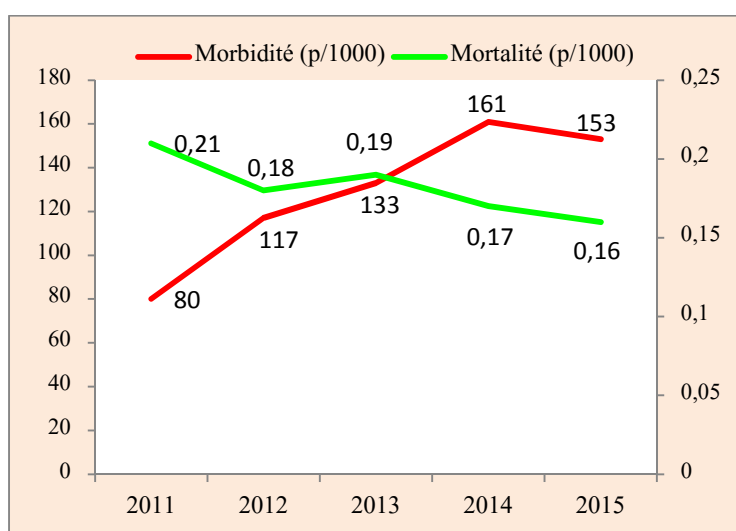


Figure 16: Evolution de la morbidité et de la mortalité de 2011-2015

Le graphique montre une ascension des cas de paludisme et régression des décès dus au paludisme. L'augmentation des cas s'expliquerait par l'amélioration de la fréquentation des structures sanitaires et de la prise en charge communautaire depuis 2012 quand la gratuité de la prise en charge des cas de paludisme simple a été décrétée par le gouvernement du Togo. Cette amélioration pourra conduire à la précocité de la prise en charge des cas avec comme bénéfique la réduction des cas grave (source des décès) et de façon logique la réduction des cas de décès.

#### 5.4. Effet de la CPS dans la région des Savanes

La chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) a été mise en œuvre dans la région des Savanes en 2013 et 2014 pendant la période de forte transmission palustre d'Août à Novembre. En 2015 l'intervention n'a pas pu être réalisée à cause de l'indisponibilité de la SP-AQ. Le graphique ci-dessous montre, au cours de cette période de haute transmission palustre, une cassure des courbes du fait de la mise en œuvre de cette stratégie. La leçon à tirer est que la CPS doit être maintenue sur un certain nombre d'année afin d'obtenir un impact réel.

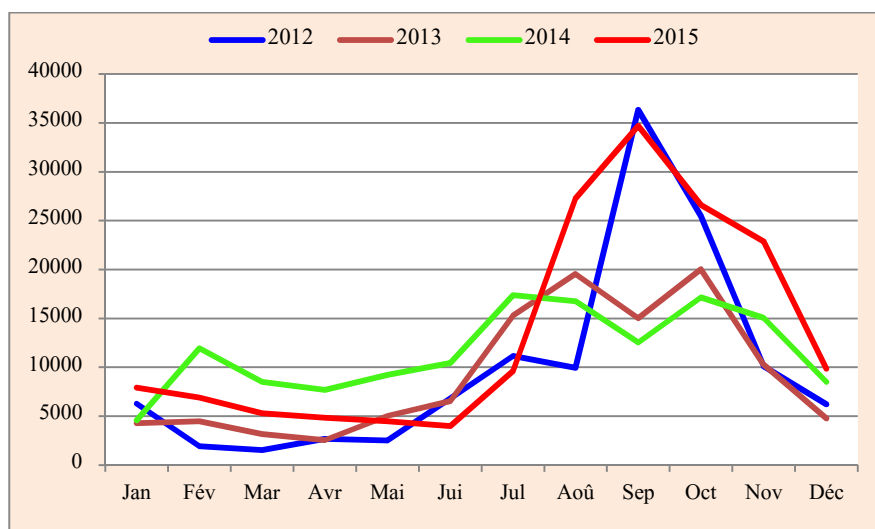


Figure 17: Effet de la CPS dans la région des Savanes

### 5.5. Information, éducation et communication (IEC/CCC)

L'essentiel des activités de communication et de mobilisation sociale est réalisé par Plan Togo, Bénéficiaire Principal de la subvention de la série 9 du Fonds mondial. Ainsi, les activités programmées sur les médias de proximité et les séances de sensibilisation audiovisuelles organisées par les ONG dans les communautés se sont poursuivies. Le suivi de la mise en œuvre de ces activités a été assuré par le cabinet CERA.

Tableau XIV: Nombre par technique de communication

	Emissions radio et télé réalisées	Spot radio et télé diffusés	Vidéo sensibilisation réalisés dans les communautés	Personnes touchées par les vidéo sensibilisations
<b>Nombre</b>	266	10225	369	78398

### 5.6. Gestion des stocks de médicament

Au cours de l'année 2015 les formations sanitaires comme les ASC ont connu de rupture des CTA et des TDR. La situation des ruptures est présentée dans les tableaux suivants.

Tableau XV: Rupture CTA

Régions	Nombre FS	Nombre FS n'ayant pas connu de rupture de CTA							
		Trimestre 1		Trimestre 2		Trimestre 3		Trimestre 4	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
<b>Centrale</b>	103	56	54%	96	93%	79	77%	91	88%
<b>Kara</b>	132	118	89%	127	96%	110	83%	122	92%
<b>Lomé Com.</b>	59	59	100%	59	100%	59	100%	59	100%
<b>Maritime</b>	170	144	85%	153	90%	154	91%	163	96%
<b>Plateaux</b>	223	200	90%	202	91%	186	83%	201	90%
<b>Savanes</b>	87	73	84%	78	90%	46	53%	62	71%
<b>Total</b>	<b>774</b>	<b>650</b>	<b>84%</b>	<b>715</b>	<b>92%</b>	<b>634</b>	<b>82%</b>	<b>698</b>	<b>90%</b>

Tableau XVI: Rupture TDR

Régions	Nombre FS	Nombre FS n'ayant pas connu de rupture de TDR							
		Trimestre 1		Trimestre 2		Trimestre 3		Trimestre 4	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Centrale	103	101	98%	101	98%	103	100%	102	99%
Kara	132	127	96%	129	98%	129	98%	128	97%
Lomé Com.	59	57	97%	59	100%	58	98%	59	100%
Maritime	170	169	99%	168	99%	167	98%	168	99%
Plateaux	223	218	98%	217	97%	217	97%	217	97%
Savanes	87	85	98%	87	100%	85	98%	85	98%
<b>Total</b>	<b>774</b>	<b>757</b>	<b>98%</b>	<b>761</b>	<b>98%</b>	<b>759</b>	<b>98%</b>	<b>759</b>	<b>98%</b>

Tableau XVII: rupture de CTA chez les ASC

	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4
Nombre d'ASC	6000	6000	6000	6000
Nombre d'ASC n'ayant connu de rupture	4378	5154	4420	4420
%	73%	86%	74%	74%

### 5.7. Financement des activités (à compléter par les financiers)

Tableau XVIII: Résultats financiers

Sources de financement	Montant mobilisé (fcfa)	Montant décaissé (fcfa)	Montant dépensé (fcfa)	Taux de décaissement	Taux de consommation
<b>Fonds Mondial</b>	4 578 962 939	2 145 627 475	1 826 589 669	39,89%	85,13%
<b>UNICEF</b>	0	0	0	0	0
<b>OMS</b>	0	0	0	0	0
<b>B. Mondiale</b>	10 670 535	10 670 535	10 670 535	100,00%	100,00%
<b>Etat</b>	75 000 000	50 000 000	50 000 000	66,67%	100,00%
<b>Corps de la paix</b>	21 528 906	21 528 906	21 528 906	100,00%	100,00%
<b>TOTAL</b>	<b>4 686 162 380</b>	<b>2 227 826 916</b>	<b>1 908 789 110</b>	<b>40,73%</b>	<b>85,68%</b>

### 5.8. Résultats d'étude réalisée par le programme

Dans le cadre de ses activités de recherche, le PNLP a organisé une enquête pour évaluer la qualité de la prise en charge dans les formations sanitaires et au niveau communautaire. Cette enquête qui s'est déroulée du 26 au 31 octobre 2015 dans 85 formations périphériques et 25 hôpitaux de 17 districts sanitaires du pays. L'objectif de cette



étude était d'évaluer la qualité de la prise en charge des cas de paludisme aux différents à savoir les unités de soins périphérique, les hôpitaux et au niveau communautaire la satisfaction des bénéficiaires.

La méthodologie de l'enquête est inspirée de l'OMS avec revue documentaire et observation du prestataire. Les principaux résultats de cette étude sont :

#### **5.7.1. Prise en charge du paludisme simple dans les formations sanitaires**

Au total 2125 enregistrements de patients reçus pour fièvre, antécédents de fièvre ou température  $>38^{\circ}\text{C}$  ont été étudiés dans les 85 USP. Les résultats ont montré la disponibilité des registres de consultation (97,6%), la prise des constantes (âge sexe et température) dans plus de 98%, le diagnostic présomptif correct (75,2%), la consignation du traitement avec CTA dans les registres (66%).

En outre 85 agents de santé observés dans la démarche de prise en charge d'un cas de fièvre (diagnostic et le traitement) a permis de relever un bon accueil (98,8%), la prise de constantes (97,6%), la recherche de signes de danger (87,1%), la réalisation de TDR (91,8%), le diagnostic correcte (85%), le traitement correcte (68%) et la prise en charge correcte à un pourcentage de 61%.

#### **5.7.2. Prise en charge du paludisme grave dans les hôpitaux**

Au total 675 dossiers d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour paludisme grave ont été étudiés avec 55,9% de sexe masculin, 51,9% provenant de milieu rural et 31% référés. A l'issu de cette analyse documentaire, on a noté que la formes anémique du paludisme grave étaient les plus importantes (44%), les constantes (âge, poids et température) sont marquées dans 94% des cas, les signes de l'examen clinique dans 71% des cas et les tests de confirmation dans 70,4% des cas. Les molécules les plus utilisées pour le traitement du paludisme grave sont Artéméther injectable dans 442 dossiers, Quinine injectable dans 123 dossiers et Artésunate injectable dans 99 dossiers. En définitive la prise en charge correcte représente 69,2% avec des taux allant de 42,4% à Lomé Commune à 90% dans Plateaux.

#### **5.7.3. Prise en charge au niveau communautaire**

Au total 150 ASC répartis sur les 5 régions (Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes) ont été interviewés et observés. Ils ont été évalués sur leur connaissance du paludisme et la démarche de prise en charge d'un cas de fièvre. Les ASC interviewés ont un âge moyen qui tourne autour de 40 ans et sont majoritairement du sexe masculin (88%), mariés (92%), un niveau secondaire de scolarité (83,8%) et agriculteur ou éleveur (83,6%). Les ASC ne disposant pas de moyen de déplacement représentent 47,3%. En matière de paludisme ont une bonne connaissance du mode de transmission (98%), de la définition (90%), de la prévention avec MILDA (98%) et du traitement (médicament Coartem 100%, posologie par tranche d'âge 80% et durée de traitement 94,7%). Par contre le processus diagnostic est à améliorer. Seulement 73,3% savent à qui il faut faire le TDR et 58% connaissent le temps de lecture du TDR ; 13,6% savent comment calculer la quantité d'intrants à commander.

L'observation des ASC a révélé un bon accueil et une bonne prise de constante (96%), une faible recherche signes de danger pour le transfert (52,7%) et une faible prise en charge intégrée avec la diarrhée (29,7%) et la toux (25,8%). Par ailleurs l'évaluation montre que le diagnostic est jugé de qualité dans 50% des cas, le traitement de qualité dans 59% des cas et la prise en charge correcte dans 37% des cas.

#### **5.7.4. Satisfaction des bénéficiaires**

Au total de 842 personnes sont interrogées pour apprécier leur satisfaction par rapport à l'offre de soins. Il s'agit 562 femmes contre 280 hommes d'un âge moyen de 33 ans dont 77,7 du milieu rural et 22,3 du milieu urbain réparties en

1/3 avec niveau secondaire, 1/3 niveau primaire et 1/3 sans niveau. Après analyse des données les résultats montrent que l'accueil est satisfaisant (97%), le temps d'attente selon les patients varie de 18 minutes et 92% sont satisfaits des informations fournies par les prestataires sur leur maladie.

## **6. FORCES ET FAIBLESSES**

### **6.1. Forces**

- ▶ Amélioration des indicateurs de TPI3 (38%), de la confirmation des cas de paludisme (96%) et du respect des directives de prise en charge (86%) ;
- ▶ Légère régression de la mortalité hospitalière due au paludisme (0.16 p/1000).

### **6.2. Faiblesses**

- ▶ Faible couverture des indicateurs de prévention (MILDA, TPI) qui sont en deçà des objectifs
- ▶ Inadéquation entre la programmation et les ressources disponibles (beaucoup d'activités sans financement)
- ▶ Faiblesse du système de gestion (supervision, monitoring, compétence des acteurs, gouvernance, etc.)
- ▶ Faible qualité des données de routine

## **7. DEFIS**

- ▶ Atteinte des objectifs fixés
- ▶ Respect des directives dans la mise en œuvre des interventions
- ▶ Planification coordonnée des activités (NFM, PASMINE, interventions de routine)
- ▶ Disponibilité des intrants
- ▶ Formation des acteurs
- ▶ Renforcement du suivi-évaluation (supervision, qualité des données, réalisation des enquêtes)
- ▶ Bonne gouvernance
- ▶ Maintenir les acquis
- ▶ Faire une planification objective, réaliste et pertinente orientée vers les interventions à haut impact ;

## **CONCLUSION**

Comme des années antérieures, le PNLP a élaboré et mis en œuvre le plan opérationnel 2015 dans le cadre de l'opérationnalisation du plan stratégique 2011-2017. Les activités de routine se sont poursuivies au niveau opérationnel. Même s'il y a eu une amélioration de certains indicateurs, les résultats obtenus sont en deçà des attentes. Le système de lutte contre le paludisme fait face à plusieurs défis pour combler les attentes des populations en matière de réduction de souffrances liées au paludisme.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Evolution de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme de 2000 à 2015

Années	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Population	4 629 000	4 740 000	4 854 000	4 970 000	5 090 000	5 212 000	5 470 000	5 620 000	5 790 000	5 960 000	6 130 000	6 368 458	6 547 806	6 614 197	6925003	7121674
Cas de paludisme (FS)	482 508	501 884	586 419	490 256	516 344	437 662	566 450	715 615	898 823	961 807	983 430	506 764	768 287	881 611	1113928	1092044
Cas de paludisme (ASC)	0	0	0	0	0	0	0	0	129 268	283 345	419 944	0	235 052	82 904	394 088	518667
Total cas paludisme (FS+ASC)	482 508	501 884	586 419	490 256	516 344	437 662	566 450	715 615	1 028 091	1 245 152	1 403 374	506 764	768 287	964 515	1508016	1 606326
Décès dû au paludisme	1 209	1 356	1 663	1 130	1 183	1 056	819	1 236	1 384	1 556	1 507	1 314	1 197	1361	1205	1127
Incidence (n/1000 hbts) au niveau FS	104	106	121	99	101	84	104	127	155	161	160	80	117	133	161	153
Mortalité (n/1000 hbts) au niveau FS	0,26	0,29	0,34	0,23	0,23	0,20	0,15	0,22	0,24	0,26	0,25	0,21	0,18	0,19	0,17	0,16

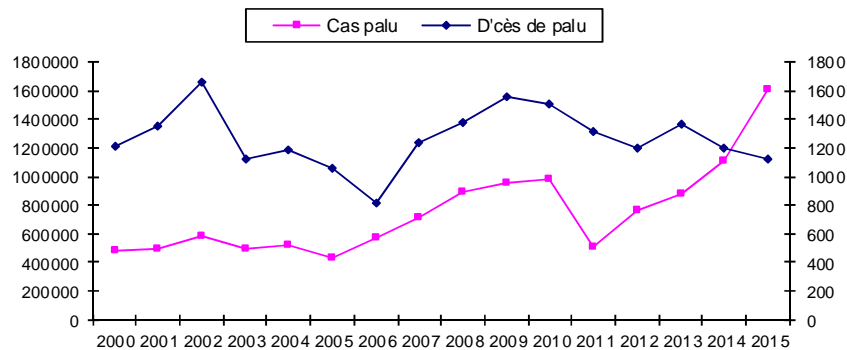


Figure 18: Evolution des cas de paludisme et des cas de décès dus au paludisme de 2000-2015

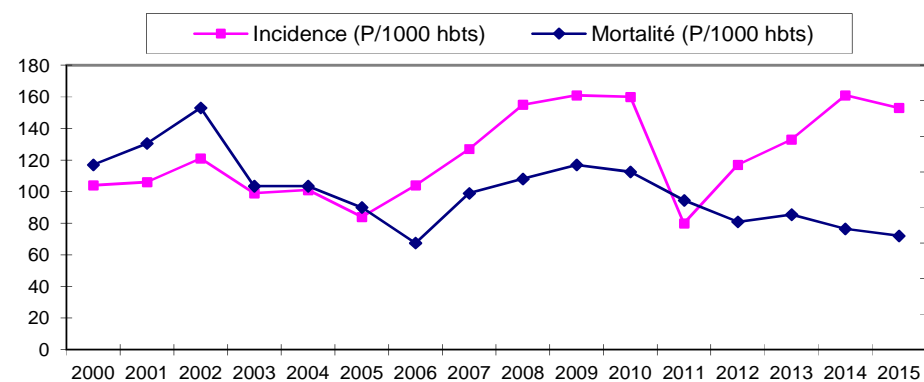


Figure 19 : Evolution de la morbidité et de la mortalité hospitalière du paludisme de 2000-2015

*Annexe 2 : Indicateurs par district*

Districts sanitaires	Couverture TPI2	Couverture TPI3	% cas testés	% cas confirmé	Positivité (%)	% cas traités conforme	Morbidité (P/1000)	Mortalité (P/1000)
Blitta	66	32	92	74	74	83	185	0,09
Sotouboua	73	48	89	74	77	84	273	0,16
Tchamba	58	28	91	62	67	94	238	0,03
Tchaoudjo	63	36	96	68	66	87	296	1,01
<b>TOTAL CENTRALE</b>	65	36	93	69	70	87	253	0,38
Assoli	82	35	100	73	68	75	299	0,14
Bassar	65	32	93	65	63	79	219	0,28
Binah	69	42	97	73	63	95	257	0,14
Dankpen	62	20	97	75	75	78	160	0,05
Doufelgou	67	32	100	67	67	81	216	0,01
Kéran	60	32	100	83	70	83	154	0,06
Kozah	68	40	98	72	63	85	240	0,35
<b>TOTAL KARA</b>	66	33	97	72	66	83	216	0,18
DDS1	68	53	97	32	31	98	175	0,00
DDS2	76	53	93	35	32	89	34	0,07
DDS3	58	34	98	27	26	95	37	0,06
DDS4	87	67	92	29	30	99	53	0,00
DDS5	74	53	98	44	39	86	96	0,40
<b>TOTAL LOME COM.</b>	71	50	96	36	33	90	57	0,14
Avé	59	38	99	71	70	74	177	0,01
Bas Mono	74	43	98	72	59	97	185	0,60
Golfe	72	54	90	33	36	76	43	0,00
Lacs	59	35	98	57	55	97	133	0,13
Vo	63	36	93	70	73	86	136	0,02
Yoto	68	39	96	67	64	89	131	0,07
Zio	60	34	98	70	63	95	131	0,09
<b>TOTAL MARITIME</b>	66	43	95	57	56	88	101	0,07
Agou	79	55	99	78	76	92	237	0,04
Akébou	60	29	100	65	65	95	150	0,00
Amou	69	41	100	73	69	91	204	0,07
Anié	49	22	99	74	74	95	202	0,03
Danyi	65	36	100	67	65	97	152	0,02
Est Mono	46	17	86	62	70	92	240	0,12
Haho	61	34	93	82	79	74	149	0,19
Kloto	80	62	100	71	64	92	251	0,18
Kpélé	68	48	99	63	64	95	229	0,21
Moyen Mono	66	42	98	80	79	92	108	0,00
Ogou	69	39	98	70	62	88	155	0,40
Wawa	70	35	99	74	73	96	212	0,08
<b>TOTAL PLATEAUX</b>	63	36	97	71	69	90	189	0,16
Cinkassé	80	60	100	57	57	73	152	0,00
Kpendjal	41	15	93	71	76	81	163	0,00
Oti	46	17	97	75	73	76	123	0,03
Tandjoaré	64	35	100	75	73	88	191	0,27
Tone	63	37	94	68	63	75	209	0,40
<b>TOTAL SAVANES</b>	56	30	96	69	67	78	173	0,18
<b>TOTAL</b>	64	38	96	65	63	86	153,34	0,16