MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA PREVENTION

DIRECTION DE LA SANTE

DIVISION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple– Un But – Une Foi

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

PNLP

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL

2011 - 2015

Août 2010

- **AVANT PROPOS**
- **SIGLES ET ABREVIATIONS**
- **RESUME**

I. INTRODUCTION

II. PROFIL PAYS

1. Milieu physique, écosystème, environnement et climat
2. Organisation administrative
3. Caractéristiques de la population
4. Pratiques socio culturelles en rapport avec la santé
5. Situation socioéconomique
6. Education

III. SYSTEME DE SANTE

1. Organisation
2. Infrastructures, Equipements
3. Ressources Humaines
4. Ressources financières
5. Point forts du système de santé pour l'atteinte des OMD
6. Points faibles pouvant entraver l'atteinte des objectifs de la lutte contre le paludisme

IV. EPIDEMIOLOGIE DU PALUDISME

1. Parasites et vecteurs
2. Dynamique de la transmission et stratification
3. Evolution des cas et décès

V. ANALYSE DE LA PERFORMANCE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU SENEGAL EN JUIN 2010

1. Historique de la lutte contre le paludisme
2. Résultats actuels de la lutte
3. Forces et faiblesses

    3.1 Contrôle des vecteurs du paludisme

    3.2 Paludisme pendant la grossesse

    3.3 Diagnostic du paludisme et prise en charge des cas

    3.4 Préparation et réponse aux épidémies de paludisme et aux situations d'urgence

    3.5 Gestion des achats et des approvisionnements

    3.6 Promotion de la santé

    3.7 Gestion du programme

    3.8 Surveillance, suivi et évaluation

VI. PLAN STRATEGIQUE 2011 – 2015

1. Cadre stratégique

    1.1 Vision

    1.2 Mission du programme

    1.3 Orientations stratégiques

    1.4 Principes directeurs

    1.5 Buts

    1.6 Objectifs spécifiques

2. Domaines d'interventions et stratégies de mise en oeuvre

    2.1 Lutte anti - vectorielle

    2.2 Paludisme et grossesse

2.3 Prise en charge des cas

2.4 Epidémies et urgences

2.5 Gestion des achats et approvisionnement

2.6 Promotion de la santé

2.7 Suivi Evaluation

2.8 Gestion du programme

VII. MISE EN OEUVRE DU PLAN STRATEGIQUE

1. Plan de mise en œuvre
2. Administration et gestion du plan stratégique
3. Budget

VIII. CONCLUSION

- **BIBLIOGRAPHIE**
- **ANNEXES**

Annexe 1 : Cadre de performance

Annexe 2 : Financement du plan stratégique

Annexe 3 : Activités et budget

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableaux

Tableau 1: Organisation territoriale et locale de la République du Sénégal
Tableau 2 : Estimation de l'évolution de la population du Sénégal de 2011 à 2015
Tableau 3 : Exemple de déficits et normes en personnel (années 2007)
Tableau 4 : Faiblesses et actions correctrices proposées dans la Revue du Programme Paludisme
Tableau 5 : Répartition de la population à risque par Strate
Tableau 6 : Evolution des indicateurs du programme paludisme de 2005 à 2009
Tableau 7 : Plan de mise en œuvre du Plan Stratégique
Tableau 8: Synthèse du Budget du Plan Stratégique

Figures et graphiques

Figure 1 : Incidence du paludisme pour 1000 habitants par région en 2009
Figure 2 : Nombre de cas de paludisme tous groupes confondus par année de 2000 à 2009
Figure 3. Cas de paludisme diagnostiqués au niveau de l'Observatoire de Niakhar
Figure 4 : Evolulution du nombre de cas de décès dus au paludisme de 2005 à 2009

Cartes

Carte1 : Principaux vecteurs du paludisme au Sénégal
Carte 2 : Incidence du paludisme par district pour 1000 habitants

- **AVANT PROPOS**

En 2005, le paludisme représentait 32,5% des consultations dans les structures de santé et 20,65% des cas de décès chez les patients hospitalisés (Source PNLP, 2005). Il constituait alors la première cause de morbidité et de mortalité au Sénégal.

Le plan stratégique 2006 – 2010, élaboré dans un contexte de définition des objectifs d'Abuja a toutefois permis d'identifier des interventions et stratégies pertinentes qui ont permis de réduire considérablement la morbidité et la mortalité liées au paludisme dans notre pays.

L'avènement du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme a permis de mettre à la disposition des pays des moyens considérables pour la mise à l'échelle des interventions. Pendant la même période, d'autres partenaires notamment le gouvernement des Etats Unis d'Amérique avec le projet PMI, la Banque Mondiale à travers le projet de gestion intégrée des ressources en eau (PGIRE) de l'Organisation de la Mise en Valeur du fleuve Sénégal (OMVS), la Banque Islamique de Développement (BID), la République de Chine, ont apporté un appui technique et financier sans précédent, permettant ainsi au PNLP du Sénégal de se doter des meilleurs outils de lutte contre le paludisme disponibles dans le monde. C'est ainsi que des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action ont pu être distribuées aux populations. , Dans le même ordre d'idées, les tests de diagnostic rapide ont été mis en place dans les structures de santé et ont révolutionné la prise en charge du paludisme au Sénégal.

Saisissant cette formidable opportunité offerte par les bailleurs de fonds internationaux, le PNLP a toujours été à l'avant-garde pour la mise en œuvre des directives de l'OMS.

C'est ainsi que le Sénégal fait partie des premiers pays à avoir introduit les ACT en 2006. La même année, les aspersions intra domiciliaires ont débuté au niveau de 3 districts pilotes, grâce au soutien du projet PMI.

Une année plus tard en 2007, les tests de diagnostic rapide (TDR) ont été introduits et rapidement mis à l'échelle. Aujourd'hui, le taux de confirmation des cas de paludisme au niveau des structures de santé, atteint 90%.

En 2008, la prise en charge des cas de paludisme à domicile (PECADOM) a été mise en œuvre et présentement plus de 600 (six cent) villages bénéficient de cette stratégie. En 2009, la stratégie de couverture universelle (un lit, une moustiquaire) a été lancée et mise en œuvre dans 4 régions.

L'analyse des conclusions de la revue de performance du programme, nous a amené à adopter des orientations plus ambitieuses pour le présent plan stratégique 2011-2015 qui s'inscrit résolument dans une perspective globale de pré élimination du paludisme au Sénégal. Pour atteindre cet objectif, il nous faudra nécessairement renforcer les acquis à tous les niveaux mais aussi et surtout introduire des stratégies et approches novatrices allant dans le sens d'une surveillance épidémiologique plus élargie, d'une orientation des stratégies d'interventions en fonction du contexte local et d'une participation communautaire plus accrue.

C’est pourquoi, il est nécessaire de bâtir de larges coalitions avec l’ensemble des partenaires de la société civile, du secteur privé et des organisations communautaires de base en vue de mettre en œuvre des actions soutenues et de grande envergure au bénéfice des communautés affectées par l’endémie palustre.

L’atteinte des objectifs définis dans ce plan stratégique contribuerait à une amélioration de l’état de santé des citoyens sénégalais quel que soit l’endroit où ils se trouvent.

« Vaincre le paludisme : le compte à rebours a commencé » ne sera plus un slogan de campagne mais une action continue et soutenue mettant en avant un engagement politique fort et une implication accrue et effective des acteurs de la société civile, du secteur privé et des communautés.

- **SIGLES ET ABREVIATIONS**

ACT : Combinaison Thérapeutique à base de dérivé d'Artémésinine
AQ: Amodiaquine
AID: Aspersion intra domiciliaire
AMM: Autorisation de Mise sur le Marché
AMMREN: African Media and Malaria Research Network
AOI: Appel d'Offres Internationales
ASC : Agent de Santé Communautaire
ARMP: Autorité de Régulation des Marchés Publics
BAD : Banque Africaine de Développement
BID: Banque islamique de Développement
BM : Banque Mondiale
BREIPS: Bureau Régional de l'Education et de l'Information pour la Santé
BRH: Brigade Régionale d'Hygiène
CAP: Comportements Attitudes et Pratiques
CAS /PNDS : Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire
CCM : Commission nationale de Coordination du Fonds Mondial
CDC: Centers for Disease Control and Prevention
CDD : Comité Départemental de Développement
CDSMT: Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CEDEAO: Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CLD : Comité Local de Développement
CIP: Communication Interpersonnelle
CPN : Consultation prénatale
CRD: Comité Régional de Développement
CS : Centre de Santé
CU: Couverture Universelle
DAGE : Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
DANSE: Division de l'Alimentation, de la Nutrition et du Survie de l'enfant
DI/DSE: Division de l'immunisation/Division de la Surveillance Epidémiologique
DLM: Division de Lutte contre la Maladie
DPM : Direction de la Prévention Médicale
DHP : Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique
DLSI: Division de la Lutte contre le SIDA
DPL: Direction des Pharmacies et Laboratoires
DS : Direction de la Santé
DSSP: Division des Soins de Santé Primaires
DSDOM: Dispensateur de soins à domicile
DSR : Division de la Santé de la Reproduction
DSRP: Document de Stratégie de la Réduction de la Pauvreté
DRH: Direction des Ressources Humaines
FAFS: Fédération des Associations Féminines du Sénégal
FMSTP : Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
FRP : Faire Reculer le Paludisme
ECD : Equipe Cadre de District

ECR : Equipe Cadre de Région
ENDSS : Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social
EPS : Education Pour la Santé
EDS: Enquête Démographique et Sanitaire
ENP: Enquête Nationale sur le Paludisme
HRP2: Histidin Rich Protein
GE : Goutte Epaisse
GMAP: Global Malaria Action Plan
IBC : Interventions à base Communautaire
ICP : Infirmier Chef de Poste
IEC /CCC: Information, Education, Communication/Communication pour un Changement de Comportement
IPD: Institut Pasteur Dakar
IRD : Institut de Recherche pour le Développement
ISED: Institut de Santé et Développement
JICA : Agence Internationale pour la Coopération Japonaise
JMP: Journée Mondiale du Paludisme
LAL: Lutte anti Larvaire
LAP: Lutte antipaludique
LAV : Lutte AntiVectorielle
LEVP: Laboratoire d'Ecologie Vectorielle et Parasitaire
LNCM: Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
LNME: Liste Nationale des Médicaments Essentiels
LPM: Laboratoire de Parasitologie Médicale
MACEPA: Malaria Control and Evaluation Partnership in Africa
MCD : Médecin - Chef de District
MCR : Médecin - Chef de Région
MESS: Monitoring and Evaluation Strengthening System tool
MII : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILDA: Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MIM: Initiative Multilatérale sur le Paludisme en Afrique
MICS: Enquête par grappe à indicateurs multiples
MIS: Enquête sur les indicateurs du paludisme
MSH : Management Sciences for Health
MSP : Ministère de la Santé et de la Prévention
MST/ SIDA : Maladies sexuellement Transmissibles/ Syndrome d'Immuno-DéficienceAcquise
OCB : Organisation Communautaire de Base
OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OMVS : Organisation pour la Mise en Valeur du Fleuve Sénégal
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ORSEC: Organisation des Secours
PECADOM: Prise en Charge des cas de paludisme à Domicile
PDDS : Plan Départemental de Développement Sanitaire
PDIS : Programme de Développement Intégré du Secteur de la Santé
PEC : Prise en Charge
PEV : Programme Elargi de Vaccination

PMI: President's Malaria Initiative
PMA: Paquet Minimum d'Activités
PNA : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNT: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
POCL: Plan Opérationnel des Collectivités Locales
PPN: Politique Pharmaceutique Nationale
PPS: Points de prestation de service
PRA : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PRDS : Plan Régional de Développement Sanitaire
Projet « P15 » : Projet de mise à l'échelle des IBC au niveau de 15 Districts Sanitaires
Projet « ABCD » : Projet « **A**tteindre les **B**énéficiaires **C**ommunautaires à travers les **D**istricts »
PS : Poste de Santé
RAC : Réseau d'Appui Communautaire
RBM: Roll Back Malaria
RM: Région Médicale
RO: Recherche Opérationnelle
RPP/ MPR**:** Revue du Programme Paludisme /–Malaria Program Review
SBH: Sous brigade d'Hygiène
SE: Suivi Evaluation
SG/NU: Secrétaire général des Nations Unies
SLAP : Section de Lutte Anti-Parasitaire
SISDAK: Salon International de la Santé de Dakar
SNEIPS : Service National de l'Education et de l'Information Pour la Santé
SNH : Service National de l'Hygiène
SNIS : Service National de l'Information Sanitaire
SP : Sulfadoxine Pyriméthamine
SIMR: Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte
SSP : Soins de Santé Primaires
TEC: Tarif Extérieur Commun
TDO : Traitement Directement Observé
TPI : Traitement Préventif Intermittent
TDR: Test de Diagnostic Rapide
UCAD : Université Cheikh Anta Diop de Dakar
UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF : Fonds de Nations Unies pour L'Enfance
USAID : Agence Internationale pour le Développement / Etat Unis d'Amérique
USP: United States Pharmacopeia
WHOPES: WHO Pesticides Scheme

- **RESUME**

Le paludisme occupe une place de choix dans le cadre de la lutte contre la maladie. En effet, le Sénégal a mis en place dès 1995 un Programme National de Lutte contre le Paludisme et élaboré trois plans quinquennaux stratégiques 1996- 2000, 2001-2005 et 2006-2010.
La mise en œuvre des plans stratégiques a permis de réduire de façon significative la morbidité et la mortalité liées au paludisme. Le taux de morbidité proportionnelle est passé de 35,72% de cas cliniques en 2001 à 3,07 % de cas confirmés en 2009. Dans la même période, la mortalité proportionnelle est passée de 29,72% à 4,41 %.

A la suite de la mise en œuvre du plan stratégique 2006-2010, Il a été mené entre mars et juin 2010 **la revue du programme paludisme**. Tous les domaines thématiques ont été ainsi analysés.

Les principaux points forts notés ont trait à :
- Un engagement politique fort au plus haut niveau de l'Etat à travers la Déclaration du Président de la République sur la volonté du Sénégal à traquer le paludisme et à s'orienter résolument vers son éradication
- La mobilisation des ressources nationales, locales et extérieures pour appuyer le financement de la mise en œuvre du plan stratégique
- La conformité de tous les médicaments et produits utilisés dans le cadre du programme aux normes internationales de l'OMS
- Un système de suivi entomologique fonctionnel dans les districts AID
- La disponibilité et la gratuité des TDR et ACT à tous les niveaux y compris le niveau communautaire
- La mise en œuvre effective de la PECADOM dans 80% des districts ciblés
- La gratuité de la SP pour le TPI chez la femme enceinte
- Le plan communication élaboré et mis en œuvre avec les partenaires au niveau central et périphérique
- Les sites sentinelles de surveillance fonctionnels le long de la vallée du fleuve Sénégal et dans les zones inondées de la capitale
- La mise en place d'un système de routine fonctionnel qui permet à tout moment de disposer des données sur le paludisme pour la prise de décision programmatique

La revue a aussi permis d'identifier **des défis majeurs** dans la mise en œuvre du programme notamment :
- La mobilisation des ressources pour le financement du plan stratégique 2011 – 2015
- La fonctionnalité des instances de coordination
- La disponibilité et l'accessibilité permanente des médicaments et produits antipaludiques
- La recherche de mesures plus efficaces dans les zones d'inondations et les régions de forte endémicité
- La pérennisation de la gratuité du traitement par les ACT
- La pérennisation des réseaux communautaires
- La réactualisation de la cartographie des zones à risque
- L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de suivi et évaluation du plan stratégique

Sur le plan épidémiologique, les tendances actuelles de la maladie montrent que les objectifs d'impact qui étaient fixés en 2006 dans le cadre du plan stratégique ont déjà été atteints avec une

baisse notable de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme. Cette baisse des indicateurs rapportée par les données de routine du Ministère de la Santé a été corroborée par l'enquête ENPS 2008-2009 qui a trouvé une prévalence parasitaire du paludisme de 5,7 % chez les enfants de moins de 5 ans en novembre 2008. Ces nouvelles tendances suggèrent fortement de réactualiser le profil épidémiologique et d'assurer une meilleure stratification des interventions.

C'est dans ce cadre que **quatre nouvelles strates** ont été identifiées pour la lutte contre le paludisme au Sénégal La strate I est constituée de 13 districts qui ont enregistré des cas de paludisme inférieur ou égal à 5 cas pour 1000 habitants. La strate II comprend 28 districts qui ont un nombre de cas entre 5 et 15 pour 1000 habitants. La strate III comprend 25 districts avec un nombre de cas supérieur à 15 pour 1000 habitants. La région de Dakar avec une situation hétérogène et des facteurs de risque liés aux inondations constitue la strate IV et doit faire l'objet d'une attention particulière.

Cette stratification permet la sélection de mesures plus adaptées à chaque strate. Ainsi, les districts de la strate I bénéficieront en plus de l'accès universel, d'activités spécifiques à la stratégie de pré – élimination c'est à dire la recherche active des cas et la détection précoce des recrudescences des cas et des épidémies. Les districts des strates II et III feront l'objet d'activités de renforcement du contrôle avec le maintien de l'accès universel aux interventions efficaces. Dans la strate IV, des activités de lutte anti larvaire viendront s'ajouter à celles mises en œuvre dans les autres strates.

Le plan stratégique 2011-2015 de lutte contre le paludisme au Sénégal est résolument engagé vers **l'accélération du contrôle du paludisme en vue de sa pré-élimination**, d'où sa vision d'un **« *Un Sénégal émergent sans paludisme* ».**

Ses orientations stratégiques alignées sur les Objectifs de Développement pour le Millénaire s'inscrivent dans la synergie et la collaboration avec les programmes en charge de la santé de la mère et de l'enfant. Il s'agit de la décentralisation, de la gouvernance locale, du partenariat avec le secteur privé et de la multi-sectorialité.
Le plan stratégique 2011-2015 s'inscrit dans l'accélération du contrôle du paludisme en vue l'atteinte du seuil épidémiologique de préélimination. L'accès universel au paquet d'interventions sera promu pour faciliter la protection des groupes vulnérables et populations défavorisées. Les zones à forte densité de populations et les zones à forte endémicité seront ciblées dans ce sens pour atteindre rapidement les objectifs fixés. La contribution au renforcement durable du système de santé est aussi une priorité.

Ses principes directeurs reposent conformément à la politique de santé du Sénégal sur l'équité dans l'accès aux soins de qualité, la gestion axée sur les résultats, l'amélioration de la gouvernance sanitaire, la recherche de complémentarité, la synergie avec les autres services et programmes du Ministère de la Santé, l'appui des partenaires et des autres secteurs de développement.

Le plan stratégique 2011-2015 a pour objectifs de réduire la morbidité liée au paludisme pour atteindre le seuil épidémiologique de pré élimination et de réduire la mortalité liée au paludisme de 75% d'ici 2015

Les objectifs spécifiques du plan sont :

Lutte anti – vectorielle :

- Amener au moins 80% de la population à dormir sous MILDA d'ici 2015
- Protéger au moins 90% de la population par les AID au niveau des zones ciblées d'ici 2015Traiter au moins 95% des gîtes larvaires productifs dans les zones ciblées d'ici 2015

Paludisme et grossesse :

- Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le TPI à la SP et les MILDA conformément aux directives nationales d'ici 2015
- Traiter tous les cas de paludisme chez les femmes enceintes vues dans les structures sanitaires conformément aux directives nationales d'ici 2015

Prise en charge des cas :

- Confirmer par la GE ou le TDR au moins 95% des cas suspects de paludisme
- Prendre en charge 100% des cas de paludisme diagnostiqués conformément aux directives nationales d'ici 2015

Epidémies et urgences

- Détecter précocement au moins 80% des épidémies et situations d'urgence d'ici 2015
- Contrôler toutes les épidémies et situations d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection, d'ici 2015

Gestion des achats et Approvisionnement

- Rendre disponibles de façon permanente les médicaments et produits anti – paludiques dans au moins 95% des formations sanitaires publiques et communautaires

Promotion de la santé

- Renforcer la promotion de la santé pour une meilleure efficacité des interventions de lutte contre le paludisme

Gestion du programme

- Renforcer les capacités managériales et opérationnelles à tous les niveaux

Suivi Evaluation

- Assurer la disponibilité à temps et l'utilisation des données pour le suivi et l'évaluation du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011-2015

L'atteinte de ces objectifs passera par la mise en œuvre d'un paquet d'interventions dans chacun des **huit principaux domaines thématiques** de la lutte contre le paludisme retenus.

Concernant **la lutte anti – vectorielle (LAV),** les principales interventions ont trait à la réactualisation des directives pour la LAV, le renforcement des capacités, l'accélération de la couverture universelle en MILDA dans tout le pays, le renforcement de la participation communautaire dans la mise en œuvre des AID et de la LAL, la promotion de la lutte anti larvaire et l'amélioration de la surveillance entomologique et du suivi-évaluation

La lutte contre le paludisme pendant la grossesse reposera sur l'amélioration de la prévention du paludisme pendant la grossesse, l'actualisation et la mise en œuvre des directives de prise en charge du paludisme pendant la grossesse

Sept interventions seront mises en œuvre dans le domaine de **la prise en charge des cas.** Il s'agit de la réactualisation de la politique et des directives de prise en charge du paludisme et de prophylaxie, le développement du partenariat avec le secteur privé, l'optimisation de la planification et de la gestion au niveau opérationnel, le renforcement des capacités, la systématisation de la confirmation biologique, le contrôle continu de la qualité des traitements antipaludiques et l'extension de la PECADOM dans les zones de forte endémicité

La gestion des épidémies et des urgences sera mis en œuvre à travers l'amélioration de la surveillance, l'optimisation de la gestion des épidémies et des situations d'urgence et le renforcement des capacités

La gestion des achats et approvisionnements sera mise en œuvre à travers la coordination de l'approvisionnement d'intrants, le renforcement des capacités à tous les niveaux, la collaboration avec le secteur privé et le renforcement du système d'assurance de la qualité des médicaments et produits de la lutte contre le paludisme.

La promotion de la santé sera assurée à travers cinq interventions. Il s'agit de l'optimisation de l'IEC/CC, l'élargissement du plaidoyer, la consolidation des interventions à base communautaire, la mobilisation sociale et le renforcement des capacités des communautés

Les principales interventions **dans la gestion du programme** ont trait à la réactualisation de la politique nationale de lutte contre le paludisme, la mobilisation des ressources pour le financement du paludisme, l'optimisation de la coordination du programme, l'élargissement du partenariat et le renforcement des capacités de gestion

Dans le cadre **du suivi – évaluation**, les interventions seront axées sur le renforcement du système de surveillance épidémiologique, le renforcement de la supervision et du système de collecte de routine, l'optimisation de la recherche opérationnelle et l'évaluation du programme

L'administration et la gestion du programme reposera sur les cadres institutionnels existants qui seront renforcés. Il s'agit de l'unité de coordination du PNLP, du comité de pilotage, du cadre de concertation des partenaires pour la lutte contre le paludisme – CCPLP, les Régions Médicales et les districts sanitaires. Des mécanismes de suivi seront mis en place pour le suivi des indicateurs de performance qui seront partagés régulièrement avec tous les acteurs. Les procédures administratives et financières seront en phase avec les procédures décrites dans le PNDS 2009-2018 pour les crédits alloués par l'Etat à la lutte contre le paludisme. Les

contributions des partenaires seront gérées dans le respect des procédures arrêtées par les partenaires et le programme.

Le budget du Plan Stratégique 2011 – 2015 est de **112.843.911.000** FCFA soit près de **172 M € et de 205 M USD**, ce qui représente un investissement moyen annuel de **1.725 FCFA** par habitant, soit **2,63€ ou 3,14USD**.

I. INTRODUCTION

L'intervention de l'Etat dans le domaine de la santé se justifie de par le rôle qui lui est dévolu par la Constitution qui stipule en son article 14 que « l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille ». Cette même constitution admet que le droit à la santé est un droit fondamental. C'est pourquoi l'Etat du Sénégal accorde une attention particulière au développement sanitaire.

Ce développement sanitaire constitue également une des orientations majeures du deuxième Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (DSRP-2) pour la période 2006-2010 à travers le renforcement de l'accès de toutes les populations aux services sociaux de base. Le secteur de la santé occupe aussi une place de choix dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

C'est dans ce cadre que le Ministère de la santé a élaboré le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) qui repose sur une vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité, sans aucune forme d'exclusion.

Ce plan est orienté vers la réalisation des OMD santé dans un cadre multisectoriel afin de mieux prendre en charge les déterminants de la santé et réduire les inégalités. Les objectifs du PNDS 2009-2018 sont au nombre de quatre: (i) Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles ; (ii) Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ; (iii) Renforcer durablement le système de santé ; (iv) Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

Le paludisme occupe une place de choix dans le cadre de la lutte contre la maladie, En effet, le Sénégal a mis en place dés 1995 un programme national de lutte contre le paludisme et élaboré deux plans quinquennaux stratégiques 2001-2005 et 2006-2010.

Le Sénégal a adhéré à la Déclaration d'Abuja sur la lutte antipaludique du 25 avril 2000, et celle de 2006 qui appelle à la couverture universelle et à l'élimination du paludisme. Conformément à sa déclaration de politique nationale de santé de Juin 1989, le Sénégal s'est engagé à (i) rendre disponible au profit de la population : (1) l'accès rapide au traitement efficace, (2) l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide et la lutte anti vectorielle, (3) la prévention et le traitement du paludisme chez les femmes enceintes, (4) la prévention des épidémies du paludisme ; (ii) mobiliser les ressources humaines et financières à partir d'un nouveau partenariat développé à tous les niveaux tout en s'appuyant sur d'autres initiatives ou programmes.

La mise en œuvre de trois plans stratégiques à permis de réduire de façon significative la morbidité et la mortalité liées au paludisme. Le taux de morbidité proportionnelle est passé de 35,72% de cas cliniques en 2001 à 3,07 % de cas confirmés en 2009. Dans la même période, la mortalité proportionnelle est passée de 29,72% à 4,41 %.

Ces progrès importants ont poussé le Sénégal à effectuer une revue de performance de son programme de mars à juin 2010. Une des recommandations fortes de cette revue était d'engager

le pays vers l'élaboration d'un programme d'accélération du contrôle du paludisme en vue d'atteindre le seuil épidémiologique de pré-élimination.

Le plan stratégique 2011-2015 de lutte contre le paludisme au Sénégal, élaboré sur la base des résultats de la revue du programme par le Ministère de la Santé et de la Prévention avec les partenaires de l'Initiative " Roll Back Malaria" (RBM)), a pour objectifs de réduire la morbidité liée au paludisme pour atteindre le seuil épidémiologique de pré élimination et de réduire la mortalité liée au paludisme de 75% d'ici 2015.

Ce plan exploitera toutes les opportunités offertes par un partenariat dynamique et mettra l'accent sur la correction des faiblesses identifiées, le renforcement des acquis .L'innovation majeure de ce plan reposera sur la stratification des stratégies d'intervention en fonction du nouveau profil épidémiologique, le renforcement de la réponse locale et la participation effective des populations. La recherche de synergie avec les autres programmes permettra au Sénégal de s'inscrire dans une perspective d'accélération de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) à travers le renforcement du système de santé.

II. PROFIL PAYS

1. Milieu physique, écosystème, environnement et climat

Le Sénégal se trouve dans l'hémisphère Nord et constitue la partie la plus à l'Ouest de l'Afrique au sud du Sahara. Sa situation entre 12° 30 et 16° 30 de latitude Nord, 1° 30 et 17° 30 de longitude Ouest le place au cœur du domaine intertropical. Sa superficie est de 196 772 Km².

Le Sénégal est limité au Nord par la Mauritanie, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau, à l'Est par le Mali et à l'Ouest par l'Océan Atlantique sur 700 km de côtes. Le relief est dans l'ensemble plat et peu relevé sauf au sud-est à la frontière guinéenne où se trouvent les montagnes du Fouta Djallon avec des altitudes pouvant aller jusqu'à de 500 m.

Le pays est divisé en trois zones climatiques de forte, moyenne et faible pluviométrie correspondant à la forêt au sud, à la savane arborée au centre, et à la zone désertique au nord. Le climat se caractérise par une sécheresse au nord qui s'aggrave d'année en année, par des pluies abondantes dans le sud, notamment en Casamance et par l'alternance de deux saisons : (1) une saison sèche de novembre à juin et une saison des pluies ("Hivernage") de juillet à octobre. En raison de la désertification qui s'étend au sud de Saint-Louis, le climat s'est nettement réchauffé avec des températures moyennes annuelles oscillant entre 18 et 26 degrés sur le littoral et entre 24 et 30 degrés à l'intérieur du pays pendant la saison sèche. Pendant la saison des pluies, les températures oscillent entre 25 et 30 degrés sur le littoral et entre 30 et 40 degrés à l'intérieur du pays avec des maxima de 50 degrés au Nord-Est.

.La différence observée dans la distribution de certaines endémies comme le paludisme, les bilharzioses, l'onchocercose trouve en partie son explication dans l'existence de ces trois zones bioclimatiques.

Le Sénégal est traversé par plusieurs bassins hydrographiques. Le Fleuve Sénégal (1700 Km) et le Fleuve Gambie (750 Km) constituent les deux systèmes les plus importants. Ils sont en eau toute l'année car alimentés par les importantes pluies de la région du Fouta Djallon en République de Guinée. Le Sine Saloum dans les régions de Fatick et Kaolack, la Casamance (300 Km) et le Kayanga qui s'écoule vers la Guinée Bissau au Sud constituent les autres bassins hydrographiques.

Le développement des barrages de Diama, d'Affiniam et de l'Anambé et des micro barrages en particulier dans les régions du Sud ont créé un contexte bioécologique qui favorise l'éclosion de maladies et la prolifération de vecteurs du paludisme en toute saison dans ces zones.

2. Organisation administrative

Depuis l'adoption de la loi 96-06 du 22 mars 1996 le Sénégal compte désormais trois ordres de collectivités locales : régions, communes et communautés rurales. Les régions sont subdivisées en départements et ces derniers en arrondissements. Le Sénégal est ainsi composé de 14 régions, 45 départements, 122 arrondissements, 113 communes, 46 communes d'arrondissement et 370 communautés rurales. A la tête des régions, des communes et des communautés rurales siègent des conseillers élus investis de compétences dans neuf domaines dont la santé.

Tableau 1 : Organisation territoriale et locale de la République du Sénégal

Répartition des collectivités locales selon les régions, départements et arrondissements en 2008				
Région	**Départements**	**Arrondissements**	**Communes et communes d'arrondissement**	**Communautés rurales**
Dakar	**4**	**10**	**50**	**2**
Diourbel	**3**	**9**	**3**	**36**
Fatick	**3**	**9**	**8**	**28**
Kaffrine	**4**	**9**	**5**	**24**
Kaolack	**3**	**8**	**7**	**28**
Kédougou	**3**	**6**	**3**	**16**
Kolda	**3**	**9**	**9**	**31**
Louga	**3**	**11**	**5**	**47**
Matam	**3**	**5**	**10**	**14**
Saint-Louis	**3**	**7**	**19**	**18**
Sédhiou	**3**	**9**	**9**	**32**
Tambacounda	**4**	**12**	**8**	**38**
Thiès	**3**	**10**	**18**	**31**
Ziguinchor	**3**	**8**	**5**	**25**
Total *PNDS2009-2018 Sénégal*	**45**	**122**	**159**	**370**

Source :PNDS 2009-2018 Sénégal

Les régions médicales correspondent aux territoires des régions administratives, alors que plusieurs districts sanitaires peuvent se retrouver dans un même département.

La Loi n° 96-07 du 22 mars 1996, portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales fixe les attributions suivantes en matière de santé :

Région :
- la gestion et l'entretien des hôpitaux régionaux et départementaux
- la gestion, l'entretien et l'équipement des centres de santé situés au niveau des communautés rurales
- la mise en œuvre de mesures de prévention et d'hygiène

Communes :
- la gestion, l'entretien et l'équipement des centres de santé urbains
- la construction, la gestion, l'entretien et l'équipement des postes de santé urbains

Communautés rurales :
- la construction, la gestion, l'entretien et l'équipement des postes de santé, des maternités et cases de santé ruraux

3. Caractéristiques de la population

En 2010, la population du Sénégal est estimée à **12 179 368** d'habitants L'ethnie Wolof représente 47% de la population, suivie des Pulaar 23%, des Séreer 15% puis les Diolas et les Mandingues. L'évolution de la population est projetée dans le tableau suivant pour la période d'exécution du plan.

Tableau 2: Estimation de l'évolution de la population du Sénégal de 2011 à 2015

2011	2012	2013	2014	2015
12 472 141	**12 771 459**	**13 077 983**	**13 391 832**	**13 709 845**

Source : ANSD

La densité moyenne est de 70 habitants au km² avec une répartition extrêmement inégale avec le sous-peuplement de l'Est et une forte concentration sur la côte ainsi qu'au centre. Ces contrastes ont été accentués ces dernières décennies par l'exode rural (ce phénomène intéressant plus particulièrement les jeunes). Le taux d'urbanisation est l'un des plus élevés d'Afrique noire (41,5% selon DPS 2005). Le développement des centres urbains absorbe une grande partie de la croissance de la population sénégalaise qui a plus que doublé en trente ans (de 5 millions en 1975 à 8,5 millions en 1995 et près de 12 millions en 2008). La région de Dakar abrite 22,4% de la population totale alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale. Les régions les moins peuplées sont celles de Tambacounda (y compris Kédougou) et de Matam avec respectivement 11 et 16 habitants au km². Ce sont aussi les régions les plus vastes du pays avec respectivement 30,4% et 14,8% du territoire national. Il faut également souligner la particularité

des villes de Guédiawaye et de Pikine dans la banlieue de Dakar et celle de la ville de Touba dans la région de Diourbel qui sont plus peuplées que certaines régions.

Le nombre de femmes en âge de reproduction (15-49 ans) est estimé à 3 124 600 et celui des enfants de moins de 5 ans à 1 755 800. Selon la quatrième enquête démographique et de santé (EDS IV), pour la période allant de janvier 2002 à janvier 2005, le taux brut de natalité est de 39,1 pour mille. Le taux de croissance annuel de la population estimé à 2,5% reste élevé du fait d'une fécondité encore élevée. En effet, l'indice synthétique de fécondité estimé à 5,3 enfants par femme est beaucoup plus élevé en milieu rural (6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1 enfants par femme).

Le taux d'analphabétisme reste très élevé surtout chez les femmes où il se situe à près de 66%. .

4. Pratiques socio culturelles en rapport avec la santé

Le Sénégal présente une diversité socio culturelle qui trouve son fondement dans sa diversité ethnique. Les croyances et les perceptions ainsi que les tabous et interdits ont toujours constitué des obstacles pour la promotion de la santé et surtout dans l'application correcte des mesures de protection de la mère et de l'enfant notamment en matière de lutte contre le paludisme. L'ENP 2008 a montré que parmi les enfants ayant eu la fièvre, 20% ont recherché des conseils ou des soins la première fois au niveau des services autres que ceux du système de santé officiel ; le guérisseur traditionnel garde encore une place prépondérante.

5. Situation socioéconomique

Le PIB par tête d'habitants en 2006 est de 437562 FCFA. Depuis 2001, le Sénégal met en œuvre le DSRP avec un objectif de taux de croissance annuel de 7 à 8% pour réduire de moitié la pauvreté en 2015 pour atteindre les OMD. La proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté est passée de 48,5 % en 2002 à 42,6% en 2005 (ESPS 2005-2006, août 2007). Le Sénégal occupe le 157ème rang sur 177 pour l'Indice de Développement Humain et reste classé dans le groupe des pays à « IDH faible » en 2005 (Rapport PNUD 2008)

Des politiques sectorielles ont été mises en œuvre pour accélérer la croissance parmi lesquelles la fourniture de services sociaux de base (santé, éducation), la relance de l'agriculture par la mise en place d'un programme des bassins de rétention et des lacs artificiels. Cette relance de l'agriculture, bien qu'étant nécessaire au développement économique engendre aussi des menaces en créant des conditions favorables à la pullulation des moustiques vecteurs du paludisme.

Malgré la volonté politique de relancer l'économie, le Sénégal subit les conséquences de la crise financière internationale qui pourrait non seulement affecter négativement les prévisions de croissance économique mais aussi réduire les financements alloués à la santé.

Il importe de noter que l'impact de l'état de santé sur le développement humain en général, sur la productivité du travail et sur la pauvreté en particulier, est une donnée importante dans la mesure de la performance d'une économie. En effet, les maladies affectent sérieusement la production et les revenus des ménages. C'est ainsi qu'un ménage ou un individu peut, à tout moment, basculer dans la pauvreté. Selon l'Enquête sur les priorités au Sénégal, les ménages consacrent 2,4% de leurs dépenses à la santé.

6. Education

L'éducation et la formation constituent une priorité du Gouvernement du Sénégal qui lui consacre 40% du budget de l'Etat depuis 2006. Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement élémentaire est de 82,5% (la moyenne africaine est de 70%) mais avec de fortes disparités : les filles sont en retard par rapport aux garçons et le milieu rural l'est par rapport au milieu urbain. A l'instar du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) l'éducation dispose aussi d'un Plan Décennal de l'Education et de la Formation (PDEF) qui offre un cadre de partenariat idéal pour le PNLP à travers les différents projets développés qui ont un impact sur la santé en général et le paludisme en particulier.

III. SYSTEME DE SANTE

1. Organisation

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale avec les niveaux central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central, regroupe, outre le cabinet du Ministre, des directions et des services rattachés.

Le niveau intermédiaire correspond à la région médicale (RM) ; il compte 14 RM dont l'aire d'intervention de chacune d'elle correspond à celle de la région administrative. La RM assure l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leur tâche d'administration, de gestion et de planification. Cependant, elles jouent difficilement ce rôle essentiellement du fait de l'insuffisance des capacités (ressources humaines, logistiques).

Le niveau périphérique correspondant au District Sanitaire (DS) ; il comprend 75 districts sanitaires qui constituent une subdivision sanitaire proche des populations. Le district est l'unité opérationnelle la plus petite de la pyramide sanitaire. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Le district est constitué de centres de santé (au total 78) englobant un réseau de postes de santé (au total 1112), eux-mêmes supervisant les cases de santé (au total 1703) et les maternités rurales. Les districts comme les régions médicales manquent de capacités. Cette situation explique la faiblesse des équipes cadres. Chaque district comprend au minimum un centre de santé et un réseau de poste de santé. Le district couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie d'un département. Dans tous les cas , la population couverte se situe entre 50 000 et 150 000 habitants. Les postes de santé sont implantés au niveau des chefs lieux des communautés rurales ou parfois dans certains villages centres relativement peuplés; ce qui fait que la population de la zone de responsabilité du poste de santé se situe autour de 10 000 habitants et que chaque village puisse avoir accès à un poste à moins de 15 Km. Le poste santé s'appuie sur des infrastructures communautaires de villages (cases de santé et maternités rurales) créées par les populations qui en assurent également la gestion.

2. Infrastructures et équipements

L'essentiel des directions et services centraux du Ministère de la Santé sont regroupés au sein du même bâtiment depuis 2004 ce qui favorise la communication entre les services.

Des locaux ont été construits ou réhabilités au niveau de 10 régions médicales. La région médicale de Matam créée en 2002 et les trois nouvelles régions de Kédougou, Sédhiou et Kaffrine créées en 2008 ne disposent toujours pas de locaux propres.

Les Brigades Régionales d'Hygiène, à l'exception de celles de Matam, Kolda et Saint-Louis ne disposent pas de locaux fonctionnels et adaptés à leur mission. Il en est de même pour les 63 Sous Brigades d'Hygiène dans les centres de santé.

L'ENDSS est l'établissement de référence nationale en matière de formation des infirmiers et des sages femmes. Des écoles privées ont été créées pour renforcer les capacités de formation. Des centres régionaux de formation en santé (CRFS) ont aussi été ouverts dans sept régions. Il s'agit des centres de Ziguinchor, Kolda, Thiès, Saint-Louis, Kaolack, Tambacounda et Matam. A terme, il est prévu d'en ouvrir un dans chaque région. L'Institut de Santé et Développement (ISED) est la référence en matière de formation en santé publique.

Le Sénégal compte 20 hôpitaux dont 8 à Dakar. L'hôpital Dalal Jamm, dans la ville de Guédiawaye, est en cours de construction.

Le Sénégal compte 78 centres de santé dont 56 centres de santé de référence et 22centres de santé secondaires, répartis dans 75 districts sanitaires. Les 13 nouveaux districts sanitaires ne disposent pas encore de centre de santé fonctionnel.

Un important effort a été fait dans la création des postes de santé durant le PNDS 1998-2007. En effet, le nombre de postes de santé est passé de 733 en 1994 à 1018 en 2007.

Au niveau communautaire, les cases de santé au nombre de 1703 constituent le premier recours de soins essentiellement en zone rurale. D'autres formations sanitaires publiques sont gérées en dehors du Ministère de la Santé. Ainsi, le Ministère des Forces Armées gère l'Hôpital Principal de Dakar, l'Hôpital Militaire de Ouakam et les infirmeries de garnison.

Le Ministère de l'Education gère les inspections médicales des écoles et les infirmeries des lycées, collèges et universités. Le Ministère de l'Intérieur gère les infirmeries de la police, des sapeurs pompiers. Le Ministère de la Justice gère les infirmeries de l'administration pénitentiaire. Le Ministère de l'Economie et des Finances gère les infirmeries des douanes. Le Ministère du Travail a sous sa tutelle les centres de l'IPRES et les services de santé des entreprises. Le Ministère de la Jeunesse gère les centres pour la promotion de la santé des adolescents. Enfin les infirmeries des parcs nationaux sont sous la tutelle du Ministère de l'Environnement.

En plus des formations sanitaires publiques, le secteur privé compte 1 hôpital privé catholique, 32 cliniques, 70 maternités, 131 cabinets médicaux et 180 postes de santé confessionnels. A cela s'ajoute l'offre de santé des ONG et des associations ainsi qu'une offre privée en matière d'aide au diagnostic avec 12 laboratoires d'analyse médicale dont 10 à Dakar et une dizaine de services d' imagerie à Dakar . Ces infrastructures de soins et de services se trouvent essentiellement dans les centres urbains. Par ailleurs, 843 officines de pharmacie, 4 grossistes répartiteurs, 3 industries pharmaceutiques jouent un rôle important dans le renforcement de l'accès aux médicaments.

L'université de Dakar et les instituts de recherche comme l'Institut de Recherche pour le Développement et l'Institut Pasteur de Dakar participent activement à la recherche et au renforcement des capacités.

En matière d'équipement, les investissements du PNDS 1998-2007 ont permis une certaine amélioration du plateau technique des structures sanitaires, le renforcement des moyens de supervision et l'amélioration des conditions d'évacuation des malades. Cependant, un déficit en équipements persiste notamment pour la prise en charge des maladies chroniques à soins coûteux et les cas graves. Les moyens de supervision et d'évacuation sanitaire devraient être renforcés.

3. Ressources Humaines

Le développement des ressources humaines du secteur de la santé, a fait l'objet d'un plan national de formation du personnel de santé élaboré en 1996. Ce plan a été renforcé en 2002 par l'ouverture des centres régionaux de formation, par la création en 2003 de la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la mise en œuvre d'une politique de contractualisation.

Malgré les efforts consentis pour renforcer les effectifs, les indicateurs de couverture en terme de personnel montrent que les objectifs du PNDS1 n'ont toujours pas été atteints.

Tableau 3 : Exemple de déficits et normes en personnel en 2007

Catégories socioprofessionnelles	Nombre	Normes OMS	Ecarts
Médecin	**963**	**1 134**	**171**
Infirmier	**2 855**	**35 752**	**32 897**
Sage femme	**874**	**1 361**	**487**

Source : PNDS

L'instabilité du personnel du fait d'un manque de motivation et d'un cadre de vie adéquat ainsi que l'absence d'un plan de carrière constituent les raisons principales à ce déficit qui est important surtout au niveau des zones éloignées et difficiles.

Des initiatives ont été prises pour améliorer la couverture en personnel dans ces zones. Toutefois elles sont restées au stade expérimental et méritent d'être poursuivies et renforcées.

4. Ressources financières

Le financement dans le secteur de la santé provient essentiellement de l'Etat, des partenaires au développement, des populations et des collectivités locales. L'Etat est le principal pourvoyeur en ressources financières du secteur de la santé dans la mise en œuvre du PNDS avec un apport représentant 51% du financement. La contribution des partenaires extérieurs représente 26,7%. Les populations et les collectivités locales contribuent respectivement à hauteur de 19,3% et 3%. Le budget du Ministère de la Santé a connu une évolution passant de 36 milliards en 1998 à 90,5 milliards de FCFA en 2008. Le ratio budget santé / budget Etat a atteint 10% en 2008 ce qui est en deçà des 15 % conformément à l'engagement pris par les chefs d'état africains à Abuja en 2001. L'Etat, en plus du personnel qui participe à la lutte contre le paludisme alloue des ressources financières complémentaires pour les activités.

Les populations apportent leur contribution directement au financement du secteur de la santé à travers le système de recouvrement des coûts – Initiative de Bamako – et les mutuelles de santé.

La contribution des ONGs, du secteur privé, des communautés et collectivités locales participe grandement à la lutte.

Dans le cadre du partenariat extérieur du PNDS, l'engagement des partenaires dans la lutte contre le paludisme est devenu primordial pour contribuer à l'atteinte des OMD. Ce partenariat s'est notoirement développé lors du plan 2006-2010 et devra être privilégié pour la mise en œuvre du plan 2011-2015. Les mécanismes de contribution varient en fonction des partenaires et se manifestent sous forme d'appui financier et technique direct ou indirect.

5. Point forts du système de santé pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement

La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé.

Le Sénégal a élaboré un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) pour les périodes 2003- 2005 et 2006-2010. Le PNDS 2009-2018 a été décliné à partir de ces documents de référence en matière de planification sanitaire et constitue ainsi la réponse du secteur de la santé face aux défis pour l'atteinte des OMD.

L'opérationnalisation du DSRP repose sur le CDMT, cadre de programmation et d'exécution budgétaire. Une telle approche donne aux ministères sectoriels un rôle majeur dans le suivi de la stratégie. Depuis 2005, le Ministère de la Santé fait partie des secteurs pilotes pour l'implantation du Cadre de Dépenses Sectoriels à Moyen Terme (CDSMT Santé), plan triennal glissant décliné en plans de travail annuel (PTA) qui prend en compte les Plans Opérationnels des Collectivités Locales (POCL-Santé).

6. Points faibles pouvant entraver l'atteinte des objectifs de la lutte contre le paludisme

La Revue du Programme Paludisme a permis de mettre en évidence un certain nombre de faiblesses pour lesquelles des actions correctrices sont proposées.

Tableau 4 : Faiblesses et actions correctrices proposées dans la Revue du Programme Paludisme

Piliers du système de santé	Faiblesses identifiées par la revue	Actions correctrices proposées
Leadership et gouvernance	• Absence de plan de mise en œuvre et de plan M&E en dehors du Fonds Mondial • Insuffisance de la coordination de la planification avec les districts, les autres secteurs,	• Mise à jour de la politique nationale, collaboration avec les autres programmes • Renforcement de la coordination et du partenariat au niveau national régional et district à travers les PTA
Financement durable et protection sociale	• Insuffisance du budget de l'Etat alloué à la lutte contre le paludisme • Plan stratégique 2006-2010 pas totalement financé	• Accroissement du budget national alloué au paludisme • Implication du secteur privé au niveau national et opérationnel • Mobilisation des ressources extérieures
Personnel de santé	• Déficit en personnel dans certaines structures opérationnelles	• Renforcement des capacités des cadres à différents niveaux • Etendre le réseau communautaire • Recrutement de personnel qualifié par le ministère
Vaccin, technologie et Produits médicaux,	• Ruptures de stock de SP enregistré • Absence de PRA dans certaines régions • Commercialisation de monothérapies orales	• Extension du réseau informatique de gestion des médicaments au niveau des districts • Augmentation des capacités de stockage au niveau des régions • Approvisionnement régulier en RDT • Accélérer l'arrêt de la circulation des monothérapies
Prestation de service	• Accès limité dans certaines zones	• Extension de la PECADOM, gratuité du traitement
Système d'information sanitaire	• Non utilisation des données au niveau opérationnel pour la prise de décision • Insuffisance de la budgétisation de la surveillance, suivi et évaluation	• Renforcer les capacités de gestion et d'utilisation des données à tous les niveaux du système de santé • Allouer 5 à 10% du budget du plan à la surveillance, suivi et évaluation

Source : Revue du Programme Paludisme mai 2010

IV. EPIDEMIOLOGIE DU PALUDISME

L'épidémiologie du paludisme au Sénégal se caractérise par une grande diversité du vecteur, du parasite et des populations à risque. Ceci se traduit par une répartition inégale de la maladie dans le pays et un niveau de vulnérabilité des populations variable selon les caractéristiques socio démographiques, les conditions climatiques et les facteurs écologiques.

1. Parasites et vecteurs

Le parasite du paludisme est rencontré dans toutes les regions du pays. Aucune region n'est exempte de plasmodium. Cependant, la prévalence de ce parasite est variable en terme d'intensité suivant les zones géographiques.

Au Sénégal, *Plasmodium falciparum*, *P. malariae* et *P. ovale* sont présents mais *P. falciparum* est responsable de plus de 90% des cas de paludisme. Ces différentes espèces de Plasmodium ne présentent pas dans le pays de résistance ni aux ACT ni à la quinine selon le suivi de la sensibilité aux antipaludiques réalisé par le service de parasitologie de l'université de Dakar. Concernant la SP le taux de résistance est de l'ordre de 10 à 12 % dans les zones péri urbaines de Dakar et de 3 à 4% au niveau des sites au sud du pays.

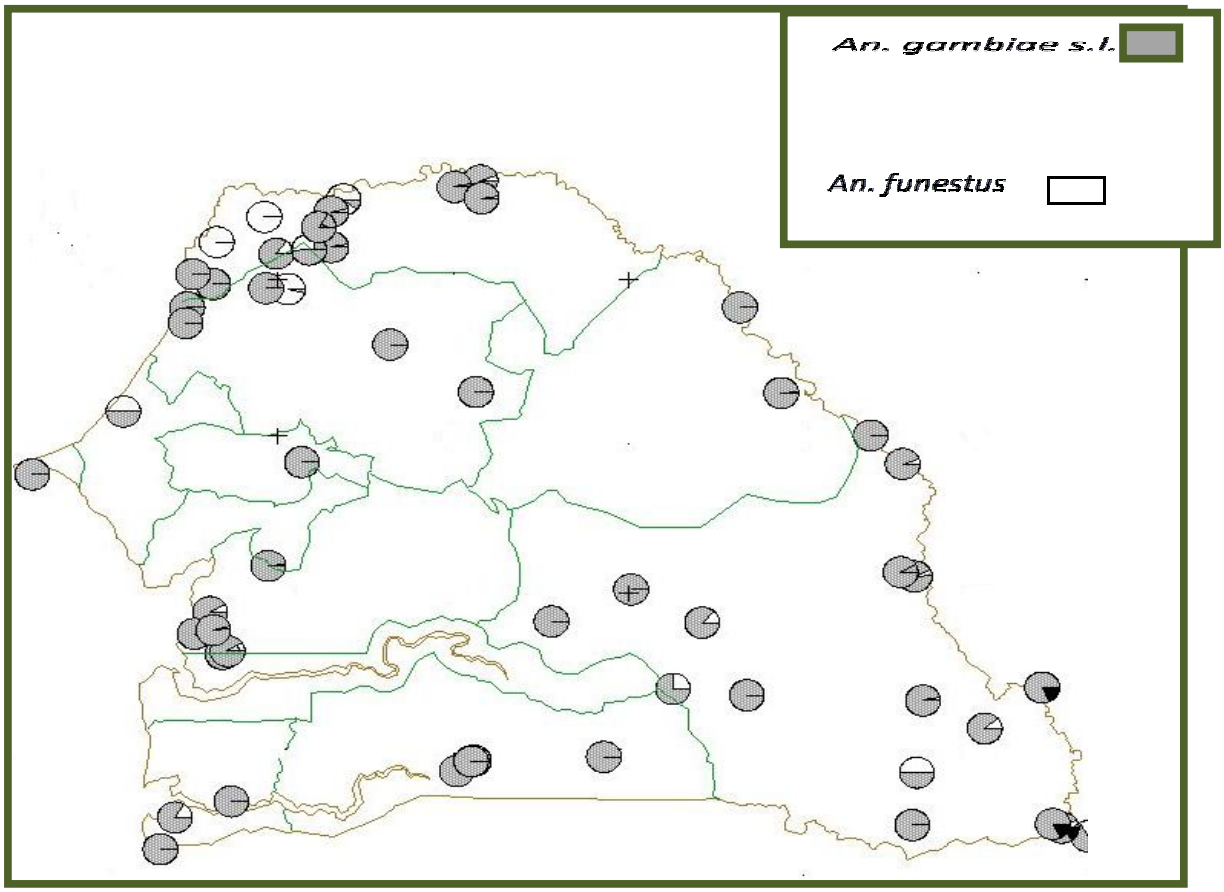
La transmission des parasites est assurée par six espèces anophéliennes dont trois vecteurs majeurs (*Anophèles gambiae, An. arabiensis et An. funestus*) et trois vecteurs secondaires ou d'importance locale (*An. melas, An. nili et An. pharoensis*).

Le principal vecteur, présent dans toutes les zones géographiques du pays est An. *gambiae s.l.*, représenté par trois espèces, *An. gambiae, An. arabiensis et An. melas. L'espèce An. melas* , moins bon vecteur, est localisée sur le littoral dans le domaine de la mangrove et le long de certains cours d'eau jusqu'aux limites atteintes par la remontée des eaux salées marines. *An. gambiae s.s* représenté par les formes moléculaires S et M est présent dans tout le pays mais prédomine dans les zones humides du sud alors que *An. arabiensis* également représenté dans toutes les régions est prédominant dans les zones plus sèches du centre et du nord.

An. pharoensis est surtout abondant dans la basse vallée du fleuve Sénégal au Nord où les rizières irriguées sont favorables à sa prolifération, mais son rôle dans la transmission y est limité par la faible longévité des ses populations. An. nili est un vecteur d'importance locale, il n'est présent que dans les régions méridionales, à proximité des cours d'eau du fait de ses exigences écologiques.

La dynamique des populations de vecteurs est dans la majeure partie du pays sous la dépendance des pluies. Elle est modulée dans certaines zones par des modifications naturelles ou anthropiques du milieu.

Carte 1. Les principaux vecteurs du paludisme au Sénégal



2. Dynamique de la transmission et stratification

❖ Faciès primaires

Le paludisme est endémique dans la majeure partie du pays, avec une recrudescence pendant l'hivernage. La transmission est beaucoup plus importante au cours de la saison des pluies et au début de la saison sèche, période qui s'étale sur deux à six mois selon les régions, et est étroitement liée au rythme des pluies. Cette période correspond à de fortes densités des populations vectorielles. L'intensité de la transmission du paludisme dépend de l'espèce vectorielle et de la dynamique de ses populations, et varie dans les différentes régions suivant les saisons, les localités et les années. Les niveaux de l'endémicité varient suivant un gradient Nord –Sud et suivent la même évolution que ceux de la transmission. Ils sont plus faibles et plus élevés respectivement au début et à la fin et de la saison des pluies.

Ainsi, l'épidémiologie du paludisme est fonction des conditions écologiques et socio-économiques locales déterminantes dans les relations étroites qui existent entre l'hôte le parasite et le vecteur.

La dynamique de la transmission varie suivant les zones climatiques majeures correspondant à 2 principaux faciès éco-épidémiologiques du paludisme: le faciès tropical et le faciès sahélien:

- le faciès tropical correspond à la zone soudanienne caractérisée par une transmission saisonnière de 4 à 6 mois, couvrant la saison des pluies et une partie de la saison sèche. La transmission est assurée essentiellement par *An. gambiae, An. arabiensis,* à qui peuvent se joindre par endroit, *An. funestus* et *An. melas*. Le taux d'inoculation entomologique (TIE), en général élevé (20 à 300 piqûres infectées/homme/an) est variable dans le temps et dans l'espace. Il en est de même de la morbidité palustre, élevée pendant la période de transmission (> 20% de l'ensemble de la pathologie fébrile). Ce faciès du paludisme est retrouvé dans les régions de Ziguinchor (hors de la mangrove), de Kolda, de Tambacounda et les parties méridionales des régions de Fatick et Kaolack où l'essentiel de la transmission s'effectue de juillet à décembre.
- le faciès sahélien est caractérisé par une transmission saisonnière courte (< 4 mois), assurée principalement par *An. arabiensis* et *An. gambiae*. Le TIE en général faible est fluctuant d'une année à l'autre (0 à 20 piqûres infectées/homme/an). La morbidité palustre est également faible mais des pics à tendance épidémique peuvent être observés au cours des années où la pluviométrie est particulièrement importante. Ce faciès est retrouvé surtout dans les régions du centre (Kaolack, Fatick, Diourbel, Dakar et Thiés) et au Nord du pays, dans le Ferlo et la vallée du fleuve Sénégal (Louga, Saint Louis et Matam) où l'essentiel de la transmission s'effectue entre Août et Octobre.

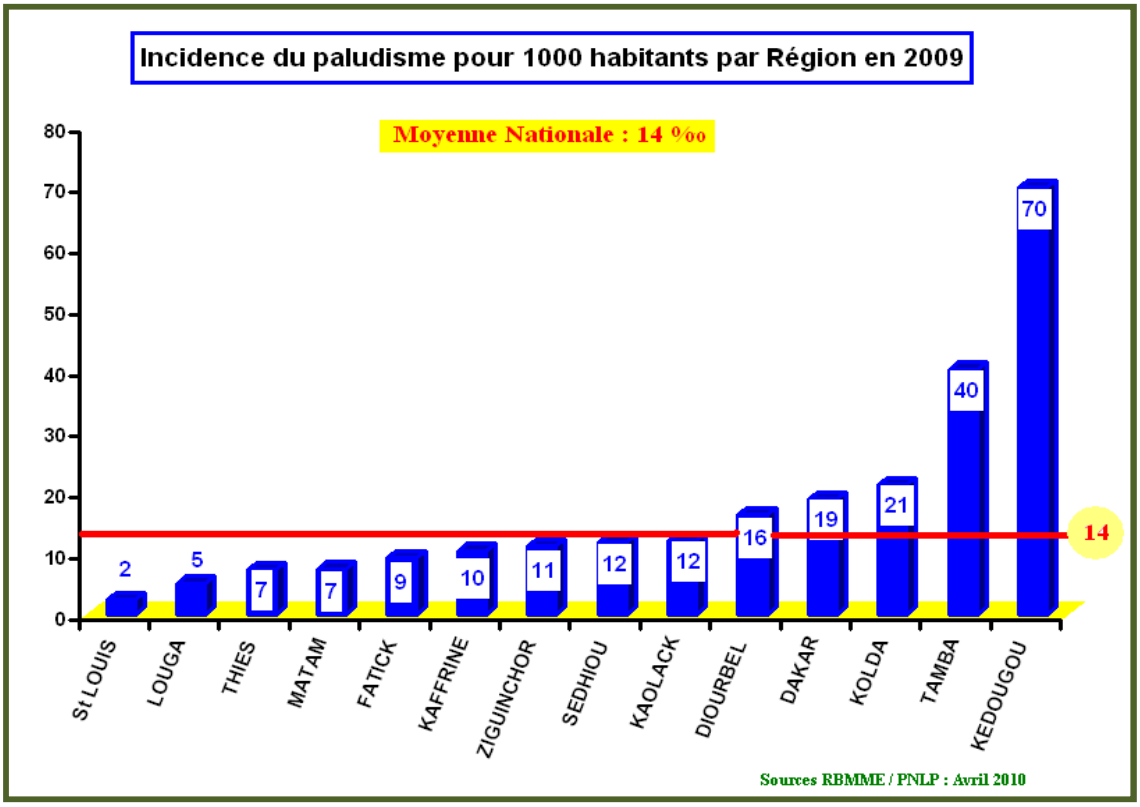
❖ **Faciès secondaires**

Dans chacun de ces faciès, les niveaux de transmission peuvent varier considérablement d'une région à une autre et dans une même région, d'une zone à une autre suivant les conditions écologiques et d'une année à une autre suivant les particularités climatiques. Ainsi, des facteurs naturels (présence de cours d'eau, mangrove, inondations), ou des facteurs anthropiques (irrigation, urbanisation) peuvent entrainer des modifications des conditions de la transmission du paludisme et du faciès principal, limitées dans l'espace. Dans les localités inondées ou proches de cours d'eau, la période de transmission peut être allongée et l'intensité plus élevée. La transmission est en général plus faible dans les zones de mangrove où *An. melas* est prédominant et dans les zones urbaines où la densité des populations de vecteurs et les contacts homme – vecteur sont plus faibles. Concernant la riziculture irriguée, les conséquences sur la transmission du paludisme dans le delta et la vallée du fleuve Sénégal sont variables mais en général plus faibles que dans la moyenne vallée où *An. gambiae s.l.* est plus abondant.

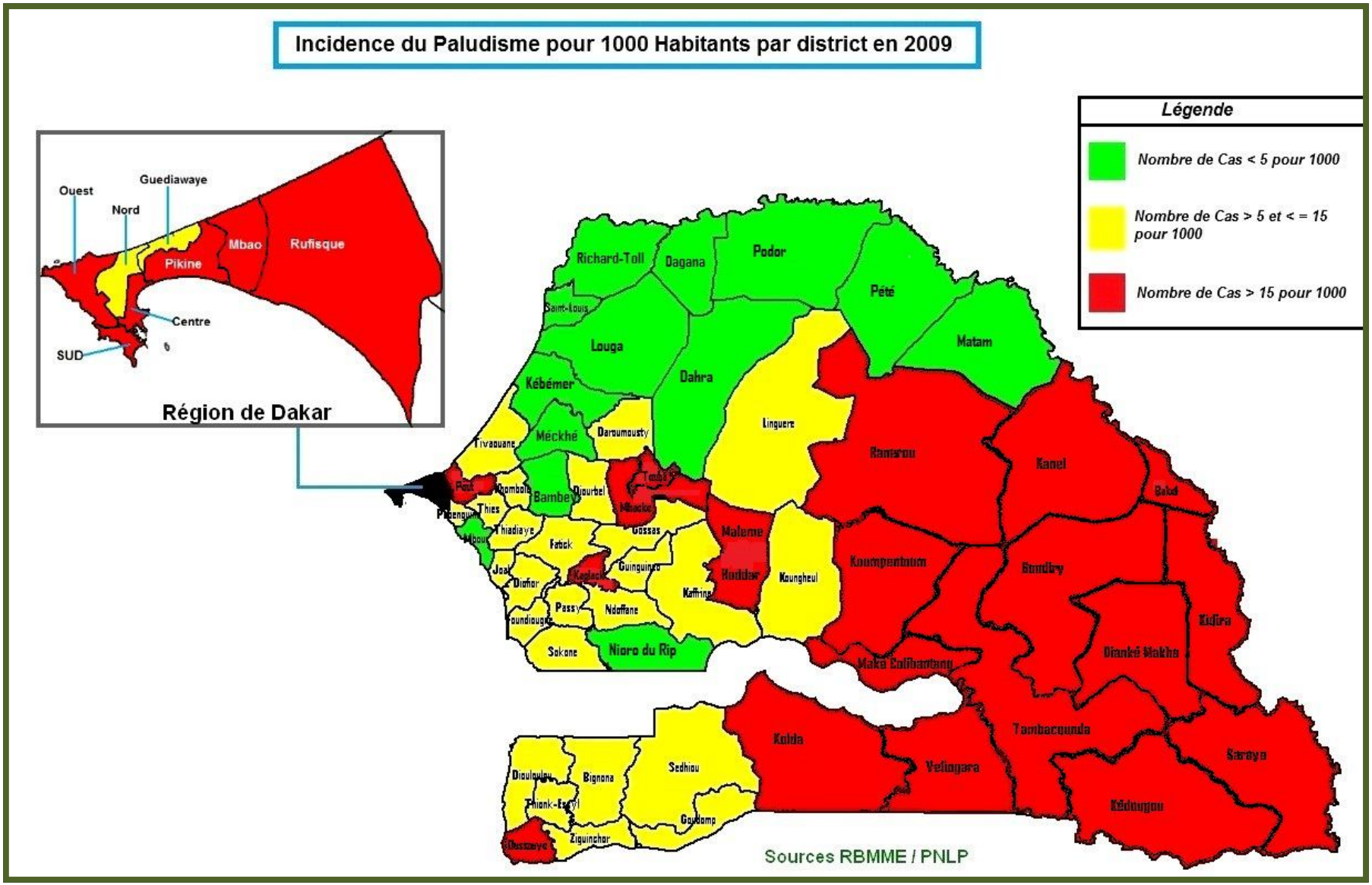
❖ **Strates actuelles et populations à risque**

Toute la population sénégalaise est exposée au paludisme comme l'indique la répartition du parasite et de son vecteur. Cependant il existe des disparités importantes entre les régions et entre les milieux urbain et rural qui se reflètent dans la différence notée dans l'incidence de la maladie par régions telle qu'illustrée dans les figures et tableaux suivants.

Figure 1 : Incidence du paludisme pour 1000 habitants par région en 2009



Carte 2 : Incidence du paludisme par district pour 1000 habitants en 2009



Les districts localisés dans la partie nord du pays se situent dans la zone sahélienne et présentent des incidences inférieures à 5 pour 1000. Les autres districts qui se trouvent dans la même catégorie et situés hors de la zone sahélienne sont les districts de Nioro et de Mbour. Cette représentation graphique montre que l'incidence du paludisme augmente du nord au sud.
Au-delà des deux principaux faciès primaires, une stratification plus fine est proposée sur la base de critères épidémiologiques et environnementaux. L'incidence du paludisme pour 1000 habitants est utilisée pour répartir les districts en trois strates Le faciès urbain de la région de Dakar représente une quatrième strate du fait de l'importance de la population suburbaine et des phénomènes d'inondations récurrents.
En plus de cette caractéristique en rapport avec l'incidence, dans chaque strate les districts ont des caractéristiques géographiques et environnementales assez similaires.

Tableau 5 : Répartition de la population à risque par strate

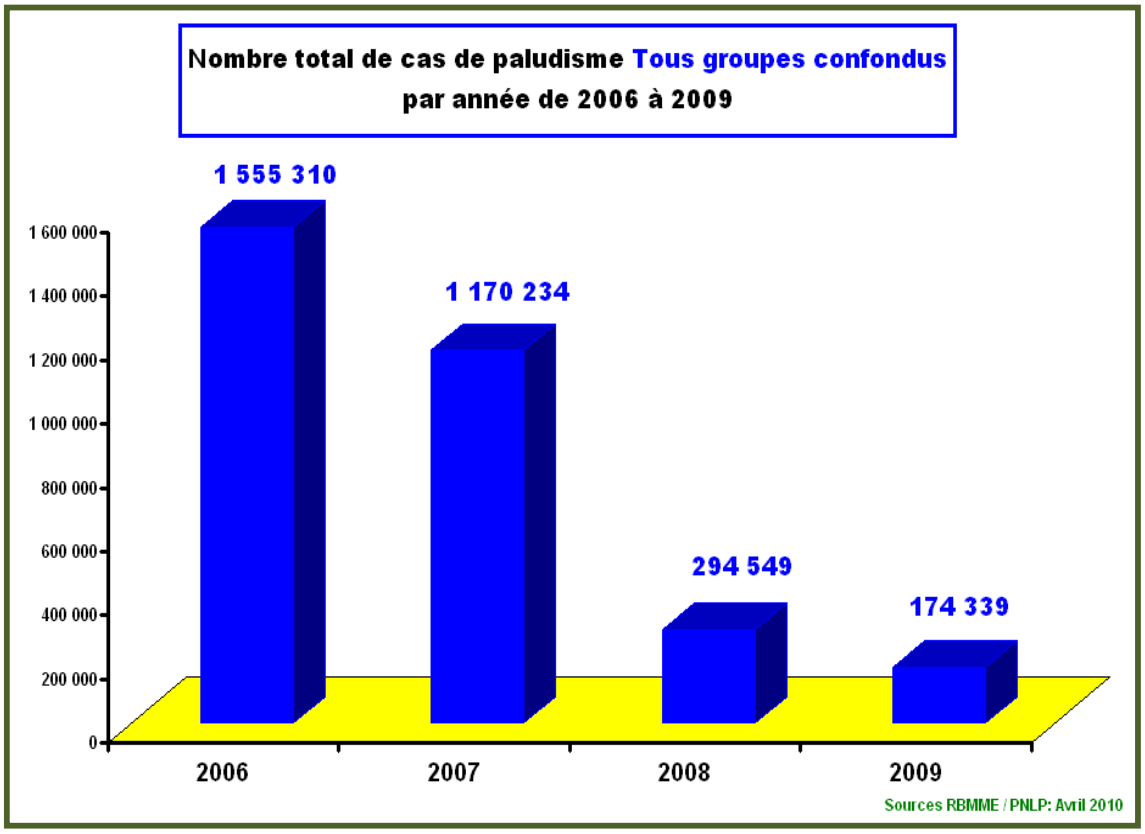
Strates	Critères : Cas de paludisme pour 1000 habitants	Caractéristiques des strates		
		Nombre de district	Population de la strate	Situation géographique et transmission
Strates I	**< = 5**	**13**	**2 747 075**	Zone de la basse et de la moyenne vallée du fleuve Sénégal et le Ferlo **Endémicité faible**
Strate II	**5 - 15**	**28**	**3 588 719**	Zone soudano guinéenne, régions centrale du pays **Endémicité moyenne**
Strates III	**> 15**	**25**	**3 158 182**	Zone soudanienne, régions sud du pays **Transmission plus élevée**
Strate IV	**Hétérogène**	**08**	**2 685 392**	Faciès urbain de la région de Dakar

Cette stratification permet la sélection de mesures plus adaptées à chaque strate. Ainsi les districts de la strate I bénéficieront en plus de l'accès universel, d'activités spécifiques à la stratégie de pré – élimination c'est à dire la recherche active des cas et la détection précoce des recrudescences des cas et des épidémies. Les districts des strates II et III feront l'objet d'activités de renforcement du contrôle avec notamment la réalisation et le maintien de l'accès universel aux interventions efficaces. Dans la strate IV, des activités de lutte anti larvaire viendront s'ajouter à celles mises en œuvre dans les autres strates.

3. Evolution des cas et des décès

Les cas de paludisme et de décès ont connu une baisse régulière au cours des cinq dernières années. Cela a été confirmé avec les données de routine collectées dans l'ensemble des formations sanitaires publiques et communautaires du pays.

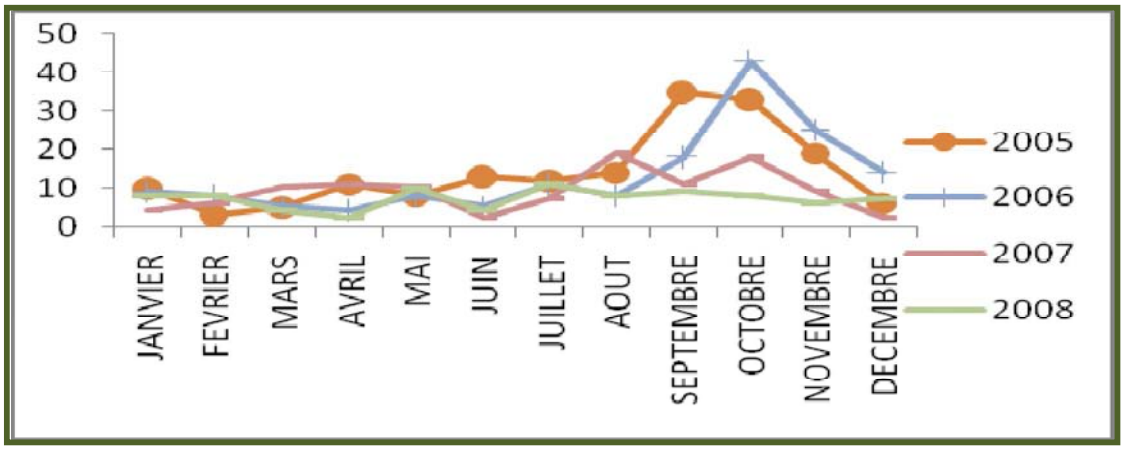
Figure 2 : Nombre de cas de paludisme tous groupes confondus par année de 2000 à 2009



L'approche clinique adoptée pendant la période 2006 – 2008 pour la définition des cas de paludisme ne permettait pas d'être formel quant à la baisse des cas suite à l'impact de la mise en œuvre des interventions. Cependant en 2008 et 2009, années au cours desquelles la confirmation des cas a été systématique, la tendance à la baisse s'est maintenue confirmant ainsi cette situation.

Ces informations sont confirmées par les études menées par des instituts de recherche tels que l'UCAD et l'IRD comme le montre la figure 3 graphique suivant qui représente l'évolution des cas de paludisme notés dans l'observatoire sentinelle de Niakhar, où la surveillance est menée au niveau des postes de santé et suivie de recherche active des cas au niveau de la communauté. Tous les cas traités sont confirmés avec la microscopie et suivis jusqu'à la guérison.

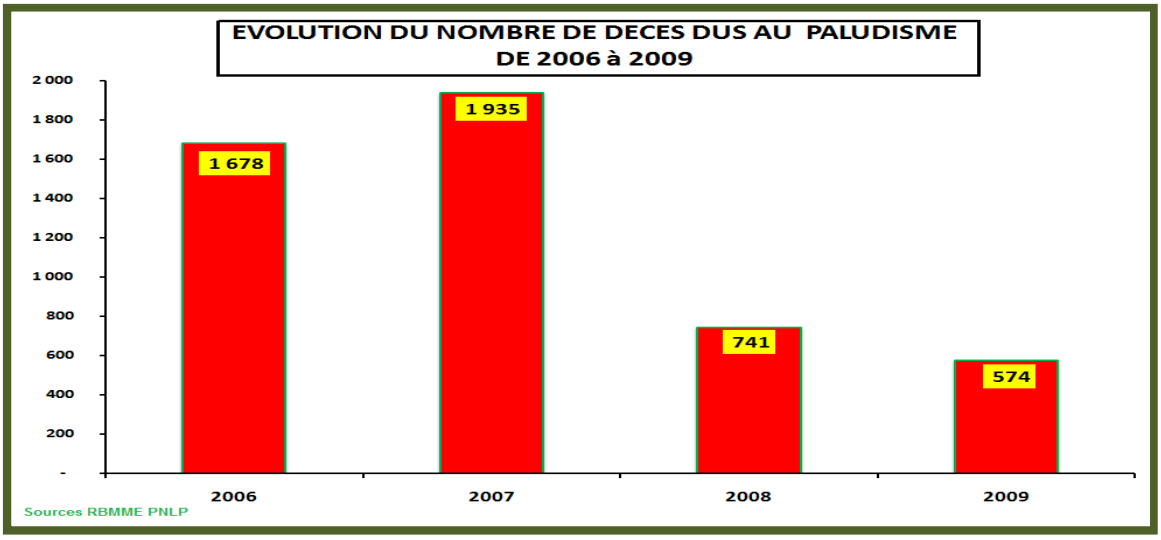
Figure 3. Evolution mensuelle des cas de paludisme diagnostiqués au niveau de l'Observatoire de Niakhar de 2005 à 2008



L'analyse des cas de paludisme dépistés dans les postes de santé de Niakhar de 2005 et 2008 a montré que, le pic de transmission noté entre Septembre à Décembre lors des années précédentes n'a plus été enregistré en 2008.

Les décès pour paludisme ont aussi connu une nette régression au niveau des formations sanitaires car de 1678 en 2006 ils ont été ramenés à 574 en 2009 soit une réduction de 66 %**.** L'ampleur de la baisse est inégalement répartie. Les régions de Diourbel, Tambacounda, Kolda, Kaolack, Dakar, St Louis et Thiès ont toutes notifié plus de 30 cas de décès en 2009. Le plus grand nombre de décès a été enregistré à Dakar avec157 cas.

Figure 4 : Evolulution du nombre de cas de décès dus au paludisme de 2006 à 2009



La baisse de la morbidité et de la mortalité liée au paludisme s'est traduite aussi par l'allégement du fardeau qu'exerce le paludisme dans les formations sanitaires.

V. ANALYSE DE LA PERFORMANCE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU SENEGAL EN JUIN 2010

1. Historique de la lutte

Avant 1994, la lutte antipaludique a toujours été intégrée dans la politique nationale de soins de santé primaires adoptée par le Sénégal après la conférence d'Alma Ata en 1978. Les actions de lutte antipaludique se résumaient à la prise en charge des cas de paludisme dans le cadre des PMA des formations sanitaires. En 1994, année de création du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), un comité scientifique pour la lutte contre le paludisme a été mis en place au Sénégal et des activités de recherche et de formations du personnel impliqué dans la mise en œuvre du PNLP ont été réalisées.

En 1995, le PNLP a été structuré et ses activités ont été intégrées dans le Plan National de développement sanitaire (PNDS 1998-2007) et dans le PDIS.

En 1997, le Sénégal a bénéficié à l'instar de 21 autres pays africains d'un financement de l'OMS pour entreprendre un «programme accéléré de lutte contre le paludisme» qui a été exécuté dans douze districts sanitaires (Podor, Dagana, Nioro, Bignona, Popenguine, Thiadiaye, Guinguineo, Linguére, Goudiry, Kébemer, Mbao, Ziguinchor).

En juin 1999, le Sénégal a organisé une réunion pour l'introduction dans le pays de l'initiative «Faire Reculer le Paludisme» fondée en 1998 par l'OMS, l'UNICEF, le PNUD et la Banque Mondiale. La même année, le Sénégal a adhéré à l'initiative "Santé pour la paix" regroupant la Guinée Bissau, la Guinée Conakry, la Gambie et le Sénégal avec l'adoption d'une stratégie de lutte intégrée contre le paludisme et d'un plan d'action élaboré.

En 2000, le Sénégal, à l'instar des pays endémiques africains, a renforcé son engagement dans la lutte contre le paludisme suite au sommet des Chefs d'Etats et de Gouvernements tenu en avril 2000 sur le paludisme qui a adopté la déclaration d'Abuja et son plan d'action. C'est dans ce cadre que le PNLP du Sénégal, sur la base d'une analyse situationnelle et d'une évaluation de programme, a élaboré successivement des plans nationaux stratégiques de lutte contre le paludisme respectivement pour 2001-2005 et 2006-2010.

En 2002, dans le cadre de l'adoption des OMDs par le SG/NU, le Sénégal a manifesté et mis en place les réajustements stratégiques nécessaires pour accélérer l'atteinte de l'objectif 6 se rapportant à la lutte contre le paludisme, le sida et la tuberculose.

Depuis 2002, avec le lancement du Fonds Mondial SIDA/Tuberculose/Paludisme en 2001, le PNLP du Sénégal a soumis des propositions à 4 reprises dont 3 ont été acceptées (R1, R4, R7).

En 2003, suite aux résultats obtenus sur l'évaluation de l'efficacité de la chloroquine, de l'amodiaquine et de la sulfadoxine-pyrimethamine, le PNLP a révisé la politique de traitement et adopté l'introduction des combinaisons thérapeutiques pour le traitement des formes simples de paludisme, respectivement AQ/SP en 2003 et ACT depuis 2006.

Comme à Abuja en 2000, le Sénégal a participé à la conférence des chefs d'Etat de l'Union Africaine à Abuja en 2006 au cours de laquelle un appel a été lancé pour l'accès universel aux services de prévention du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme en 2010 et une vision pour leur élimination à terme. En 2007, le Secrétaire Général des Nations Unis a plaidé pour une couverture universelle des interventions essentielles afin d'accélérer la réduction du fardeau de la maladie.

La mobilisation de ressources a été renforcée par les financements reçus de l'USAID/PMI et de la BID, respectivement en 2006 et 2007 et qui ont permis d'accélérer la mise à l'échelle des activités de prévention et de prise en charge du paludisme.

2. Résultats de la lutte en juin 2010

La plupart des cibles ont été fixées sur la période de mise en œuvre des plans stratégiques nationaux 2005-2009 et 2006-2010.
Les progrès observés sur les principaux indicateurs de résultats et d'impact du PNLP sont présentés dans le tableau ci-dessous:

Tableau 6 : Evolution des indicateurs du programme paludisme de 2005 à 2009

INDICATEURS	2005	2006	2007	2008	2009
Ménages avec au moins une MII	**27%**	**45%**	**ND**	**63%**	**82%**
Ménages avec au moins une MILDA	**20%**	**36%**	**ND**	**60%**	**80%**
Utilisation des MILDA par les enfants de moins 5 ans	**10%**	**21%**	**ND**	**31%**	**45%**
Utilisation des MILDA par les femmes enceintes	**10%**	**24%**	**ND**	**30%**	**48%**
Enfants de moins de 5 ans ayant reçu un traitement correct antipaludique dans les 24 heures	**ND**	**ND**	**ND**	**9%**	**ND**
Enfants de moins de 5 ans ayant reçu un traitement correct antipaludique ACT dans les 24 heures	**ND**	**9%**	**ND**	**4,6%**	**ND**
Morbidité proportionnelle	**33.12%**	**33.57%**	**22,25%**	**5.74%**	**3.07%**
Mortalité proportionnelle	**21.69%**	**18.49%**	**18,17%**	**7.18%**	**4.41%**

Létalité hospitalière	**2,51%**	**2,25%**	**3,36%**	**2,98%**	**2,90%**
Femmes enceintes ayant reçu le TPI 2 pendant leur dernière grossesse.	**ND**	**53%**	**61%**	**63%**	**58%**
Proportion de personnes protégées par l'AID dans 3 districts cibles	**NA**	**NA**	**ND**	**98,5%**	**97%**

Sources: MIS 2006 & 2009, Rapports campagnes AID, Rapport enquête post campagne MILDA 2009

3. Forces et faiblesses

La revue du programme paludisme, réalisée en avril-mai 2010 selon la méthodologie de l'OMS et des partenaires RBM a permis de mettre en exergue les forces et les faiblesses de la lutte contre le paludisme au Sénégal.

3.1 Contrôle des vecteurs du paludisme

Pour la mise en œuvre de la lutte anti vectorielle, des micros plans opérationnels annuels sont élaborés conformément aux priorités définies dans le plan stratégique 2006-2010. Le recrutement d'un entomologiste comme point focal LAV pour renforcer la mise en œuvre et la coordination des activités opérationnelles a permis au PNLP non seulement de mettre en œuvre les micro plans mais également de bâtir un système fonctionnel de surveillance entomologique dans les sites sentinelles des districts mettant en œuvre les AID.
Le marketing social, la distribution de MILDA et l'application de l'AID dans les 3 districts pilote ont contribué à la réduction de la morbidité liée au paludisme. L'adhésion des populations, relais et opérateurs, et de la société civile a été un facteur de réussite dans la mise en œuvre des campagnes AID dans ces districts pilotes.
Au cours de l'année 2010, le Sénégal a mené une campagne de distribution de masse de MILDA pour la couverture universelle dans les districts de Saraya et Vélingara. L'évaluation post campagne a permis de tirer des enseignements intéressants pour l'extension aux autres districts.

- ***Forces***

Pour la mise en œuvre de la lutte anti vectorielle, des micros plans opérationnels annuels sont élaborés conformément aux priorités définies dans le plan stratégique 2006-2010. Le recrutement d'un entomologiste comme point focal LAV pour renforcer la mise en œuvre et la coordination des activités opérationnelles a permis au PNLP non seulement de mettre en œuvre les micro plans mais également de bâtir un système fonctionnel de surveillance entomologique dans les sites sentinelles des districts mettant en œuvre les AID.
Le marketing social, la distribution de MILDA et l'application de l'AID dans les 3 districts pilotes ont contribué à la réduction de la morbidité liée au paludisme. L'adhésion des populations, des relais et opérateurs et de la société civile a été un facteur de réussite dans la mise en œuvre des campagnes AID dans ces districts pilotes.
Au cours de l'année 2009, le Sénégal a mené une campagne nationale de distribution de masse de MILDA et en 2010 il a procédé à la couverture universelle en MILDA dans les districts de

Saraya et Vélingara. L'évaluation post campagne a permis de tirer des enseignements intéressants pour l'extension aux autres districts.

.

- ***Faiblesses***

Le PNLP ne dispose pas de directives techniques de LAV pour faciliter la mise en œuvre des activités opérationnelles, et manque de données de surveillance entomologiques et épidémiologiques pour guider le choix des interventions appropriées pour la LAV.
L'insuffisance de personnel compétent pour mettre en œuvre des activités opérationnelles de LAV (AID, LAL, suivi de la sensibilité des vecteurs aux insecticides), mais également une insuffisance de ressources financières pour combler le gap de besoins en MILDA et des ruptures fréquentes de MILDA sont constatées à tous les niveaux.
La disponibilité des MILDA est faible en terme de couverture universelle selon l'enquête post campagne (34% en 2009). Le prix des MILDA non subventionnées reste encore élevé par rapport au pouvoir d'achat de la population.
Le contrôle de qualité et de suivi de l'efficacité des moustiquaires n'est pas effectué et la coordination avec le secteur privé et les collectivités locales est insuffisante.
Concernant l'AID réalisée dans les 3 districts pilote, la revue du programme paludisme de mai 2010 a identifié une insuffisance de formateurs, de superviseurs qualifiés, de moyens logistiques (véhicules, motos et autre équipement)., et un manque de coordination entre les différents acteurs à tous les niveaux. L'impact de cette intervention dans les différents faciès épidémiologiques n'a pas été évalué
La Lutte anti larvaire est marquée par une absence d'étude de faisabilité et de données de base sur l'intervention, une absence d'orientation sur les mesures de lutte anti larvaire dans les activités communautaires d'assainissement et une insuffisance de ressources humaines qualifiées. Un plaidoyer devra être mené pour un engagement des collectivités locales dans la mise à échelle de la lutte anti larvaire.

3.2 Paludisme pendant la grossesse

Les femmes enceintes au même titre que les enfants de moins de cinq ans font partie des cibles vulnérables au paludisme et ont bénéficié de mesures particulières aussi bien pour la prévention que pour la prise en charge. Ceci a permis d'enregister des résultats en terme de réduction de la morbidité et de la mortalité au niveau de cette cible. Cependant des insuffisances sont notées dans la mise en oeuvre empêchant l'atteinte des objectifs escomptés.

- ***Forces***

Le PNLP dispose de directives et s'appuie sur un personnel qualifié pour les activités de prévention et de traitement du paludisme chez la femme enceinte. La gratuité de la SP pour le TPI durant les CPN et une forte subvention de la MILDA pour les femmes enceintes sont appliquées dans le paquet anténatal. L'engagement des réseaux communautaires dans la distribution des MILDA et les activités de communication de proximité sur le paludisme pendant la grossesse ont contribué à la réduction de la morbidité et de la mortalité au niveau de cette cible.

- ***Faiblesses***

Le retard dans l'utilisation précoce des services de CPN, les ruptures de SP pour le TPI pendant les CPN et l'insuffisance d'engagement dans la mise en œuvre des directives nationales sur le TPI au niveau du secteur privé sont des facteurs défavorables pour atteindre la couverture universelle en TPI. Les ruptures de MILDA pour la distribution de routine au cours des CPN et l'accessibilité financière des MILDA au cours de la CPN constituent aussi une entrave majeure à l'atteinte des objectifs.

3.3 Diagnostic du paludisme et prise en charge des cas

La prise en charge du paludisme est une orientation majeure du plan stratégique 2006-2010.
Pendant cette période le PNLP a mis à l'échelle les ACT et les TDR et amorcé l'extension de la PECADOM qui couvre actuellement 80% des districts cibles.
Le Ministère de la Santé a promulgué, en mai 2010, un décret particulièrement important portant l'arrêt des monothérapies et a signé une note de service portant la gratuité des ACT dans le secteur public.
Des insuffisances ont été identifiées dans le domaine du respect des directives nationales en matière de diagnostic et de traitement, de l'accès aux soins, du coût élevé de la prise en charge des cas grave, la gestion des stocks et la pérennité de la gratuité du traitement par les ACT.

- ***Forces***

Les directives nationales pour la prise en charge standardisées des cas de paludisme sont respectées et les algorithmes sont utilisés pour la démarche diagnostique dans tout le secteur public. Les TDR et les ACT ont toujours été rendus disponibles et accessibles à tous les niveaux du secteur public.
Le PNLP a mis à l'échelle les TDR et les ACT et a amorcé l'extension de la PECADOM dans les districts cibles conformément au plan stratégique 2006-2010.
En 2010, la PECADOM couvre 80% des districts cibles grâce à la mise en œuvre effective à grande échelle de la prise en charge des cas de paludisme simple au niveau communautaire dans les cases et sites PECADOM. Cette extension rapide des interventions est souvent facilitée par le financement communautaire à travers les comités de santé des districts.
Enfin, le PNLP a mis en place un système de contrôle de qualité fonctionnel pour les ACT et les TDR au niveau central et périphérique. Un système de pharmacovigilance a aussi été mis en place par le PNLP et sert aujourd'hui de référence au niveau national.

- ***Faiblesses***

L'analyse de l'accessibilité montre des disparités entre les régions dans la prise en charge des cas de paludisme simple. En effet, l'accès aux formations sanitaires dans certaines régions ne dépasse pas 60% par rapport à 86% au plan national. C'est le cas notamment des régions de Kolda et Tambacounda.
Les TDR ne sont pas encore disponibles au niveau du secteur privé lucratif et il y a un manque d'harmonisation de la prescription et de la dispensation des ACT dans le secteur public et privé. Ainsi un certain nombre de cas de fièvre sont encore traités comme des cas de paludisme.

Les curicula des écoles nationales et régionales de formation en santé n'ont pas encore pris systématiquement en compte les nouvelles orientations sur la prise en charge des cas de paludisme.
L'insuffisance de financement est un frein pour l'équipement et le renforcement de capacités des techniciens de laboratoire et des agents de santé des sites sentinelles en vue d'assurer le monitoring de qualité et l'efficacité des médicaments et des TDR.
La qualité des médicaments qui circulent dans le pays ne respecte pas toujours les normes avec un taux de non-conformité à plus de 40% pour les médicaments antipaludiques en circulation dans le pays.
Le coût de la prise en charge des cas de paludisme grave reste encore élevé.

3.4 Préparation et réponse aux épidémies de paludisme et aux situations d'urgence

La mise en place de sites sentinelles au niveau de la vallée du fleuve (2007) et des zones inondées de la banlieue de Dakar (2009), a permis d'assurer la surveillance du paludisme dans ces zones.
Cependant , la préparation et la réponse aux épidémies de paludisme et aux situations d'urgence n'a pas bénéficié d'une mise en œuvre adéquate en dépit de sa position comme intervention prioritaire au niveau des deux plans stratégiques précédents.
Les principales insuffisances portent sur la mise à jour la cartographie des zones à risque, la couverture représentative des sites sentinelles dans toutes les zones à risque et et la définition des directives de gestion des épidémies et situations d'urgence.

- ***Forces***

Le Sénégal dispose de directives nationales SMIR et d'un cadre de coordination et de gestion des épidémies, y compris le paludisme, à tous les niveaux. Les sites sentinelles pilotes de surveillance spécifiques au paludisme appuyés par les partenaires techniques et financiers permettent de disposer de données hebdomadaires au niveau des zones à risque d'épidémie au niveau de la vallée du fleuve Sénégal et au niveau des zones d'inondations de la banlieue de Dakar.
Le Service National de l'Education et de l'Information pour la Santé (SNEIPS) joue un rôle important dans la communication lors de la survenue d'épidémies ou d'urgences complexes.

- ***Faiblesses***

La préparation et la réponse aux épidémies de paludisme et aux situations d'urgence n'a pas bénéficié d'une mise en œuvre suffisante malgré sa position comme intervention prioritaire au niveau des deux plans stratégiques précédents.
La répartition des sites sentinelles n'est pas représentative de toutes les zones à risque. La catégorisation du paludisme dans le SMIR comme simple maladie à surveiller constitue un handicap pour rendre disponibiles les données nécessaires à la détection précoce des épidémies.
De fait, en dehors des sites de surveillance sentinelles, le pays ne fournit pas de rapport périodique sur la surveillance épidémiologique.

L'absence de directives nationales sur la préparation et la riposte aux épidémies et d'un plan national actualisé de prévision comme l'inexistence de définition standard de seuils épidémiques de détection constituent un handicap pour la détection précoce des épidémies de paludisme au Sénégal. La coordination avec les services techniques du Ministère de l'Hydraulique, les services d'aménagement hydro-agricoles et les secteurs tels que la météorologie ou le centre de suivi écologique est insuffisante pour la mise en place d'un bon système d'alerte précoce.
Les autres déterminants des insuffisances du système de surveillance, de gestion des épidémies et des situations d'urgence se résument à l'absence de recyclage des équipes de terrain sur la gestion des épidémies et l'absence d'un comité de préparation fonctionnel.
De plus le dispositif pour la coordination de la réponse à travers les pays frontaliers et l'absence de fonds national d'urgence n'est pas fonctionnel et manque de moyens logistiques et de produits d'urgence.

3.5 Gestion des achats et des approvisionnements

Des efforts ont été faits dans la mise en place du cadre politique et réglementaire dans la gestion et l'acquisition des médicaments et produits anti paludiques, le renforcement de capacités du niveau opérationnel en gestion de stock, l'implication du secteur privé dans la distribution des produits anti paludiques.
Ces efforts doivent être soutenus et renforcés dans ce contexte d'intensification de la lutte afin d'assurer la disponibilité et l'accessibilité permanente des médicaments et produits antipaludiques à toute la population.

- ***Forces***

Des résultats ont été enregistrés dans la mise en place du cadre politique et réglementaire dans la gestion et l'acquisition des médicaments et produits anti paludiques, comme la conformité des médicaments et produits antipaludiques aux normes internationales OMS/WHOPES. Le renforcement de capacités du niveau opérationnel en gestion de stocks, et la mise en place d'un système informatisé ont permis d'améliorer l'opérationnalité de la centrale d'achats et de 11 pharmacies régionales d'approvisionnement dans les régions médicales.
L'implication du secteur privé dans la distribution des médicaments et produits antipaludiques et la fonctionnalité du système du contrôle de qualité des médicaments et produits antipaludiques viennent compléter les résultats positifs obtenus dans le renforcement de la gestion des achats et des approvisionnements.

- ***Faiblesses***

Malgré la volonté de collaboration entre le PNLP et les services du Ministère de la Santé en charge des médicaments et produits nécessaires à la lutte contre le paludisme, il n'existe toujours pas de manuel de procédures consensuel entre le PNLP et la PNA pour la coordination des achats programmés des médicaments et produits antipaludiques ; ce qui explique en partie les ruptures de stock de SP.
Au niveau district, le manque de système informatisé de gestion des produits et les carences de gestion des stocks des médicaments des points de prestation de services sont à l'origine de

ruptures. Par ailleurs les responsables des formations sanitaires n'exercent pas systématiquement un contrôle régulier des stocks des dépôts de pharmacie.
L'absence de pharmacies régionales d'approvisionnement dans les 3 régions médicales de Kédougou, Sédhiou et Kaffrine limite les capacités de stockage et de distribution au niveau de ces régions, affectent ainsi la disponibilité des médicaments.

3.6 Promotion de la santé

La communication a toujours été prise en compte dans les différents plans stratégiques de lutte contre le paludisme. Des efforts ont été réalisés dans la production de supports, l'élargissement du partenariat et la mobilisation des communautés.
Il est impératif de relever les défis en rapport avec la pérennisation des réseaux communautaires, l'amélioration du suivi des activités des OCB, la participation des collectivités locales et du secteur privé et le financement des activités de communication et de mobilisation sociale.

- ***Forces***

La volonté politique affirmée de l'Etat à soutenir la lutte contre le paludisme au Sénégal se manifeste entre autre par la présence régulière des hautes autorités aux manifestations sur le paludisme.
Un plan de communication a été élaboré et a permis de mettre à disposition des acteurs des supports IEC adaptés, d'élargir le partenariat et de mobiliser les communautés et les cadres de concertation avec les réseaux.

- ***Faiblesses***

Le PNLP ne dispose pas de plan national pour le plaidoyer en faveur de la lutte contre le paludisme. L'insuffisance des ressources est à l'origine d'un manque de supervision des activités communautaires, d'élaboration et de diffusion de spots et supports en langues locales au niveau opérationnel.
La collaboration avec les autres secteurs, la participation du secteur privé et l'engagement des collectivités locales dans la lutte contre paludisme doivent être renforcés pour optimiser l'impact des campagnes de communication et de sensibilisation des populations.

3.7 Gestion du Programme

Durant la mise en œuvre du plan stratégique 2006-2010, il ressort que des progrès notables ont été faits dans le sens de la gestion du programme pouvant expliquer la bonne performance de ce dernier.
Toutefois, des insuffisances ont été identifiées et nécessitent des actions concrètes au niveau des gaps en ressources humaines, de la fonctionnalité des instances de coordination, du maintien des compétences au niveau de l'unité de coordination et de la mobilisation des ressources pour le financement du plan stratégique 2011 – 2015.

- ***Forces***

L'engagement politique, la mobilisation de ressources nationales, locales et extérieures, le respect des principes de planification stratégique et de bonne gouvernance sont autant d'atouts qui ont contribué à la performance du programme durant la mise en œuvre du plan stratégique 2006-2010.
Le renforcement institutionnel du programme s'est matérialisé notamment par la mise à disposition de locaux propres aux PNLP, par l'affectation de personnel qualifié et l'augmentation des ressources.
La construction du partenariat s'est traduite par un nombre important de partenaires intervenant au niveau central comme au niveau opérationnel.
Le Sénégal a préconisé la recherche de synergies au sein de la sous région avec la Gambie, la Guinée Bissau et la Guinée Conakry, ainsi que des initiatives transfrontières avec la Mauritanie, le Mali, la Guinée Conakry en partenariat avec l'OMVS visant à coordonner les interventions de lutte contre le paludisme au niveau du fleuve Sénégal.

- ***Faiblesses***

Le comité de pilotage créé par arrêté ministériel et qui regroupe les principaux partenaires RBM du Sénégal n'a pas fonctionné rendant ainsi difficile la coordination des partenaires de la lutte contre le paludisme.
L'absence d'un document signé de déclaration de politique nationale de lutte contre le paludisme et une répartition inégale dans le financement des activités pour la mise en œuvre du plan stratégique 2006-2010 ont aussi contribué à l'insuffisance des capacités d'intervention au niveau opérationnel.

3.8 Surveillance, suivi et évaluation

Des efforts ont été entrepris pour renforcer la surveillance, le suivi et l'évaluation au PNLP.
Le système de suivi évaluation a été évalué et des performances ont été enregistrées dans l'amélioration de la qualité des données de routine et la réalisation d'enquêtes nationales représentatives.
Les insuffisances identifiées sont en rapport avec l'absence de plan national de suivi et évaluation du plan stratégique, l'insuffisance des ressources financières allouées au S&E à tous les niveaux.

- ***Forces***

La fonctionnalité du système matérialisée par des supervisions régulières du niveau central et par l'instauration des revues trimestrielles a permis d'obtenir un niveau élevé de complétude et de promptitude dans la collecte des données de routine. Le recours à des paludologues pour renforcer cette supervision a permis de couvrir toutes les formations sanitaires.
La disponibilté des données d'enquêtes grâce à une politique de contractualisation avec le secteur privé et l'appui des partenaires a permis d'améliorer le suivi de la mise en œuvre du plan.

Le contrôle de qualité des données a été amélioré avec l'instauration de la vérification systématique des données sur site au cours des supervisions permetant ainsi de disposer de données de qualité.
La formalisation de conventions traduit une forte implication de l'université et des instituts en matière de recherche opérationnelle, de suivi de l'efficacité des antipaludiques, de la sensibilité des vecteurs aux insecticides et des enquêtes de couverture.

- ***Faiblesses***

La supervision des prestataires à tous les niveaux n'est pas assez homogène . Le niveau communautaire est insuffisamment suivi dans le cadre de la supervision de la mise en œuvre des activités. Les enquêtes CAP visant à évaluer l'impact des interventions de lutte contre le paludisme ne sont pas souvent réalisées.
Le contrôle de qualité des interventions et des données doit être renforcé à tous les niveaux du système de santé ; il en va de même de la notification des effets indésirables dans le cadre de la pharmacovigilance.
Le plan stratégique 2006-2010 n'a pas fait l'objet d'une évaluation à mi- parcours qui aurait permis de corriger les insuffisances dans la mise en œuvre et de redéfinir si nécessaire les orientations stratégiques.
L'insuffisance des ressources financières est aussi un facteur limitant en matière de recherche opérationnelle.
Un plan national de suivi évaluation harmonisé regroupant tous les partenaires qui appuient le plan stratégique doit être élaboré en priorité.

VI. PLAN STRATEGIQUE 2011 – 2015

1. Cadre stratégique

1.1 Vision

« *Un Sénégal émergent sans paludisme* »

1.2 Mission du programme

Assurer un accès universel aux interventions les plus efficaces de prévention, de promotion et de traitement du paludisme à un coût abordable à toute la population sénégalaise.

1.3 Orientations stratégiques

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement sont le fil conducteur de la politique nationale de santé et de la lutte contre le paludisme. Dans cette lancée, le plan stratégique va insister sur la collaboration avec les programmes en charge de la santé de la mère et de l'enfant.

La décentralisation et la gouvernance locale seront les principaux piliers de la lutte contre le paludisme. Cela se traduira par une forte implication des collectivités locales et communautés dans la planification, la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des interventions.

Le partenariat notamment avec le secteur privé sera renforcé afin d'optimiser les opportunités de financement et de coordination. La multisectorialité sera aussi développée afin de prendre en compte les déterminants qui ne relèvent pas du secteur de la santé.

Le plan stratégique 2011-2015 s'inscrit dans l'accélération du contrôle du paludisme en vue de l'atteinte du seuil épidémiologique de pré élimination. L'accès universel au paquet d'interventions sera promu pour faciliter la protection des groupes vulnérables et des populations défavorisées. Les zones à forte densité de populations et les zones à forte endémicité seront ciblées dans ce sens pour atteindre rapidement les objectifs fixés.

La contribution au renforcement durable du système de santé est aussi une priorité. L'accent sera mis sur la planification décentralisée, l'amélioration du système d'approvisionnement, l'extension des interventions à base communautaire et le renforcement du système d'information sanitaire.

1.4 Principes directeurs

Le plan stratégique 2011-2015 s'inscrit dans les priorités de la politique nationale de santé développée dans le PNDS 2009-2018 et le DSRP II avec une articulation aux objectifs 4, 5 et 6 des OMD selon les principes directeurs suivants :

- Equité dans l'accès aux soins de qualité

L'accès aux soins de santé de qualité sera garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique et le genre à travers une politique d'amélioration de l'accessibilité financière des médicaments et produits de lutte contre le paludisme et de l'amélioration de l'accès géographique des soins aux populations par le renforcement des interventions communautaires, le partenariat avec le secteur privé et la multisectorialité.

- Gestion axée sur les résultats

La gestion axée sur les résultats sera promue à travers le renforcement de la planification opérationnelle avec une allocation des ressources basée sur la performance. Le programme va renforcer la politique de contractualisation avec les régions médicales, les districts sanitaires, les communautés, les ONG et la société civile sur la base de critères de performance partagés par tous les acteurs avec un suivi /évaluation régulier.

- Amélioration de la gouvernance sanitaire

La responsabilisation des prestataires de soins sera renforcée à travers l'instauration d'une culture du « rendre compte ». La participation active des populations bénéficiaires sera aussi renforcée et des enquêtes de satisfaction seront régulièrement menées pour une meilleure prise en compte de leurs attentes dans la lutte contre le paludisme. La décentralisation du programme sera accentuée à travers une meilleure implication des collectivités locales, des communautés et la planification participative. Des mécanismes garantissant la visibilité et le contrôle seront mis en place à tous les niveaux afin de renforcer la transparence dans la gestion du programme.

- Complémentarité et synergie

La recherche de synergie d'actions avec les autres services et programmes du Ministère de la Santé, les partenaires d'appui et les autres secteurs de développement va guider la mise en œuvre du plan stratégique pour une meilleure efficience des interventions et la rationalisation des ressources engagées.

1.5 Buts

- Réduire la morbidité liée au paludisme pour atteindre le seuil épidémiologique de pré élimination d'ici 2015
- Réduire la mortalité liée au paludisme de 75% d'ici 2015

1.6 Objectifs spécifiques

Lutte anti - vectorielle

- Amener au moins 80% de la population à dormir sous MILDA d'ici 2015
- Protéger au moins 90% de la population par les AID au niveau des zones ciblées d'ici 2015
- Traiter au moins 95% des gites larvaires productifs dans les zones ciblées d'ici 2015

Paludisme et grossesse

- Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le TPI à la SP et les MILDA conformément aux directives nationales d'ici 2015
- Traiter 100% des cas de paludisme chez les femmes enceintes vues dans les structures sanitaires conformément aux directives nationales d'ici 2015

Prise en charge des cas

- Confirmer par la GE ou le TDR au moins 95% des cas suspects de paludisme d'ici 2015
- Prendre en charge 100% des cas de paludisme diagnostiqués conformément aux directives nationales d'ici 2015

Epidémies et urgences

- Détecter précocement au moins 80% des épidémies et situations d'urgence d'ici 2015
- Contrôler toutes les épidémies et situations d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection, d'ici 2015

Gestion des achats et Approvisionnement

- Rendre disponibles de façon permanente les médicaments et produits anti – paludiques dans au moins 95% des formations sanitaires publiques et communautaires

Promotion de la santé

- Renforcer la promotion de la santé pour accroître l'utilisation des interventions de lutte contre le paludisme

Gestion du programme

- Renforcer les capacités managériales et opérationnelles du programme à tous les niveaux

Suivi /Evaluation

- Assurer la disponibilité à temps et l'utilisation des données pour le suivi et l'évaluation du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011-2015

2. Interventions et stratégies de mise en œuvre

2.1 Lutte anti - vectorielle

Parmi les stratégies de prévention définies par l'OMS pour lutter efficacement contre le paludisme, la LAV est la composante majeure. Le plan de LAV élaboré en 2006 était axé surtout sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées et sur l'introduction de l'AID comme projet pilote.

Dans une perspective d'élimination du paludisme dans certaines zones, il importe d'appliquer toutes les méthodes de LAV efficaces disponibles et de poursuivre simultanément la recherche de mesures plus efficaces dans les zones d'inondations et les régions de forte endémicité.

Cibles 2015

- Au moins 80% de la population dormira sous MILDA
- Au moins 90% de la population sera protégé par les AID au niveau des zones ciblées
- Au moins 95% des gites larvaires productifs seront traités dans les zones ciblées

Stratégies de mise en œuvre

- Réactualisation des directives pour la LAV

Pour la prise en compte de toutes les mesures de LAV recommandées dans les zones où elles peuvent être efficaces, des ateliers de révision et de validation du plan LAV seront organisés en 2011 avec l'ensemble des partenaires concernés. Ce plan décrira notamment les modalités de mise en œuvre de la lutte anti – larvaire dans les zones à risque d'inondations ou dans celles où la transmission du paludisme est essentiellement due à la persistance de gîtes larvaires identifiables et accessibles et des modalités de gestion de l'environnement. Le document de politique sur la MILDA sera réactualisé afin de prendre en compte les campagnes de distribution de masse gratuite ciblant toute la population ou ciblant les groupes vulnérables et la gratuité de la MILDA lors de la CPN. Le plan définira les modalités de renouvellement et de gestion des moustiquaires périmées et de traitement des emballages.

- Renforcement des capacités

Le renforcement de connaissances se fera à travers une politique de formation et de recyclage des différentes catégories de personnels de santé notamment les agents du Ministère de la Santé qui ont en charge la lutte contre les vecteurs du paludisme et autres vecteurs nuisibles. Les formations concerneront en particulier les agents du Service National de l'Hygiène de tous les niveaux du système sanitaire, les techniciens de structures de recherche et les agents des autres secteurs de développement. Ceci permettra à terme de disposer de personnels capables de gérer efficacement toutes les activités liées à la LAV du paludisme notamment l'identification de besoins, la planification, la mise en œuvre et le suivi / évaluation.

L'amélioration du plateau technique du Laboratoire National de Référence (LNR) du PNLP pour la LAV, du laboratoire de la SLAP et des sous brigades d'hygiène des districts sanitaires constitue un volet important du renforcement des moyens techniques, logistiques et humains.

Le renforcement des capacités c'est aussi disposer d'intrants en quantité suffisante pour l'atteinte des objectifs de couverture universelle.

- Accélération de la couverture universelle dans tout le pays

Dans le plan 2011-2015 les campagnes de distribution gratuite vont couvrir toutes les régions. Cependant, vu la quantité de MILDA nécessaire, ces campagnes se feront de façon progressive en commençant par les régions à plus forte endémicité et/ou à plus faible disponibilité en MILDA. Le principe d'estimation basé sur l'accès universel sera de prévoir 1 MILDA pour 2 personnes ou 1 MILDA par couchage. Ces campagnes seront renouvelées tous les 3 ans pour assurer le renouvellement des MILDA usées ou perdues. Pour cela, il est prévu d'acheter des MILDA en quantité suffisante permettant d'organiser des campagnes de distribution de masse gratuites ciblant toute la population et d'assurer la disponibilité des moustiquaires dans les structures publiques, communautaires (structures de santé, OCB, ONG, PPS) et privées (grossistes, officines).

Ces campagnes de distribution des MILDA seront complétées par la distribution de routine de MILDA. Cette dernière s'appuiera entre autres sur la vaccination de routine, la CPN, la surveillance nutritionnelle et pondérale et les réseaux communautaires.

- Renforcement de la participation communautaire dans la mise en œuvre des AID et de la LAL

Au niveau de chaque district, des relais seront formés sur les AID et la lutte anti larvaire pour mener des activités de sensibilisation de proximité auprès de la population et des personnes ressources. Les relais seront appuyés par les comités crées au niveau des quartiers/villages pour soutenir les activités de LAV. L'utilisation des radios communautaires et l'organisation d'une journée de lancement contribueront au renforcement des activités IEC. Les activités

communautaires d'assainissement seront axées sur la gestion de l'environnement et la réduction du nombre des gîtes larvaires des moustiques.

Le district sera responsable de la formation des agents impliqués et de la gestion des opérations. Pour les interventions spéciales de LAV, les agents préparateurs et applicateurs seront identifiés dans les communautés pour être formés et vont constituer les équipes d'intervention. Des superviseurs seront formés sur le suivi et la collecte des données. La supervision prendra en compte le suivi post formation pour s'assurer du respect de la qualité et des mesures d'hygiène et de sécurité.

- Promotion de la lutte anti larvaire ciblée

Les zones à risque d'inondations et celles où la transmission du paludisme est essentiellement due à la persistance de gîtes larvaires identifiables et accessibles vont bénéficier de la lutte anti larvaire. Cela concerne la banlieue de Dakar, la plupart des grandes villes et des zones localisées du nord et du centre du pays.

Une reconnaissance géographique doit être menée dans les districts ciblés pour élaborer une cartographie détaillée utile pour le repérage et le bon déroulement des opérations. Des données de base sur paludisme et sur les vecteurs seront collectées dans les districts sanitaires selon le rythme d'enrôlement.

- Amélioration de la surveillance entomologique et du suivi-évaluation

Les activités de suivi-évaluation portent sur la supervision des opérations à tous les niveaux, sur le contrôle de la qualité et de l'efficacité de l'insecticide, le suivi de la sensibilité des vecteurs aux insecticides et l'évaluation de l'impact sur le plan entomologique et parasitologique.
Un guide de surveillance entomologique sera élaboré et mis à la disposition des équipes de surveillance après formation au niveau des districts ciblés.
Des activités de recherche opérationnelle seront développées pour une optimisation de l'effet de la lutte mais aussi pour une meilleure surveillance épidémiologique. Il s'agira entre autres d'investigations sur l'efficacité ou l'acceptabilité de certaines mesures alternatives telles que l'évaluation des bâches imprégnées, l'évaluation de l'efficacité de la combinaison AID et MILDA dans les différents faciès.
La recherche opérationnelle sera menée par les équipes de chercheurs des institutions de recherche notamment le LEVP, la SLAP, l'IRD et l'IPD. Les chercheurs du niveau central auront la charge de renforcer les capacités des agents du niveau opérationnel afin de leur permettre d'appuyer les activités de recherche au niveau périphérique.

2.2 Paludisme et grossesse

Le mise en œuvre des interventions du plan stratégique précédent auprès des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans a permis d'obtenir des résultats encourageants en terme de réduction de la morbidité et de la mortalité sur ces cibles particulièrement vulnérables.. L'approvisionnement en SP, la disponibilité et l'accessibilité financière des MILDA au cours de la CPN constituent les principaux défis pour atteindre les objectifs fixés.

Cibles 2015

- Au moins 80% des femmes enceintes bénéficieront de la SP conformément aux directives nationales
- Au moins 80% des femmes enceintes dormiront sous MILDA
- 100% des femmes enceintes atteintes de paludisme bénéficieront de traitement conformément aux directives nationales

Stratégies de mise en œuvre

- Amélioration de la prévention du paludisme pendant la grossesse

Un plaidoyer sera entrepris auprès des autorités gouvernementales et des collectivités locales pour une mobilisation optimale des ressources nécessaires à l'approvisionnement continu en SP et MILDA. L'Etat sera aussi sensibilisé pour la mise en place des procédures d'urgence pour l'acquisition des ces intrants.
La collaboration entre la DSR et le PNLP sera renforcée avec l'élaboration d'un plan conjoint de relance de la prévention et de la prise en charge du paludisme chez la femme enceinte. Cela permettra de définir les rôles et responsabilités de chacune des parties pour un meilleur suivi des activités de lutte contre le paludisme pendant la grossesse. Ce plan identifiera des stratégies de mise en œuvre des directives nationales sur le TPI au niveau du secteur privé, et définira les interventions pour l'utilisation précoce des services de CPN, la disponibilité permanente de la SP pour le TPI et des MILDA pendant les CPN. Le volet CCC sera aussi pris en compte.
La gratuité de la MILDA au cours des CPN devrait contribuer à l'atteinte de la couverture universelle.

- Actualisation et mise en œuvre des recommandations de traitement du paludisme pendant la grossesse

Les cas de paludisme chez la femme enceinte sont systématiquement considérés comme graves et traités comme tels à base de quinine administrée en IV quel que soit le tableau clinique. Ces directives seront revues selon les nouvelles orientations de l'OMS qui recommandent l'utilisation des ACT pour traiter le paludisme pendant la grossesse à l'exception du premier trimestre pendant lequel la quinine continuera à être prescrite. Les directives nationales de traitement du paludisme seront actualisées en conséquence de même que les modalités de mise en œuvre notamment pour la prise en compte de ce groupe dans l'estimation des besoins en ACT.

2.3 Prise en charge des cas

Le respect des directives nationales en matière de diagnostic et de traitement, l'accès aux soins, le coût élevé de la prise en charge des cas graves, la gestion des stocks, l'utilisation des TDR au niveau des prestataires du secteur privé et la pérennité de la gratuité du traitement par les ACT sont autant de défis que le plan stratégique 2011-2015 devra adresser prioritairement.

Cibles 2015

- Au moins 95% des cas suspects de paludisme seront confirmés par TDR ou GE
- 100% des cas de paludisme diagnostiqués seront traités conformément aux directives nationales

Stratégies de mise en œuvre

- Réactualisation de la politique et des directives de prise en charge du paludisme et de prophylaxie

Un atelier de révision de la politique sur le diagnostic et la prise en charge des cas de paludisme sera organisé pour prendre en compte les dernières directives internationales et définir les orientations pour la prise en charge des cas de paludisme dans les zones de faible endémicité. Cette révision donnera des orientations sur l'adoption et l'introduction du TPI chez les nourrissons et la définition de la chimio prophylaxie chez les migrants et les voyageurs.
Cet atelier devra proposer des orientations sur la gratuité de la prise en charge des cas de paludisme grave.

- Développement du partenariat avec le secteur privé

Les prestataires du secteur privé, les officines, les cliniques et cabinets privés, seront mobilisés pour une meilleure adhésion aux stratégies nationales de lutte contre le paludisme.
Un atelier national sera organisé en collaboration avec les associations professionnelles du secteur privé pour optimiser sa contribution à la lutte contre le paludisme et proposera un plan d'actions visant à l'amélioration de l'accès aux traitements notamment dans les zones périurbaines et rurales défavorisées
Un plaidoyer sera mené aussi auprès du secteur privé national pour la mobilisation de ressources additionnelles dans la lutte contre le paludisme.

- Optimisation de la planification et de la gestion au niveau opérationnel

Il s'agira dans cette intervention de définir les procédures pour améliorer la mise en œuvre des directives en mettant l'accent sur les secteurs privé et hospitalier afin de rendre disponibles les intrants.
Les activités de gestion et de supervision seront accompagnées d'un relèvement du plateau technique des services de santé par leur équipement en moyens d'oxygénothérapie et analyses biologiques (goutte épaisse, glycémie, gaz du sang, ionogramme sanguin, hémogramme).

L'approvisionnement des structures sanitaires de référence en produits (consommables et médicaments) nécessaires à la prise en charge des cas graves devra être assuré de façon pérenne.
Le programme va également appuyer techniquement la planification et l'évaluation au niveau des districts et régions en vue d'une meilleure intégration du paludisme, des activités communautaires et de la PECADOM dans les plans de travail annuels. Cette démarche permettra une meilleure contribution des collectivités locales, des partenaires locaux et des communautés dans la mise en œuvre de la lutte contre le paludisme au niveau opérationnel.

- Renforcement des capacités

Un plaidoyer devra être mené au niveau de la DRH du Ministère de la Santé pour le recrutement en quantité suffisante de personnel de santé qualifié et leur affection au niveau des structures de santé de référence pour combler le gap en ressources humaines.

La formation au diagnostic biologique au niveau des laboratoires et le suivi post formation des agents de santé des structures de santé des secteurs public et privé à travers des supervisions formatives régulières et des enseignements post universitaires seront privilégiés.

La supervision sera renforcée à tous les niveaux pour amener les responsables des structures des secteurs public et privé à veiller au respect des directives de prise en charge des cas en assurant la qualité des soins administrés aux patients.

Un partenariat sera développé avec les écoles nationales et régionales de formation en santé, les instituts de formation et les écoles privées en vue de l'intégration dans les curricula des nouvelles orientations sur la prise en charge des cas de paludisme. La coordination entre les différents services du Ministère de la Santé et l'ENDSS sera renforcée.

Le renforcement des capacités visera aussi les prestataires hospitaliers et des centres de santé dans la prise en charge des cas graves de paludisme.

- Systématisation de la confirmation biologique

L'application des directives du programme en matière de diagnostic biologique doit être la priorité pour la confirmation systématique des cas de paludisme à tous les niveaux. Un accent particulier sera mis au niveau des régions à faible couverture en infrastructures sanitaires et du secteur privé lucratif en améliorant la gestion des TDR et la supervision des prestataires à tous les niveaux.
L'assurance qualité du diagnostic biologique sera renforcée avec l'intégration du suivi de la corrélation entre goutte épaisse et TDR au niveau des sites sentinelles existants et avec la systématisation du contrôle de qualité des TDR dans tous les districts lors de la supervision. Cette activité sera conduite avec l'appui technique du département de parasitologie de la faculté de médecine de l'UCAD.

- Contrôle continu de la qualité des traitements antipaludiques

Le programme va renforcer et se doter en équipements complémentaires. Il va également renforcer les capacités des techniciens de laboratoire et agents des sites sentinelles pour assurer le contrôle continu de la qualité des médicaments et produits antipaludiques.
Les algorithmes de prise en charge des cas graves seront mis en place au niveau des structures de santé de référence avec un suivi effectif de leur utilisation.
Le traitement pré-transfert des cas graves de paludisme au niveau des postes de santé et au niveau communautaire sera développé selon des modalités pratiques qui seront actualisées lors de l'atelier de révision.

- Extension de la PECADOM dans les zones de forte endémicité

Les districts de la strate III et dans une moindre mesure ceux de la strate II bénéficieront de l'extension de la PECADOM qui ciblera en priorité les zones éloignées des structures sanitaires ou enclavées. La sélection des sites, la planification des activités, la formation des DSDOM, l'équipement, la dotation en ACT et TDR et la supervision constituent les éléments essentiels pour la mise en œuvre de la PECADOM.

2.4. Epidémies et urgences

La réponse aux épidémies de paludisme et aux situations d'urgence était considérée comme intervention prioritaire dans les deux plans stratégiques précedents mais n'a pas bénéficié d'une mise en œuvre adéquate. Cependant, la mise en place de sites sentinelles au niveau de la vallée du fleuve Sénégal en 2007 et des zones inondées de la banlieue de Dakar en 2009 a permis d'assurer la surveillance du paludisme dans ces zones.

Pour corriger ces insuffisances, le plan stratégique 2011-2015 deva assurer une couverture représentative des sites sentinelles dans toutes les zones à risque et définir des directives de gestion des épidémies et situations d'urgence.

Cibles 2015

- Au moins, 80% des épidémies seront détectées précocement
- Toutes les épidémies détectées seront contrôlées dans les deux semaines suivant leur apparition
- Au moins 80% des situations d'urgence identifiées bénéficieront d'un dispositif de réaction adéquat

Stratégies de mise en œuvre

- Amélioration de la surveillance

L'extension des sites sentinelles pour la détection précoce des épidémies aux districts où l'incidence du paludisme est faible et l'application au niveau opérationnel des directives seront les priorités pour la mise en œuvre des activités de surveillance et de gestion des épidémies et des situations d'urgence. Ces directives décriront les modalités opératoires de la recherche active des cas dans les zones à risque épidémique et fixeront les seuils permettant de déclencher une action de riposte. Les études d'identification et le suivi des facteurs prédictifs d'épidémie spécifiques à chaque district seront menés avec l'appui des chercheurs des instituts de recherche et de l'université. Ce dispositif de surveillance des cas constituera le cadre de référence qui contribuera à l'harmonisation et l'amélioration du système de surveillance dans tous les sites.

- Optimisation de la gestion des épidémies et des situations d'urgence

Pour assurer une riposte adéquate à une épidémie ou une situation d'urgence, il sera élaboré un plan de riposte dans tous les districts à risques et se trouvant dans les zones d'inondations. Pour ce faire, le PNLP et ses partenaires procéderont à l'encadrement des districts dans le cadre d'ateliers de planification. Le canevas de planification fait ressortir les différentes étapes de la riposte qui commence dés que l'alerte est donnée par le site en passant par la mise en œuvre des activités de riposte préalablement définies sous la coordination du comité de lutte. Ce plan comprendra des volets de suivi évaluation notamment l'évaluation de la riposte.

Les plans de riposte aux épidémies et aux urgences des districts s'inspireront du plan national qui définira entre autres les rôles et responsabilités des différents acteurs et les mécanismes de mobilisation des stocks d'urgence, des médicaments et autres produits de lutte anti paludique. Il sera aussi précisé les modalités de mobilisation des ressources financières, humaines et matérielles pour la mise en œuvre des activités de riposte.

- Renforcement des capacités

Pour une bonne gestion des sites sentinelles, il est important de définir des normes et de mettre en place des outils. Ces outils ont été testés et utilisés au niveau des zones pilotes de la vallée du fleuve Sénégal et au niveau des zones inondées de la région de Dakar. L'harmonisation des connaissances dans la gestion des sites et dans l'utilisation adéquate des outils est un gage de succès. Ainsi, il est important de: (i) élaborer les modules de formation; (ii) organiser une session de partage et de validation des modules de formation; (iii) organiser la formation des formateurs; (iv) organiser les formations en cascade à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. A l'instar des sites existants, de nouveaux sites seront équipés de matériels informatiques avec une connexion internet afin de faciliter le traitement, la transmission des données et d'augmenter la réactivité du dispositif.

2.5. Gestion des achats et approvisionnements

Des efforts ont été faits dans la mise en place du cadre politique et réglementaire pour la gestion et l'acquisition des médicaments et produits anti paludiques, le renforcement de capacités du niveau opérationnel en gestion de stock, l'implication du secteur privé dans la distribution des produits anti paludiques. Ces efforts doivent être soutenus et renforcés dans ce contexte d'intensification de la lutte afin d'assurer la disponibilité et l'accessibilité permanente des médicaments et produits antipaludiques à toute la population.

Cible 2015

- Au moins 95% des structures auront une disponibilité permanente en médicaments (ACT, SP, Quinine) et produits de lutte contre le paludisme (MILDA et TDR).

Stratégies de mise en œuvre

- Coordination de l'approvisionnement

La revue a montré une faiblesse dans la coordination des approvisionnements qui a été pour beaucoup dans la survenue de ruptures de stock. Il est alors nécessaire de mettre en place un comité de suivi des approvisionnements autour de la PNA et du PNLP élargi aux partenaires. Ce comité aura pour mission d'assister le PNLP et la PNA dans la planification des achats, la prévision des besoins, l'élaboration de manuels et autres documents de gestion, la collecte, la transmission et l'analyse des données et le choix des indicateurs clefs. Le comité proposera aussi un dispositif de veille afin d'éviter les ruptures d'intrants.

- Renforcement des capacités à tous les niveaux

Les difficultés liées à la maitrise des dispositions du nouveau code des marchés en particulier à la centrale d'achats ne sont pas favorables à une acquisition rapide des produits achetés surtout au niveau international. C'est pourquoi, il sera procédé à la formation sur ce code à l'intention des personnes impliquées dans le processus des achats. Afin de palier les insuffisances notées dans les capacités managériales des gestionnaires à tous les niveaux, la formation sur la gestion des stocks sera élargie à tous les gestionnaires des pharmacies des districts et des PRA. Cette formation sera suivie d'une supervision post formative régulière afin de renforcer les connaissances acquises.

Le renforcement de capacités mettra aussi l'accent sur les aspects logistiques notamment l'accroissement des capacités et conditions de stockage. Pour ce faire, la contribution des partenaires locaux (collectivités locales, comités de santé, secteur privé) sera sollicitée pour les districts dans le besoin. Une dotation en matériel informatique et logiciel pour un traitement plus efficace des données de stock sera aussi assuré à toutes les pharmacies de districts.

- Collaboration avec le secteur privé

La réalisation de l'accès universel passe aussi par l'implication du secteur privé dans la distribution de médicaments et produits essentiels de qualité. Un atelier de réflexion sur le rôle du secteur pharmaceutique privé dans la réalisation de l'accès universel aux médicaments et produits anti paludiques sera organisé avec comme finalité de disposer d'un plan déclinant les mécanismes à mettre en place et les activités à mener.

- Renforcement du système d'assurance de la qualité des médicaments et produits de la lutte contre le paludisme

La centrale d'achats, à travers son cahier des charges, joue un rôle important dans le dispositif d'assurance qualité par des procédures de pré qualification sur dossier. Cependant le contrôle analytique d'échantillons avant admission des produits à la livraison est insuffisamment effectué pour plusieurs raisons dont une insuffisance de coordination entre la PNA, la DPL et le LNCM.

Une convention de partenariat entre le PNLP, le LNCM et la DPL sera élaborée et signée par les trois parties. Cette convention décrira les rôles et responsabilités de chaque partie. L'objectif visé est de renforcer la coordination dans le contrôle analytique des médicaments avant toute délivrance d'une AMM, avant toute distribution des lots de médicaments à l'entrée et de suivre la constance de la qualité à travers tous les sites de transit et de détention des produits.

Concernant le contrôle de la qualité de MILDA et pesticides, les signataires de la convention seront le LEVP de l'UCAD et le PNLP. Cette convention permettra de faciliter l'analyse systématique de tout produit avant admission définitive dans les livres de compte et de conduire des missions régulières d'échantillonnage à tous les niveaux à des fins de contrôle analytique.

Pour les TDR, il s'agira de renforcer la collaboration déjà entreprise avec le service de parasitologie de la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto stomatologie de l'UCAD.

2.6. Promotion de la santé

La communication a toujours été prise en compte dans les différents plans stratégiques de lutte contre le paludisme. Des efforts ont, en effet, été faits dans la communication à l'intérieur du système de santé, la production de supports, l'élargissement du partenariat et la mobilisation des communautés.

Les interventions à base communautaire s'illustrent principalement grâce à l'IEC/CCC menée par les réseaux et les ONG. Pour leur pérennisation il faudrait inscrire dans la durée l'action des réseaux communautaires, apporter une amélioration au suivi des activités des OCB et encourager la participation des collectivités locales et du secteur privé. Un plaidoyer pour la participation au financement des activités de communication et de mobilisation sociale sera fait à l'endroit des collectivités locales.

Cibles 2015

- Au moins 80% de la population adopte des comportements favorables à la lutte contre le paludisme conformément aux directives du PNLP
- Au moins 95% des populations des zones ciblées acceptent l'AID

Stratégies de mise en œuvre

- Optimisation de l'IEC/CC

Le renforcement de l'IEC/ CC se fera sur la base de l'élaboration d'un plan de communication avec la participation des experts du MSP et des partenaires. Ce plan comportera une partie analyse de la situation qui fera ressortir les faiblesses en terme de stratégie, de messages, d'outils ou de supports, de couverture et de besoins spécifiques en fonction des situations et des zones . Toutes les insuffisances notées feront l'objet d'actions correctrices et de ressources mobilisées pour leur mise en œuvre.

Les IBC menées par les réseaux et les ONG dans les districts et qui comportent un paquet d'activités dont la communication seront prises en compte dans ce plan de communication

Dans le cadre du renforcement de la communication institutionnelle du programme, le PNLP doit étendre la diffusion du bulletin « Palu Infos » au niveau des autres ministères et ouvrir des colonnes pour les acteurs de terrains et des autres secteurs. Le site web doit être mis à jour au moins tous les trois mois avec les données des revues et contenir tous les documents publics, politiques et techniques du programme. Ce site sera ouvert pour permettre à tous les intervenants d'échanger des expériences, les leçons apprises et publier les résultats de leurs interventions.

- Elargissement du plaidoyer

Des activités de plaidoyer ont été menées par le PNLP et les partenaires à l'endroit de différentes cibles. Cependant, il sera désormais nécessaire de définir des orientations claires dans ce domaine et de mettre à la disposition des acteurs des outils pour une meilleure efficacité dans leurs interventions. Pour cette raison, il sera élaboré un plan national de plaidoyer qui déclinera les objectifs, les stratégies, les cibles et les activités à mener. Ce travail se fera avec un expert en plaidoyer et la participation des spécialistes en communication du MSP et des partenaires.

- Consolidation des interventions à base communautaire

La baisse du niveau de transmission du paludisme dans certaines zones du pays exige une adaptation de l'IEC/CCC car le contexte de pré-élimination nécessite la modification sur certains points des messages antérieurement avancés

Le renforcement des IBC va s'appuyer sur les agents du Ministère (DLM, PNLP, ECR, ECD, ICP), les réseaux communautaires, les ONG, les partenaires techniques et financiers et les tradipraticiens pour une référence précoce des patients fébriles.

Un plaidoyer sera fait auprès des autorités et partenaires techniques et financiers pour le soutien au financement de cette stratégie. Par ailleurs, la récurrence des inondations dans certaines grandes villes comme Dakar et particulièrement sa banlieue nécessite une intensification des activités IEC.

- Mobilisation sociale

La communication de masse passera par l'organisation de séances de mobilisation sociale et les émissions dans les radios nationales et sera axée sur l'utilisation des services offerts par le PNLP.

La mobilisation sociale va s'appuyer sur des évènements internationaux, nationaux ou locaux pour créer des temps forts de communication. L'agenda des activités de mobilisation sociale intégrera les périodes considérées comme périodes de recrudescence du paludisme. Les zones à risque plus élevé de paludisme vont bénéficier d'appui spécifique pour une participation communautaire renforcée aux activités de mobilisation sociale.

- Renforcement des capacités des communautés

L'objectif est de former tous les intervenants ICP, ECD, ASC et relais en capitalisant les curricula déjà disponibles et validés durant la phase de mise en œuvre des projets « P15 » et « ABCD ». Le renforcement de capacités englobe également la supervision formative des prestataires sur la base de l'identification des écarts par l'évaluation systématique des interventions.

Le renforcement et l'extension de l'action communautaire, la coordination des interventions des différents partenaires des ONG et le suivi/supervision seront appuyés afin d'améliorer leur efficacité et envisager la pérennisation dans les zones concernées. Ainsi les leaders communautaires, les ONG et les OCB seront parties prenantes des phases de conception, de planification, de mise en œuvre et de suivi des IBC. La mise à disposition de ressources va permettre de renforcer leurs capacités d'intervention.

2.7. Gestion du programme

La revue du programme paludisme a mis en évidence l'importance de la gestion et du management du programme pour obtenir des résultats positifs à tous les niveaux. Toutefois, des insuffisances ont été identifiées et nécessitent des actions concrètes notamment en matière de gouvernance, de développement des ressources humaines au niveau opérationnel, de la fonctionnalité du partenariat et des instances de coordination, du renforcement des compétences au niveau de l'unité de coordination et de plaidoyer pour la mobilisation des ressources vers la couverture universelle.

Cibles 2015

- 95% des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du plan stratégique seront mobilisées
- 95% des ressources mobilisées seront exécutées par niveau du système de santé
- 95% des activités programmées seront réalisées par niveau du système de santé

Stratégies de mise en œuvre

- Réactualisation de la politique nationale de lutte contre le paludisme.

La déclaration de politique nationale de lutte contre le paludisme sera mise à jour en collaboration avec tous les partenaires et validée lors d'un atelier national de consensus. Ce document sera extrait du plan stratégique, soumis à la signature du Ministre de la Santé et partagé avec tous les partenaires de la lutte contre le paludisme.

- Mobilisation des ressources pour le financement du paludisme.

Un plan de plaidoyer et de mobilisation des ressources pour le financement du plan stratégique 2011-2015 sera élaboré par le PNLP avec une assistance technique et sera présenté lors d'une table ronde avec les partenaires internationaux, nationaux et locaux pour les engager dans la mise en œuvre du plan stratégique 2011-2015 du Sénégal.

Le plaidoyer sera d'abord mené auprès de l'Etat pour l'accroissement du budget de la santé et de la ligne budgétaire allouée au paludisme. Des actions de sensibilisation seront organisées auprès des autres ministères, des députés et sénateurs pour les mobiliser davantage dans la lutte contre le paludisme.

Le plaidoyer sera fait aussi en direction des élus locaux pour une meilleure prise en compte de la lutte contre le paludisme dans les plans d'opérations des collectivités locales.

Des efforts de mobilisation des ressources seront développés auprès des partenaires du niveau régional et opérationnel pour une meilleure prise en compte du paludisme dans l'élaboration des plans de travail annuel.

Le secteur privé national sera sollicité pour un renforcement de sa contribution à la lutte contre le paludisme.

L'action des partenaires d'appui sera coordonnée dans un plan de mise en œuvre pluriannuel, où les niveaux d'intervention et les ressources seront clairement identifiés pour une durée de 3 ans avec une mise à jour annuelle.

Le Sénégal continuera de soumettre des propositions techniques et financières pour mobiliser les fonds internationaux comme le Fonds Mondial ou autres bailleurs.

- Optimisation de la coordination du programme.

Au niveau central, un accent particulier sera mis sur la fonctionnalité des instances de coordination et plus précisément du cadre de concertation des partenaires de la lutte contre le paludisme par l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'un plan de travail. Ce cadre qui regroupe tous les partenaires RBM, va appuyer le PNLP dans la mise en œuvre du programme et les efforts de plaidoyer envers les autorités du gouvernement et les partenaires au développement.

Sur le plan **intrasectoriel**, la coordination avec le Service National de l'Hygiène, la Division de la Santé de la Reproduction, la DANSE, la DSSP, la Division de la Médecine Privée, la DPM, les régions médicales et les autres programmes du Ministère sera renforcée. Des plans de travail seront élaborés et suivis pour renforcer la synergie avec les autres programmes du Ministère de la Santé pour un renforcement durable du système de santé et l'accélération de l'atteinte des OMD 4, 5 et 6.

Une supervision régulière et des revues trimestrielles des données seront menées conjointement avec la Direction des Etablissements de Santé pour améliorer la gestion du programme dans le secteur hospitalier en matière de prévention et de prise en charge du paludisme.

Le rôle des régions médicales dans la gestion et la mise en œuvre du programme sera renforcé à travers une concertation plus soutenue avec le PNLP au sein des instances de coordination existantes. Les plans de travail des régions devront prendre plus en compte l'aspect multisectoriel et appuyer les efforts des districts au niveau opérationnel.

Au niveau communautaire, le district devra mettre en place un système permettant aux ICP, aux réseaux communautaires, aux ONG locales et aux autres partenaires du district de partager les informations, d'harmoniser et de rationaliser les interventions dans le but d'optimiser les résultats de lutte.

Sur le plan **intersectoriel**, une coordination régulière sera organisée avec les points focaux de la lutte contre le paludisme des autres secteurs pour suivre la mise en œuvre des plans d'actions des autres secteurs. La recherche de synergie sera faite avec certains ministères clés comme l'éducation, la famille, l'agriculture, la communication, l'environnement, les Forces armées, l'assainissement.

- Elargissement du partenariat

Dans le contexte de pré élimination du paludisme, la recherche de partenariat revêt un rôle primordial. Des plans de travail seront élaborés et mis en œuvre en collaboration avec tous les secteurs intéressés.

Secteur privé : Le partenariat avec le secteur privé sera renforcé par la mise en place de mécanismes de collaboration avec les officines, les cabinets et cliniques privés, les infirmeries

d'entreprises pour leur participation au dépistage et à la prise en charge des cas. Le TDR pourrait être mis en place au niveau des prestataires du privé. Ce partenariat doit être élargi aux grossistes pour la fourniture de MILDA.

Organismes de coopération : La recherche d'une synergie des interventions des organismes partenaires de la coopération multi et bilatérale permettra de renforcer les axes habituels de collaboration.

Société civile : Les interventions des ONG s'inscriront dans les orientations du plan stratégique. Un effort d'intégration et de suivi des plans d'action des ONG sera fait à l'échelle des districts et des régions.

Pour les organisations communautaires de base, le partenariat sera renforcé dans le sens d'un meilleur maillage du territoire et d'une meilleure couverture des zones enclavées et difficiles d'accès.

- Renforcement des capacités de gestion

Les efforts dans le renforcement des capacités managériales de la lutte contre le paludisme seront maintenus à tous les niveaux et les curricula des écoles publiques et privées de formation seront révisés pour prendre en compte les nouvelles orientations de la lutte contre le paludisme.

Le cours national de paludologie sera élargi aux médecins de région et des hôpitaux. Le renforcement des capacités des SSSP sera poursuivi pour les districts et élargi aux régions, aux gestionnaires de programmes des ONG et aux autres partenaires du niveau périphérique.

Les formations spécialisées sur le paludisme seront poursuivies au niveau des universités et instituts.

Le cours sur le suivi évaluation des programmes de santé sera poursuivi en partenariat avec les instituts de formation et des cours sur la gestion des données seront initiés pour les gestionnaires de données à tous les niveaux du système.

2.8. Suivi – évaluation

La mise en œuvre des interventions de lutte nécessite un dispositif de suivi et d'évaluation à même de fournir des informations pour l'amélioration des performances et l'obligation de rendre compte sur les progrès accomplis vers l'atteinte des objectifs. Le PNLP, conjointement avec le SNIS, a mis en place un système qui génère des données de qualité mais des insuffisances persistent. Ce plan mettra le focus sur l'optimisation de la recherche opérationnelle et la supervision des prestataires à tous les niveaux, notamment le niveau communautaire. Le plan de suivi évaluation prendra en compte tous les partenaires d'appui de la lutte contre le paludisme y compris le secteur privé.

Cibles 2015

- 95 % des districts continueront à collecter, analyser et transmettre les données sur le paludisme à l'unité de coordination
- 100% des rapports annuels d'activités seront élaborés et diffusés au niveau opérationnel et auprès des décideurs
- 80% des activités des plans d'opérations annuels et mises en œuvre seront suivies et évaluées périodiquement

Stratégies de mise en œuvre

- Renforcement du système de surveillance épidémiologique

La diminution de la transmission du paludisme notée dans l'ensemble du pays impose une surveillance accrue des cas. Ceci est d'autant plus important que dans certains districts le taux d'incidence est très faible et le risque d'épidémie est de plus en plus réel. Dans ces districts des activités spécifiques de recherche active de cas sont envisagées. Ce renforcement de la surveillance se fera non seulement par le maintien des acquis qui ont permis de collecter régulièrement des informations sur le paludisme avec un niveau de complétude des rapports très appréciable mais aussi grâce à de nouvelles approches. Il s'agit notamment de mécanismes de collaboration qui seront définis avec la SMIR pour une meilleure intégration au système national de surveillance du renforcement des capacités.

Il sera aussi procédé à une réactualisation du profil épidémiologique afin d'assurer une stratification dynamique du paludisme dans le pays qui sera utilisée pour adapter les stratégies de lutte. Cet exercice sera confié à l'université et aux instituts de recherche dans la cadre d'une convention.

Les responsables des différentes structures seront capacités afin de leur permettre de mieux analyser les données de surveillance (traitement informatique des données, représentation graphique, interprétation, affichage des données) et de prendre des décisions.

L'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication –NTIC- sera mise à profit pour la transmission des données.

- Renforcement de la supervision et du système de collecte de routine

Le niveau actuel de collaboration entre le SNIS et le PNLP sera renforcé par un appui technique plus important et une harmonisation régulière des supports de collecte des données pour renforcer le dispositif actuel de collecte de données de routine.

La supervision menée par le niveau central vers les régions et les districts a contribué au renforcement de la mise en œuvre des activités. Cependant, cette supervision des activités n'est

pas régulière au niveau opérationnel. Le renforcement de ce volet important passe par l'allocation de ressources suffisantes aux districts et régions médicales.

Un atelier de partage des données issues de la supervision et de la recherche opérationnelle sera organisé chaque année par le PNLP avec tous les partenaires.

- Optimisation de la recherche opérationnelle

Le déficit en recherche opérationnelle est préjudiciable à l'amélioration de la mise en œuvre des interventions. Pour renforcer les compétences en recherche opérationnelle, des sessions de formation en méthodologie de recherche seront organisées avec l'encadrement des chercheurs durant tout le processus de mise en œuvre sur le terrain d'une activité de recherche. Des ressources financières complémentaires seront allouées et une convention entre le PNLP et les instituts de recherche sera signée.

- Evaluation du programme

Le plan stratégique sera évalué à mi parcours et à son terme. Cette évaluation se fera d'une façon participative sous le leadership du PNLP. Les partenaires occuperont une place prépondérante et contribueront à la validation du processus, des données et des résultats. La collaboration sera développée à cet effet avec les instituts de recherche et institutions spécialisées et l'université de Dakar. Enfin, un plan intégré de suivi / évaluation sera développé et mis en œuvre.

VII. MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE

1. Plan de mise en œuvre

Des interventions et modalités de mise en œuvre découlent les principales activités présentées et planifiées dans ce plan de mise en œuvre.

Tableau 7 : Plan de mise en œuvre du Plan Stratégique

DOMAINES	PRINCIPALES ACTIVITES	RESPONSABLES	2011	2012	2013	2014	2015
LUTTE ANTI VECTORIELLE	**1.** Réviser et valider le plan LAV	PNLP/UCAD/					
	2. Réactualiser le document de politique sur les MILDA	PNLP/ONG/ UCAD					
	3. Former / recycler sur la LAV	PNLP/UCAD					
	4. Equiper le laboratoire national de référence, le SLAP et les sous brigades d'hygiène des districts	PNLP					
	5. Assurer l'approvisionnement en MILDA	PNLP/PNA					
	6. Organiser les campagnes de distribution de masse de MILDA	PNLP/Partenaires					
	7. Assurer la distribution de routine en MILDA	PNLP/Partenaires					
	8. Assurer l'approvisionnement en insecticides et équipements pour les AID et la lutte anti larvaire	PNLP/PNA					
	9. Mettre en œuvre les activités d'AID	PNLP/Partenaires					
	10. Mettre en œuvre les activités de lutte anti larvaire	PNLP/Partenaires					
	11. Mettre en place des comités villageois d'appui à la LAV	PNLP/Partenaires					
PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE	**12.** Elaborer un plan de relance de la prévention et de la prise en charge du paludisme chez la femme enceinte	PNLP/DSR					
	13. Assurer l'approvisionnement en quantité	PNLP/PNA					

DOMAINES	PRINCIPALES ACTIVITES	RESPONSABLES	2011	2012	2013	2014	2015
	suffisante de la SP						
	14. Assurer la distribution en routine des MILDA au cours des CPN	PNLP/Partenaires					
	15. Réactualiser la politique de prise en charge du paludisme chez la femme enceinte	PNLP/UCAD/OMS					
PRISE EN CHARGE DES CAS	**16.** Réactualiser la politique de prise en charge du paludisme	PNLP/UCAD/OMS					
	17. Elaborer un document de politique sur la prophylaxie des migrants et voyageurs	PNLP/UCAD/OMS					
	18. Elaborer et mettre en œuvre un plan d'actions pour l'implication du secteur privé	PNLP/Secteur Privé					
	19. Assurer l'approvisionnement en ACT, TDR, quinine et autres intrants pour la prise en charge des cas graves	PNLP/PNA					
	20. Former / recycler les prestataires	PNLP/ECR/ECD					
	21. Equiper les laboratoires de districts en microscopie et consommables	PNLP/Partenaires					
EPIDEMIES ET SITUATIONS D'URGENCE	**22.** Elaborer les directives et les modules de formation sur la surveillance	PNLP/DPM					
	23. Elaborer des directives et plans d'actions sur la riposte aux épidémies de paludisme et situations d'urgence	PNLP/DPM					
	24. Mettre en place un dispositif d'alerte précoce	PNLP/UCAD/ Instituts					
	25. Former / recycler les agents des sites sentinelles et les ECD sur la gestion des épidémies	PNLP/DPM/ ECR					
	26. Equiper les sites sentinelles	PNLP/Partenaires					
GESTION ACHATS ET	**27.** Mettre en place un mécanisme PNA/PNLP élargi aux partenaires pour le suivi de la	PNLP/PNA					

DOMAINES	PRINCIPALES ACTIVITES	RESPONSABLES	2011	2012	2013	2014	2015
APPROVISIONNEMENT	disponibilité des médicaments et produits antipaludiques						
	28. Former /recycler le personnel impliqué dans le processus des achats sur le code des marchés	PNLP/PNA					
	29. Renforcer les capacités de gestion des centrales d'achat des districts (stockage, informatique…)	PNLP/ECR/ ECD					
	30. Mette en œuvre un plan pour l'implication du secteur privé dans la réalisation de l'accès universel	PNLP/Secteur Privé					
	31. Elaborer une convention sur le contrôle analytique et l'assurance qualité	PNLP/PNA/ DPL/LNCM/UCAD					
PROMOTION DE LA SANTE	**32.** Réactualiser le plan de communication	PNLP/SNEIPS					
	33. Mettre en œuvre du plan de communication	PNLP/Partenaires					
	34. Diffuser les informations et actualités sur le paludisme à tous les niveaux dans le journal « Palu Infos » et le site web du PNLP	PNLP/Partenaires					
	35. Elaborer le plan de plaidoyer	PNLP/Partenaires					
	36. Mettre en œuvre le plan de plaidoyer à tous les niveaux	PNLP/ECR/ECD					
GESTION DU PROGRAMME	**37.** Réactualiser et valider le document de politique nationale de lutte contre le paludisme	PNLP/Partenaires					
	38. Organiser une table ronde des partenaires pour la mobilisation des ressources	PNLP/Partenaires					
	39. Mener les actions de plaidoyer auprès des autorités, instances décisionnelles et secteur privé	PNLP/Partenaires					
	40. Organiser les réunions des instances de coordination au niveau central	PNLP/Partenaires					
	41. Elaborer et mettre en œuvre des plans de travail	PNLP/Intrasectoriel					

DOMAINES	PRINCIPALES ACTIVITES	RESPONSABLES	2011	2012	2013	2014	2015
	avec les services du Ministère de la Santé						
	42. Elaborer et mettre en œuvre des plans de travail avec les autres secteurs	PNLP/ Intersectoriel					
	43. Mettre en œuvre un cadre de collaboration avec le secteur privé et la société civile	PNLP/Partenaires					
	44. Organiser les cours de paludologie	PNLP/UCAD/ Instituts					
	45. Réactualiser les curricula de formation sur le paludisme des écoles publiques et privées	PNLP/UCAD/ Instituts					
	46. Poursuivre les formations spécialisées sur le paludisme	PNLP/Partenaires					
SUIVI EVALUATION ET SURVEILLANCE	**47.** Réactualiser le profil épidémiologique du paludisme dans le pays	PNLP/UCAD/ Instituts					
	48. Former les responsables de structures sur la surveillance	PNLP/ECR/ECD					
	49. Collecter les données de routine	PNL/ECR/ECD					
	50. Assurer la supervision à tous les niveaux	PNLP/ECR/ECD					
	51. Organiser un atelier annuel de revue des données et des travaux de recherche	PNL/ECR/ECD/ Partenaires					
	52. Renforcer les compétences des ECD en recherche opérationnelle	PNLP/UCAD/ Instituts					
	53. Assurer le suivi de la sensibilité des vecteurs aux insecticides	PNLP/UCAD/ Instituts					
	54. Assurer le suivi de l'efficacité des traitements antipaludiques	PNLP/UCAD/ Instituts					
	55. Assurer l'assurance et le contrôle qualité des médicaments et produits antipaludiques	PNLP/UCAD/ Instituts					
	56. Elaborer et signer des conventions entre le	PNLP/Instituts					

DOMAINES	PRINCIPALES ACTIVITES	RESPONSABLES	2011	2012	2013	2014	2015
	PNLP et les instituts de recherche pour la mise en œuvre des activités de recherche						
	57. Financer les protocoles de recherche opérationnelle	PNLP/Partenaires					
	58. Evaluer le plan stratégique à mis parcours et à son terme	PNLP/Partenaires					

2. Administration et gestion du programme

2.1 Cadre institutionnel

La coordination et le suivi de la mise en œuvre du plan sera assuré par les instances suivantes :

- L'unité de coordination du PNLP

Cette unité a pour rôle de veiller à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'opérations annuels. Elle est responsable de la mesure des indicateurs, du partage avec les différents acteurs de l'information qui porte sur les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs et les problèmes rencontrés dans la mise en œuvre des activités. Elle élabore et diffuse les rapports d'activités auprès des partenaires.
L'unité de coordination du PNLP est aussi chargée de la mobilisation des ressources, de la mise à disposition d'outils de plaidoyer et de la soumission de requêtes pour la recherche de financements additionnels.

- Le comité de pilotage

Ce comité regroupe les partenaires financiers et techniques, des experts du Ministère de la Santé, de l'université, des instituts de recherche et des secteurs d'appui. Le comité a pour mission de participer à la définition des priorités et de la stratégie nationale de lutte contre le paludisme. Il se réunira deux fois par an.
Le comité de pilotage est appuyé par 4 commissions techniques :

- la commission chargée des aspects entomologiques et parasitologiques
- la commission chargée des interventions à base communautaire, de l'information, de l'éducation pour la santé des populations et de la communication
- la commission chargée du suivi, de l'évaluation et de la planification
- la commission chargée de la formation, des aspects cliniques et thérapeutiques

Ces commissions techniques, qui disposent de termes de référence apportent un appui au PNLP dans la mise en œuvre des activités.

- Le cadre de concertation des partenaires pour la lutte contre le paludisme - CCPLP

Le CCPLP a pour mission d'accompagner le PNLP dans la coordination et de faire des propositions sur les orientations stratégiques pour la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme. Il apporte sa contribution à la mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des activités.
Le CCPLP participe à l'analyse des données sur la mise en œuvre afin d'identifier les goulots d'étranglement et de proposer des solutions.
Il est chargé de préparer les réunions du comité de pilotage et de produire les documents de travail en rapport avec cette rencontre.

- La région médicale

L'équipe cadre de région dirigée par le MCR assurera sa mission de coordination, de mise en œuvre et de suivi des activités de lutte contre la maladie. Elle supervisera régulièrement les districts sanitaires et fournira un appui technique.

- Le district sanitaire

Placé sous la direction du MCD, l'ECD assurera la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de lutte contre la paludisme en s'appuyant sur les agents des centres , postes de santé et des structures communautaires.

2.2 Mécanismes de coordination

Les mécanismes de coordination du plan stratégique 2011-2015 s'intègrent dans le dispositif mis en place par le Ministère de la Santé pour la coordination de la mise en œuvre du PNDS 2009-2018. Il s'agit de la revue annuelle conjointe, du comité interne de suivi et évaluation au niveau central et de la revue annuelle du niveau régional.
La revue annuelle conjointe est centrée sur l'examen du rapport de performance du CDSMT et est menée par les ministères concernés, les acteurs nationaux et les partenaires techniques et financiers.
Les réunions du comité de pilotage et du CCPLP serviront de support à la coordination spécifique de la lutte contre le paludisme.
Les réunions de coordination des régions médicales serviront aussi de plateforme de coordination des activités de lutte contre le paludisme. Elles impliquent les districts sanitaires et les structures régionales de la santé, notamment les hôpitaux et les PRA. Il en est de même pour les instances plus élargies à tous les secteurs de développement notamment les comités régionaux, départementaux et locaux de développement (CRD, CDD et CLD).

2.3 Mécanismes de suivi de la mise en œuvre

Les indicateurs choisis pour suivre la performance dans la mise en œuvre des activités du plan stratégique 2011-2015 font l'objet de mesures mensuelle, trimestrielle, annuelle, biannuelle et quinquennal. Les rapports sont partagés avec tous les acteurs. Le site WEB sera aussi largement utilisé come support de diffusion de l'information.

2.4 Procédures administratives et financières

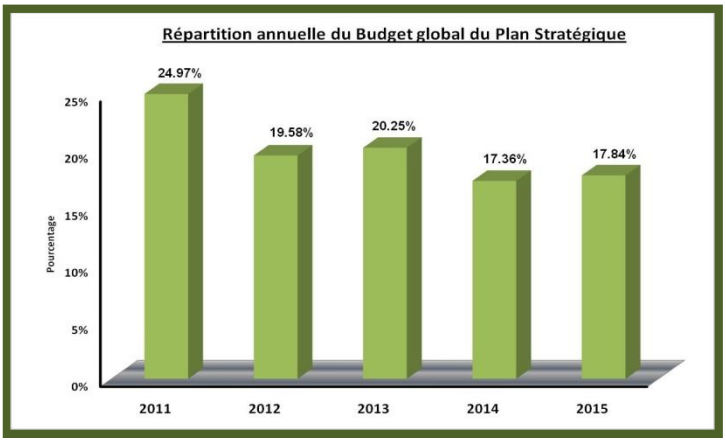
Les crédits alloués par l'Etat à la lutte contre le paludisme sont utilisés conformément aux procédures décrites dans le PNDS 2009-2018.
Le PNLP a mis en place un dispositif qui permet aux partenaires de financer directement les PTA des régions dans lesquelles ils interviennent. Un support est soumis pour l'élaboration des rapports d'exécution financière et technique permettant de prendre en compte les activités menées sur le terrain.
Pour les financements reçus directement des bailleurs de fonds, le PNLP dispose d'un manuel de procédures et d'un logiciel qui permet une gestion, un reporting et un contrôle par bailleur.

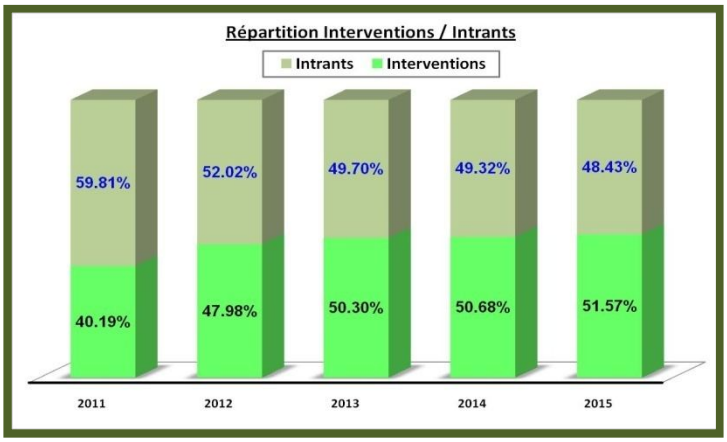
3. Budget

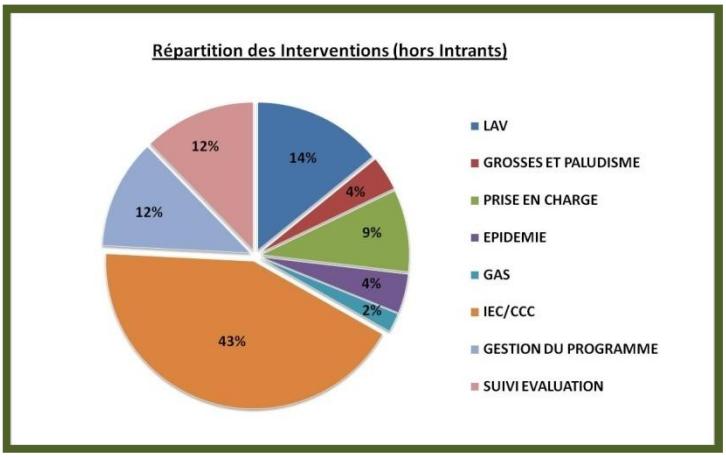
Tableau 8 : Synthèse du Budget du Plan Stratégique

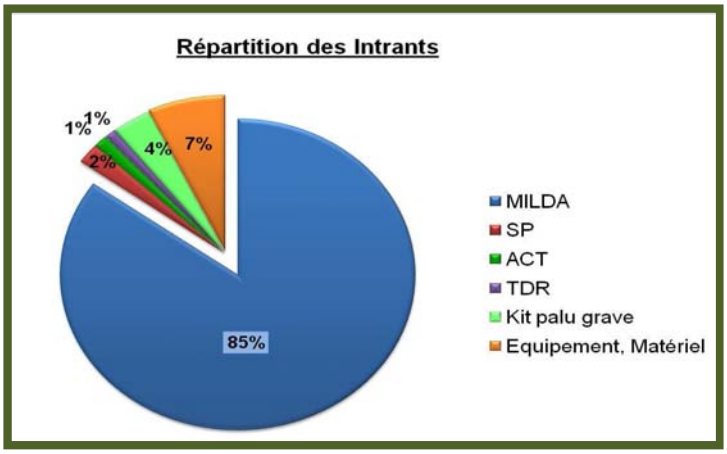
ACTIVITES	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
OBJECTIF1: MILDA	602 718 000	381 520 000	400 463 000	314 603 000	293 383 000	**1 992 687 000**
OBJECTIF 2 : AID	502 533 000	737 655 000	877 024 000	843 860 000	862 100 000	**3 823 172 000**
OBJECTIF 3 : LAL	198 467 000	410 322 000	326 867 000	401 133 000	431 980 000	**1 768 769 000**
TOTAL LAV	**1 303 718 000**	**1 529 497 000**	**1 604 354 000**	**1 559 596 000**	**1 587 463 000**	**7 584 628 000**
OBJECTIF1: FEMMES ENCEINTES ET TPI	10 000 000	0	0	0	0	**10 000 000**
OBJECTIF 2 : FEMMES ENCEINTES ET MILDA	130 720 000	130 720 000	130 720 000	116 720 000	116 720 000	**625 600 000**
OBJECTIF 3 : FEMMES ENCEINTES ET PALUDISME	344 621 000	307 500 000	307 500 000	210 000 000	210 000 000	**1 379 621 000**
TOTAL GROSSES ET PALUDISME	**485 341 000**	**438 220 000**	**438 220 000**	**326 720 000**	**326 720 000**	**2 015 221 000**
OBJECTIF 1 : CADRE DE MISE EN OEUVRE	491 010 000	474 010 000	358 225 000	351 325 000	330 825 000	2 005 395 000
OBJECTIF 2: MISE EN ŒUVRE	155 000 000	155 000 000	155 000 000	155 000 000	155 000 000	775 000 000
OBJECTIF 3 : PEC	465 000 000	440 000 000	825 000 000	291 000 000	25 000 000	2 046 000 000
TOTAL PRISE EN CHARGE	**1 111 010 000**	**1 069 010 000**	**1 338 225 000**	**797 325 000**	**510 825 000**	**4 826 395 000**
OBJECTIF 1: DETECTION PRECOCE	223 280 000	159 780 000	80 000 000	67 500 000	80 000 000	**610 560 000**
OBJECTIF 2: CONTRÔLE DES EPIDEMIES	80 500 000	80 500 000	80 500 000	80 500 000	80 500 000	**402 500 000**
OBJECTIF 3: MAITRISE DES SITUATIONS D'URGENCE	273 000 000	255 500 000	255 500 000	255 500 000	255 500 000	**1 295 000 000**
TOTAL EPIDEMIE	**576 780 000**	**495 780 000**	**416 000 000**	**403 500 000**	**416 000 000**	**2 308 060 000**
OBJECTIF 1: COORDINATION	49 868 000	33 716 000	49 868 000	33 716 000	33 716 000	**200 884 000**
OBJECTIF 2: RENFORCEMENT DES CAPACITES	216 813 000	274 131 000	120 000 000	83 254 000	50 000 000	**744 198 000**
OBJECTIF 3: ASSURANCE QUALITE	50 703 000	30 552 000	30 552 000	30 552 000	30 552 000	**172 911 000**
OBJECTIF 4: DISPONIBILITE DES INTRANTS	16 854 781 000	11 493 560 000	11 360 509 000	9 658 914 000	9 747 227 000	**59 114 991 000**
TOTAL GAS	**17 172 165 000**	**11 831 959 000**	**11 560 929 000**	**9 806 436 000**	**9 861 495 000**	**60 232 984 000**
OBJECTIF 1: MOBILISATION SOCIALE	5 049 571 000	4 397 108 000	4 397 107 000	4 397 107 000	4 397 107 000	**22 638 000 000**
OBJECTIF 2: IEC DANS LES SITUATIONS D'URGENCE	48 000 000	48 000 000	48 000 000	48 000 000	48 000 000	**240 000 000**
TOTAL PROMOTION DE LA SANTE	**5 097 571 000**	**4 445 108 000**	**4 445 107 000**	**4 445 107 000**	**4 445 107 000**	**22 878 000 000**
OBJECTIF 1: POLITIQUE	34 865 000	0	0	0	0	34 865 000
OBJECTIF 2: MOBILISATION DES RESSOURCES	85 300 000	48 320 000	48 320 000	48 320 000	48 320 000	278 580 000
OBJECTIF 3: RENFORCEMENT DE LA COORDINATION	33 000 000	33 000 000	33 000 000	33 000 000	33 000 000	165 000 000
OBJECTIF 4: RENFORCEMENT DU PARTENARIAT	89 400 000	86 400 000	89 400 000	86 400 000	89 400 000	441 000 000
OBJECTIF 5: RENFORCEMENT DES CAPACITES	1 062 480 000	1 112 480 000	1 137 480 000	1 087 480 000	1 112 480 000	5 512 400 000
TOTAL GESTION DU PROGRAMME	**1 305 045 000**	**1 280 200 000**	**1 308 200 000**	**1 255 200 000**	**1 283 200 000**	**6 431 845 000**
OBJECTIF 1: INFORMATION	542 689 000	468 300 000	549 189 000	455 800 000	480 800 000	2 496 778 000
OBJECTIF 2: INDICATEURS	586 000 000	536 000 000	1 196 000 000	536 000 000	1 216 000 000	4 070 000 000
TOTAL SUIVI EVALUATION	**1 128 689 000**	**1 004 300 000**	**1 745 189 000**	**991 800 000**	**1 696 800 000**	**6 566 778 000**
TOTAL PLAN STRATEGIQUE 2011 - 2015	**28 180 319 000**	**22 094 074 000**	**22 856 224 000**	**19 585 684 000**	**20 127 610 000**	**112 843 911 000**

Le budget du Plan Stratégique 2011 – 2015 est de **112.843.911.000 FCFA** soit près de **172 M € et de 205** M USD, ce qui représente un investissement moyen annuel de 1.725 FCFA par habitant, soit **2,63€ ou 3,14USD**.









La répartition annuelle est plus importante à près de 25% en 2011 puis relativement homogène autour de 20% en 2012 et 2013 pour finir autour de 18% en 2014 et 2015.

Les **intrants**, qui sont comptabilisés dans le domaine d'intervention GAS, représentent la catégorie de coût la plus conséquente avec près de 59, 115 M FCFA, ce qui contribue pour plus de la moitié au budget soit 52,39%.
Parmi les intrants, les MILDA comptent pour près de 85%, ce qui correspond bien à la stratégie de couverture universelle visant à doter tous les lits et couchages du pays et à une utilisation régulière des MILDA pendant les 12 mois de l'année s'inscrivant dans le but de pré-élimination.
Le budget des TDR est identique pour les 5 ans à 125 M FCFA, la croissance de la population s'équilibrant avec la baisse attendue du nombre de cas. Il en est de même pour le budget des kits paludisme grave
Avec la baisse attendue du nombre de cas, le budget des CTA décroit de fait chaque année avec un taux moyen de 25%.

Les **interventions**, hors intrants, représente en moyenne 47,61% du budget, avec une répartition annuelle plus importante en 2011 à plus de 28%, puis autour de 19% en 2012 et 2013 et de 16% en 2014 et 2015.

Les activités de **promotion de la santé** représentent dans ce Plan Stratégique une part importante à 20,27% du budget total, ce qui traduit la volonté de renforcer l'approche communautaire.

Concernant les activités de **suivi évaluation**, le Plan Suivi Evaluation 2011-2015 qui a été élaboré à partir du Plan National Stratégique 2011-2015 a un budget de 8 156 998 000 soit 7,22% du budget de ce Plan Stratégique, ce qui respecte les standards internationaux. Les activités transverses de suivi évaluation représentent 5,82% du budget total, les autres activités spécifiques de suivi évaluation étant allouées directement à leurs domaines d'intervention.

- **CONCLUSION**

Le présent plan stratégique est élaboré à partir des résultats de la revue du programme paludisme. Il prend en compte des informations importantes concernant l'évolution du contexte, la gestion programmatique et les ressources. L'engagement des autorités du Sénégal et des partenaires du Programme National de Lutte contre le Paludisme est fondamental pour la poursuite de la mise à échelle des interventions et de la mise en œuvre des recommandations de la revue du programme pour une couverture universelle et un impact durable avec pour vision l'élimination du paludisme au Sénégal.

- **BIBLIOGRAPHIE**

Documents de référence pour l'élaboration du PSN 2011-2015

Plan National de Développement Sanitaire et Social du Sénégal (PNDS 2009-2019)

Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme (2008-2010)

Plan de suivi évaluation du PNDS 2

Programme National de Lutte contre le Paludisme 1995-1997

Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2001-2005

Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2006-2010

Rapport de revue des performances du Programme National de lutte contre le Paludisme

Plan d'action mondial contre le paludisme (2005 -2015)

Plan mondial de lutte contre le paludisme: Récapitulatif de la politique de l'OMS, Mai 2010

Directives OMS pour le traitement du paludisme

ANNEXES

ANNEXE 1 : Cadre de performance

ANNEXE 2 : Financement du plan stratégique

ANNEXE 3 : Plan d'actions et budget

ANNEXE 1

Indicateurs et cadre de performance

Buts et objectifs	Indicateurs	Sources	Baseline	Cible 2015	Fréquence de collecte	Responsable	Partenaires de mise en œuvre
But	***Indicateurs d'impact***						
Réduire la morbidité liée au paludisme pour atteindre le seuil épidémiologique de pré élimination du taux de positivité	Taux de positivité annuelle des lames et TDR	RBMME	34,78% EPC 2009	< 5% (< 5% de taux de positivité des TDR et GE)	Annuelle	PNLP PNLP	District Hôpitaux
Réduire la mortalité liée au paludisme	Nombre de décès liés au paludisme	RBMME	574 Rapport 2009	144	Annuelle	PNLP	District Hôpitaux
Objectifs	***Indicateurs de résultat et Indicateurs d'effet***						
Amener population à dormir sous MILDA	Proportion de ménages avec une MII pour 2 personnes	ENP	39,8% EPC 2009	80%	Tous les 2 ans Tous les 5 ans	PNLP MSP/SNIS	UCAD et autres Institutions
	Proportion de la population qui dort sous MILDA	ENP EDS	34,7% EPC 2009	80%	Tous les 2 ans Tous les 5 ans	PNLP MSP/SNIS	UCAD et autres Institutions

Protéger la population par les AID au niveau des zones ciblées	Proportion de la population protégée par l'AID dans les zones ciblées	ENP EDS	97% ENPS 2009	90%	Tous les 2 ans Tous les 5 ans	PNLP MSP/SNIS	UCAD et autres Institutions
Protéger des femmes enceintes par le TPI à la SP et les MILDA	Proportion de femmes enceintes ayant pris deux doses de SP conformément aux directives	RBMME ENP EDS	58% EPNP 2009	80%	Annuelle Tous les 2 ans Tous les 5 ans	PNLP PNLP MSP/SNIS	District hôpitaux UCAD Et autres Institutions
Confirmer par la GE ou le TDR les cas suspects de paludisme	Taux de confirmation des cas suspects de paludisme	RBMME	85,95% Rapport 2009	95%	Annuelle Trimestrielle	PNLP PNLP	District Hôpitaux
Rendre disponibles de façon permanente les médicaments et produits anti – paludiques	Proportion de structures sanitaires ayant une rupture d'ACT supérieure à 7 j au cours des 3 derniers mois	RBMME ENP	95%	98%	Trimestrielle Annuelle Tous les 2 ans	PNLP PNLP PNLP	
	Taux d'absorption	Rapport du PNLP	ND	95%	Annuelle	PNLP	
	Taux de réalisation des activités	Rapport du PNLP	ND	95%	Annuelle	PNLP	
Assurer la disponibilité à temps et l'utilisation des données	Taux de complétude et de promptitude		96,65%	99%	Trimestrielle Annuelle	PNLP	

ANNEXE 2

Financement du plan stratégique

	BUDGET	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
a	***Besoins de Financement***						
	- Plan Stratégique	**28 180 319 000**	**22 094 074 000**	**22 856 224 000**	**19 585 684 000**	**20 127 610 000**	**112 843 911 000**
b	***Ressources actuelles et connues***						
c	**Ressources nationales actuelles et connues**						
	- Etat	250 000 000	250 000 000	250 000 000	250 000 000	250 000 000	**1 250 000 000**
	- Autres (**secteur privé national)**	142 805 000	142 805 000				**285 610 000**
d	**Ressources internationales actuelles et connues**						
	- Partenaire 1 **(Fonds Mondial)**	6 370 497 000	1 245 163 000				**7 615 660 000**
	- Partenaire 2 **(OMS)**	127 911 000	129 223 000	129 223 000	129 223 000	129 223 000	**644 803 000**
	- Partenaire 3 **(UNICEF)**	506 000 000	506 000 000	506 000 000	506 000 000	506 000 000	**2 530 000 000**
	- Partenaire 4 **(USAID/PMI)**	7 871 484 000	5 247 656 000	5 247 656 000			**18 366 796 000**
b=c+d	**Total Ressources**	15 268 697 000	7 520 847 000	6 132 879 000	885 223 000	885 223 000	**30 692 869 000**
e=a-b	**Gap**	**12 911 622 000**	**14 573 227 000**	**16 723 345 000**	**18 700 461 000**	**19 242 387 000**	**82 151 042 000**

ANNEXE 3

Plan d'actions et budget

1. Lutte anti vectorielle

1.1 Paquet d'interventions

- Réactualisation des directives pour LAV
- Renforcement des capacités
- Accélération de la couverture universelle dans tout le pays
- Renforcement de la participation communautaire dans la mise en œuvre des AID et de la LAL

1.2 Activités et budget

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
Objectif Spécifique n° 1 : Amener au moins 80% de la population à dormir sous MILDA d'ici 2015								
Réactualisation du plan LAV	Réviser le plan LAV	4418000					4418000	
	Valider le plan LAV	8113000					8113000	
	Réactualiser le document de politique sur les MILDA	PM					PM	
	Former et recycler sur la LAV		81990000	81990000			163980000	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Equiper le laboratoire national de référence le SLAP et les sous brigades d'hygiène de districts		PM	PM			PM	
	Mettre en place des comités villageois d'appui à la LAV	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
Renforcement de la disponibilité des MILDA	Acheter les MILDA	PM	PM	PM	PM	PM	PM	Voir GAS
	Organiser des campagnes de distribution de masse	32600000	58966000	92076000	87938000	65747000	337327000	Par région
	Assurer la distribution de routine	332999000	26976000	21809000	22077000	23048000	426909000	Distribution lors de la première CPN
	Assurer la disponibilité des MILDA dans les structures publiques communautaires et privées	PM	PM	PM	PM	PM	PM	Ces MILDA seront achetées à des prix subventionnés
	Faire une évaluation post campagne	130309000	130309000	130309000	130309000	130309000	651445000	
Promotion de l'utilisation des MILDA	Renforcer les capacités des acteurs de l'IEC (relais ONG journalistes…)	11003000	11003000	11003000	11003000	11003000	55015000	Cf Groupe IEC
	Impliquer les autres secteurs sur l'IEC (éducation agriculture…)	5158000	5158000	5158000	5158000	5158000	25790000	
	Mettre en œuvre les activités IEC	PM	PM	PM	PM	PM	PM	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
Suivi Evaluation	Assurer une revue trimestrielle avec les districts	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Assurer une supervision des campagnes à tous les niveaux	45118000	45118000	45118000	45118000	45118000	225588000	
	Faire une évaluation de la disponibilité et de l'utilisation des MILDA	2000000	2000000	2000000	2000000	2000000	10000000	
	Faire une évaluation de l'utilisation des MILDA par les femmes enceintes et allaitantes	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Procéder au contrôle de qualité des MILDA achetées	2000000	2000000	2000000	2000000	2000000	10000000	
	Assurer le suivi de l'efficacité des MILDA	9000000	9000000	9000000	9000000	9000000	45000000	
	Etudier le devenir des MILDA périmées		9000000				9000000	
	Etudier les déterminants de l'acceptation ou du refus de l'utilisation des MILDA dans les communautés	20000000					20000000	Concerne surtout les zones de faible et de forte utilisation
Sous total Objectif 1 : MILDA		**602718000**	**381520000**	**400463000**	**314603000**	**293383000**	**1992687000**	
Objectif Spécifique n° 2 : Protéger au moins 90% de la population par les AID au niveau des zones ciblées d'ici 2015								
Choix des Districts	Etablir le calendrier d'enrôlement des 12 districts sélectionnés en zone endémique	2603000					2603000	Une réunion de consensus avec les parties prenantes sera organisée

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Procéder au choix des sites sentinelles dans les districts à risque épidémique	3584000					3584000	9 districts sont identifiés dont 3 qui ont 2 sites sentinelles chacun
Renforcement des capacités	Former les formateurs et superviseurs pour les opérations	8211000	8211000	8211000	8211000	8211000	41055000	
	Former les formateurs des agents de maintenance	3432000	5145000	6860000	6860000	6860000	29157000	
	Former les opérateurs et personnel de soutien	2080000	3120000	4160000	4160000	4160000	17680000	Les « maintenanciers » seront également formés
	Mettre en œuvre les activités IEC	PM	PM	PM	PM	PM	PM	Cf groupe IEC
	Mettre en place un comité de pilotage de la LAV au niveau central	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Mettre en place des unités de gestion de l'AID au niveau central régional et district	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Procéder à la reconnaissance géographique	9848000	4924000	4924000			19696000	Activités comprendra entre autre l'information la sensibilisation et le plaidoyer au prés des autorités locales

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Collecter les données de base	25000000	25000000	25000000	25000000	25000000	125000000	Données entomologiques parasitologiques et cliniques
	Organiser un atelier d'élaboration de plans opérationnels	5257000	7885 000	10514000	10514000	10514000	44684000	
Mise en œuvre de l'AID	Procéder à l'acquisition du matériel des fournitures et de la logistique	PM	PM	PM				Voir Achat
	Assurer l'approvisionnement en insecticide et équipements pour AID	PM	PM	PM				Voir Achat
	Organiser les campagnes d'AID	245970000	367065000	488160000	488160000	488160000	2077515000	
Gestion de l'environnement	Evaluer l'impact environnemental	6000000	9000000	12000000	12000000	12000000	51000000	
	Assurer la gestion des déchets (solide et liquide)	6000000	9000000	12000000	12000000	12000000	51000000	
	Superviser les opérations à tous les niveaux	88648000	132971000	177295000	177295000	177295000	753504000	
	Assurer un contrôle de qualité de l'insecticide	500000	500000	500000	500000	500000	2500000	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Assurer un contrôle de qualité de l'application et du suivi de la durée de l'efficacité	27000000	40500000	54000000	54000000	54000000	229500000	
	Evaluer les résultats de la campagne	PM	PM	PM	PM	PM	PM	Mission de collecte de données d'entomologie et de parasitologie
Suivi Evaluation	Organiser 2 réunions de restitution des résultats de la campagne et des données de suivi	4660000	4660000	4660000	4660000	4660000	23300000	Réunion combinée avec la LAL
	Faire la surveillance entomologique dans les 9 districts à risque d'épidémie	40500000	40500000	40500000	40500000	40500000	202500000	Production d'un guide de surveillance entomologique
	Former ou recycler les équipes de surveillance au niveau des Districts ciblés		64174000				64174000	Au niveau de 10 sites
	Assurer un suivi de la sensibilité des vecteurs aux insecticides	18240000		18240000		18240000	54720000	
	Evaluer les bâches imprégnées	5000000	5000000				10000000	
	Evaluer l'efficacité de la combinaison AID et MILDA dans les différents faciès		10000000	10000000			20000000	
Sous Total Objectif 2 : AID		**502533000**	**737655000**	**877024000**	**843860000**	**862100000**	**3823172000**	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
Objectif Spécifique n° 3 : Traiter au moins 95% des gites larvaires productifs dans les zones ciblées d'ici 2015								
Identification des zones cibles	Faire la reconnaissance géographique	3583000	3583000	3583000	1791000	1791000	14331000	La première année de chaque district
	Faire la cartographie des gites potentiels	36355000	36355000	36355000	18177000	18177000	145417600	
	Renforcer les capacités de ressources humaines	53515000	25412000	25412000	12706000	12706000	129751000	Agent de santé et communautaire
	Procéder à l'acquisition du matériel des fournitures et de la logistique	PM					PM	Voir Achat
	Choisir les types d'intervention	2392000					2391700	
	Tester les produits candidats	30000000					30000000	
Mise en œuvre	Achat produits insecticides	PM		PM		PM	PM	Voir Achat
	Mettre en œuvre les activités IEC	PM	PM	PM	PM	PM	PM	Cf groupe IEC
	Poursuivre les opérations de lutte anti larvaire		252092000	123389000	185083000	215 930000	776494000	
Suivi-évaluation	Superviser les opérations	24097000	48194000	72291000	96388000	96388000	337358000	
	Assurer un contrôle de qualité et le suivi de l'efficacité des opérations	12000000	24000000	36000000	48000000	48000000	168000000	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Effectuer une évaluation des résultats des opérations	PM	PM	PM	PM	PM	PM	Des missions d'enquête entomologique et parasitologique seront effectuées
	Organiser 2 réunions de restitution des résultats de la campagne et des données de suivi	11535000	20686000	298370000	38988000	38988000	140033000	Réunion combinée avec l'AID
Assurer un appui à la SLAP pour le soutien de la mise en œuvre des activités du PNLP	Acquérir la logistique pour les missions de terrain (véhicule 4x4)	20000000					20000000	
	Appuyer l'amélioration des équipements et le fonctionnement de l'insectarium	5000000					5000000	
	Appuyer l'amélioration des équipements de laboratoire	PM		PM			PM	
Sous Total Objectif 3 : LAL		**198467000**	**410322000**	**326867000**	**401133000**	**431980000**	**1768769000**	
TOTAL LUTTE ANTILARVAIRE		**1303718000**	**1529497000**	**1604354000**	**1559596000**	**1587463000**	**7584628000**	

2. Paludisme et Grossesse

2.1 Paquet d'Interventions

- Amélioration de la prévention du paludisme pendant la grossesse
- Actualisation et mise en œuvre des recommandations de traitement du paludisme pendant la grossesse

2.2 Activités et Budget

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
Objectif Spécifique n° 1 : Amener au moins 80% des femmes enceintes à bénéficier d'un traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine Pyrémétamine (SP) conformément aux directives nationales d'ici 2015								
Consultations Prénatales	Elaborer un plan de relance de la prévention et de la prise en charge du paludisme chez la femme enceinte	10000000					10000000	
	Faire le plaidoyer auprès du MSP pour instaurer la gratuité des examens complémentaires (GSRH BW TE) liés à la CPN pour inciter les femmes enceintes à utiliser précocement les services de CPN	PM	PM	PM	PM	PM	PM	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Former/recycler les nouveaux prestataires du public et du privé sur le TPI	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Assurer la disponibilité de la SP au niveau des PPS	PM	PM	PM	PM	PM	PM	Voir Achat
Sous Total Objectif 1 : FE et TPI		**10000000**	**0**	**0**	**0**	**0**	**10000000**	
Objectif Spécifique n° 2 : Amener au moins 80% des femmes enceintes à dormir sous moustiquaire imprégnée d'ici 2015								
Distribution gratuite de MILDA	Assurer la disponibilité des MILDA au niveau des PPS et leur distribution gratuite au cours des CPN de routine	PM	PM	PM	PM	PM	PM	Voir Achat
IEC/CCC et Mobilisation sociale	Organiser des causeries sur la prise en charge du paludisme chez la femme enceinte	66720000	66720000	66720000	66720000	66720000	333600000	
	Promouvoir la CIP au cours des CPN pour informer d'avantage les femmes sur les effets du paludisme sur la grossesse	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Organiser des VAD pour s'assurer de l'utilisation des MILDA par les femmes enceintes par l'entremise des Badiène Goxx et des relais communautaires	PM	PM	PM	PM	PM	PM	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Organiser des émissions au niveau des médias	50000000	50000000	50000000	50000000	50000000	250000000	
	Organiser des foras pour faire un plaidoyer auprès des collectivités locales pour doter les structures sanitaires de leurs zones de responsabilité en MILDA et en SP	14000000	14000000	14000000	PM	PM	42000000	
	Assurer la disponibilité des supports IE	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
Sous Total Objectif 2 : FE et MILDA		**130720000**	**130720000**	**130720000**	**116720000**	**116720000**	**625600000**	
Objectif 3 : Traiter conformément aux directives nationales tous les cas de paludisme chez les femmes enceintes vues dans les structures sanitaires d'ici 2015								
Prise en charge	Organiser un atelier de révision et de validation du manuel de formation pour l'adapter aux nouvelles directives du PNLP	10000000					10000000	
	Assurer la formation des ECR/ECD CSSI PCME et les responsables du secteur privé sur les nouvelles directives	27121000					27121000	
	Former les prestataires des secteurs publics et privés sur les nouvelles directives	67500000	67500000	67500000			202500000	3000*45000
	Assurer la gratuité de la prise en charge médicale des cas de paludisme chez	150000000	150000000	150000000	150000000	150000000	750000000	7500*20000

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	la femme enceinte par une subvention des médicaments et des kits de perfusion							
Suivi Evaluation	Assurer le suivi post formation des prestataires sur les nouvelles directives	30000000	30000000	30000000			90000000	3000*30000
	Assurer la supervision formative intégrée en SR couplée à la collecte des données pour vérifier le niveau d'application des nouvelles directives	60000000	60000000	60000000	60000000	60000000	180000000	
Sous Total Objectif 3 : FE et Paludisme		**344621000**	**307500000**	**307500000**	**210000000**	**210000000**	**1379621000**	
TOTAL PALUDISME ET GROSSESSE		**485341000**	**438220000**	**438220000**	**326720000**	**326720000**	**2015221000**	

3. Prise en charge des cas

3.1 Paquet d'Interventions

- Réactualisation de la politique, des directives de prise en charge et prophylaxie du paludisme
- Développement du partenariat avec le secteur privé
- Optimisation de la planification et de la gestion au niveau opérationnel
- Renforcement des capacités
- Systématisation de la confirmation biologique
- Contrôle continu de la qualité des traitements antipaludiques
- Extension de la PECADOM dans les zones de forte endémicité

3.2 Activités et Budget

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
Objectif Spécifique n° 1 : Diagnostiquer correctement au moins 95% des cas de paludisme – Cadre de mise en œuvre								
Politiques et directives de prise en charge	Organiser un atelier sur la révision des directives de PEC impliquant les différents secteurs public et privé (officines cliniques et cabinets privés)	15000000					15000000	
	Reproduire les m modules de formation	7500000	7500000				15000000	(déjà fait ? si oui éditer le manuel)
	Organiser 2 à 3 sessions par an d'orientation des pharmaciens et des agents de comptoir du secteur privé dans les 8 régions restantes sur les directives de prise en charge du paludisme par les ACT	7185 000	7185000	4900000			19160 000	2.395.000 F CFA par session

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
Organisation des services de prise en charge	Rendre disponibles les TDR	PM	PM	PM	PM	PM	PM	Voir Achat
	Faire un état des lieux du matériel et de l'équipement existant au niveau des structures sanitaires de référence passant par une évaluation nationale	PM				PM	DEM/PNLP	Chercher les financements dans le cadre du RSS
	Rendre disponibles certaines analyses biologiques au niveau des structures sanitaires de référence : équiper les centres de santé les CHR et les CHU en appareils pour gaz du sang et ionogramme sanguin	PM	PM	PM	PM	PM		
Ressources humaines Formation et développement des capacités	Former toutes les personnes impliquées (250) dans le diagnostic biologique au niveau des laboratoires en 17 sessions de 5 jours	30000000	30000000	30000000	30000000	7500000	127500000	Cout d'une session de 15 personnes 7 500 000
	Organisation d'une réunion de coordination entre les différents programmes et divisions du ministère et l'ENDSS	2000000		2000000		2000000	6000000	60000 FCFA pour 33 personnes
	Assurer le suivi post formation des agents de santé en service dans les structures de santé des secteurs public et privé à travers des supervisions formatives régulières et des enseignements post universitaires	PM	PM	PM	PM	PM	PNLP	EPU à négocier avec les laboratoires pharmaceutiques
	Appuyer les régions médicales et districts pour la supervision des acteurs dans la lutte contre le	30900000	30900000	30900000	30900000	30900000	154500000	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	paludisme							
Planification annuelle	Appuyer les districts et régions dans l'élaboration des PTA	148000000	148000000	148000000	148000000	148000000	740000000	Termes de références à envoyer et appui financier pour la tenue d'ateliers de validation régionale des PTA
	Assurer un suivi et une supervision régulière des acteurs communautaires : PECADOM et cases de santé	142425000	142425000	142425000	142425000	142425000	712125000	Avec appui en carburant des postes de santé
	Assurer la mise à l'échelle de la PECADOM dans les districts cibles	108000000	108000000				316000000	
	Intégrer les activités communautaires telles la PECADOM dans la planification annuelle des districts et régions concernés	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
Sous Total Objectif 1 : Cadre de mise en œuvre		**491010000**	**474010000**	**358225000**	**351325000**	**330825000**	**2005395000**	
Objectif Spécifique n° 1 : Diagnostiquer correctement au moins 95% des cas de paludisme – Mise en œuvre								
Diagnostic biologique	Veiller au respect des directives du paludisme en matière de diagnostic biologique avec un accent particulier dans les régions à problèmes où le taux d'utilisation est inférieur à 60% et au niveau du secteur privé lucratif par la supervision	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Approvisionner les PPS en TDR	PM	PM	PM	PM	PM	PM	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Mettre en place des microscopes au niveau de toutes les structures sanitaires non encore dotées et le secteur privé non lucratif	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Etendre l'utilisation des TDR dans le secteur privé : formation dotation en TDR pérennisation de l'approvisionnement	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Organiser l'investigation des cas dans les zones de faible prévalence avec l'utilisation des relais ou « badianou gokh » à travers les VAD	26000000	26000000	26000000	26000000	26000000	130000000	
	Assurer le contrôle de qualité des TDR et des ACT dans les districts par le laboratoire	129000000	129000000	129000000	129000000	129000000	645000000	
	Rendre le TDR systématique en cas de malnutrition aiguë sévère chez l'enfant	PM	PM	PM	PM	PM	PM	A suivre par le PNLP et la DANSE
Suivi Evaluation	Organiser des supervisions intégrées	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
Sous Total Objectif 2 : Mise en œuvre		**155000000**	**155000000**	**155000000**	**155000000**	**155000000**	**775000000**	
Objectif Spécifique n° 2 : Prendre en charge correctement tous les cas de paludisme diagnostiqués								
Politiques et directives de prise en charge	Acheter les produits (médicaments et consommables) nécessaires à la prise en charge des cas graves	PM	PM	PM	PM	PM	PM	Voir Achat

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Mener le plaidoyer auprès des autorités ministérielles pour l'adoption de la politique	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Prévoir une ligne budgétaire étatique pour l'achat de ces produits des ACT et produits de lutte contre le paludisme (MILDA et TDR)	PM						A prendre en compte dans le BCI
	Assurer l'approvisionnement en ACT et quinine pour la prise en charge des cas graves	PM	PM	PM	PM	PM	PM	Voir Achat
Mise en œuvre	Diffuser les directives de prise en charge du paludisme au niveau des structures de santé privées : ligne carburant pour la mise en place	5000000	5000000	5000000	5000000	5000000	5000000	
	Organiser des séminaires et ateliers de formation	400000000	400000000	800000000	266000000		1866000000	
	Supervision par le PNLP et division de la médecine privée	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Elaborer les politiques de chimioprophylaxie	PM	PM	PM	PM	PM	PM	Au cours de l'atelier d'élaboration
Organisation des services de prise en charge	Analyser l'impact de la gratuité sur les prestations de service et le système de recouvrement des coûts : études évaluant le coût de	PM					PM	Travailler en collaboration avec le Programme

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	la gratuité sur le fonctionnement des services de santé du système							National Assurance qualité des soins
	Amener les responsables des structures à veiller au respect des normes de prescription selon les prestataires en passant par la supervision périodique	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Relever le plateau technique des services de prise en charge des cas graves par l'approvisionnement pérenne des structures sanitaires de référence en produits (consommables et médicaments) nécessaires à la prise en charge des cas graves	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Rendre disponibles les fiches de pharmacovigilance au niveau hospitalier et dans le secteur privé	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Rendre disponible l'oxygénothérapie dans les structures sanitaires de référence	PM	PM	PM	PM	PM	PM	Prise en compte par BCI

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Rendre disponibles et afficher au niveau des structures sanitaires de référence les algorithmes de prise en charge	20000000	20000000	20000000	20000000	20000000	100000000	
Ressources humaines formation et développement des capacités	Recruter du personnel de santé qualifié à affecter au niveau des structures de santé de référence affichant un gap	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Assurer le suivi post formation des agents de santé en service dans les structures de santé des secteurs public et privé à travers des supervisions formatives et des EPU	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Intégrer les nouvelles orientations sur la pec des cas de paludisme dans les curricula	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Organiser une réunion de coordination entre les différents programmes et divisions du ministère et l'ENDSS	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Organiser un atelier résidentiel d'intégration des nouvelles		15000000				15000000	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	orientations sur la prise en charge des cas de paludisme dans les curricula							
Planification annuelle	Intégrer dans la planification annuelle des districts et régions concernés les activités communautaires telles que la PECADOM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Assurer le suivi post formation et une supervision régulière des acteurs communautaires et la mise à l'échelle de la PECADOM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
Traitement	Assurer le contrôle continu de la qualité des médicaments et produits antipaludiques	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Assurer le traitement pré-transfert des cas graves au niveau communautaire	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Révision des directives sur le traitement pré-transfert des cas graves	15000000					15000000	
	Mettre en place le Rectocaps et la quinine en IR avec les DSDOM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Aider la référence précoce des cas graves par la mise en place des ambulances (SAMU)	PM	PM	PM	PM	PM	PM	RSS
Prophylaxie	Elaborer un document de politique sur la prophylaxie des migrants et voyageurs	15000000					15000000	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Elaboration de la politique de chimio prophylaxie chez les voyageurs et les sujets neufs	PM					PM	A prendre en compte au cours des ateliers de révision des directives de prise en charge
	Organiser un atelier de validation de la nouvelle politique	10000000					10000000	PM à prendre en compte au cours des ateliers de révision des directives de prise en charge
	Mener une recherche opérationnelle pour identifier des molécules efficaces pour prévenir le paludisme à grande échelle		PM				PM	PNLP/UCAD
Suivi Evaluation	Organiser les supervisions intégrées	PM	PM	PM	PM	PM	PM	RSS
IEC/CCC	Mettre en place un mécanisme de collaboration entre les prestataires et relais (« Badiénou gokh » sous forme de visites à domicile pour vérifier la compliance au traitement et état du malade)	PM	PM	PM	PM	PM	PM	Contractualisation avec les OCB
Sous Total Objectif 2 : Prise en Charge		**465000000**	**440000000**	**825000000**	**291000000**	**25000000**	**2046000000**	
TOTAL PRISE EN CHARGE		**1111010000**	**1069010000**	**1338225000**	**797325000**	**510825000**	**4826395000**	

4. Epidémies et Urgences

4.1 Paquet d'intervenions

- Amélioration de la surveillance
- Optimisation de la gestion des épidémies et des situations d'urgence
- Renforcement des capacités

4.2 Activités et budget

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
Objectif Spécifique n° 1 : Détecter précocement (deux semaines au plus après leur apparition) au moins 95% des foyers épidémiques d'ici 2015.								
Préparation à la surveillance et à la gestion des épidémies	Elaborer les termes de référence pour l'élaboration des directives nationales de surveillance et de gestion épidémies et des situations d'urgence	10000000					10000000	
	Réaliser une revue documentaire	PM					PM	
	Organiser un atelier d'élaboration des directives nationales	12000000					12000000	
	Reproduire et diffuser les directives nationales à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	10000000		10000000		10000000	30000000	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Elaborer les termes de référence pour l'élaboration du plan national de surveillance de gestion et de riposte contre les épidémies et les situations d'urgence	PM					PM	
	Organiser un atelier d'élaboration du plan national de surveillance de gestion et de riposte contre les épidémies et les situations d'urgence	12000000					12000000	
	Organiser une session de partage et de validation du document	7000000					7000000	
	Reproduire et Diffuser le plan national de surveillance de gestion et de riposte contre les épidémies et les situations d'urgence à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	10000000		10000000		100000000	300000000	
	Elaborer et valider le projet de « reprofilage » du paludisme au Sénégal	8000000					8000000	
	Réaliser le « reprofilage » du paludisme au Sénégal :	47280000	42280000				84560000	
	Organiser une session de partage et de validation du		8000000				8000000	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	document;							
	Reproduire et Diffuser la nouvelle cartographie des sites à potentiel épidémique.		7000000				7000000	
	Définir les critères de sélection de nouveaux sites pour l'extension des sites sentinelles de surveillance dans les zones à risque épidémique	PM					PM	
	Choisir les sites sentinelle dans les zones à risque épidémique	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Former les acteurs sur la surveillance la gestion et la riposte contre les épidémies		7500000		7500000		15000000	
	Mettre en œuvre la surveillance épidémiologique au niveau des nouveaux sites sentinelles			PM	PM	PM	PM	
	Elaborer les modules de formation pour le renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	13000000					13000000	
	Organiser une session de partage et de validation des modules de formation	8000000					8000000	
	Organiser la formation des formateurs	9000000					9000000	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Mettre en œuvre les formations en cascade à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.		35000000	35000000	35000000	35000000	140000000	
	Collecter régulièrement les données de routine (morbidité météo etc.) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en vue de la définition d'un seuil épidémique par faciès épidémiologique	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Analyser les données collectées sur les 5 dernières années (2008 -2012)	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Déterminer le seuil épidémique par faciès épidémiologique	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Equiper tous les sites sentinelles en matériel informatique et de télécommunication pour le renforcement du système de gestion et de transmission de l'information	50000000	35000000				85000000	
	Intégrer la surveillance entomologique dans les sites de surveillance épidémiologique	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Intégrer le paludisme dans la	PM					PM	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	liste des maladies sous surveillance dans le cadre de la SIMR							
	Collecter les données de morbidité de météorologie pour l'élaboration d'un modèle mathématique de prédiction et de prévision des épidémies en rapport avec le service de météorologie et le Centre de suivi écologique	15000000					15000000	
	Elaborer des modèles de prédiction et de prévision des épidémies de paludisme avant l'hivernage (avec AT)	12000000					12000000	
	Estimer les besoins pour le stock d'urgence minimum de tous les produits pour la mise en place d'un fonds national d'urgence de lutte contre les épidémies de paludisme (stock minimum logistique et produits):	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Estimer les besoins en logistique et frais de coordination	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Mobiliser et mettre en place les fonds nécessaires pour les stocks minimum		25000000	25000000	25000000	25000000	100000000	
Sous Total Objectif 1 : Détection précoce		**223280000**	**159780000**	**80000000**	**67500000**	**80000000**	**610560000**	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
Objectif Spécifique n° 2 : Contrôler dans les quatre semaines suivant leur apparition au moins 95% des épidémies de paludisme détectées d'ici 2015								
Riposte contre les épidémies	Analyser les données de morbidité et de mortalité liées au paludisme dans le foyer suspect en vue de la confirmation de l'épidémie en cas de suspicion	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Rechercher le foyer épidémique en vue de l'investigation de l'épidémie	7500000	7500000	7500000	7500000	7500000	37500000	
	Traiter le foyer épidémique	15000000	15000000	15000000	15000000	15000000	75000000	
	Prendre en charge les cas simples	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Mettre en œuvre les mesures préventives (distribution MILDA SP-FE SP-N etc.)	50000000	50000000	50000000	50000000	50000000	250000000	
	Evaluer la riposte et documenter	8000000	8000000	8000000	8000000	8000000	40000000	
Sous Total Objectif 2 : Contrôle des Epidémies		**80500000**	**80500000**	**80500000**	**80500000**	**80500000**	**402500000**	
Objectif Spécifique 3 : Maîtriser au moins 95% des situations d'urgence détectées d'ici 2015								
Gestion des situations d'urgence	Distribuer des MILDA aux populations sinistrées	50000000	50000000	50000000	50000000	50000000	250000000	
	Traiter les abris et les mares (AID LAL)	15000000	15000000	15000000	15000000	15000000	75000000	
	Donner de la SP aux femmes enceintes et les nourrissons	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Confirmer tous les cas suspects (cas de fièvre) avec	PM	PM	PM	PM	PM	PM	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	TDR et ou microscopie							
	Traiter tous les cas simple de paludisme avec les ACT	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Traiter tous les cas graves avec la quinine	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Sensibiliser les populations déplacées	20000000	20000000	20000000	20000000	20000000	100000000	
	Faire un plaidoyer auprès des autorités (recasement …)	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Suivre l'évolution des cas dans la situation d'urgence	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Evaluer la gestion des cas dans la situation d'urgence	8000000	8000000	8000000	8000000	8000000	40000000	
	Mettre en place un comité multisectoriel de gestion (PNLP autres programmes MSP autres Ministères Collectivité locale Partenaires et Société Civile etc.)	PM					PM	
	Elaborer un plan de contingence	12000000					12000000	
	Valider le plan de contingence	8500000					8500000	
	Mettre à jour le plan de contingence		3000000	3000000	3000000	3000000	12000000	
Coordination des activités	Rendre fonctionnel le comité de gestion des catastrophes naturelles et des épidémies a -Réactualiser l'arrêté de	PM	PM	PM	PM	PM	PM	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	création des comités de gestion à tous les niveaux (national régional et départemental)							
	b-Tenir des réunions périodique à tous les niveaux (annuel-national semestriel – Régional et trimestriel-départemental)	30000000	30000000	30000000	30000000	30000000	150000000	
	c-Evaluer périodiquement le fonctionnement du comité de gestion à tous les niveaux.	6500000	6500000	6500000	6500000	6500000	32500000	
	Assurer une gestion efficace de l'information entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire et les partenaires a-Elaborer un bulletin mensuel de la surveillance épidémiologique (PM)	8000000	8000000	8000000	8000000	8000000	40000000	
	b- Informer la population sur la situation des épidémies	15000000	15000000	15000000	15000000	15000000	75000000	
	c- Evaluer périodiquement la gestion efficace de l'information entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire (complétude promptitude qualité des données feedback prise de décision etc.)	PM	PM	PM	PM	PM	PM	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	3-Mettre en place un dispositif fonctionnel pour la coordination de la réponse à travers les pays frontaliers: a-Faire un plaidoyer auprès des pays frontaliers	5000000	5000000	5000000	5000000	5000000	25000000	
	b-Finaliser le plan opérationnel dans le cadre de « TIME »	PM					PM	
	c-Faire un plaidoyer auprès des autres partenaires (OMVS OIM HCR etc.) pour la prise en compte de la gestion des épidémies dans leurs cadres de travail	5000000	5000000	5000000	5000000	5000000	25000000	
	Mobiliser le financement du PO de « TIME »	30000000	30000000	30000000	30000000	30000000	150000000	
	Organiser périodiquement des réunions d'information sur la surveillance épidémiologique et la gestion des épidémies avec les pays frontaliers	5000000	5000000	5000000	5000000	5000000	25000000	
Suivi et évaluation	Assurer un suivi- évaluation périodique au niveau des sites sentinelles et au niveau des points de prestation a- Superviser périodiquement les sites sentinelles et les points de prestation	25000000	25000000	25000000	25000000	25000000	125000000	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	b-Organiser des réunions de coordination semestrielles sur la surveillance épidémiologique	30000000	30000000	30000000	30000000	30000000	150000000	
	Intégrer la surveillance entomologique dans les sites sentinelles	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Elaborer un bulletin mensuel de la surveillance épidémiologique	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
Sous Total Objectif 3 : Maîtrise des Situations d'Urgence		**273000000**	**255500000**	**255500000**	**255500000**	**255500000**	**1295000000**	
TOTAL EPIDEMIES ET SITUATIONS D'URGENCE		**576780000**	**495780000**	**416000000**	**403500000**	**416000000**	**2308060000**	

5. Gestion des Achats et Approvisionnements

5.1 Paquet d'interventions

- Coordination de l'approvisionnement
- Renforcement des capacités
- Collaboration avec le secteur privé
- Renforcement du système d'Assurance de la qualité des médicaments et produits de la lutte contre le paludisme

5.2 Activités et budget

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
Objectif spécifique 1 : Rendre disponible de façon permanente les médicaments et produits anti – paludiques dans au moins 95% des formations sanitaires publiques et communautaires - Coordination								
Coordination des approvisionnements	Mettre en place le comité de coordination PNLP/PNA/Partenaires	PM						
	Organiser 2 réunions du comité par an	720000	720000	720000	720000	720000	3600000	
	Organiser 4 revues trimestrielles par an entre PNA PRA et PNLP élargies aux autres programmes	8953000	8953000	8953000	8953000	8953000	44765000	
	Organiser des réunions hebdomadaires de suivi des niveaux de stocks dans les PRA et Magasin Central	PM	PM	PM	PM	PM	PM	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Organiser chaque année dans chaque région un atelier de quantification des besoins	14992000	14992000	14992000	14992000	14992000	74960000	
	Organiser chaque année un atelier national de quantification des besoins	3151000	3151000	3151000	3151000	3151000	15755000	
	Elaborer et signer une convention de partenariat avec le privé pharmaceutique	5000000					5000000	A remplir à partir du doc de projet AMFm
	Assurer le financement de la mise en œuvre de la convention avec le privé pharmaceutique		5000000	5000000	5000000	5000000	20000000	
	Former/recycler100 responsables des marchés de médicaments et produits sur le code des marchés en 4 sessions de 3 jours chacune en année 1 et 3	16152000		16152000			32304000	
Sous Total Objectif 1 : Coordination		**49868000**	**33716000**	**49868000**	**33716000**	**33716000**	**200884000**	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
Objectif spécifique 1 : Rendre disponible de façon permanente les médicaments et produits anti – paludiques dans au moins 95% des formations sanitaires publiques et communautaires – Renforcement des capacités								
Renforcement des Capacités à tous les niveaux	Organiser un atelier national de 5 jours pour la révision du manuel de formation du manuel des procédures de gestion des achats et de stocks et le guide de supervision	7276000					7276000	
	Doter les 75 districts de matériel informatique (ordinateur serveur et d'un logiciel de gestion des stocks)	63750000	63750000				127500000	
	Former 75 médecins 75 SSP 75 dépositaires de districts sur le logiciel de gestion des stocks en 9 sessions de 3 jours	18172000	18172000				36344000	
	Orienter 75 MCD en 3 sessions de 2 jours sur la gestion des achats et des stocks avec les manuels révisés	4220000	4220000				8440000	
	Former 1 000 ICP en 25 sessions de 2 jours sur la gestion des achats et des stocks avec les manuels révisés	35164000	35164000				70328000	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Former en 40 sessions de 2 jours 1 200 dépositaires (dépôt central dépôt poste et centre de santé) sur la gestion des achats et des stocks avec les manuels révisés	56262000	56262000				112 524000	
	Recycler en 40 sessions de 1 jour 1 200 dépositaires (dépôt central dépôt poste et centre de santé) sur la gestion des achats et des stocks avec les manuels révisés				63524000		63524000	
	Organiser un atelier d'élaboration d'une grille des normes de stockage avec un consultant	10000 000					10000 000	
	Doter la PNA les PRA et dépôts de district d'enregistreur de la température et de l'humidité	19689000	6563000				26252000	
	Acheter deux camions pour la PNA	70000000	70000000				140000000	
	Faire un plaidoyer pour la construction ou la réhabilitation des locaux de stockage	PM	PM	PM	PM	PM	PM	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Organiser chaque trimestre une supervision formative à l'intention des dépositaires	20000000	20000000	20000000	20000000	20000000	100000000	
	Conduire une évaluation du système de gestion des achats et des stocks à mi parcours et à la fin de la période du plan avec un consultant/cabinet			30000000		30000000	60000000	
Sous Total Objectif 2 : Renforcement des Capacités		**216813000**	**274131000**	**120000000**	**83254000**	**50000000**	**744198000**	
Objectif spécifique 1 : Rendre disponible de façon permanente les médicaments et produits anti – paludiques dans au moins 95% des formations sanitaires publiques et communautaires – Assurance qualité								
Renforcement du système d'Assurance de la qualité des médicaments et produits de la lutte contre le paludisme	Signer une convention de partenariat entre le PNLP le LNCM et la DPL	10000000	10000000	10000000	10000000	10000000	50000000	
	Signer une convention de partenariat entre le PNLP et le LEVP	10000000	10000000	10000000	10000000	10000000	50000000	
	Former en 2 sessions de 5 jours 40 pharmaciens aux techniques et procédures de l'inspection pharmaceutique avec assistance technique de l'OMS	20151 000					20151000	
	Conduire des missions d'inspection régulière de toutes les structures stockant ou dispensant des médicaments antipaludiques.	10552000	10552000	10552000	10552000	10552000	52760000	
Sous Total Objectif 3 : Assurance Qualité		**50703000**	**30552000**	**30552000**	**30552000**	**30552000**	**172911000**	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
Objectif spécifique 1 : Rendre disponible de façon permanente les médicaments et produits anti – paludiques dans au moins 95% des formations sanitaires publiques et communautaires – Intrants								
Disponibilité des intrants	Achat MILDA	14493858000	9697 553000	9287490000	8327116000	8400000000	50206017000	
	Achat SP	250000000	250000000	250000000	250000000	250000000	1250000000	
	Achat ACT	251350000	188513000	141384000	106038000	79529000	766814000	
	Achat Kit palu grave	420000000	420000000	420000000	420000000	420000000	2100000000	
	Achat TDR	125000000	125000000	125000000	125000000	125000000	625000000	
	Achat équipement pour la PEC	200000000	72942000	136471000	136471000	136471000	682355000	
	Achat microscopes pour le diagnostic	12000000	12000000	12000000	12000000	12000000	60000000	
	Achat Pesticides équipements et matériels AID	76953000	282289000	282289000	282289000	282289000	1206109000	
	Achat matériel fournitures et logistique LAV	377310000	445263000	480063000			1302636000	
	Achat matériel fournitures et logistique Lutte anti larvaire	380560000					380560000	
	Achat Insecticides pour la Lutte anti larvaire	167750000		125812000		41938000	335500000	
Sous Total Objectif 4 : Intrants		**16854781000**	**11493560000**	**11360509000**	**9658914000**	**9747227000**	**59114991000**	
TOTAL GESTION DES ACHATS ET APPROVISIONNEMENT		**17172165000**	**11831959000**	**11560929000**	**9806436000**	**9861495000**	**60232984000**	

6. Promotion de la Santé

6.1 Paquet d'interventions

- Optimisation de l'IEC/CCC
- Elargissement du plaidoyer
- Consolidation des interventions à base communautaire
- Mobilisation sociale
- Renforcement des capacités des communautés

6.2 Activités et budget

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
Objectif 1: Développer toutes les actions de communication sensibilisation et mobilisation sociale pour amener la population à adopter les comportements favorables à la lutte contre le paludisme – Mobilisation sociale								
Optimisation de l'IEC/CC	Réactualiser et mettre en œuvre le plan de communication	2500000000	2500000000	2500000000	2500000000	2500000000	12500000000	CU 5 000 000 4trim x 74 Districts
Elargissement du plaidoyer	Elaborer et mettre en œuvre un plan de plaidoyer	10000000	10000000	10000000	10000000	10000000	50000000	
Consolidation des interventions à base	Elaborer et mettre en œuvre un plan IBC	2001971000	1349507250	1349507250	1349507250	1349507250	7400000000	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
communautaire	Adapter les messages en fonction des situations épidémiologiques	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
Mobilisation sociale	Organiser des séances de mobilisation sociale	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Diffuser les messages sur les médias	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Renforcer la participation communautaire dans les zones à risque plus élevé	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
Renforcement des capacités des communautés	Former tous les intervenants	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Organiser la supervision formative des prestataires	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Organiser les rencontres de coordination entre les	PM	PM	PM	PM	PM	PM	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	différents intervenants							
AID	Sensibiliser les communautés pour la mise en œuvre de l'AID	360000000	360000000	360000000	360000000	360000000	1800000000	Soit 30000000 * 12 Districts
Mise en œuvre de la CIP par les prestataires sur le TPI et les MILDA	Former sur la CIP	177600000	177600000	177600000	177600000	177600000	888000000	Soit 1200000 * 74 Districts
Sous Total Objectif 1 : Mobilisation sociale		**5049571000**	**4397108000**	**4397107000**	**4397107000**	**4397107000**	**22638000000**	
Objectif 1: Développer toutes les actions de communication sensibilisation et mobilisation sociale pour amener la population à adopter les comportements favorables à la lutte contre le paludisme – Situations spéciales								
IEC dans les situations spéciales		48000000	48000000	48000000	48000000	48000000	240000000	1200000 4 Trim x 10 Districts
Sous Total Objectif 1 : Situations spéciales		**48000000**	**48000000**	**48000000**	**48000000**	**48000000**	**240000000**	
TOTAL Promotion de la Santé		**5097571000**	**4445108000**	**4445107000**	**4445107000**	**4445107000**	**22878000000**	

7. Gestion du Programme

7.1 Paquet d'interventions

- Réactualisation de la politique de lutte contre le paludisme.
- Mobilisation des ressources pour le financement du paludisme
- Optimisation de la coordination du programme
- Elargissement du partenariat
- Renforcement des capacités de gestion

7.2 Activités et budget

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
Objectif spécifique 1 : Renforcer les capacités managériales et opérationnelles du programme à tous les niveaux - Politique								
Réactualisation des documents de politiques et de directives de lutte contre le paludisme	Mettre à jour le document de politique nationale de lutte contre le paludisme	PM					PM	
	Elaborer le plan de suivi évaluation du plan stratégique	13320000					13320000	
	Elaborer le plan de mise en œuvre du plan stratégique	PM					PM	
	Elaborer le document et directives techniques pour la prévention et la prise en charge du paludisme	8225000					8225000	
	Elaborer le document des directives de lutte contre les épidémies et les situations d'urgence	13320000					13320000	
Sous Total Objectif 1 : Politique		**34865000**	**0**	**0**	**0**	**0**	**34865000**	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
Objectif spécifique 1 : Renforcer les capacités managériales et opérationnelles du programme à tous les niveaux – Mobilisation des ressources								
Mobilisation des ressources pour le financement du paludisme	Elaborer et mettre en œuvre un plan de mobilisation des ressources	15000000	5000000	5000000	5000000	5000000	35000000	AT 10M en année 1 5M par an
	Faire le plaidoyer à différents niveaux : Ministère Parlement Collectivités locales secteur privé etc.	5000000	5000000	5000000	5000000	5000000	25000000	
	Organiser une table ronde avec tous les partenaires	26948000					26948000	
	Elaborer un plan de mise en œuvre pluriannuel	13320000	13320000	13320000	13320000	13320000	66600000	
	Elaborer des propositions techniques et financières de mobilisation de fonds auprès d'autres partenaires internationaux	25000000	25000000	25000000	25000000	25000000	75000000	
Sous Total Objectif 1 : Mobilisation des ressources		**85300000**	**48320000**	**48320000**	**48320000**	**48320000**	**278580000**	
Objectif spécifique 1 : Renforcer les capacités managériales et opérationnelles du programme à tous les niveaux – Renforcement de la coordination								
Renforcement de la coordination du programme au niveau intra sectoriel et intersectoriel à tous les niveaux du système	Elaborer un plan de travail de synergie pour la coordination des interventions intra sectoriel	8000000	8000000	8000000	8000000	8000000	40000000	
	Elaborer des plans de travail pour renforcer la coordination intersectorielle	10000000	10000000	10000000	10000000	10000000	50000000	
	Mettre en œuvre le plan de travail du cadre de concertation des partenaires	15000000	15000000	15000000	15000000	15000000	75000000	
Sous Total Objectif 1 : Renforcement de la coordination		**33000000**	**33000000**	**33000000**	**33000000**	**33000000**	**165000000**	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
Objectif spécifique 1 : Renforcer les capacités managériales et opérationnelles du programme à tous les niveaux – Renforcement du partenariat								
Renforcement du partenariat	Elaborer des plans de travail avec les autres secteurs.	13200000	13200000	13200000	13200000	13200000	66000 000	
	Mettre en œuvre des plans d'actions des autres secteurs.	40000000	40000000	40000000	40000000	40000000	200000000	
	Elaborer des plans intégrés des ONG à l'échelle des districts et régions	13200000	13200000	13200000	13200000	13200000	66000000	
	Mettre en place et animer un cadre de collaboration avec les officines les cabinets et cliniques privées les infirmeries d'entreprises	20000000	20000000	20000000	20000000	20000000	100000000	
	Mettre en place un cadre de collaboration avec les grossistes pour la fourniture de MILDA	3000000		3000000		3000000	15000000	
Sous Total Objectif 1 : Renforcement du partenariat		**89400000**	**89400000**	**89400000**	**89400000**	**89400000**	**441000000**	
Objectif spécifique 1 : Renforcer les capacités managériales et opérationnelles du programme à tous les niveaux – Renforcement des capacités								
Renforcement des capacités	Formations complémentaires des agents de l'Unité de coordination du PNLP	40000000	40000000	40000000	40000000	40000000	200000000	
	Elargir le cours national de paludologie aux médecins de région et des hôpitaux.	49000000	49000000	49000000	49000000	49000000	245000000	5 sessions de 3 semaines pour 25 participants par session
	Poursuivre le cours national de paludologie des SSP des districts et l'élargir aux SSP des régions	36740000	36740000	36740000	36740000	36740000	183700000	5 sessions de 2 semaines pour 25 participants par session
	Former les gestionnaires de	36740000	36740000	36740000	36740000	36740000	183700000	5 sessions de 2

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	programme au niveau des ONG et autres partenaires							semaines pour 25 participants par session
	Organiser des formations spécialisées sur le paludisme au niveau des Universités et instituts.	50000000	100000000	100000000	50000000	50000000	350000000	Voir avec O F et OG
	Former prestataires à tous les niveaux dans la prise en charge des cas graves de paludisme	PM	PM	PM	PM	PM	PM	Voir volet PEC
	Prendre en charge les frais administratifs (salaires indemnités et frais de fonctionnement) des opérateurs principaux du programme	850000000	850000000	875000000	875000000	900000000	4350000000	
Sous Total Objectif 1 : Renforcement des capacités		**1062480000**	**1112480000**	**1137480000**	**1087480000**	**1112480000**	**5512400000**	
TOTAL GESTION DU PROGRAMME		**1305045000**	**1280200000**	**1308200000**	**1255200000**	**1283200000**	**6431845000**	

8. Suivi et Evaluation

8.1 Paquet d'interventions

- Renforcement de la surveillance épidémiologique
- Renforcement de la supervision et du système de collecte de routine
- Optimisation de la recherche opérationnelle
- Evaluation du programme

8.2 Activités et budget

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
Objectif Spécifique n° 1 : Assurer la disponibilité à temps et l'utilisation des données pour le suivi et l'évaluation du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011-2015 - Information pour une prise de décision et un suivi des progrès vers les objectifs								
Surveillance sentinelle	Former/recycler les responsables de structures sur la surveillance	25889000		25889000			51778000	
	Equiper les sites en matériels nécessaires pour la surveillance	18000000					18000000	
	Former les nouveaux agents	8000000					8000000	
	Conduire des missions de mise en place des sites	3400000	3400000	3400000	3400000	3400000	17000000	
	Doter les sites d'un budget de fonctionnement	23000000	23000000	23000000	23000000	23000000	115000000	
	Organiser au moins 2 missions pour chaque site et par an	2000000	2000000	2000000	2000000	2000000	10000000	2 revues par an
	Analyser les éléments collectés après chaque mission	30000000	30000000	30000000	30000000	30000000	150000000	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Elaborer les rapports de mission	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
	Assurer le suivi de la sensibilité des vecteurs aux insecticides	PM	PM	PM	PM	PM	PM	Voir LAV
	Assurer le suivi de l'efficacité des traitements antipaludiques	PM	PM	PM	PM	PM	PM	Voir PEC
	Assurer l'assurance et le contrôle qualité des médicaments et produits antipaludiques	PM	PM	PM	PM	PM	PM	Voir PEC
Recherche opérationnelle	Elaborer et signer des conventions entre le PNLP et les instituts de recherches pour la mise en œuvre des activités de recherche	5000000	PM	PM	PM	PM	5000000	
	Assurer le financement de la recherche opérationnelle au niveau central	275000000	275 000 000	300000000	325000000	350000000	1 525000000	Ref. UCAD
	Elaborer des protocoles de recherche opérationnelle au niveau des districts	3000000	3000000	3000000	3000000	3000000	15000000	
	Assurer le financement des protocoles de recherche des districts	20000000	20000000	20000000	20000000	20000000	100000000	
	Former ECR /ECD en méthodologie de recherche opérationnelle	60000000					60000000	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Assurer la supervision formative		62500000	62500000			125000000	
	Organiser des réunions de partage des différents protocoles de recherche	30000000		30000000			60000000	
	Assurer le suivi technique de mise en œuvre	14400000	14400000	14400000	14400000	14400000	72000000	
	Identifier et soumettre les protocoles de recherche élaborés chaque année	5000000	5000000	5000000	5000000	5000000	25000000	
	Financer les protocoles de recherches sélectionnés	20000000	20000000	20000000	20000000	20000000	100000000	
Enquêtes/évaluation sur les indicateurs	Organiser des réunions de partage des résultats chaque année après la première année		10000000	10000000	10000000	10000000	40000000	
Sous Total Objectif 1 : Information		**542689000**	**468300000**	**549189000**	**455800000**	**480800000**	**2496778000**	
Objectif spécifique 1 : Assurer la disponibilité à temps et l'utilisation des données pour le suivi et l'évaluation du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011-2015 - Mesure périodique des indicateurs du plan stratégique								
	Lancer un appel d'offre et contractualiser l'institut ou le cabinet pour la réalisation des enquêtes	50000000					50000000	
	Réaliser une enquête MIS			600000000			600000000	
	Contribuer à une enquête EDS (ou réaliser une enquête MIS)					600000000	600000000	

DPS	Activités Principales	2011	2012	2013	2014	2015	Coût Total	Commentaires
	Organiser une réunion de partage des résultats des enquêtes			1000000			10000000	
	Organiser des évaluations annuelles des plans d'action des partenaires	20 000000	20 000000	20 000000	20 000000	20 000000	100 000000	
	Organiser une évaluation à mis parcours et une évaluation finale du plan stratégique			50000000		80000000	130000 000	
Système d'information de routine	Organiser des revues trimestrielles avec les districts les hôpitaux les garnisons et le ONG	30000000	30000000	30000000	30000000	30000000	150000000	
	Tenir à jour la base de données RBM et publier les résultats des analyses des données dans les bulletins de rétro information	4000000	4000000	4000000	4000000	4000000	20000000	
Supervision	***C***ontractualiser les supervisions avec les régions médicales et le PNLP	482000000	482000000	482000000	482000000	482000000	2410000000	
	Elaborer des rapports de supervision	PM	PM	PM	PM	PM	PM	
Sous Total Objectif 1 : Indicateurs		**586000000**	**536000000**	**1196000000**	**536000000**	**1216000000**	**4070000000**	
TOTAL SUIVI EVALUATION		**1128689000**	**1004300000**	**1745189000**	**991800000**	**1696800000**	**6566778000**	