

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE



DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un But – Une Foi



PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



**CADRE STRATEGIQUE
NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME
AU SENEGAL
2014- 2018**

Mars 2014

TABLES DES MATIERES

Préface.....	5
<u>Contexte</u>	6
<u>Chapitre I : Profil du Sénégal</u>	7
A. <u>Politique de Développement</u>	8
B. <u>Aspects Environnementaux</u>	10
C. <u>Aspect sociaux et démographiques</u>	12
D. <u>Système de Santé et Situation Sanitaire</u>	12
<u>Chapitre II : Analyse de la situation</u>	17
A. <u>Epidémiologie et Fardeau du Paludisme</u>	18
B. <u>Financement de la Lutte</u>	22
C. <u>Performances du Programme</u>	23
<u>Chapitre III : Cadre Stratégique</u>	30
A. <u>Vision</u>	31
B. <u>Mission</u>	31
C. <u>Principes et Valeurs</u>	31
D. <u>Orientations stratégiques</u>	31
E. <u>Objectifs</u>	33
a. <u>Objectifs généraux</u>	33
b. <u>Objectifs spécifiques</u>	33
<u>Chapitre IV : Domaines et stratégies d'interventions</u>	35
A. <u>Domaine d'Intervention 1 : Gestion et coordination du programme</u>	36
B. <u>Domaine d'Intervention 2 : Prévention</u>	39
C. <u>Domaine d'Intervention 3 : IEC/CCC et promotion de la santé</u>	46
D. <u>Domaine d'Intervention 4 : Prise en charge des cas</u>	50
E. <u>Domaine d'Intervention 5 : Surveillance et Riposte</u>	52
F. <u>Domaine d'intervention 6 : Gestion des Approvisionnements et des Stocks</u>	54
G. <u>Domaine d'intervention 7 : Suivi Evaluation et Recherche</u>	57
<u>Chapitre V : Cadre de mise en œuvre</u>	59
A. <u>Administration et Gestion du Cadre Stratégique</u>	60
B. <u>Mécanismes de coordination</u>	60
C. <u>Mobilisation des ressources</u>	60
D. <u>Récapitulatif du budget</u>	62
<u>Chapitre VI : Mécanismes de Suivi Evaluation</u>	65
A. <u>Cadre de Suivi-Evaluation</u>	66
B. <u>Suivi des données de routine</u>	66
C. <u>Evaluation des effets et impact des interventions</u>	66

Sigles et Abréviations

AID	Aspersion intra domiciliaire
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANACIM	Agence Nationale de l'Aviation Civile du Sénégal
AQ	Amodiaquine
ASC	Agent de Santé Communautaire
BID	Banque Islamique de Développement
BM	Banque Mondiale
CCPLP	
CDC	Center for diseases Control
CPN	Consultation Prénatale
CPS	Chimioprévention du paludisme saisonnier
CS	Centre de Santé
CTA	Combinaison Thérapeutique à base de dérivé d'Artémisinine
CU	Couverture Universelle
DPPD	Document de Programmation Pluriannuel de Dépenses
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DS	Direction de la Santé ou District Sanitaire
DSDOM	Dispensateur de Soins à Domicile
DSRSE	Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'Enfant
DSRP	Document de Stratégie de la Réduction de la Pauvreté
Fonds Mondial	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
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENPS	Enquête Nationale sur le Paludisme au Sénégal
FTAT	Focal Test And Treat
FSAT	Focal Screen And Treat
GAS	Gestion des Approvisionnements et des Stocks
GE	Goutte Epaisse
GMAP	Global Malaria Action Plan
IBC	
ICP	Infirmier Chef de Poste
IEC /CCC	Information, Education, Communication/communication pour un Changement de Comportement
LAL	Lutte Anti Larvaire
LAV	Lutte Anti Vectorielle
LEVP	Laboratoire d'Ecologie Vectorielle et Parasitaire
LNCM	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
LPM	Laboratoire de Parasitologie Médicale
MACEPA	Malaria Control and Evaluation Partnership in Africa
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
MDA	Mass Drug Administration

MICS	Malaria Indicators Clusters Survey
MII	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d’Action
MSAS	Ministère de la Santé et de l’action Sociale
MSAT	Mass Screening and Treat
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 à Domicile
PEC	Prise En Charge
PIS	Plan d’Investissement Sanitaire
PMI	President’s Malaria Initiative
PNA	Pharmacie Nationale d’Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLPL	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PPI	Plan Pluriannuel d’Investissement
PS	Poste de Santé
PSN	Plan Stratégique National
PTA	Plan de travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PRA	Pharmacie Régionale d’Approvisionnement
RBM	Roll Back Malaria
RM	Région Médicale
SE	Suivi Evaluation
SNEIPS	Services National de l’Education et d’Information pour la Santé
SNIS	Service National de l’Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SUFI	Scaling Up for intervention
TDO	Traitement Directement Observé
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TDR	Test de Diagnostic Rapide
UCAD	Université Cheikh Anta DIOP
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UFR	Unité de formation et de recherche
UNICEF	Fonds de Nations Unies pour L’Enfance
USAID	United States Agency for International Development
VPP	Voluntary Purchasing Pool
WHOPES	

Préface

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) depuis 2010 a adopté la démarche de l'élaboration des plans stratégiques de 3^{ème} génération qui consiste à procéder d'abord à une revue exhaustive et inclusive du programme, mais aussi à une évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre. Cette démarche procède d'une approche programme ou sectorielle permettant de réaffirmer les priorités du pays en matière de lutte contre le paludisme. En effet, l'un des domaines prioritaires d'intervention dans le secteur de la santé est la réduction de la morbidité et de la mortalité palustre sur toute l'étendue du territoire.

L'élaboration de ce cadre stratégique 2014-2018 a suivi le même processus, tirant sa substance des recommandations de la revue à mi-parcours du plan stratégique 2011-2015. Il se veut un plan de consolidation des acquis de la mise en œuvre du plan décennal de développement sanitaire et social et entend accorder la priorité au renforcement des capacités en matière d'offre de services et de création de la demande. Ainsi, il est le cadre de référence pour les interventions de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme pour les cinq années à venir.

Ce cadre stratégique réaffirme l'ambition du Sénégal d'aller à la pré élimination du paludisme et à la réduction de la mortalité palustre à un niveau proche de zéro en adaptant les interventions de lutte aux différents facies épidémiologique mais aussi en adoptant des interventions innovantes à haut impact.

L'approche inclusive de l'élaboration de ce document est un gage de succès à la mobilisation des ressources nécessaires à son financement afin d'atteindre les objectifs ambitieux que le pays s'est fixé. L'engagement des acteurs de mise en œuvre s'en trouvera également renforcé. Il me plait ici d'inviter l'ensemble des acteurs, notamment ceux des services publics, de la société civile, du secteur privé et les partenaires techniques et financiers à s'appropriier le contenu du présent cadre et à inscrire leurs interventions dans les orientations stratégiques retenues pour une meilleure synergie et une efficacité dans l'action.

Je réaffirme ainsi le caractère prioritaire de la lutte contre le paludisme dans l'amélioration de la santé des populations pour un Sénégal émergent, pour l'état du Sénégal en général, et pour le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale en particulier.

Le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale

Contexte

Le Sénégal fait partie des 43 pays de l'Afrique Sub-saharienne (ASS) où le paludisme est endémique et constitue un problème de santé. L'EDS 2010-2011 a montré une régression de presque 50% de la prévalence parasitaire entre 2008 et 2010, et une régression de la mortalité toutes causes confondues de 40% chez les moins de 5 ans entre 2005 et 2010; et si cette tendance était maintenue, le Sénégal serait certainement parmi les pays qui atteindront les objectifs de *Roll Back Malaria* (RBM) d'ici 2015.

Malgré ces résultats, le paludisme demeure un problème de santé publique au Sénégal car le fardeau de la maladie est toujours lourd notamment dans certaines régions du pays et les décès qui lui sont attribuables persistent. Des défis demeurent encore, notamment ceux en rapport avec l'accès universel aux interventions majeures que sont le diagnostic par les tests de diagnostic rapide (TDR) et le traitement par les combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) jusqu'au niveau communautaire.

L'évaluation de 2010 avait montré une baisse significative et progressive des indicateurs de morbidité et de mortalité du paludisme au Sénégal. Cette tendance avait guidé le choix d'aller vers la pré-élimination d'ici 2015, en adaptant les interventions d'efficacité prouvée aux 4 strates identifiées en fonction de l'incidence.

L'impact des interventions de lutte contre le paludisme de ces dernières années a fortement modifié la répartition géographique du fardeau de la maladie. Cette nouvelle configuration impose une nouvelle stratification plus opérationnelle permettant d'adapter les interventions aux caractéristiques épidémiologiques locales.

Dans le souci d'apprécier les progrès vers l'atteinte des objectifs et d'améliorer la mise en oeuvre des interventions, le Programme National de Lutte contre le paludisme (PNLP) a procédé aussi en 2013, en collaboration avec les partenaires techniques et financiers, à l'évaluation à mi parcours du plan stratégique 2011 – 2015 de lutte contre le paludisme. Cette évaluation a permis d'apprécier les performances du programme tant du point de vue technique que financier et de formuler des recommandations. Parmi celles – ci, la mobilisation des ressources occupe une place importante compte tenu des difficultés de financement des activités rencontrées lors de la mise en oeuvre. Ainsi, au-delà des efforts fournis pour une contribution plus importante de l'Etat, le PNLN compte explorer d'autres opportunités de financements dont celles en rapport avec les financements internationaux.

C'est dans ce cadre que le PNLN a décidé de définir le cadre stratégique pour la période 2014 - 2018 en clarifiant ses orientations stratégiques dans cet espace temporel. Ainsi il mettra à la disposition des acteurs et des partenaires un document technique de référence mais aussi de plaidoyer.

Chapitre I : Profil du Sénégal

A. Politique de Développement

B. Aspects Environnementaux

C. Aspects sociaux et démographiques

D. Système de Santé et Situation Sanitaire

A. Politique de Développement

Le nouveau modèle de développement économique et social dans lequel les autorités du pays se sont résolument engagées à travers le Plan Sénégal Emergent (PSE), vise l'émergence dans la solidarité.

La vision d'«**Un Sénégal émergent en 2035 avec une société solidaire et un Etat de droit**», référentiel de la politique économique et sociale met l'accent sur la création de richesses et d'emplois, le renforcement de la gouvernance, le développement des secteurs stratégiques ayant des impacts significatifs sur l'amélioration du bien-être des populations particulièrement à travers la protection des groupes vulnérables et la garantie de l'accès aux services essentiels. Ce nouveau cadre stratégique de la lutte contre le paludisme, à travers le PNDS trouve son point d'ancrage à la politique de développement du pays sur le deuxième pilier du document d'opérationnalisation du PSE appelé « Plan d'Action prioritaires 2014 - 2018».

Le PSE sera rendu opérationnel à travers le Programme d'Actions Prioritaires (PAP) par la mise en cohérence des axes stratégiques, objectifs sectoriels et lignes d'actions, aux projets et programmes de développement dans un cadre budgétaire sur la période 2014-2018. Pour déterminer les actions prioritaires, les lignes d'actions ont été évaluées en fonction de leur apport probable, essentiellement sur la croissance économique et le développement humain durable.

En 2011, le produit intérieur brut (PIB) s'élevait à 6.767milliards FCFA, soit un PIB par tête de 526 390 FCFA. Pour la même année, le taux de croissance économique s'est établi à 2,1% après 4,3% en 2010, 2,4% en 2009, 3,7% en 2008 et 4,9% en 2007. Le Sénégal, avec une croissance moyenne de 3,1% entre 2008 et 2012, reste encore en retrait par rapport aux perspectives qui tablent sur une croissance de l'ordre de 6,4% dans l'UEMOA et 7,4% au niveau de la CEDEAO pour les cinq prochaines années.

La pauvreté, les inégalités sociales et les disparités territoriales restent préoccupantes, mettant en évidence l'urgence d'améliorer de manière durable les conditions de vie des populations.

La nouvelle dynamique de croissance doit s'appuyer sur l'amélioration de la gouvernance dans tous les domaines de la vie économique et sociale, avec notamment le renforcement des principes de transparence et de reddition des comptes.

L'intégration du genre dans les politiques publiques est adoptée comme stratégie pour lutter contre toute forme d'inégalité, et assurer à tous une participation équitable au processus de développement. La prise en compte des questions de genre représente, de ce fait, un enjeu transversal pour l'ensemble des programmes de développement national.

La «stratégie de croissance accélérée» dans laquelle le pays s'est engagé depuis 2005 et visant à hisser le Sénégal au rang de pays émergent, repose notamment sur la modernisation de l'agriculture et le développement de l'industrie agroalimentaire. Le Sénégal met en œuvre à travers sa stratégie globale de réduction de la pauvreté, des politiques et programmes intégrés de développement. Le Document de Politique Economique et Social (DPES) est le cadre unique de référence en matière d'intervention pour tous les acteurs du développement. La priorité aux soins de santé primaires donnée au plan national s'est traduite par des mesures qui ont permis l'accès gratuit ou allégé à des prestations de santé, et exécutées dans le cadre de divers programmes et de plans d'actions. Le

Gouvernement accorde une priorité absolue à la lutte contre le paludisme et le VIH/sida, compte tenu de l'impact de ces fléaux sur le développement humain. Par ailleurs, il faut signaler qu'un Plan Pluriannuel d'investissement (PPI) en infrastructures et équipements pour la période 2011-2015 a été élaboré. Ce plan entre dans le cadre du programme de renforcement des équipements et des infrastructures sanitaires.

Au Sénégal, la lutte contre le paludisme est inscrite parmi les priorités nationales définies dans la politique de santé. Des directives techniques claires ont été dès lors définies pour la mise en œuvre des stratégies de lutte contre le paludisme conformément aux recommandations de l'OMS. Cette option figure donc en bonne place dans les programmes prioritaires aussi bien dans le Document de Programmation Pluriannuel de Dépenses (DPPD) que dans le PNDS, et traduits en actions dans le PIS et dans les plans de mise en œuvre du programme.

Une volonté politique a donc été manifestée par les autorités nationales, en première ligne par le Président de la République. Cet engagement s'est traduit par l'augmentation progressive du budget global de la santé et la création d'une ligne budgétaire spécifique pour la lutte contre le paludisme.

Le document de Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES) 2013 – 2017 met un accent particulier sur la lutte contre la maladie. Il réaffirme la place prioritaire de la santé dans le développement et vise à améliorer les performances en matière de prévention et de lutte contre les maladies.

Tableaux 1: Projections de quelques indicateurs de développement jusqu'en 2017

Indicateurs			Prévu	Réalisé	Cibles					
	2009	2010	2011	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Taux (en %) de croissance du PIB réel (scénario optimiste)	2.10%	4.10%	4.80%	2.60%	3.70%	4.90%	6.50%	6.80%	7.60%	7.7
Taux d'inflation annuel moyen (en %)	-0.90%	1.20%	=<3%	3.40%	=<3%	=<3%	=<3%	=<3%	=<3%	=<3%
Pourcentage de pauvreté	National			46.70%	45.35%	43.96%	42.52%	41.03%	39.48%	37.89%
Part des superficies irriguées sur les superficies irrigables	38.40%	41.06%	42.85%	42.10%	44.71%	46.32%	62.98%	65.48%	67.40%	72.70%
Taux (en %) de couverture CPN4	ND	75%	80%	50%	53%	55%	60%	63%	70%	75%
Taux (en %) d'accouchements assistés par du personnel qualifié	67.00%	65.1% (EDS-5)	70%	65%	72%	75%	78%	80%	83%	85%
Proportion (en %) d'enfants âgés de 0-11 mois complètement vaccinés	74%	62.8% (EDS-5)	85%	-	55%	60%	65%	70%	75%	80%
Pourcentage d'enfant 0 – 5 ans bénéficiant de service de nutrition					55%	60%	65%	70%	75%	80%
Prévalence (en %) du VIH/SIDA dans la population	0.70%	0.70%	<1%	0.70%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
Taux d'exécution du budget de la Santé	titre III*	86.28%	96.43%	95.00%	93.00%	95.00%	95.00%	95.00%	95.00%	95.00%
	titre V	53.27%	86.28%	85.00%	43%	85.00%	85.00%	85.00%	85.00%	85.00%
Taux (en %) d'accès à l'eau potable	Urbain	97.00%	98.50%	99.00%	98.70%	99.00%	99.00%	100.00%	100%	100%
	Rural	73.60%	77.50%	78.50%	80.10%	79.50%	80.00%	85.00%	90.00%	95%
Taux (en %) d'accès des ménages à des systèmes améliorés d'assainissement	Urbain	63.60%	63.10%	70.30%	63.30%	72.20%	74.10%	76.10%	78.00%	80%
	Rural	28.90%	29.60%	49.00%	34.30%	52.00%	57.00%	59.00%	63.00%	65%
Proportion (en %) du budget affecté aux ministères sous CDSMT				72%	50%	60%	75%	85%	85%	85%

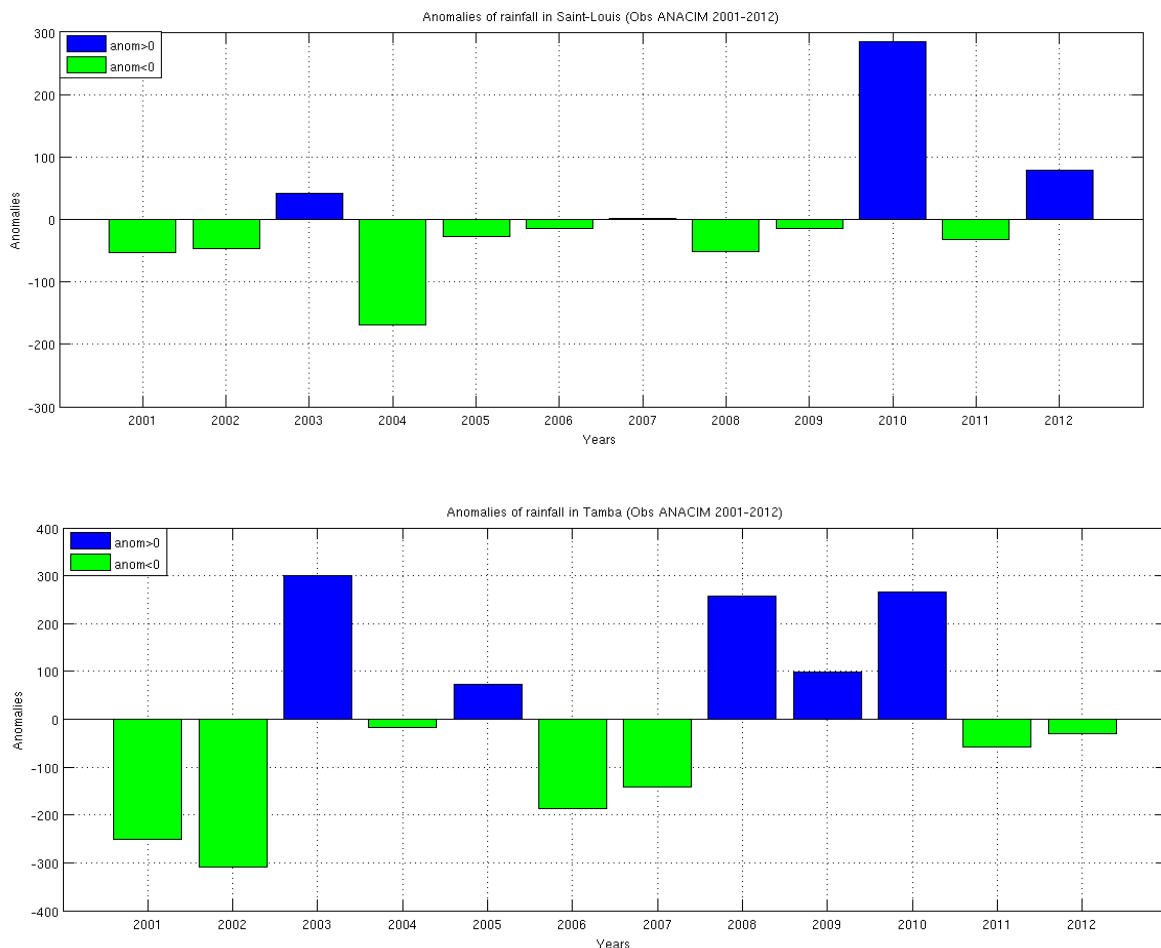
Sources : ANSD 2013. * titres de créances : III = fonctionnement ; V = Budget Consolidé d'Investissement

B. Aspects Environnementaux

La politique environnementale a toujours été axée sur la gestion rationnelle des ressources naturelles, dans une perspective de développement durable. Malgré les progrès réalisés en matière de conservation de la biodiversité, la situation reste caractérisée par une dégradation avancée des ressources naturelles. C'est en ce sens que des efforts sont consentis à travers les activités de reconstitution, reforestation, conservation et protection des ressources forestières, de la faune et de son habitat. Ces actions continueront d'impacter sur la régénération naturelle des écosystèmes. Cependant, l'adaptation aux changements climatiques constitue un nouveau défi majeur avec, notamment, le développement des phénomènes tels que les inondations, l'érosion côtière et la salinisation des terres. Des solutions durables doivent être trouvées pour permettre aux populations de développer une culture de prévention et d'adaptation aux changements climatiques.

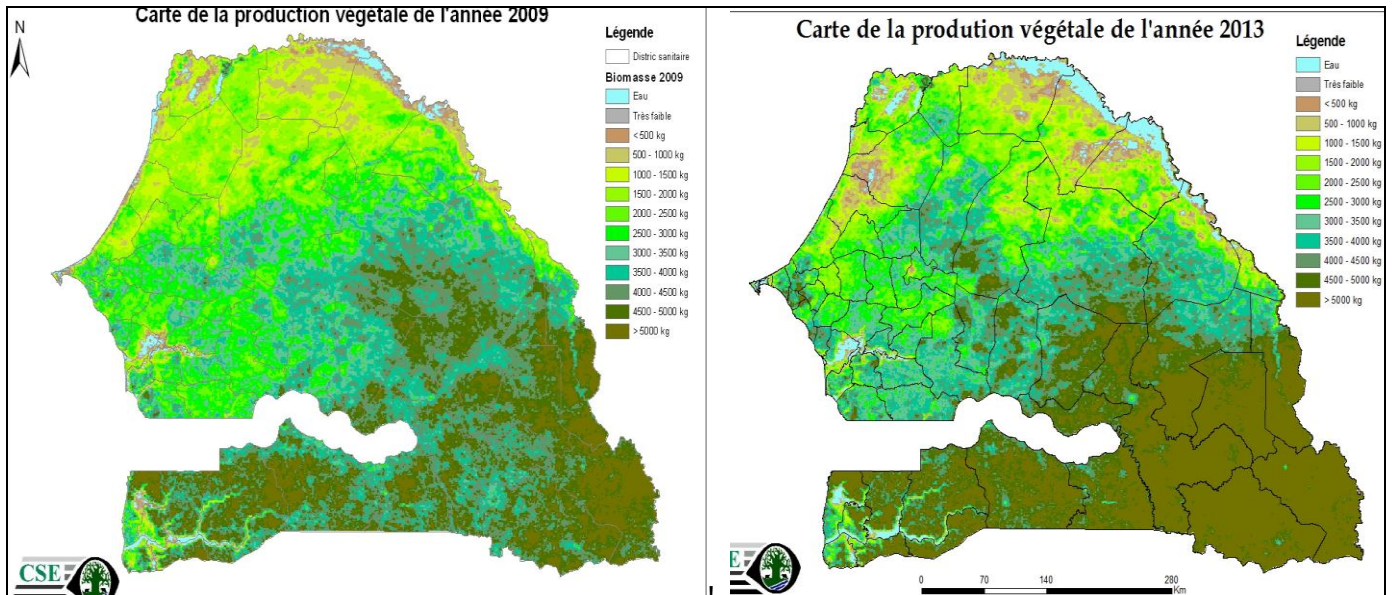
Depuis le début des années 2000, la pluviométrie s'est sensiblement améliorée. Au regard des résultats de la pluviométrie sur la période 2001-2012, il est aisé de constater un maintien potentiel des conditions environnementales favorables au paludisme alors que dans le même temps le PNLN signale un recul des cas de paludisme avec une prévalence parasitaire qui passe de 5,9% en 2008 à 2,8% en 2013. A propos du maintien potentiel des conditions environnementales, les anomalies positives (anomalies supérieures à la moyenne) de pluviométrie se sont multipliées au cours de la période 2001-2012.

Figure 1 : Anomalies de pluviométrie dans les zones Nord et Est de 2001 à 2012



Ces anomalies positives de la pluviométrie peuvent être corrélées à de très bonnes conditions de croissance de la végétation, notamment durant la période 2007-2012, période où les interventions se sont accentuées. Dans le même temps, la tendance à la hausse des températures est généralisée sur tout le territoire national, avec un réchauffement moyen de 1,6°C ; la plus forte hausse est observée dans le nord du Sénégal (3,0°C à Linguère) et la plus faible hausse dans le sud (0,7°C à Kédougou). Cette tendance à la hausse des températures est également perceptible au cours des années 2001 à 2012.

Figure 2 : Evolution de la production végétale au Sénégal en 2009 et 2013



Au regard de l'évolution des facteurs climatiques portant sur la pluviométrie, la température et la végétation sur la période 2009-2013, il est aisé de constater un maintien potentiel des conditions environnementales favorables au paludisme.

C. Aspect sociaux et démographiques

La population du Sénégal est estimée à 13,9 millions¹ d'habitants en 2014 et connaît un taux de croissance annuel de 2,7%. Cette progression devrait se poursuivre d'ici à 2018. Toutefois, le Sénégal se situe dans la troisième phase de sa transition démographique caractérisée par une baisse de la natalité et une poursuite de la baisse de la mortalité entraînant un processus de ralentissement de la croissance démographique.

Sur le plan de la répartition des ressources et d'inégalité sociale, l'incidence de la pauvreté monétaire reste élevée, en dépit des politiques qui ont été entreprises durant la dernière décennie. Elle est passée de 55,2% entre 2001-2002, à 48,7% en 2005-2006 et à 46,7% en 2011. La pauvreté est plus accentuée en milieu rural avec une incidence de 57,1% contre 26,1% à Dakar et 41,2% dans les autres villes.

Du point de vue de la protection sociale, le Sénégal a un niveau de couverture faible. Le filet de sécurité sociale n'est pas capable de réagir rapidement et, encore moins, d'augmenter l'échelle et l'envergure des réponses aux crises.

Les systèmes formels d'assurance maladie n'offrent l'opportunité de couverture du risque maladie qu'aux familles sénégalaises dont le chef de famille est employé dans le secteur formel. Ce dispositif ne prend en compte que 20% de la population et laisse en rade la majorité des sénégalais (80%) employés dans les secteurs ruraux et informels. Même si le nombre de mutuelles de santé fonctionnelles est passé de 80 en 2003, à 237 en 2011, dont 217 mutuelles de santé communautaires et 20 mutuelles d'envergure nationale, ceci reste insuffisant. Cette situation a amené l'Etat à mettre en place le programme de Couverture Maladie Universelle (CMU) pour permettre, à travers la mutualisation de garantir l'accès de la population à un paquet minimum de soins.

La mise en œuvre de programmes de gratuité et de filets sociaux a permis d'améliorer l'accès des groupes vulnérables aux services sociaux de base. Cependant, des difficultés persistent dans la mise en œuvre de certains programmes de prise en charge des personnes vulnérables. Il s'agit de difficultés liées au ciblage des bénéficiaires, à une insuffisance des ressources mobilisées et à des dysfonctionnements au niveau des systèmes d'information.

¹ Source : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)

D. Système de Santé et Situation Sanitaire

La Pyramide Sanitaire

Le système de santé du Sénégal est de type pyramidal à trois échelons que sont le Niveau Central, la Région Médicale et le District Sanitaire.

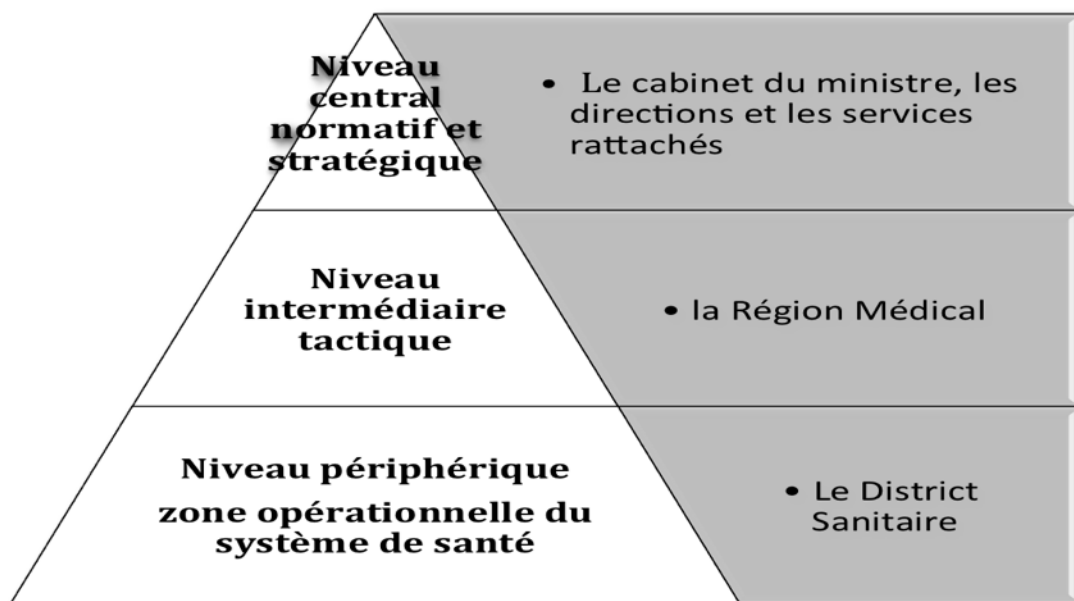
Le niveau Central comprend le cabinet du Ministre, les directions et les services rattachés. C'est à ce niveau que sont définies les orientations générales et les priorités en matière de santé;

Le niveau régional comprend la Région Médicale qui correspond à la région administrative. Elle est dirigée par un médecin-chef de région (MCR) qui anime l'équipe cadre (ECR) composée des superviseurs des différents programmes de santé.

Le niveau opérationnel correspond au district Sanitaire pouvant épouser une circonscription administrative départementale ou une partie de celle-ci. Il comprend au moins un centre de santé et un certain nombre de postes de santé. Il est géré par le médecin chef de district (MCD) qui pilote l'équipe cadre. Le District constitue le niveau opérationnel du système et est le lieu d'exécution des programmes de santé.

En outre, on retrouve des Pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA) au niveau régional, pour l'approvisionnement en médicaments et consommables hospitaliers, et la Pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) au niveau central.

Figure 3: Pyramide sanitaire nationale



Les infrastructures sanitaires

On distingue quatre types d'infrastructures sanitaires :

Le Poste de Santé qui est le premier niveau de contact des populations avec une structure publique. Il est dirigé par un Infirmier diplômé d'Etat qui occupe la fonction d'Infirmier Chef de Poste (ICP). Son plateau technique lui permet de dispenser des soins de santé de base. Le Poste polarise et supervise un ensemble de structures de santé communautaire que sont les **Cases de Santé et**

maternités rurales situées au niveau villageois et gérées par des Agents de Santé Communautaire (ASC) ou des Matrones. Ces structures communautaires font recours au Poste de Santé en cas d'urgence. Les Postes sont implantés dans les communes, les chefs-lieux de communauté rurale, ou les villages relativement peuplés.

Au niveau communautaire, on dénombrait 2098 cases de santé fonctionnelles en 2013 qui sont tenues par des bénévoles appelés ASC ou matrones qui mènent des activités de prévention et de prise en charge du paludisme et autres interventions pour la survie de l'enfant.

Par ailleurs, dans des villages dépourvus de cases et ne disposant pas de structures sanitaires, le PNLN a formé et mis en place des Dispensateurs de Soins à Domicile (DSDOM) chargés de prendre en charge les cas de paludisme à domicile. Le Sénégal disposait en 2013 de 1992 DSDOM dont 515 assuraient en plus du paludisme la prise en charge des cas à domicile (PECADOM) d'insuffisance respiratoire aiguë et de diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans.

Le Centre de Santé, second palier du schéma des infrastructures sanitaires publiques, est le niveau de référence des postes de santé. Il est implanté au niveau de la Commune. Il polarise et supervise un ensemble de Postes. Il est dirigé par un médecin qui assure la fonction de Médecin Chef.

Le centre hospitalier est le troisième maillon de la chaîne et constitue le recours pour le Centre de Santé. C'est un établissement public de santé qui a une autonomie de gestion. Dépendant de sa localisation, il peut être communal, départemental ou régional. Il est implanté au niveau du chef-lieu de région, de département ou dans une commune et dispense des soins en médecine interne, obstétrique, gynécologie, pédiatrie, chirurgie et parfois d'autres spécialités chirurgicales ou médicales. La norme nationale de couverture est d'un hôpital pour 150 000 habitants.

Le Centre Hospitalier National (CHN) est le dernier maillon de la chaîne, le sommet de la pyramide sanitaire et le dernier recours. Il en existe sept au niveau de la capitale. Le CHN est une structure sanitaire nationale qui dessert l'ensemble de la population eu égard à son plateau technique très spécialisé et à la diversité de ses gammes de services.

Le secteur privé joue un rôle important dans le dispositif de santé. Toutefois, mis à part le privé confessionnel, il n'est pas toujours mis à profit en ce qui concerne la mise en œuvre des interventions contre le paludisme. On y distingue le secteur privé à but lucratif et celui non lucratif (secteur confessionnel et médecine d'entreprise). Parmi les enfants de moins de 5 ans qui ont présenté une fièvre ou une toux, 16% ont eu un recours aux soins au niveau du secteur privé.

Tableau 2 : Infrastructures sanitaires au Sénégal en 2013

Désignation	Nombre existant	Nombre fonctionnel
<i>Secteur Public</i>		
Région Médicale	14	14
Districts Sanitaires	76	76
Hôpitaux	25	23
Etablissement Publics de Santé non hospitaliers	06	06
Centres de santé	89	89

Désignation	Nombre existant	Nombre fonctionnel
Postes de Santé	1247	1237
Cases de Santé	2 162	2162
Maternité rurales	129	129
Sites PECADOM	1992	1992
<i>Secteur Privé</i>		
Cliniques	37	37
Cabinets médicaux	555	555
Cabinets paramédicaux	570	570
Structures d'entreprises	23	23
Postes de Santé privé	77	77

Source : Rapport de performances CDSMT 2013

Dans le but de faciliter la prise en charge des malades, il est mis en place un système de référence contre référence basé sur le système pyramidal pour l'orientation des malades et le transfert d'informations sanitaires entre le niveau périphérique (PS et CS) et les structures hospitalières.

Cependant, en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes telles que préconisées par l'OMS, en termes de couverture en infrastructures sanitaires et de personnel qualifié, indicateurs dont la répartition reste très inégale sur le territoire, au détriment de plusieurs zones rurales. Il en est de même de la disponibilité et de la qualité des plateaux médicaux. L'accessibilité des soins se pose avec acuité, notamment pour les segments les plus pauvres, qui ne bénéficient pas d'une couverture médicale. Aujourd'hui, seul un sénégalais sur cinq a accès à une couverture maladie publique.

Fort de ce constat, les objectifs sectoriels suivants sont visés afin d'assurer des services performants de santé publique à savoir : (i) améliorer l'offre et la qualité des services de santé; (ii) améliorer les performances en matière de prévention et de lutte contre les maladies; (iii) améliorer la santé de la mère et de l'enfant; (iv) améliorer l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant; (v) renforcer le dispositif de santé communautaire; (vi) améliorer la gouvernance sanitaire, avec l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacités des dépenses publiques de santé et du système de suivi-évaluation des politiques sectorielles ainsi que le renforcement du système de surveillance médicale.

La vision du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale porte essentiellement sur l'accès et la couverture universelle à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion.

Les changements structurels et organisationnels survenus au sein du MSAS constituent des opportunités pour le programme national de lutte contre le paludisme dans la mobilisation des ressources de l'Etat et l'amélioration de leur performance en vue de l'atteinte de ses Objectifs. En effet, selon le projet de décret portant organisation du Ministère de la Santé et de l'Action sociale du 31 juillet 2012, la Direction de la Santé est devenue Direction Générale de la santé (DGS) et la division de la Lutte contre la Maladie est devenue Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM).

Le Programme national de Lutte contre le Paludisme (PNLP) est ainsi rattaché à la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) et a rang de division.

Dans le domaine des ressources humaines, le Sénégal est en dessous de la couverture médicale des populations requise par les normes PNDS. Toutefois, la mise en place des Unités de Formation et de Recherches (UFR) en santé dans les régions et la création d'écoles de formation privées pour des paramédicaux, ces dernières années, traduisent une diversification de l'offre de formation pour toutes les catégories de personnel (Médecins, Infirmiers, Sage-femme, travailleurs sociaux, etc.). Cette situation offre une opportunité au programme en termes d'amélioration de l'accès et de la qualité des services. C'est ainsi que depuis 2011, avec le programme RSS du Fonds Mondial, du personnel de santé a été recruté pour renforcer le personnel qualifié surtout au niveau des zones périphériques.

L'offre de soins du système de santé est structurellement portée par le secteur public et complétée par le secteur privé qui est faiblement intégré dans la mise en œuvre des politiques et programmes nationaux de santé. Au niveau communautaire, l'offre de santé s'est beaucoup développée ces trois dernières années et sera mieux orientée par la validation du Plan stratégique de la santé communautaire. Cette politique conforte le PNLP dans sa stratégie d'intensification des interventions à base communautaire (PECADOM et ABCD).

La division du système d'information sanitaire et sociale (DSISS) qui a remplacé le SNIS afin de mieux intégrer le volet social du MSAS, est logé au niveau de la direction de la planification de la recherche et de la statistique (DPRS). Ceci permet une meilleure harmonisation des systèmes d'informations et un meilleur partage des informations utiles à la planification.

Chapitre II : Analyse de la situation

A. Epidémiologie et fardeaux du paludisme

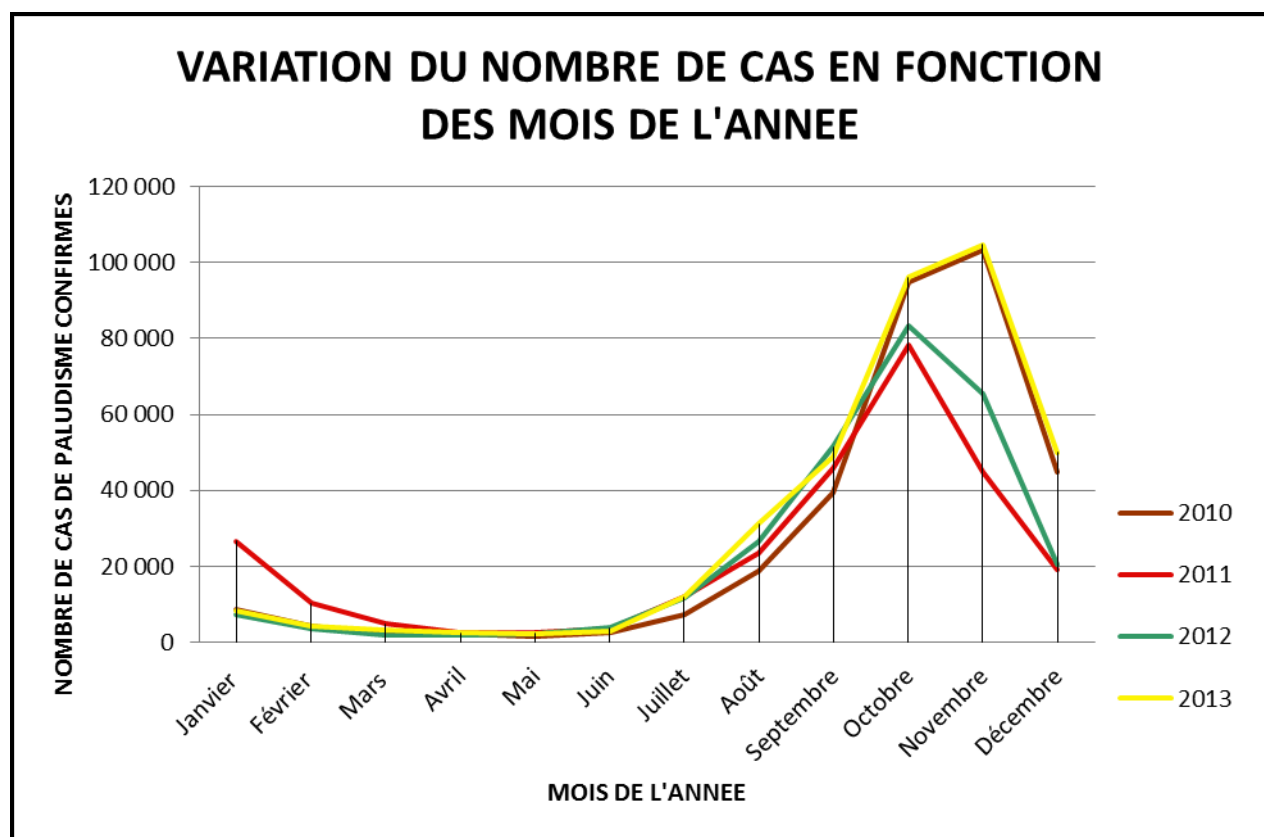
B. Financement de la lutte

C. Performance du programme

A. Epidémiologie et Fardeau du Paludisme

Au Sénégal, la transmission du paludisme est étroitement liée au rythme des pluies et s'effectue en général au cours de la saison des pluies (juin-décembre) et au début de la saison sèche (janvier). Cette période correspond à celle de forte densité des populations vectorielles. Les différents paramètres caractérisant le profil épidémiologique n'ont pas connu de changement notable lors des trois dernières années.

Figure 4 : Variation du nombre de cas en fonction des mois de 2010 à 2013



Source : PNLP

Du point de vue entomologique, la même répartition spatiale des vecteurs dans les différentes régions par rapport à 2009 est constatée. Le parasite dominant reste toujours le *Plasmodium falciparum* (90%).

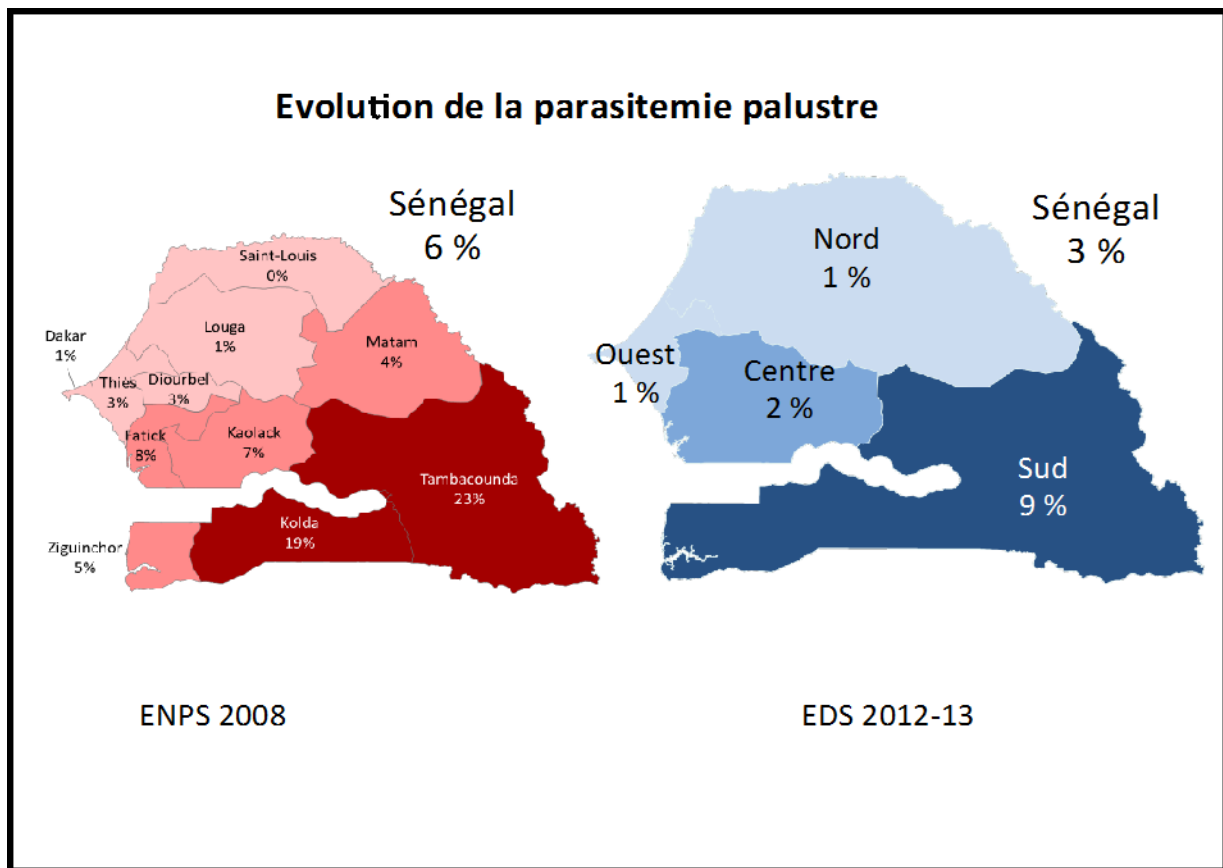
La situation épidémiologique du paludisme au Sénégal est marquée par une double évolution entre 2008 et 2013 :

- Une baisse de la prévalence
- Une augmentation de l'incidence

La prévalence parasitaire nationale a baissé de 2008 à 2013, passant de 5,9% en 2008 à 2,8% en 2013. Cette prévalence présente des disparités car les zones du Sud (Ziguinchor, Tamba, Sédhiou, Kolda, Kédougou) ont des chiffres élevés allant jusqu'à 9,1% ; Pour les régions centre (Diourbel, Kaolack, Fatick, Kaffrine) elle est de 2,2% ; pour la zone ouest-nord (Dakar, Thiès, Louga, St Louis, Matam), elle est de 0,7% (figure 5). En saison des pluies, elle est de 4,3% en moyenne alors

que de février à Août, la moyenne est de 1,1%. En milieu urbain, la prévalence parasitaire est de 0,4% contre 3,9 en milieu rural.

Figure 5 : Evolution de la prévalence parasitaire de 2008 à 2013



L'incidence palustre qui est calculée à partir des données de routine, a connu une augmentation de 2009 à 2013, passant ainsi de 14‰ à 27‰. Ceci pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs :

- les difficultés rencontrées entre 2011 et 2012 dans la gestion globale du paludisme au Sénégal principalement le suivi des activités et la disponibilité des intrants (ACT et TDR);
- la baisse probable de l'efficacité des MILDA distribuée en 2010 dans la zone. (étude IRD cisse).
- l'augmentation de l'offre grâce aux nouvelles créations d'infrastructures sanitaires et le recrutement substantiel de DSDOM par le PNLP ce qui a augmenté la notification des cas. Ceci est en corrélation avec le niveau de fréquentation des structures de santé qui a augmenté dans la même période avec un nombre de consultations toutes causes confondues en augmentation constante

Cette augmentation est plus marquée dans les régions Sud et Sud Est du Pays avec en outre une tendance à l'augmentation de la morbidité proportionnelle palustre pendant la même période passant de 5,37% en 2009 à 5,41% en 2013.

De même l'incidence dans les cinq régions du sud est passée de 25,36‰ (2009) à 35,03‰ (2012).

Ainsi, quatre (4) strates sont identifiées sur la base du niveau d'incidence. La carte sur la variation des incidences dans les districts permet de constater que les régions sud ont connu une augmentation importante lors des dernières années. Ces régions ont bénéficié en premier de la couverture universelle en 2010 avec des MILDA qui ont perdu leur potentiel de protection au fil des années. En 2013, une seconde campagne de couverture universelle devait être réalisée compte tenu de cette perte d'efficacité connue après 3 ans d'utilisation, mais les problèmes de mobilisation des ressources ont empêché cette mise en œuvre.

Figure 6: Tendence des variations de l'incidence par district sanitaire de 2010 à 2013

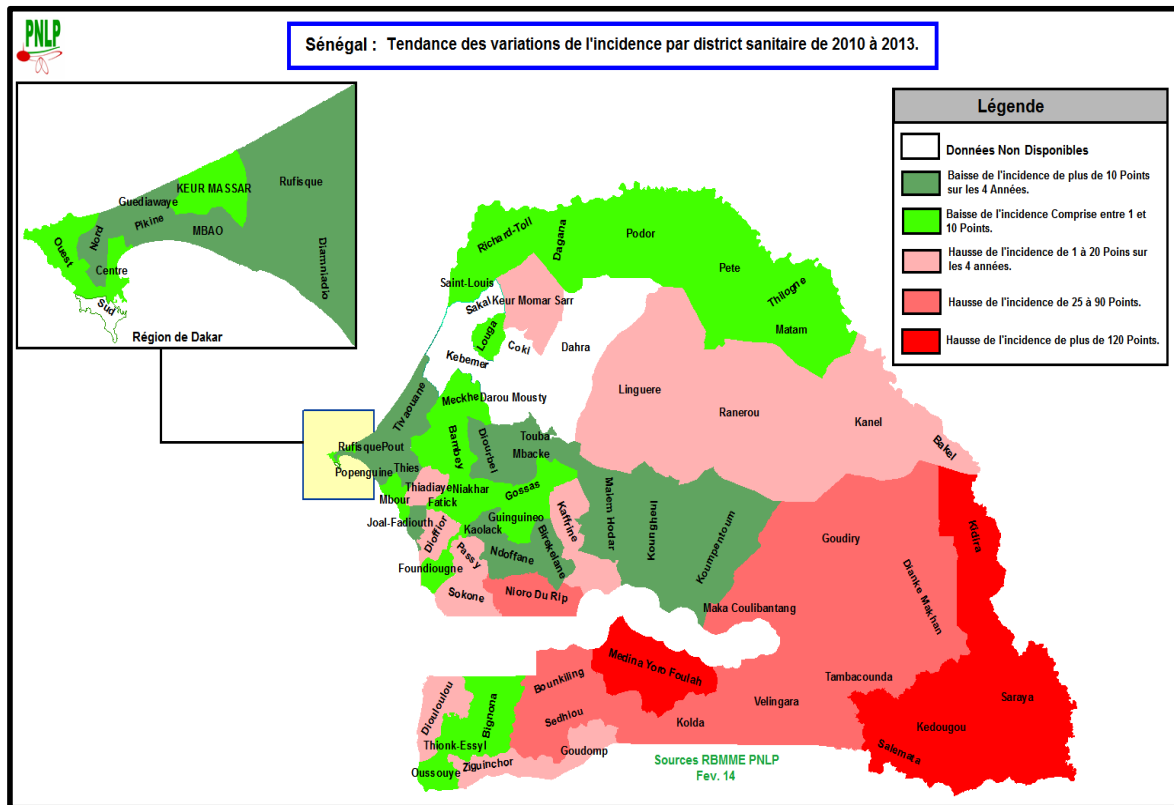
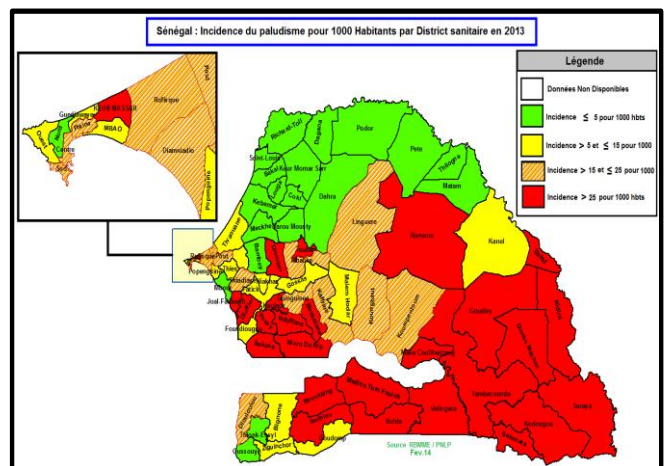
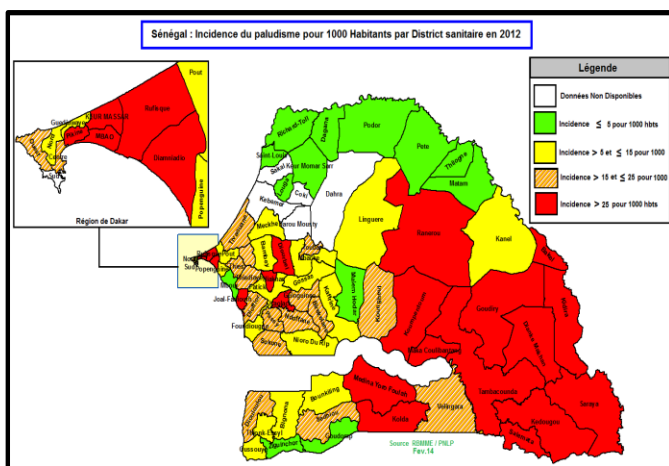
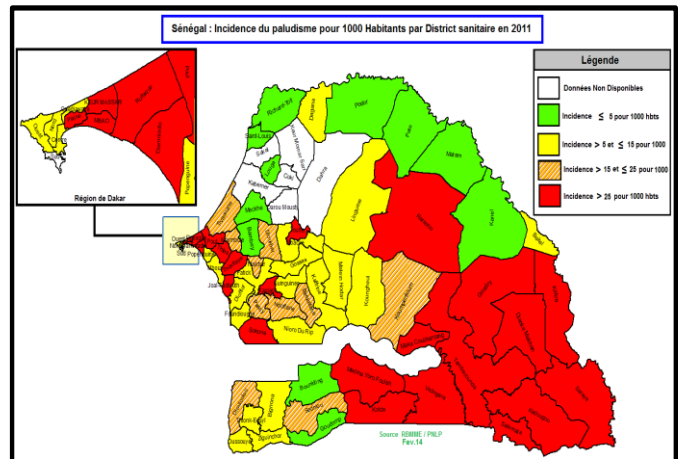
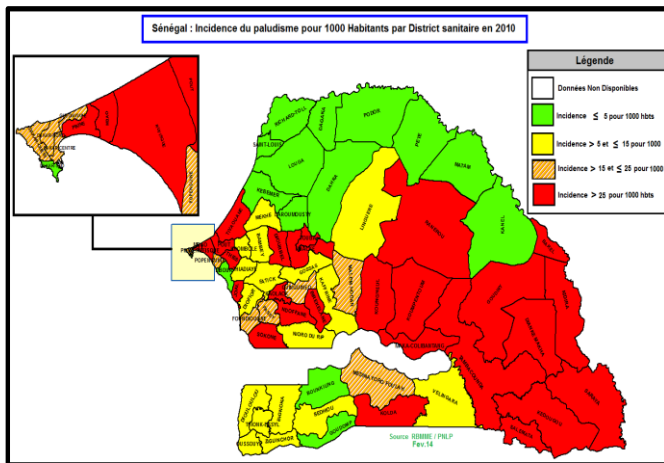


Figure 7: Evolution de l'incidence de 2010 à 2013



B. Financement de la Lutte

La part de la santé dans le budget de l'Etat reste inférieure à la moyenne mondiale (13,9%) et en deçà de l'objectif d'Abuja (15%). Ce budget reste insuffisant et induit une forte dépendance vis-à-vis des partenaires au développement et constitue une menace en termes de durabilité pour la disponibilité et l'accès aux soins et services à tous les niveaux.

Les sources de financement du système de santé découlent essentiellement des dépenses de santé en provenance de fonds publics, de fonds privés et des fonds du reste du monde. Les fonds publics sont constitués à 96% du budget de l'Etat et à 4% du budget des collectivités locales. Pour ce qui est des fonds privés, sa structure reste répartie entre les ménages (87%), les employeurs (9%) et enfin les ONG et autres organisations (4%). Enfin, les fonds du reste du monde proviennent de la coopération bilatérale (59%), de la coopération multilatérale (14%), des initiatives internationales (26%), de la coopération décentralisée (0,7%) et des sénégalais de l'extérieur (0,3%).

La nouvelle vision de l'action sociale vise à assurer une couverture universelle à toute la population Sénégalaise. Elle conforte le PNLP dans sa mission d'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.

Depuis 2005, le Sénégal a mis en place un programme de lutte efficace, fondé sur des capacités de gestion renforcées et des plans bien définis. La mise en œuvre de bonnes pratiques opérationnelles et programmatiques ont permis d'attirer des ressources financières extérieures accrues. Le partenariat fécond développé de 2005 à 2013 a permis au PNLP de mobiliser des ressources importantes auprès du Gouvernement et des partenaires au développement. Ces financements ont permis d'accélérer la mise en œuvre des activités définies dans ses deux plans stratégiques déroulés au cours de cette période. L'Etat contribue à la lutte contre le paludisme en prenant en charge les salaires, les gros investissent, les infrastructures et les frais de fonctionnement, ce qui n'est pas reflété dans la ligne budgétaire allouée au programme paludisme, et qui correspond à l'acquisition de certains intrants.

En 2013, les financements s'élevaient à 11 891 383 069 F CFA contre 9 227 406 000 F CFA en 2005. Ces financements accrus ont permis au PNLP d'intensifier ses activités, et d'élargir ainsi la couverture des interventions clés contre le paludisme (c'est-à-dire les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), les pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent, le traitement préventif intermittent administré aux femmes enceintes (TPI), les tests de diagnostic rapide (TDR) et les combinaisons thérapeutiques à base d'Artémésinine (CTA). Le Sénégal est parvenu à rendre les moyens de lutte contre le paludisme accessibles à tous, y compris aux personnes vivant dans des zones les plus isolées. C'est un succès que le pays doit en grande partie au programme de soins à domicile, la PECADOM.

Tableau 3: évolution des financements de 2005 à 2013

Partenaires	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ligne Budgétaire Paludisme	152 438 800	152 438 800	152 438 800	88 000 000	357 000 000	77 882 138	59 000 000	13 706 278	16 640 000
USAID/PMI	5 455 655 200	570 159 200	5 455 655 200	5 455 655 200	8 743 580 100	8 664 663 150	10 879 220 000	11 279 800 000	10 584 000 000
UNICEF	308 556 800	308 556 800	308 556 800	308 556 800	308 556 800	308 556 800	308 556 800	308 556 800	221 678 199
OMS	78 000 000	41 859 600	60 000 000	33 442 357	172 981 350	48 993 589	186 259 177	24 910 054	15 058 731
FMSTP	3 232 755 200	2 723 247 600	2 452 316 800	2 075 966 395	6 861 933 311	1 265 632 756	543 570 575	9 490 785 353	1 054 006 139
BID					4 076 140 419				
BM/OMVS		1 526 717 600							
TOTAL	9 227 406 000	5 322 979 600	8 428 967 600	7 653 063 952	19 793 715 313	10 052 298 635	11 665 049 752	20 809 201 685	11 891 383 069

C. Performances du Programme

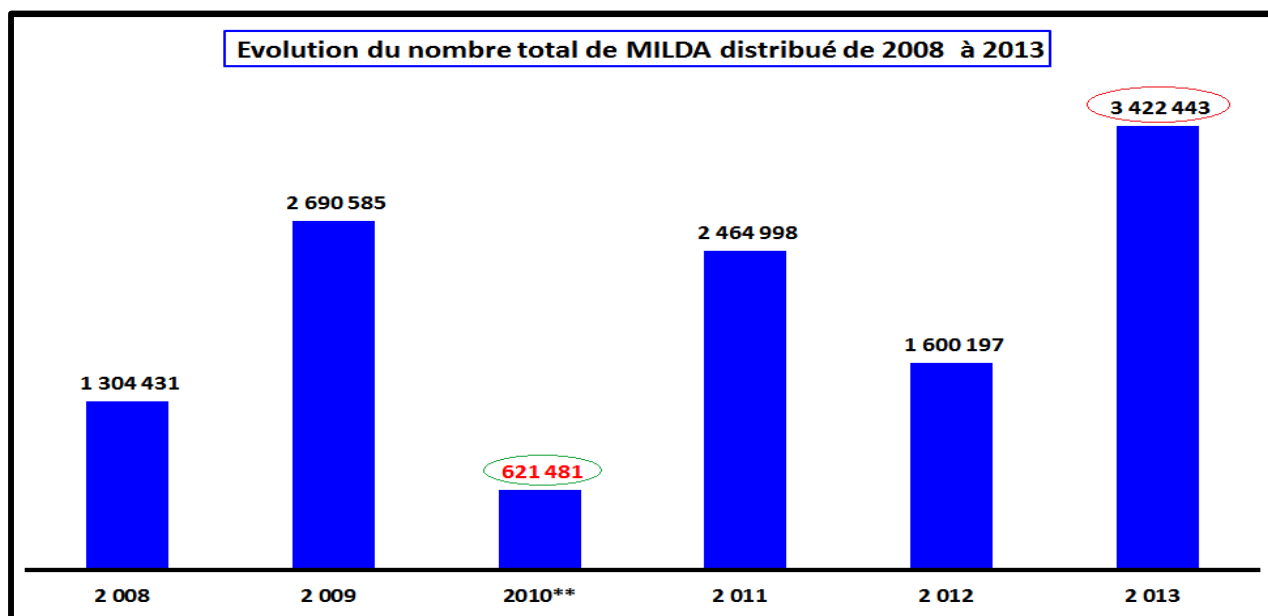
La couverture et l'accès aux différentes mesures de prévention et prise en charge du paludisme mises en œuvre au Sénégal, ont connu une progression significative entre 2005 et 2013 au niveau de l'étendue du territoire national. Ces progrès ont été rendus possibles, grâce à la bonne organisation mise en place par le PNLP, à travers une vision claire et des stratégies de mise en œuvre volontaires et efficaces. Cette bonne organisation a permis, avec l'augmentation substantielle des ressources financières allouées à la lutte antipaludique par les partenaires, la mise à l'échelle des interventions à efficacité prouvée.

Le Sénégal a adhéré à toutes les grandes initiatives internationales dans le cadre de la lutte contre le paludisme et a construit un partenariat efficace soutenu par un engagement politique fort. Ceci lui a permis de mobiliser des ressources importantes auprès du Gouvernement et des partenaires au développement. A ce jour, d'importantes réalisations ont été faites dans la mise en œuvre des différents volets du Programme National de Lutte contre le Paludisme. Les activités se sont traduites au niveau opérationnel par une amélioration de l'accès et de la qualité de la prise en charge, et par l'acceptation de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides comme un moyen utile de prévention. Toutefois les gains obtenus restent fragiles et fortement assujettis aux financements des partenaires qui permettent de maintenir et renforcer les acquis.

- **Dans le domaine de la Lutte Anti Vectorielle (LAV)**

Les interventions de lutte anti vectorielle, en particulier les MII, ont été mises en priorité à la disposition des populations dans les zones de forte transmission.

Figure 8: Evolution du nombre de MII distribue de 2008 à 2013



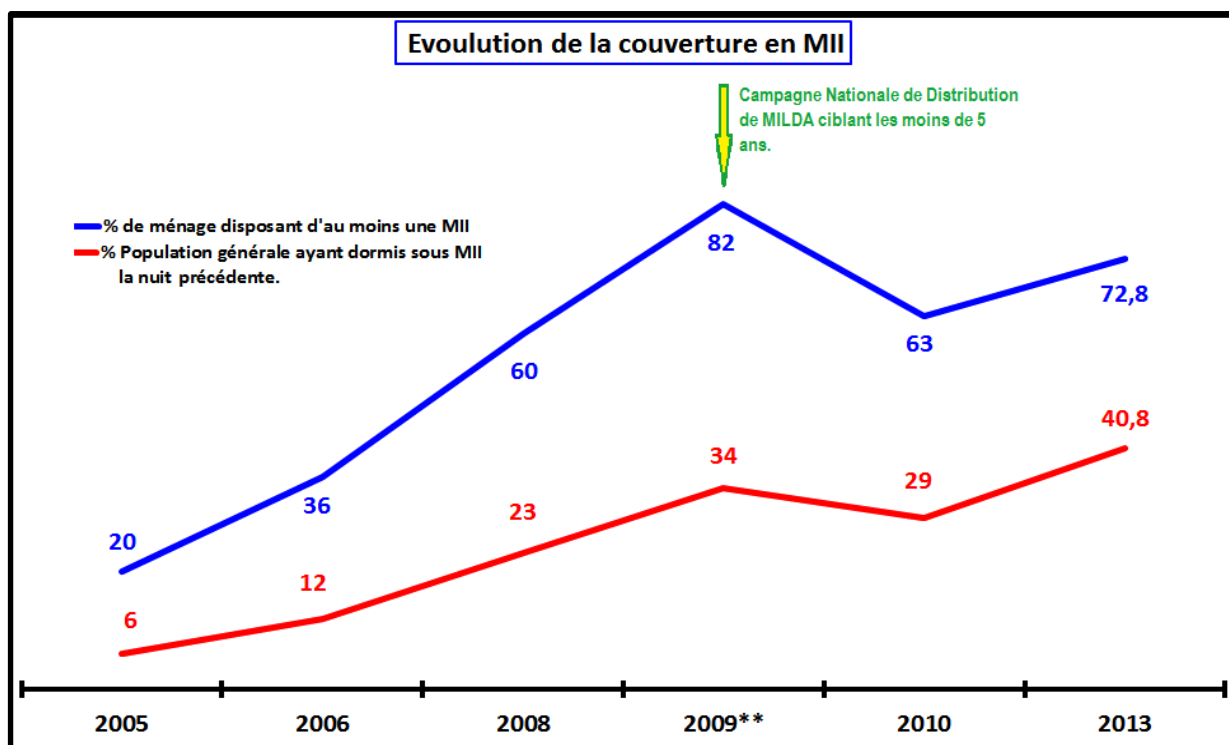
Le nombre de MII distribué a été plus important en 2009 et 2013 du fait de la campagne nationale de distribution ciblée de MILDA et de la couverture universelle réalisée dans les régions de Dakar et Thiès où les poids démographiques sont importants. En 2010, peu de MILDA a été distribué à cause des difficultés de financement.

Les données des enquêtes transversales montrent les plus importantes améliorations de la possession et de l'utilisation des MII dans ces zones. Toutefois, l'atteinte des populations défavorisées est toujours un défi ; les importants taux de couverture chez ces populations démontrent le succès des campagnes de distribution de masse visant à assurer l'accès aux mesures de prévention du paludisme chez les plus pauvres.

Tableau 5: Evolution des Indicateurs de la LAV

Indicateurs	2005 EDS	2006 ENP	2008 ENP	2009 EPC	2010 EDS	2013 EDS _c
% Ménages disposant d'au moins une MII	20	36	60	82	63	72.8
% Population générale ayant dormi sous MII la nuit précédente	6	12	23	34	29	40.8
% Enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MII la nuit précédente	7	16	29	45	35	45.8
% Femmes enceintes ayant dormi sous MII la nuit précédente	9	17	29	49	37	51.1
Ménages dans les districts cibles ayant été protégés par les AID	--	--	80	--	80	99.7

Figure 9 : Evolution de la disponibilité et de l'utilisation des MII de 2005 à 2013



La campagne nationale de distribution ciblant les enfants de moins de 5 ans en 2009 a permis d'atteindre des niveaux élevés de disponibilité des MII dans les ménages. L'approche de mise en œuvre basée sur un enrôlement progressif des régions n'a pas permis de réaliser aussi rapidement des niveaux que la campagne nationale de 2009 avait permis d'atteindre. Pour cette raison, une campagne nationale est prévue pour 2016.

Le PNLP est accompagné dans le financement et la mise en œuvre des AID depuis 2007 par les structures du Ministère de la Santé (le SNH, le SNEIPS, la SLAP, le CAP), les autres départements ministériels (environnement, agriculture), l'UCAD et le PMI sur les orientations, les approches à utiliser, l'élaboration des outils, manuels et autres supports AID, sur le terrain par la formation, la supervision, le suivi et l'évaluation des différents aspects. Au niveau opérationnel les districts et régions ont mis en œuvre des AID avec succès à travers les communautés. Ceci a permis une amélioration significative de la couverture entre 2008 et 2013.

- **Prévention du paludisme chez la femme enceinte**

Globalement, la prévention du paludisme au cours de la grossesse au Sénégal, s'est considérablement améliorée au cours des 5 dernières années. C'est ainsi que la couverture en TPI chez la femme enceinte, est passée de 12% en 2005 à 42,2% en 2013.

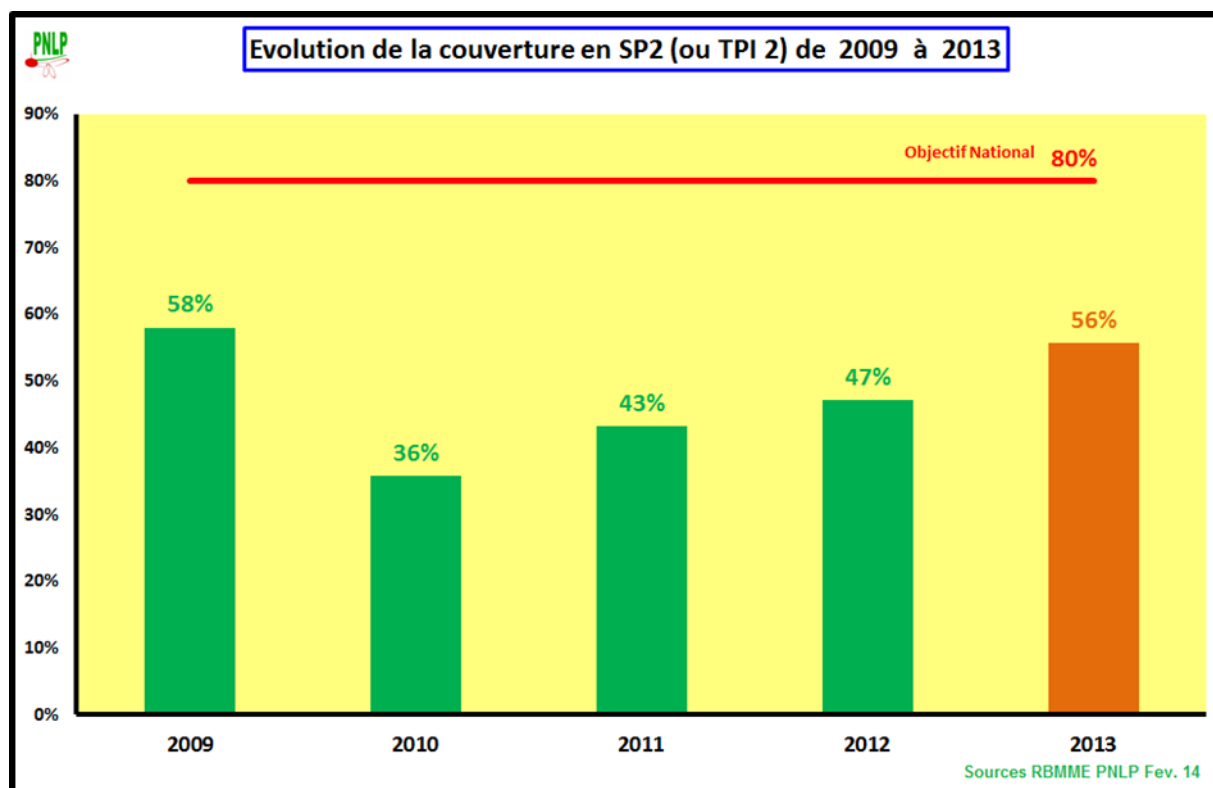
De même, l'utilisation de la MII chez les femmes enceintes au Sénégal s'est améliorée passant de 9% en 2005 à 51,1% en 2013.

Tableau 6 : Evolution des Indicateurs de TPI

Indicateur	2005 EDS	2006 ENP	2008 ENP	2009 EPC	2010 EDS	2013 EDS
% Femmes enceintes ayant dormi sous MII la nuit précédente	9	17	29	49	37	51.1
% Femmes ayant reçu 2 doses ou plus lors leur dernière grossesse durant les deux dernières années	12	49	52	--	39	42.2

Toutefois, des efforts substantiels doivent être faits dans le domaine du TPI compte tenu des faibles niveaux de couverture révélés par les données d'enquête mais aussi les données de routine. Celles-ci font ressortir un gap encore important entre les grossesses attendues et la première CPN qui traduit aussi le niveau d'utilisation des services de soins prénataux. Le retour dans les services après le premier contact et qui permet l'administration des doses suivante de TPI demeure aussi problématique comme le montre l'écart entre le TPI1 et 2.

Figure 10 : Evolution de la couverture en TPI de 2009 à 2013

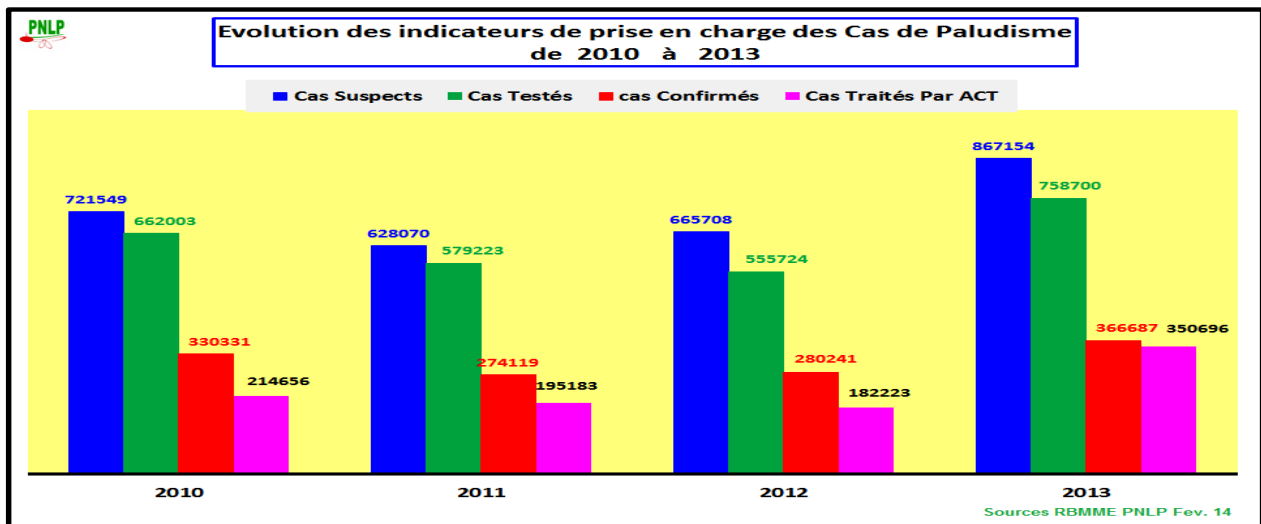


On note une tendance à la reprise de la performance dans le domaine du TPI après une baisse importante en 2010.

- La prise en charge des cas

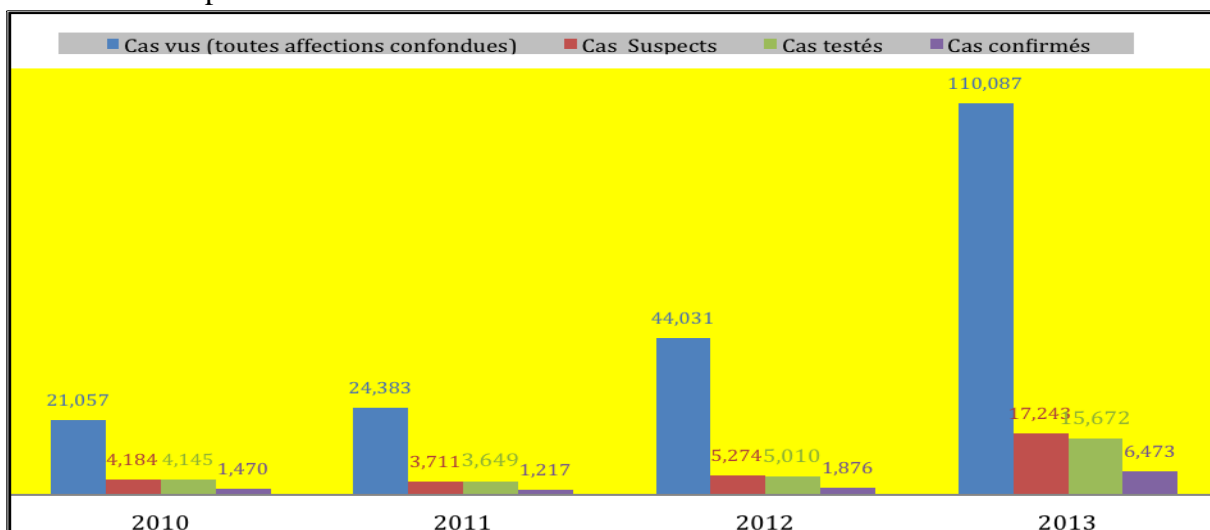
Le Sénégal a adopté les combinaisons thérapeutiques pour le traitement du paludisme depuis 2004. Avec la mise à l'échelle du traitement par les CTAs, l'introduction et la mise à l'échelle des TDRs, l'introduction des ordinogrammes au niveau des structures de prise en charge, le programme est devenu plus efficace et plus efficient en matière de prise en charge des cas. Les performances sont bonnes en 2013 en termes de respect des directives diagnostiques et de traitement par les ACT comme le montrent les données collectées en routine dans les formations sanitaires. Les bonnes pratiques ayant permis ces réalisations seront maintenues.

Figure 11: Evolution des indicateurs de prise en charge des cas de paludisme de 2010 à 2013



Au niveau communautaire, les ACT et les TDR ont été introduits en 2008 dans les cases de santé. La mise en place de la PECADOM a permis de diagnostiquer et de prendre en charge 6198 cas en 2009 et 39725 en 2013 dont 11 688 chez les enfants de moins de cinq ans. Entre 2012 et 2013, en plus du paludisme, certains DSDOM ont eu à diagnostiquer et à prendre en charge des cas de diarrhée et d'insuffisance respiratoire aiguë.

Figure 12: Evolution des indicateurs de prise en charge des cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans par les DSDOM de 2010 à 2013



- Gestion et Approvisionnement du Stock

La GAS est une des composantes essentielles du programme. 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. La mise en place de la plateforme de gestion entre la PNA et les programmes prioritaires a favorisé une gestion rapprochée et plus réactive des produits de lutte contre le paludisme avec une raréfaction des ruptures dans les points de prestations.

Les achats gérés par le système d'achats groupés ne permettent pas un renforcement local d'approvisionnement à travers la PNA. En outre des retards ont été notés dans la livraison des produits, ce qui impactera négativement sur la mise en œuvre des activités et sur les performances du programme.

Au niveau opérationnel les commandes des structures de santé étaient basées uniquement sur la distribution avec les sorties des dépôts des PRA et des districts. En ce qui concerne la SP, les structures sanitaires s'approvisionnent plus en fonction de leurs disponibilités financières, d'où des ruptures fréquentes de SP. Il s'y ajoute que le produit dispensé gratuitement aux bénéficiaires n'apporte pas de bénéfices aux comités de santé.

- **L'IEC/CCC et Promotion de la Santé**

La communication a été identifiée comme une activité essentielle de soutien aux différentes interventions identifiées dans le PSN. Diverses prestations ont été délivrées dans le cadre de la communication et du partenariat aussi bien par le niveau central que par les régions médicales, les districts et les communautés.

L'accent a été mis sur la consolidation des interventions à base communautaire avec le développement d'activités de proximité avec l'encadrement technique des districts de même que la production de supports et l'élargissement du partenariat.

Cependant, l'utilisation des services de prévention et de prise en charge reste encore très en deçà des objectifs fixés dans le PSN et exige une réorientation de la communication vers une approche basée sur des évidences de manière articulée entre les différents niveaux, cohérente avec tous les partenaires et inscrite dans la durée.

- **Le Suivi / Evaluation**

Le système mis en place a permis de disposer de données pour le suivi des progrès réalisés et la prise de décision en vue de renforcer la performance dans la mise en œuvre. Un taux de complétude de 91% a été enregistré en 2013. Le PNLP dispose d'un plan de suivi évaluation de son plan stratégique actuel élaboré dans un processus inclusif et dans les respects des standards en termes de répartition du budget. Un manuel de procédures de suivi évaluation a été également mis en place pour améliorer la performance des agents dans la gestion aussi bien du système de routine que de la surveillance permettant ainsi de standardiser la collecte, le traitement et la transmission de l'information à tous les niveaux. Ceci a participé à faciliter la mise en place et la gestion d'une base de données nationale. Dans le domaine de l'évaluation les standards internationaux sont respectés avec la réalisation régulière des EDS, MICS et ENP.

En rapport avec les objectifs ambitieux du PNLP et de l'importance du SE pour aider à la mise en œuvre et évaluer les performances, les ressources humaines du bureau SE de l'unité de coordination sont largement en deçà des besoins. Au niveau central, le PNLP en dehors de la planification,

n'utilise pas très souvent les résultats des évaluations par exemple à travers des publications scientifiques. L'irrégularité de la mise à jour du site WEB constitue une insuffisance dans le partage des informations du PNLP.

Une insuffisance dans l'analyse et l'utilisation des données au niveau opérationnel a été notée et ceci ne concourt pas à une résolution précoce des problèmes.

Le PNLP s'est beaucoup orienté ces dernières années vers la recherche opérationnelle qui concourt à expérimenter de nouvelles stratégies diagnostiques, préventives et thérapeutiques au service de l'action.

- **La surveillance**

La surveillance est encore effectuée selon une périodicité mensuelle sauf dans les sites sentinelles et l'utilisation des données beaucoup plus orienté vers la planification. Toutefois, le partenariat renforcé avec les Universités notamment l'UCAD, a beaucoup contribué à renforcer la surveillance et à l'évaluation.

Site sentinelle.....

- **Gestion du programme**

Des progrès notables ont été obtenus dans le sens de la gestion du programme ces dernières années. Le fort engagement politique au plus haut niveau, l'effort de mobilisation de ressources nationales, locales et extérieures, le maintien de la lutte contre le paludisme dans les priorités du gouvernement, le respect des principes de bonne gouvernance sont autant d'atouts pour le maintien des performances dans la lutte contre le paludisme. La construction du partenariat s'est traduite par un nombre important de partenaires intervenant au niveau central comme au niveau opérationnel, avec la mise en place d'un Cadre de Concertation des Partenaires de la lutte contre le paludisme (CCPLP) qui se réunit régulièrement.

Chapitre III : Cadre Stratégique

A. Vision

B. Mission

C. Principes et valeurs

D. Orientations stratégiques

E. Buts et Objectifs

A. Vision

Le cadre stratégique 2014-2018 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 « **Un Sénégal émergent sans paludisme** ».

B. Mission

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.

C. Principes et Valeurs

Le cadre stratégique repose sur six principes fondamentaux qui constituent les piliers de l'architecture des interventions :

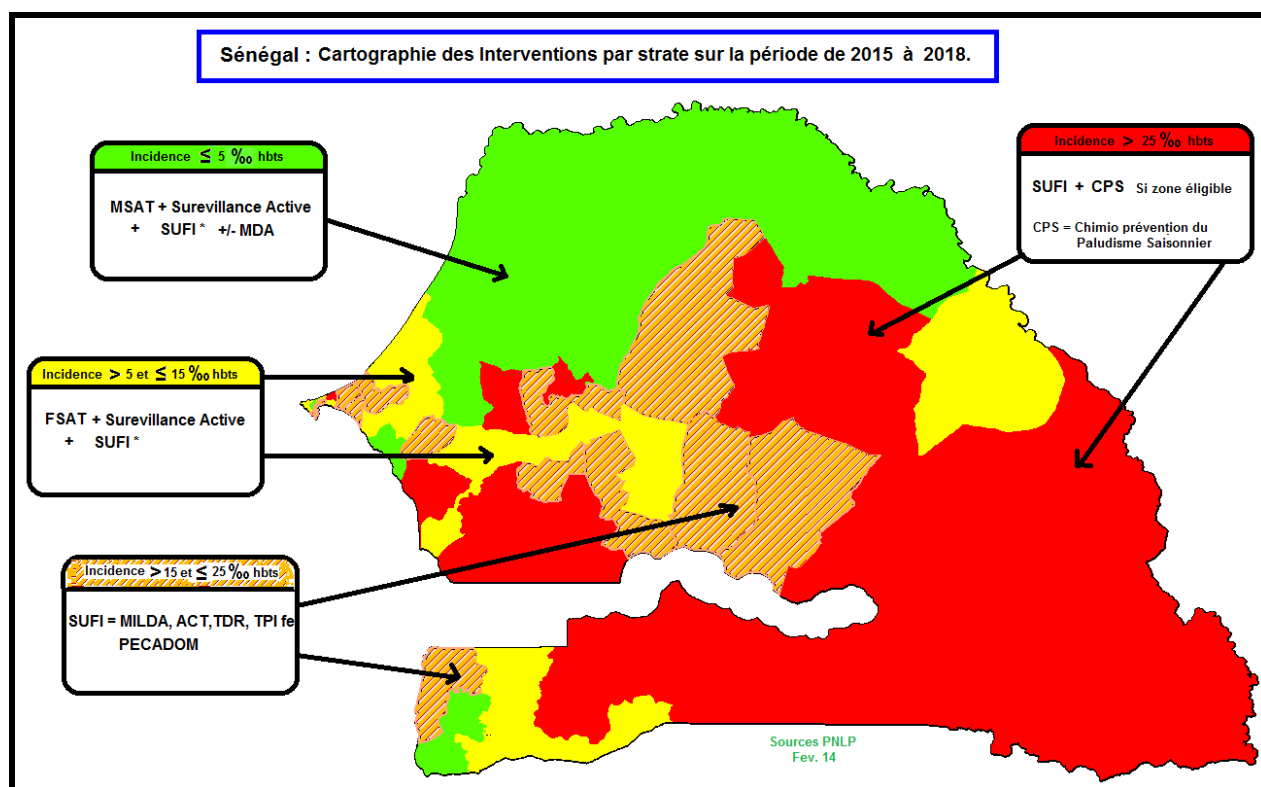
- l'équité dans l'accès aux soins de qualité pour tous,
- la gestion axée sur les résultats,
- l'amélioration de la gouvernance sanitaire,
- la recherche de complémentarité,
- la synergie avec les autres services et programmes du Ministère de la Santé,
- l'appui des partenaires et des autres secteurs de développement.

D. Orientations stratégiques

A travers ce cadre stratégique 2014-2018, le PNLP s'inscrit dans l'accélération du contrôle du paludisme en vue de l'atteinte du seuil épidémiologique de pré élimination. Pour ce faire les actions de lutte vont stratégiquement s'orienter vers :

Le ciblage des interventions en fonctions des caractéristiques épidémiologiques: Globalement, deux zones à niveau d'endémicité différent sont identifiées. Les zones nord d'endémicité faible où les objectifs visent une consolidation des acquis en vue d'atteindre la pré élimination. Le reste du pays où l'endémicité est plus importante l'intensification de la mise à l'échelle des interventions permettra d'assurer rapidement le contrôle de la maladie et la mise de cette partie sur le chemin de la pré élimination.

Figure 13: Cartographie des interventions par strate



L'accès universel à l'ensemble des interventions sera promu pour faciliter la protection des groupes vulnérables et des populations défavorisées et leur assurer l'accès à des soins et services de qualité. Les zones à forte incidence de pauvreté et les zones à endémicité élevée 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'amélioration des capacités de coordination et de gestion dans le cadre de la lutte contre le paludisme, avec comme principaux piliers, la décentralisation et la gouvernance locale. Cela se traduira par une forte implication des collectivités locales et communautés dans la promotion, 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.

Pour accroître la demande et l'utilisation des services offerts, la multisectorialité sera aussi développée.

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.

E. Buts et Objectifs

a. Buts

- Réduire la morbidité liée au paludisme pour atteindre le seuil épidémiologique de pré-élimination en 2018
- Réduire la mortalité liée au paludisme de 75% d'ici 2018

b. Objectifs spécifiques

Ils déclinent l'ambition du PNLP pour l'horizon 2018 à travers ses différents domaines d'intervention :

Lutte anti – vectorielle :

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

Paludisme et grossesse :

- Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le TPI à la SP conformément aux directives nationales
- Protéger au moins 80% des femmes enceintes par les MILDA conformément aux directives nationales

Chimio prévention saisonnière :

- Assurer une couverture en CPS de 98% des enfants de 3 à 120 mois dans les zones ciblées par saison de transmission.

Prise en charge des cas :

Diagnostic Biologique :

- Diagnostiquer 100% des cas suspects par TDR, microscopie et au besoin par la biologie moléculaire dans les zones de pré-élimination
- Diagnostiquer au moins 95% des cas suspects par TDR ou GE dans les zones de contrôle

Traitement :

- Traiter 100% des cas confirmés de paludisme selon les directives nationales
- Assurer le traitement prétransfert de 100% des cas de paludisme grave chez les enfants de moins de 10 ans

Epidémies et urgences :

- Détecter précocement 100% des épidémies et situations d'urgence
- Contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection

Gestion des approvisionnements et des stocks

- Assurer une disponibilité permanente en médicaments (ACT, SP, Quinine, Artésunate, Artemether, Rectocaps) et produits de lutte contre le paludisme (MILDA et TDR) pour au moins 99% des structures.

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 et recherche

- Assurer 100% de promptitude, 100% de complétude et l'utilisation des données pour le suivi et l'évaluation du cadre stratégique de lutte contre le paludisme

Chapitre IV : Domaines et stratégies d'interventions

A. Coordination et Gestion du programme

B. Prévention

- Lutte anti vectorielle (LAL,AID,MILDA)
- Prévention du Paludisme durant la grossesse (TPI)
- Chimio prévention du Paludisme saisonnier (CPS)

C. Prise en charge des cas

D. Surveillance et Riposte

E. Gestion des approvisionnements et des Stocks

F. IEC/CCC et Promotion de la Santé

G. Suivi – Evaluation et Recherche

A. Domaine d'Intervention 1 : Gestion et coordination du programme

La gestion du programme présente des défis majeurs à relever afin d'améliorer notablement la performance dans la mise en œuvre des interventions. Elle nécessite des actions concrètes notamment en matière de gouvernance, de développement des ressources humaines au niveau opérationnel, de fonctionnalité du partenariat et des instances de coordination, de renforcement des compétences au niveau de l'unité de coordination et de plaider pour la mobilisation des ressources vers l'atteinte des objectifs.

Stratégie 1.1 : Réactualisation de la politique nationale de lutte contre le paludisme.

Stratégie 1.2 : Renforcement de la coordination.

Stratégie 1.3 : Renforcement des capacités de gestion.

Stratégie 1.4 : Intensification de la mobilisation des ressources.

Stratégie 1.5 : Dynamisation du partenariat.

1) Réactualisation de la politique nationale de lutte contre le paludisme :

Le document de déclaration de la politique nationale de lutte contre le paludisme sera mis à jour en collaboration avec tous les partenaires et validé lors d'un atelier national de consensus. Ce document sera soumis à la signature du Ministre de la Santé et partagé avec tous les partenaires de la lutte contre le paludisme.

2) Renforcement de la coordination :

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 dans les efforts de plaider envers les autorités gouvernementales et les partenaires au développement.

Sur le plan intrasectoriel, la coordination avec les autres services centraux du Ministère de la Santé, 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 pour un renforcement durable du système de santé. 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 la 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 et l'assainissement.

3) Renforcement des capacités technique et de gestion :

Un diagnostic institutionnel s'avère nécessaire et doit aboutir à la proposition d'un plan de développement et de renforcement de capacités en rapport avec l'objectif ambitieux de pré élimination. Des 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.

En vue de renforcer les capacités du programme, le programme va développer en partenariat avec ses PTF un plan d'assistance technique.

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.

4) Intensification de la mobilisation des ressources:

Il s'agira de développer des instruments comme le business plan à 3 ans pour susciter l'intérêt de décideurs dont les parlementaires, les élus locaux, les autorités locales. Cette démarche sera structurée et consignée dans un plan de mobilisation des ressources afin d'en assurer la cohérence et l'efficacité. Des activités de suivi des engagements notamment ceux du secteur privé seront pris en compte dans le dit plan.

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

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 y compris le secteur privé.

Le PNLP se dotera d'un mécanisme pour suivre et collecter l'information sur l'exécution financière à tous les niveaux de tous les partenaires et acteurs de la lutte contre le paludisme.

5) Dynamisation du partenariat :

Le partenariat avec le secteur privé sera rendu dynamique 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 lucratif. Ce partenariat doit être aussi renforcé et élargi pour la distribution de MILDA.

Les interventions des ONG s'inscriront dans les orientations du cadre 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. Ce faisant la cartographie des OCB déjà disponible sera régulièrement réactualisée. La représentation des OCB au niveau du cadre de concertation sera renforcée.

B. Domaine d'Intervention 2 : Prévention

Lutte Anti Vectorielle :

Stratégie 2.1 : Renforcement des capacités des acteurs

Stratégie 2.2 : Intensification des opérations d'AID

Stratégie 2.3 : Lutte anti Larvaire

Stratégie 2.4 : Renforcement des capacités institutionnelles

Stratégie 2.5 : Développement du partenariat

Stratégie 2.6 : Renforcement de l'IEC et Participation communautaire

Stratégie 2.7 : Renforcement des mécanismes de distribution des MILDA

Prévention du Paludisme chez la femme enceinte :

Stratégie 2.8 : Prévention du paludisme chez la femme enceinte

Chimio Prévention du Paludisme saisonnier :

Stratégie 2.9 : chimio prévention du paludisme saisonnier

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 2015 avec l'ensemble des partenaires concernés. Ce plan décrira notamment:

- les modalités de mise en œuvre de l'aspersion intra-domiciliaire en prenant en compte les zones à forte incidence et les ciblage des foyers chauds.
- 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.
- la Promotion des MILDA avec une réactualisation de la politique sur la distribution des MILDA en campagnes de distribution de masse et en routine.

1) Aspersion Intra domiciliaire :

La dévolution des opérations d'AID au PNLP constitue une recommandation issue de l'évaluation nationale de la campagne AID 2013. Ce processus a pris en compte l'ensemble des domaines techniques et catégories intersectorielles et d'autre part les différents niveaux (central, régional et Districts). Cette autonomisation se poursuit avec l'accompagnement de l'agence technique d'exécution de l'USAID (Abt) qui, à terme permettra au système de dérouler les campagnes de qualité, prenant en compte la gestion du volet environnement en conformité avec les exigences de la législation nationale et les différentes conventions internationales.

- **Renforcement des capacités de mise en œuvre :**

Pour les cinq ans à venir, le PNLN mettra en œuvre des interventions en appui aux districts ciblés (formation de formateurs, équipement, fournitures, etc.). Le district sera responsable de la formation des agents impliqués et de la gestion des opérations. Les agents préparateurs et applicateurs seront identifiés dans les communautés pour être formés et constituer les équipes d'intervention. Les capacités des formateurs seront aussi renforcées sur les techniques de LAV et de gestion de l'environnement. Des superviseurs seront formés pour assurer le suivi et la collecte des données. Cette supervision permettra un suivi post formation pour s'assurer du respect de la qualité et des mesures d'hygiène et de sécurité.

- **Intensification des opérations d'AID :**

Le ciblage des foyers chauds :

Il s'agira de présélection des districts selon la stratification des zones de forte incidence. En se référant aux données des incidences par district sanitaire dans les zones à forte endémicité, une répartition sera faite par niveau :

- districts à moins de 30/mille d'incidence (19)
- districts à incidence entre 31 à 50/mille (7)
- districts à plus de 50/mille d'incidence (14)

Dans ces districts, des critères d'exclusion tels que l'urbanisation dominante, la possibilité d'une LAL, seront utilisés pour définir le périmètre des foyers chauds.

Etude entomologique sur le comportement du vecteur dans les zones ciblées :

Parmi les districts présélectionnés, un échantillonnage sera fait en tenant compte de leur position géographique, de leurs particularités écologiques et des activités agricoles. Les données entomologiques de bases seront collectées et analysées pour disposer des informations sur la composition spécifique des vecteurs, leurs comportements trophiques (endo/exophagie, anthropophilie), les préférences de lieux de repos (endo/exophilie) et la situation de la résistance des vecteurs aux insecticides. Au terme de cette étude, les districts se trouvant dans les zones où l'endophilie et/ou l'endophagie sont marquées chez les vecteurs et les insecticides testés concluants, seront définitivement retenus pour les AID.

Choix des foyers chauds au sein des districts cibles pour les AID

Au niveau d'un district, des critères de sélection des zones seront définis selon l'intensité de la transmission et la faisabilité de l'intervention (type d'habitat prédominant et comportement de la population). La délimitation de la zone pourra se faire à l'échelle d'un ou de plusieurs postes de santé selon leur niveau d'incidence.

Processus de mise en œuvre des AID :

Le processus de la mise en œuvre des AID (planification, matériel et personnel implique) sera le même. Les différences majeures pour les foyers chauds porteront sur la logistique, l'implantation du site pour le stockage de l'insecticide, les méthodes de gestion des déchets liquides et solides.

La mise en œuvre des opérations d'AID va s'appuyer sur le Manuel opérationnel des AID de l'OMS adapté au contexte local. Il est prévu de faire un cycle de traitement par district et par an, juste avant la principale période de transmission du paludisme (saison des pluies). La mise en œuvre est prévue pour une période de 30 à 45 jours par district. Les activités de contrôle de la qualité de l'application seront effectuées dans tous les districts, une fois durant le mois qui suit l'application. Le suivi de l'efficacité de l'application (durée) sera effectué dans tous les districts sélectionnés. Les opérations seront évaluées au niveau des districts et au niveau central.

Mettre en place des unités de gestion de l'AID aux niveaux central et opérationnel :

Il s'agira de mettre en place, au sein du PNLP et de chaque district enrôlé, une unité de gestion des opérations de l'AID, et de renforcer les capacités des acteurs par le recrutement et la formation pour soutenir le passage à l'échelle. Les capacités de supervision et de coordination des unités de gestion et des partenaires seront renforcées.

Organiser des missions d'information des autorités sanitaires et administratives locales :

Des missions seront effectuées dans les districts ciblés pour d'une part, informer les autorités administratives et sanitaires, et d'autre part, évaluer les opportunités locales notamment en termes de facilités pour le stockage, de logistique, et collecter d'autres données utiles à la planification des opérations. Ces missions seront effectuées par des équipes du niveau central avec l'appui du niveau régional et du district.

Faire la cartographie des zones AID et collecter des données complémentaires :

Il s'agit de la subdivision des districts en zones, de l'identification des bases potentielles, des obstacles et contraintes naturelles. Il est également prévu de procéder à la réactualisation des données démographiques et l'estimation du nombre et de la taille moyenne des structures à traiter. La cartographie des différentes localités ciblées sera finalisée avant le démarrage des opérations dans les zones ciblées. Cette activité sera réalisée par des équipes du niveau central avec l'appui du niveau régional et du district.

Organiser une mission d'évaluation environnementale :

L'évaluation de l'impact environnemental sera effectuée par une équipe pluridisciplinaire, impliquant des experts du ministère de l'environnement, avant le démarrage de l'AID au niveau de chaque district. L'objectif est de déterminer les facteurs environnementaux de risque, pour minimiser l'effet négatif de l'AID sur l'écosystème.

Collecter les données de base dans les districts à enrôler pour l'AID :

La collecte de ces données sera effectuée dans un site sentinelle de chacun des districts sélectionnés. Il s'agira de collecter des données de référence (avant intervention) sur une période de 1 an selon les districts. La collecte concernera les données entomologiques, parasitologiques et cliniques classiques, au rythme de 2 passages par an (en saison sèche et pluvieuse).

2) Lutte Anti Larvaire :

L'étude pilote réalisée par le LEVP en 2012 et 2013, sur la caractérisation des gîtes larvaires dans les districts de Pikine et Guediawaye a permis de déterminer la nature, la distribution et la

productivité des gîtes selon la saison. Les gîtes des vecteurs du paludisme et ceux des culicinés sont géo localisés et leur cartographie dynamique est en cours de réalisation. Par ailleurs, les essais de traitement de gîtes avec des bio larvicides en station expérimentale (semi naturel) et sur le terrain ont montré que les formulations de Bti (VectoBac WG et Gr et Vectomax CG sont efficaces pendant au moins 14j et le régulateur de croissance (MetaLarv/methoprene) assure une inhibition d'émergence pendant 55 à 61 jours.

3) Renforcement des capacités institutionnelles:

Il s'agira tout d'abord de renforcer les connaissances du personnel de santé notamment les agents du Ministère de la Santé qui ont en charge dans leurs missions habituelles de service, le volet de la lutte contre les vecteurs. Ce renforcement de connaissances se fera à travers une politique de formation et de recyclage et concernera différentes catégories de personnels. Ces formations concerneront les agents du service national de l'hygiène que l'on retrouve à tous les niveaux du système sanitaire mais également ceux des districts, les techniciens de structures de recherche et les agents des autres secteurs de développement. Ceci permettra à terme de disposer de personnels compétents, capables de gérer efficacement toutes les activités liées à la LAL du paludisme (identification de besoins, planification, mise en œuvre, suivi et évaluation). L'autre volet du renforcement de capacités consistera à améliorer le plateau technique du Laboratoire d'Ecologie Vectoriel (LEVP) pour la LAL, et des districts sanitaires pour les rendre plus opérationnels. Il s'agira du renforcement du LEVP et des unités de LAL des districts tant en moyens techniques, logistiques et humains.

4) Développement du partenariat:

Cette stratégie a pour but essentiel de susciter la collaboration avec les autres secteurs, départements ministériels, les collectivités locales, les bailleurs de fonds, organisations non gouvernementales (ONG), les organisations communautaires de base (OCB) et les leaders d'opinion, afin de créer la synergie nécessaire et l'obtention du soutien conséquent permettant la mise en œuvre concertée de la LAL. Ce partenariat sera mis en œuvre aux différents niveaux de l'intervention (central, régional et opérationnel). Le bénéfice attendu de ce partenariat sera d'amener chaque partenaire à une même compréhension de l'objectif attendu de la LAL, mais également de pouvoir mieux orienter et coordonner les actions en vue d'une gestion efficiente des ressources destinées à appuyer le processus de la lutte.

5) Renforcement de l'IEC et de la Participation communautaire :

Il s'agira d'informer et de sensibiliser les communautés afin d'en faire de véritables acteurs dans le processus de la mise en œuvre de la LAL. Ils pourront ainsi prendre en compte la gestion de leur environnement de proximité mais également adopter des comportements plus favorables pour aider à la réduction du nombre des gîtes larvaires des vecteurs.

L'implication effective de la communauté est un élément essentiel pour la pérennisation de la lutte. Première bénéficiaire des actions de LAL qui seront menées, la communauté devra être présente à tous les niveaux du processus. C'est pourquoi, la sensibilisation de membres de la communauté, sur le concept de la LAL mais également leur formation et leur encadrement pour la réalisation de certaines tâches (destruction ou traitement des gîtes, visites de sensibilisation à domicile, gestion environnementale entre autres) sont des éléments indispensables pour la réussite des opérations. Ces activités de sensibilisation et d'encadrement des relais communautaires sont dévolues aux infirmiers

chefs de poste et agents locaux des autres secteurs de développement qui seront initialement formés à cet effet. Cette stratégie utilisera les techniques de communication les plus adaptées en s'appuyant sur le Service National de l'Éducation et de l'Information Pour la Santé (SNEIPS).

6) La distribution des MILDA

- **Renforcement des mécanismes de distribution des MILDA**

Distribution de masse de moustiquaires :

Dans le cadre de l'accélération de la couverture universelle, une campagne de distribution gratuite de masse sera menée au niveau national en 2016, en lieu et place de la stratégie actuelle de distribution progressive. Ce changement de stratégie s'explique par plusieurs raisons. En premier lieu, la stratégie de distribution progressive se caractérise par un cycle perpétuel de planification.

Ainsi, beaucoup de temps et d'énergie sont consacrés à la planification et moins de temps au suivi et à la qualité pour assurer l'utilisation effective des MILDA distribuées. En outre, la stratégie de distribution en phase, de par sa nature régionale, ne permet pas d'utiliser les moyens de communication qui ont une couverture nationale. Aussi, le fait que les moustiquaires distribuées diffèrent de durée de vie et se retrouvent dans différentes zones rend difficile et compliquée la tâche de la quantification.

La nouvelle stratégie va couvrir toutes les régions en même temps au travers d'une campagne de distribution de masse au niveau national en 2016. Elle sera appuyée par une stratégie de communication nationale. Les régions qui étaient ciblées pour bénéficier d'une campagne de masse en 2014-2015, ne le seront plus, mais seront prioritaires pour la routine et la surveillance spécifique/riposte.

En ce qui concerne la quantification, le principe d'estimation basé sur le nombre de MILDA par couchage (1 MILDA par couchage) sera maintenu. La distribution va prendre en considération les MILDA existantes.

La Distribution de moustiquaires en routine :

Pour permettre à la population d'avoir des MII entre les campagnes de distribution de masse, les canaux de distribution en routine qui ont été testés et mis à l'échelle en 2013-2014 seront maintenus et évalués (organisations communautaires de base, écoles, structures sanitaires et marketing social). Spécifiquement il s'agira de comprendre la contribution de chaque canal au maintien de la couverture, et d'évaluer l'équité et l'efficacité des différents canaux. En 2015, un focus particulier sera mis sur les régions qui devraient avoir tenu leur campagne de masse en 2014-2015 mais qui seront poussées à 2016 pour s'aligner sur le calendrier national. Il s'agit de Saint Louis, Matam, Louga et Ziguinchor. Le PNLP s'assurera qu'il n'y ait pas de rupture de MILDA pour la routine, et sera prêt à intervenir avec les moustiquaires s'il y a des signes de flambée des cas de paludisme dans ces régions.

Le logiciel NetCalc sera utilisé pour faire l'estimation des besoins, en se basant sur l'expérience et la période par rapport à la campagne nationale de distribution de masse. Dans le cadre de la gestion du marché total des MILDA, les données de distribution seront régulièrement collectées et analysées à l'aide d'outils appropriés pour apprécier la contribution, l'efficacité et l'efficacité de chaque canal de distribution.

7) Prévention du paludisme chez la femme enceinte :

Chaque femme enceinte doit recevoir à partir du 2^{ème} trimestre au moins 3 doses de SP lors des CPN sous TDO. La SP doit être prise avec un intervalle d'un mois au moins entre 2 prises. Le retard dans l'utilisation précoce des services de CPN, les ruptures de SP 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 les objectifs de couverture en TPI.

Un plaidoyer sera entrepris auprès des autorités gouvernementales, des collectivités locales et des partenaires pour une mobilisation des ressources nécessaires à l'approvisionnement continu en SP et MILDA.

La mise en œuvre des directives nationales sur le TPI au niveau du secteur privé sera faite à partir d'une diffusion des directives à travers les organisations du secteur privé (association des médecins d'entreprises), la disponibilité permanente de la SP pour le TPI et des MILDA pendant les CPN.

La supervision de cette intervention dans le secteur privé fait partie intégrante de la mise en œuvre du plan de suivi évaluation du PNL.

8) Chimio-prévention du paludisme saisonnier :

Le programme de chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) cible les enfants de 3 mois à 10 ans dans les 4 régions de forte transmission (Kolda, Kédougou, Sédhiou et Tambacounda). Il s'agira d'administrer de façon intermittente (à un mois d'intervalle) un traitement complet d'Amodiaquine et de Sulfadoxine-Pyriméthamine (1dose de SP et 3 doses de AQ), généralement un mois après les premières pluies (début de la saison de transmission palustre) et n'excédant pas 4 mois de couverture au cours de la saison de forte transmission du paludisme pour éviter la maladie.

L'objectif de la CPS est de maintenir des concentrations thérapeutiques en médicament antipaludique dans le sang pendant toute la période où le risque palustre est le plus élevé. La mise en œuvre se fera sous forme de campagnes de masse avec les distributeurs et superviseurs communautaires. Un accent particulier sera mis sur le suivi évaluation de la mise en œuvre en termes d'approche et d'effets sur les indicateurs à travers plusieurs activités.

Evaluation de la Chimio Prévention Saisonnière du Paludisme en zone de forte transmission :

Elle se fera par une analyse des facteurs entravant une bonne couverture en CPS. Il s'agit de mesurer les taux de couverture de la CPS dans chaque aire de couverture des Postes de Santé et de les comparer. Les événements indésirables, les cas de refus seront documentés. Pour les PS à faible taux de couverture, des enquêtes ménages, des focus group et des interviews seront menés afin de déterminer les facteurs explicatifs de cette couverture faible et de proposer les mesures correctrices nécessaires pour une bonne observance de cette stratégie.

Etude de l'efficacité de la CPS administrée en campagne de masse :

L'efficacité de la CPS sera mesurée chaque année en déterminant son impact sur les cas de paludisme simple et sur les cas de paludisme sévère.

Efficacité sur le portage asymptomatique, l'anémie et le portage gaméocytaire :

Une enquête transversale sera réalisée chaque année en fin de transmission pour un échantillon d'enfants chez qui seront réalisés des gouttes épaisses, et un hémocue. Une sous-analyse sera effectuée pour comparer la prévalence du paludisme infection et l'anémie dans les villages à fort taux de couverture versus villages à faible taux de couverture

Etude de l'impact de la CPS sur les marqueurs moléculaires de résistance de la SP et de l'AQ : L'étude de ces marqueurs moléculaires de résistance se fera à travers un échantillon de TDRs positifs réalisés chez les enfants dans les villages de la CPS pendant la période d'administration et une enquête transversale réalisée à la fin de la saison de transmission au niveau des ménages avec recueil de gouttes de sang sur un papier filtre.

Etude de l'effet rebond de la CPS sur la susceptibilité de faire un accès palustre :

L'enregistrement précis des données sur l'administration des doses de CPS et une étude cas-témoins seront utilisés pour mesurer l'effet de la CPS sur le risque ultérieur de paludisme dans le but de comprendre l'importance de l'effet rebond. L'incidence du paludisme et la mortalité seront étudiées chez les enfants âgés de plus de 10 ans qui ne seront plus éligibles pour la CPS au bout de 2 à 3 ans. Les cas et les contrôles seront définis de manière similaire aux études d'efficacité, l'exposition définie comme une histoire documentée de prise antérieure de CPS.

Dans les districts sanitaires et hôpitaux régionaux, la morbidité palustre sera également étudiée chez la tranche supérieure à 10 ans précédemment cible de la CPS. Ces données pourront également servir de comparaison avec les données de base collectées avant la campagne.

Et au bout de 3 ans de mise en œuvre, le PNLP compte tenu des résultats obtenus appréciera si la CPS sera maintenue dans ces zones ou alors mise en œuvre dans des zones plus ciblées et qui répondraient aux critères.

C. Domaine d'Intervention 3 : IEC/CCC et promotion de la santé

Stratégie 3.1 : Communication pour un changement de comportement

Stratégie 3.2 : Dynamiser le partenariat pour la mise en œuvre des campagnes de communication

Stratégie 3.3 : Renforcement du Plaidoyer

Stratégie 3.4 : Renforcement de la Communication institutionnelle

1) Communication pour un changement de comportement

L'objectif est d'assurer l'utilisation par les communautés des services promus par le PNL (MILDA, TPI, le recours précoce aux soins et les AID). Pour ce faire, il sera nécessaire de développer une stratégie nationale de communication sur le paludisme basée sur des évidences : Il faudra plus précisément :

Mener une recherche formative incluant les différents axes du Programme :

Cette recherche permettra de disposer des informations fines sur les déterminants des comportements les profils des groupes cibles, les canaux de communications les plus adaptés et les supports les plus appropriés. Cette recherche prendra également en compte les spécificités des grandes régions géographiques et sera articulée avec les réalités épidémiologiques actuelles.

Mettre en œuvre de campagnes de communication basées sur des évidences et étalées dans le temps :

Les campagnes de communication seront déroulées sur des périodes minimales de 12 mois suivant des phases. Elles tiendront compte des réalités régionales. La communication prendra en charge de manière cohérente les niveaux national, régional, district et communautaire. La conception, la mise en œuvre des campagnes seront effectuées de sorte qu'il y'ait une cohérence et une complémentarité entre les différents niveaux et supports de communication. Ainsi les diffusions Tv, radio et les supports imprimés pour l'affichage seront articulés avec les interventions à base communautaire.

Par ailleurs des mini campagnes spécifiques seront déroulées dans le cadre de la mise en œuvre des AID, de la CPS et du MSAT dans certaines régions bien ciblées.

Assurer le suivi et l'évaluation des campagnes de communication :

Ce suivi sera assuré à travers les cadres de coordination au niveau national, des régions médicales et des districts. Des rencontres de suivi seront aussi organisées au niveau des districts avec le niveau communautaire. Une évaluation à mi-parcours sera tenue au terme de 6 mois de mise en œuvre des campagnes afin d'apporter au besoin des corrections. Une évaluation finale sera systématisée pour tirer les enseignements sur le niveau d'atteinte des objectifs de la campagne. Sur la base des

données de la recherche, des indicateurs spécifiques aux déterminants de comportement seront identifiés et évalués en fonction des zones.

Mobiliser les ressources pour la CCC :

L'envergure des campagnes de communication nécessite la mobilisation de ressources conséquentes. Il s'agira d'impulser une synergie et une mutualisation des ressources pour une couverture correcte du territoire national et espérer des effets positifs sur l'utilisation des services.

2) Dynamiser le partenariat pour la mise en œuvre des campagnes de communication

L'objectif est de promouvoir l'implication des autres secteurs dans la mise en œuvre des campagnes de communication. Ce qui passe par plusieurs interventions de mise en œuvre, à savoir :

Le Renforcement de la contribution des autres secteurs ministériels :

Il nécessitera un Renforcement des capacités des points focaux sur les priorités stratégiques du programme. La contribution des différents secteurs devra s'aligner sur les options stratégiques du programme.

Un appui particulier sera accordé au secteur de l'Éducation par un renforcement des capacités des enseignants du primaire et du préscolaire et un soutien à certaines activités de l'école comme la semaine de l'éducation de base et la production d'outils sur le paludisme adaptés et destinés aux élèves du primaire et du préscolaire.

Des sessions régulières de mise à niveau permettront aux points focaux d'en tenir compte dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de leurs plans d'action. Il faudra en outre, appuyer l'élaboration d'un plan d'action sur la contribution de chaque secteur. Ainsi dans le cadre de ses interventions courantes, chaque département ministériel proposera un paquet d'activités en soutien au programme. Et enfin, il faudra mettre en place un cadre de concertation qui permettra de clarifier les contributions attendues des secteurs et d'assurer un suivi régulier de la mise en œuvre des interventions retenues dans chaque plan d'action.

Elargissement du partenariat avec le secteur privé :

Il se fera à travers l'élaboration d'un document d'orientation pour le partenariat avec le secteur privé. Ce document sera développé de manière participative pour assoir les conditions d'un partenariat gagnant-gagnant. Ainsi, sur la base des informations qui leur seront fournies sur les axes prioritaires du programme et le design des campagnes de communication, les organismes privés pourront décliner les types d'appui qu'ils pourraient apporter suivant les différentes étapes des campagnes.

Le PNLP va mettre en place une coalition d'organismes privés constituée par les entreprises qui appuient la lutte contre le paludisme. Elle s'intégrera au cadre de concertation et sera une plateforme pour renforcer la visibilité de la lutte contre le paludisme et intensifier le plaidoyer pour la mobilisation des énergies nationales.

Renforcement des Interventions à Base Communautaire :

Le renforcement des capacités des acteurs permettra d'assurer l'alignement des activités du niveau communautaire aux orientations du programme. Des sessions de formation des acteurs communautaires seront organisées dans les districts sur la base d'un guide.

Les IBC feront l'objet de plans d'action adossés aux districts. Ces plans vont prendre en charge la dimension communautaire des campagnes nationales. Ils seront mis en cohérence et en complémentarité avec les autres types d'interventions de la campagne.

L'Elaboration et la mise en œuvre de plans d'action seront articulées avec les niveaux régional et national. En vue d'une bonne performance de ces interventions, le PNLP va mettre en place un dispositif de suivi et d'évaluation des IBC. Ce dispositif va reposer sur l'identification d'ONG forte qui vont assurer, au nom des districts, l'accompagnement des OCB dans la mise en œuvre et sous le leadership des districts avec un plan communautaire de lutte contre le paludisme cohérent et qui nécessairement passe par un bon maillage du district.

3) Renforcement du plaidoyer

L'objectif est de renforcer les ressources du programme ; ce qui passe nécessairement par l'élaboration et la mise en œuvre de plans de plaidoyer. Sur la base des thèmes de plaidoyer qui se dégageront du cadre stratégique national, une analyse affinée permettra d'élaborer les plans de plaidoyer qui comporteront entre autres, les cibles, les objectifs, les stratégies ainsi que les interventions et outils appropriés. Pour des interventions spécifiques comme la LAV, il s'agira d'organiser un atelier de plaidoyer impliquant tous les partenaires (publiques, privés, société civile). Le document de politique LAV sera intégré dans le document général de plaidoyer. Le plaidoyer aura pour objectif d'amener le secteur privé à : (i) harmoniser les programmes AID entreprises avec les stratégies nationales de lutte contre le paludisme ; (ii) comprendre les priorités et les gaps du PNLP ; (iii) participer à des interventions nationales à travers la logistique, la communication et le développement des infrastructures ; (iv) augmenter le nombre d'entreprises engagés dans les AID ; (v) et étendre les zones d'intervention des AID dans d'autres localités.

Il faudra en outre, faire une identification des partenaires du secteur privé afin de recenser les partenaires ayant effectués des campagnes AID, mais dans des espaces limités, et ceux qui en principe devraient être capables de faire cette intervention dans leurs zones de travail. Le document de politique sera utilisé lors des rencontres avec les responsables de ces services ou entreprises.

4) Renforcement de la Communication institutionnelle

L'objectif sera d'améliorer la visibilité et la notoriété du programme. Pour cela, un plan de communication institutionnelle sera élaboré. Ce plan se fera sur la base d'une analyse de l'approche actuelle. Cette analyse permettra de dégager les priorités stratégiques de la communication institutionnelle. Le plan de communication va décliner les éléments suivant: les cibles, les objectifs, les stratégies, les messages clé, les canaux/supports, le plan d'action budgétisé et le plan de suivi/évaluation.

Le PNLP dispose d'un journal trimestriel d'information « Palu Infos » sur le paludisme tiré à 2000 exemplaires, il devrait être étendu aux autres partenaires et des autres ministères et ouvrir des colonnes pour les acteurs de terrains et des autres secteurs.

Un bulletin d'information mensuel sur les activités du PNLP et de ses partenaires en version électronique pour une large diffusion. Ce bulletin sera publié dans le site du PNLP avec des liens avec les autres sites du ministère et des partenaires.

Le site web sera régulièrement mis à jour par l'intégration des données des revues, les documents stratégiques, les ressources CCC du PNLP et de ses partenaires. Ce site sera ouvert à tous les intervenants afin de publier les résultats de leurs interventions.

La sponsorisation de certaines activités ou manifestations socioculturelles d'envergure nationale est également une opportunité pour renforcer la visibilité du programme, l'accent sera mis dans les zones de forte endémicité du paludisme. D'autres activités de lutte contre le paludisme menées au niveau des régions et des districts seront appuyées en outils IEC et supports via les régions médicales dans lesquelles elles se déroulent.

Enfin la production de supports promotionnels portant les messages clés sur le paludisme et/ou le logo du programme contribuera à la visibilité du PNLP.

D. Domaine d'Intervention 4 : Prise en charge des cas

Stratégie 4.1 : Renforcement des capacités des acteurs publics et privés

Stratégie 4.2 : Renforcement du diagnostic biologique

Stratégie 4.3 : Maintien du contrôle continu de la qualité du diagnostic biologique

Stratégie 4.4 : Introduction de nouvelles stratégies de prise en charge

Stratégie 4.5 : Renforcement de la PECADOM intégrée

1) Renforcement des capacités des acteurs publics et privés

Le renforcement des capacités des acteurs va prendre en compte les nouvelles approches de prise en charge développées dans le document de directives réactualisé. Il s'agit notamment de l'utilisation :

- Des CTA chez la femme enceinte au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre
- De l'Artéméther injectable et de l'Artésunate injectable dans la prise en charge des cas graves
- Des Rectocaps d'Artésunate pour le traitement pré-transfert des cas graves chez les enfants de moins de 10 ans

Les formations auront comme cibles les prestataires des secteurs publics, privés et parapublics. La base de données des agents formés sera mise à jour pour permettre un meilleur suivi des activités de formation. Pour améliorer le respect des directives par les agents formés, le PNLP en collaboration avec les régions médicales mènera un suivi post formation au niveau des sites de prestations après une mise à jour de la grille d'évaluation. La formation continue des agents sera poursuivie autant au niveau national qu'au niveau international. Le cours national de paludologie sera élargi aux médecins de région et des hôpitaux. Le renforcement des capacités des Superviseurs de Soins de Santé Primaire (SSP) 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.

2) Renforcement du diagnostic biologique

Le dispositif de diagnostic existant sera maintenu avec notamment l'utilisation des TDR jusqu'au niveau communautaire, et de la GE dans les centres et postes de santé. Dans les zones de pré-élimination, la confirmation des cas suspects sera renforcée par la microscopie avec un contrôle par la PCR pour détecter les faibles parasitémiés. Le renforcement de la qualité de la prise en charge va intégrer le contrôle de la qualité des GE et TDR.

3) Maintien du contrôle continu de la qualité du diagnostic biologique

En plus de la dotation en équipements complémentaires, les capacités des techniciens de laboratoire et agents des sites sentinelles seront renforcées pour assurer le contrôle continu de la qualité des médicaments et produits antipaludiques.

4) Introduction de nouvelles stratégies de prise en charge

Pour la prise en charge des cas de paludisme grave, le PNLP recommande en plus de la quinine, d'autres molécules en alternative notamment l'artesunate et l'arthemeter en injectable. Ces deux molécules ont la particularité d'avoir une action rapide, de juguler le risque de mortalité liée au paludisme grave mais aussi de diminuer les épisodes de survenue d'hypoglycémie survenant chez les patients traités avec la quinine.

Il faut rappeler que l'utilisation de ces molécules ne se conçoit qu'au niveau des centres de santé et des établissements hospitaliers.

Chez la femme enceinte aussi, le PNLP recommande d'utiliser les CTA dans la prise en charge des cas simples de paludisme au cours des 2^{ème} et 3^{ème} trimestres de la grossesse.

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.

5) Renforcement de la PECADOM intégrée

Les résultats obtenus dans la mise en œuvre de la PECADOM en termes de réduction de la morbi-mortalité palustre au niveau communautaire militent en faveur d'une accélération de l'extension de cette stratégie aux Infections Respiratoires Aigues (IRA) et à la diarrhée. Cette stratégie va aussi prendre en compte la particularité de certaines zones (Ecoles coraniques, zones d'orpaillage, banlieue Dakar). L'extension de la gestion intégrée des cas au niveau communautaire, pour un impact certain sur la mortalité infanto-juvénile, est une option prise dans la politique de prise en charge du programme, et nécessitera une formation recyclage des DSDOM, un suivi rapproché, des équipements adéquats, et une motivation des acteurs pour une réussite.

Le suivi de cette activité à tous les niveaux permettra de garantir une atteinte des objectifs fixés.

E. Domaine d'Intervention 5 : Surveillance et Riposte

Stratégie 5.1 : Renforcement de la détection précoce et de la prédiction des épidémies

Stratégie 5.2 : Intensification de la riposte et de l'investigation des cas

Le système de surveillance du PNLN dispose d'un système d'alerte aux épidémies au niveau des Districts Sanitaires. Dans le cadre du renforcement des capacités, différentes formations sur les directives de surveillance, la microscopie, sur les techniques entomologique de base et sur l'informatique ont été organisées pour les différents acteurs. Le volet équipement a permis de mettre en place du matériel informatique, des microscopes et du matériel entomologie. Il faut noter le cas particulier de Richard Toll où tous les PS font une notification hebdomadaire à l'instar des sites sentinelles mais transmettent leurs données à travers le DHIS2 installé sur des téléphones portables. Le PNLN procède à un large partage des informations des sites à travers un bulletin électronique hebdomadaire.

1) Renforcement de la détection précoce et de la prédiction des épidémies

Il s'agira d'intégrer les données socio sanitaires et environnementales dans le système de collecte des données des sites sentinelles. Ceci sera suivi de l'inscription dans l'agenda des revues semestrielles des sites sentinelles de tous ces paramètres socio sanitaires et environnementales et de suivre au niveau des sites démographiques afin d'avoir les éléments explicatifs de certains évènements survenus dans la population.

Un cadre pluridisciplinaire pour le traitement et l'analyse des données de prédiction des risques d'épidémies (périodicité, membres de la réunion et diffusion de bulletin d'alerte) sera mis en place en vue de faciliter l'échange d'informations et améliorer la qualité de l'analyse.

Le profil épidémiologique sera réactualisé afin de mieux préciser les niveaux de transmission et ainsi affiner la stratification et le ciblage des interventions.

La notification hebdomadaire des données au niveau de toutes les zones vertes et des zones CPS sera instaurée pour instaurer une surveillance efficace dans les zones à potentiel épidémique. Pour se faire une collecte rétrospective des données dans ces zones sera menée afin de disposer de données de base et de calculer les seuils épidémiques.

L'utilisation des données de surveillance sera améliorée grâce à une analyse fine des données des districts afin d'identifier les spots aussi bien à l'intérieur des districts qu'au niveau national. Le laboratoire de l'Université sera mis à contribution pour aider à la traçabilité des phénomènes de réintroduction dans certaines zones.

2) Intensification de la riposte et de l'investigation des cas

Une documentation systématique de tous les cas positifs dans les zones éligibles à cette intervention sera de mise (zones vertes). L'investigation se fera à partir d'un cas index et dans les 5 concessions dans les districts verts. Si l'investigation permet d'identifier 5 cas positifs, le MDA (« Mass drug administration) dans le village/quartier sera effectué. L'investigation doit se faire dans les 72 Heures suivant la déclaration du cas index.

Un suivi entomologique et parasitologique dans ces districts verts est indispensable pour procéder à une meilleure surveillance du comportement des vecteurs et du parasite. Ces études entomologiques et parasitologiques se mèneront avec la collaboration de l'Université.

Le ciblage des zones géographiques (zones jaunes) pour le test de dépistage suivi du traitement « FTAT » (Focal test and treat) sera mis en œuvre pour un impact rapide et important. Il se fera sur une durée de 5 jours en fin de basse transmission et de haute transmission. Il sera demandé à chaque district de faire la stratification des postes de santé et ces derniers de faire la stratification des villages/quartiers afin d'identifier les dites zones. Un dépistage suivi de traitement des cas positifs sera fait au niveau des zones sélectionnées.

Un stock d'urgence (ACT, TDR, MILDA, SP) sera constitué et intégré dans le plan ORSEC. Ce plan multisectoriel définit les mécanismes d'interventions coordonnés à dérouler devant toute situation d'urgence dont fait face le pays. Ce stock prendra aussi en compte les besoins induits par les situations d'épidémies de paludisme contre lesquelles chaque district aura élaboré un plan.

F. Domaine d'intervention 6 : Gestion des Approvisionnements et des Stocks

Stratégie 6.1 : Renforcement des capacités du système d'approvisionnement et de distribution

Stratégie 6.2 : Renforcement de la Coordination de l'approvisionnement avec la PNA

Stratégie 6.3 : Amélioration de la Collaboration avec le secteur privé

Stratégie 6.4 : Renforcement du système d'assurance de la qualité des médicaments et produits de la lutte contre le paludisme

L'amélioration permanente de la gestion des achats et des approvisionnements et de la qualité des médicaments passera par la mise en œuvre des interventions suivantes :

1) Renforcement des capacités du système d'approvisionnement et de distribution :

La réorganisation en cours de la PNA appuyée par l'USAID et la Coopération Française, avec l'élaboration d'un plan stratégique et la révision du manuel des procédures, participe au renforcement des capacités nationales en matière d'approvisionnement en médicaments et autres produits de santé. Un renforcement du personnel est prévu de même que des investissements en infrastructures équipements et logistique roulante. Pour les besoins de la mise en œuvre du plan de survie de la mère et de l'enfant, la PNA bénéficiera d'un important appui logistique pour assurer une distribution correcte des intrants.

La mise aux normes des conditions de stockage et de transfert :

Les investissements prendront en compte l'amélioration des capacités de stockage et de transfert des intrants sur toute la chaîne de distribution de la PNA vers les PRA et au niveau des dépôts de districts voire des points de prestations.

La distribution des intrants devrait être améliorée à travers ces différents investissements. De même, la mise à échelle des nouvelles initiatives (Initiative Push Model, PRA Mobile) développées autour de la PNA avec l'appui des partenaires et du MSAS, visant l'intégration des produits des programmes prioritaires devra permettre une amélioration de la distribution des intrants antipaludiques.

L'amélioration du système d'information soutenant la distribution des intrants passera par la création d'une plateforme web de partage des données de gestion logistique sur les médicaments et autres intrants intéressant les programmes de santé. Un code d'accès sera donné à tous les programmes y compris le PNLP. Ceci permettra au PNLP d'avoir à temps réel les données requises pour assurer une distribution correcte et un suivi efficace des intrants.

Les ECR et les PRA seront davantage responsabilisées dans le suivi des intrants avec notamment la conduite d'un exercice annuel de quantification. La présence des partenaires dans certaines zones sera mise à profit pour appuyer les ECR/ECD dans le suivi des intrants.

Le Recrutement de personnel pour la gestion des stocks : un plaidoyer sera fait auprès de l'Etat, des collectivités et des partenaires pour le recrutement de préparateurs en pharmacie ou d'assistants infirmiers pour la gestion des dépôts de médicaments. La plupart des dépôts de médicaments des structures sont tenus par des ASC dont le niveau n'est pas toujours celui souhaité. L'expérience a montré que les districts qui se sont doté de préparateur en pharmacie voire de pharmaciens présentaient un meilleur profil de gestion des intrants. Ainsi, pour améliorer la gestion des médicaments au niveau des dépôts il est utile de faire le plaidoyer auprès de l'état et des partenaires pour le recrutement d'agents compétents dédiés à la gestion des médicaments. A défaut de pharmaciens, des préparateurs en pharmacie ou assistants infirmiers devraient aider dans cette volonté d'amélioration.

Formation des dépositaires : Devant la circulation de manuels divers et variés, produits par autant de programmes que de directions voire même des partenaires, pour former les mêmes acteurs, il est nécessaire d'harmoniser les manuels de formation en un seul qui sera utilisé par tous les acteurs intéressés par la gestion des dépôts de médicaments. Il s'agit aussi d'orienter les ECR et ECD et de former les dépositaires de médicaments des districts en utilisant le manuel harmonisé. En moyenne 25 dépositaires par district seront formés sur la gestion des médicaments.

2) Renforcement de la Coordination de l'approvisionnement avec la PNA

Les programmes de santé prioritaires du MSAS ont convenu de mettre en place une plate-forme commune regroupant les techniciens de la PNA et les pharmaciens logisticiens des programmes pour une gestion coordonnée des approvisionnements.

Ceci participe de l'urgence d'asseoir une bonne coordination entre acteurs utilisant le même système d'approvisionnement dans une stratégie de rationalisation des ressources et amoindrir la pression de sollicitation sur l'agent d'approvisionnement et de distribution. Par ailleurs ce sera une opportunité pour:

- une revue de toutes les données logistiques en matière de gestion des produits des programmes dans l'optique d'obtenir des données validées pour une bonne estimation des besoins,
- une meilleure planification des approvisionnements garantissant ainsi une bonne mise en œuvre des conventions liant la PNA aux programmes du MSAS.
- Un partage des bonnes pratiques entre programmes et de bénéficier de l'expertise externe apportée par les partenaires associés afin de pallier toutes les insuffisances notées dans l'approvisionnement et améliorer les performances de gestion et de prise en charge des cas.

3) Amélioration de la 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. Après les ateliers de réflexion sur le rôle du secteur pharmaceutique privé dans la réalisation de l'accès universel aux médicaments et produits anti paludiques, le plan de mise en œuvre des interventions ciblées dans le cadre d'une meilleure implication de ce secteur sera déroulé. De même, les cabinets et cliniques du secteur privé seront mis à contribution pour améliorer l'accès aux produits.

4) 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 faiblesse de la capacité du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM) d'effectuer systématiquement le contrôle avant tout enregistrement de produit.

Un renforcement des capacités du LNCM sera effectué pour un suivi et un contrôle régulier des médicaments. L'objectif visé est de renforcer la coordination dans le contrôle analytique des médicaments avant toute délivrance d'une Autorisation de Mise sur le Marché (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. A termes, grâce à des équipements adéquats le LNCM sera en mesure d'introduire dans la gamme de produits à tester les MILDA et les TDR.

Actuellement, concernant le contrôle de la qualité de MILDA et pesticides, une convention existe entre le LEVP de l'UCAD et le PNLP. Cette convention permet 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.

De même, le PNLP pourra initier autour de lui une dynamique d'appui à la Commission Nationale de Gestion des Pesticides et Produits Chimiques logée au Ministère de l'Environnement et de la Protection de la Nature, tendant à accompagner celle-ci dans sa mission de réglementation de l'entrée des pesticides sur le territoire nationale et de surveillance de l'utilisation de ces produits. Ceci devrait participer à garantir la qualité des pesticides en circulation avec un impact sur le contrôle de la résistance des vecteurs aux insecticides

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

G. Domaine d'intervention 7 : Suivi Evaluation et Recherche

Stratégie 7.1 : Renforcement de capacité en suivi évaluation

Stratégie 7.2 : Renforcement de la routinisation de la Collecte, la dissémination et le partage de l'information

Stratégie 7.3 : Amélioration de la supervision des prestataires

Stratégie 7.4 : Optimisation des évaluations

Stratégie 7.5 : Renforcement de la pharmacovigilance

3) Renforcement de capacité en suivi évaluation

Les compétences en suivi / évaluation des acteurs des secteurs public et privé seront améliorés grâce à l'instauration d'un cours national sur le Suivi & Evaluation des Activités de lutte contre le paludisme en collaboration avec l'UCAD, l'OMS et l'USAID. Ce cours sera ouvert aux candidats des autres pays avec la répartition 1/3 autres pays et 2/3 National.

4) Renforcement de la routinisation de la Collecte, la dissémination et le partage de l'information

Des revues trimestrielles de validation et d'échange des données avec les districts seront organisées avec les ECD/ECR. Cette pratique a permis pendant longtemps d'assurer une bonne disponibilité des données. Elles seront étendues comme dans le passé aux hôpitaux, aux coordonnatrices SR en collaboration avec la Direction de la Santé de la Reproduction sur le TPI et étendues aux sites sentinelles.

L'intégration des données du PNLP dans le nouveau logiciel (DHIS2) de la DSIS sera effective et permettra ainsi d'atténuer la verticalisation du programme tout en étant efficient.

Une journée annuelle scientifique de partage des résultats de la recherche sera organisée et permettra d'améliorer l'utilisation des résultats de la recherche par le programme.

Le téléphone mobile via une application installée mais aussi à travers le SMS pour la collecte et la transmission des données au niveau des sites sentinelles et de PECADOM sera introduit pour faciliter la collecte et avoir un impact positif sur la promptitude.

5) Amélioration de la supervision des prestataires

La régularité de la supervision semestrielle des points de prestation par le niveau central et la Région médicale (EPS, Centre de santé et Poste de santé, structures privées) sera assurée. Ces supervisions mettront l'accent entre autres sur le respect des procédures de collecte et de transmission des données et la vérification de données sur site.

Des tablettes seront désormais utilisées par les superviseurs afin de faciliter les recueils d'information, l'analyse et le suivi des recommandations.

La supervision se fera mensuellement par les districts pour les sites sentinelles (par les ECD) et semestrielles pour les autres structures (RM et NC)

La supervision des activités communautaires au niveau des districts (Case de santé, DSDOM et ABCD) est trimestrielle et sera assurée par les ICP et les ECD. Les ECD veilleront à leur régularité permettant ainsi le maintien des performances. De même, leur qualité sera renforcée grâce à une grille harmonisée et maîtrisée par les acteurs.

6) Optimisation des évaluations

Une Enquête Nationale sur les Indicateurs du Paludisme (ENPS) sera réalisée telle que recommandée par le Groupe de référence de suivi-évaluation (MERG : Monitoring and Evaluation Référence Group) du Partenariat RBM, pour surveiller les indicateurs de couverture du paludisme. Pour la prévalence, il faudra désormais enrôler les enfants de 6 à 120 mois.

Des recherches seront menées sur des domaines permettant d'éclairer la prise de décision pour une performance améliorée dans la conception et la mise en œuvre du programme. Il s'agira notamment de:

- L'évaluation de la prévalence en G6PD dans les zones Nord, Centre, Est et Sud
- L'étude des facteurs d'acceptabilité ou non acceptabilité de la CPS
- L'évaluation de l'impact de la Chimio Prévention Saisonnière du Paludisme en zone de forte transmission :
- L'étude de l'efficacité et de la tolérance de la Primaquine chez les enfants, les adultes et les femmes enceintes
- Le dosage, approvisionnement, politique et facteurs sociologiques pouvant influencer sur le déploiement de la Primaquine

Le programme veillera à l'utilisation optimale des données de recherche pour la prise de décision.

7) Renforcement de la pharmacovigilance

Pour les besoins du suivi de l'innocuité des médicaments antipaludiques, le PNLP a développé depuis 2006 un système de pharmacovigilance des antipaludiques. Actuellement un plan national de Pharmacovigilance est en train d'être mis en œuvre par la DPM.

La DPM a aussi développé un module de formation pour l'usage rationnel des médicaments, la formation des prestataires ayant commencé depuis 2009. Ce renforcement de capacités devrait profiter à une utilisation rationnelle des CTA dans le contexte d'extension de la PECADOM intégrée et de mise en œuvre de la CPS en plus de l'extension des CTA aux femmes enceintes et d'extension de l'usage des dérivés d'Artémésinine en parentéral et en rectal.

Pour les MILDA, les insecticides utilisés feront l'objet d'un suivi par le Centre Anti-Poison (CAP) pour le renforcement du dispositif de toxicovigilance.

Chapitre V : Cadre de mise en œuvre

A. Administration et Gestion du Cadre Stratégique

B. Coordination

C. Mobilisation des ressources

D. Récapitulatif du budget

A. Administration et Gestion du Cadre Stratégique

La mise en œuvre des interventions de ce cadre stratégique suivra les procédures administratives et de gestion selon les directives du MSAS. Pour les crédits alloués par l'Etat à la lutte contre le paludisme, le PNLP veillera à leur utilisation 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 partenaires techniques et financiers, le PNLP dispose d'un manuel de procédures et d'un logiciel qui permet une gestion, un reporting et un contrôle par partenaire.

B. Mécanismes de coordination

Les mécanismes de coordination du cadre stratégique 2014-2018 s'intègrent dans le dispositif mis en place par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. 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 DPPD 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).

C. Mobilisation des ressources

L'atteinte des objectifs du cadre stratégique nécessite des ressources dont une première évaluation sera faite dans le plan d'action budgétisé. Le MSAS mettra en œuvre une démarche proactive pour mobiliser les ressources permettant au PNLP et à ses partenaires techniques de réaliser les interventions déclinées dans ce cadre stratégique.

La mobilisation et l'utilisation des financements se feront suivant l'approche sectorielle et conformément aux principes en vigueur dans le DPPD et le PIS. Ces principes prennent en compte, les partenaires techniques et financiers (PTF) qui sont alignés aux procédures nationales de gestion et ceux qui présentent des particularités qui les amènent à adopter des procédures spécifiques.

Pour maintenir ses acquis, le PNLP prévoit de combiner ses efforts de prévention et de traitement de la maladie avec, d'une part la mobilisation systématique de ressources financières et d'autre part, un plaidoyer constant envers les institutions nationales et internationales afin de consolider le soutien à la lutte contre le paludisme à tous les niveaux.

Les efforts de plaidoyer viseront à établir et favoriser un environnement propice à la bonne exécution des stratégies de lutte contre le paludisme, notamment à travers la mobilisation de ressources financières durables et d'un soutien fort au plus haut niveau des instances

gouvernementales. Sur le long-terme, l'objectif ultime sera de garantir l'appui nécessaire à la réalisation des objectifs du PNLP en générant des données justifiant la mise en place de politiques nationales éclairées et assurant la mobilisation de ressources financières dédiées à l'élimination du paludisme. La stratégie de plaidoyer développée prendra en compte les intervenants majeurs dans la lutte contre le paludisme et se construira autour des cibles identifiées comme essentielles à la réalisation des objectifs du PNLP:

- Leaders politiques.
- Ministères clés.
- Partenaires financiers nationaux et internationaux, du secteur privé local aux instances de financement internationales.
- Leaders communautaires.
- Partenaires d'exécution.

Les activités de plaidoyer viseront à encourager un processus décisionnel informé quant à la mise en place de politiques nationales. Elles faciliteront la création d'un environnement favorable à la mise à l'échelle des interventions de lutte contre le paludisme. En ce qui concerne le plaidoyer envers le secteur public, la stratégie se concentrera sur l'élaboration ou l'ajustement de politiques et lois essentielles à la bonne mise en oeuvre des stratégies du PNLP. Un soutien fort et continu au niveau du MSAS sera nécessaire pour la réalisation des objectifs. En outre, le travail de plaidoyer devra également inclure la hausse de la demande pour les interventions de lutte contre le paludisme, ce qui aidera à renforcer la transparence des programmes exécutés. Enfin, la pré-élimination et l'élimination du paludisme nécessiteront des investissements importants de la part des partenaires stratégiques. Le PNLP fera appel à ses partenaires pour renforcer la volonté collective, mobiliser et sensibiliser les populations cibles. Le secteur privé sera considéré comme un partenaire essentiel dans le développement d'une base solide qui assurera les efforts futurs.

La stratégie de plaidoyer sera accompagnée d'une matrice de financement (ou matrice des contributions) permettant de fixer les engagements de l'Etat et ceux des partenaires. La mobilisation des fonds se fera sur la base d'une programmation annuelle et des extraits sous forme de requêtes trimestrielles qui préciseront les activités à mener et les besoins de financement correspondants. Les décaissements se feront toujours sur cette base et en fonction des résultats atteints ainsi que des justifications comptables. Le système de contrôle et d'audits interne et externe du cadre stratégique sera renforcé pour garantir la transparence et la confiance mutuelle.

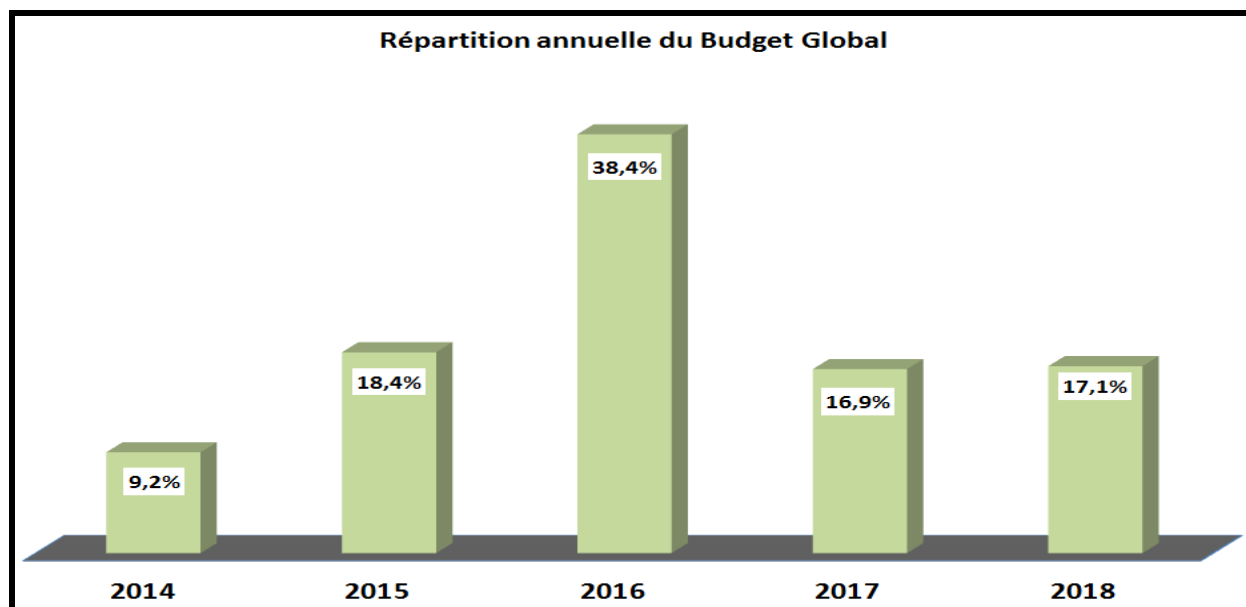
D. Récapitulatif du budget

1) Résumé du budget par année

Interventions	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL	Part
Gestion du Programme	644 384 471	759 965 053	628 564 471	617 464 471	646 364 471	3 296 742 936	4,26%
Gestion des approvisionnements et des Stocks	1 137 658 717	6 305 776 643	22 144 929 463	5 538 019 813	5 578 482 185	40 704 866 821	52,56%
Prise en Charge	28 460 000	387 080 000	301 402 000	377 152 000	318 330 000	1 412 424 000	1,82%
Traitement Préventif Intermittent chez la Femme Enceinte	40 000 000	52 308 736	52 308 736	52 308 736	52 308 736	249 234 944	0,32%
Chimio prévention du paludisme saisonnier	423 700 994	921 740 947	921 740 947	921 740 947	921 740 947	4 110 664 782	5,31%
Promotion de la Santé	2 533 001 999	3 113 634 339	3 084 611 920	3 069 611 920	3 084 611 920	14 885 472 098	19,22%
Lutte Anti vectorielle	4 852 717	674 291 684	944 590 357	1 159 849 984	1 436 472 416	4 220 057 157	5,45%
Suivi Evaluation	1 359 240 207	1 225 283 227	1 156 441 665	758 121 111	754 696 540	5 253 782 750	6,78%
Surveillance	599 552 558	523 212 558	338 712 558	338 712 558	330 212 558	2 130 402 792	2,75%
Recherche opérationnelle	388 000 000	287 100 200	141 102 486	223 069 086	141 102 486	1 180 374 258	1,52%
TOTAL BUDGET	7 158 851 664	14 250 393 388	29 714 404 603	13 056 050 626	13 264 322 258	77 444 022 539	100,0%

Le budget global de ce cadre stratégique s'élève à 77 444 022 539 F CFA sur la période de 2014-2015, soit 576 F CFA par habitant et par an. La structuration du budget par domaine d'intervention répond aux exigences du PNLP et de ses partenaires en terme de bonne planification et répartition des ressources. Ainsi, la plus grande partie du budget est consacrée à la gestion des approvisionnements et stock (52,6%), suivi des interventions pour la communication et la promotion de la sante (19,2%), et de la part consacrée au suivi évaluation et recherche (8,32%).

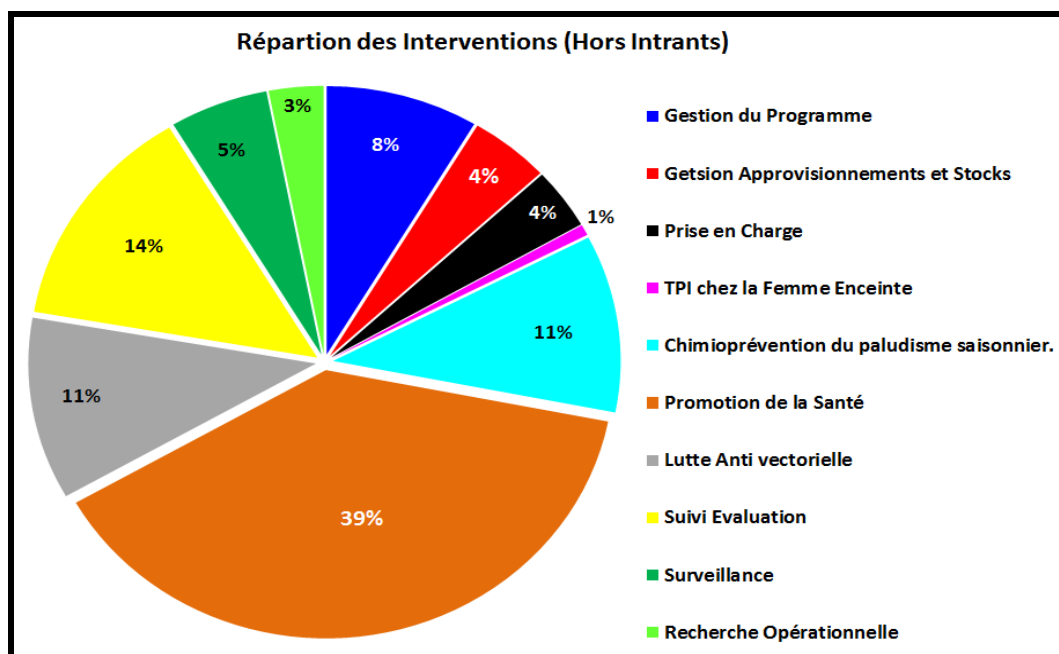
Figure 14 : Répartition annuelle du budget



2) Résumé du budget par Domaines d'intervention

La répartition du budget par domaine d'intervention en dehors de l'acquisition des intrants, consacre une large part à l'IEC/CCC et promotion de la santé qui représente 39% du budget.

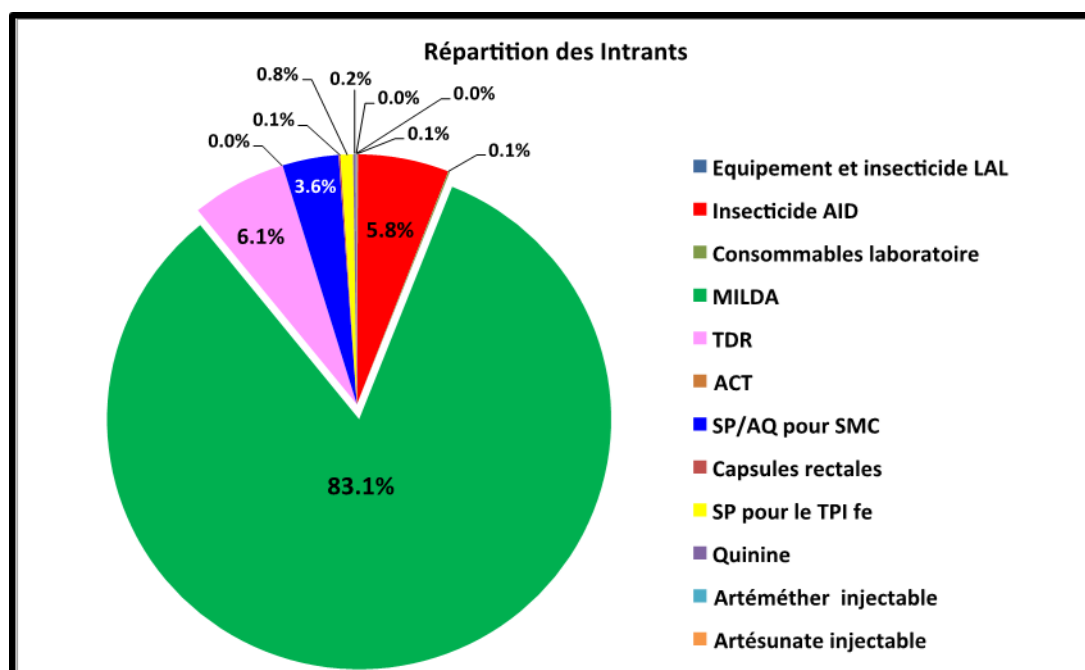
Figure 15: répartition du budget par domaine d'intervention



3) Résumé du budget des Intrants

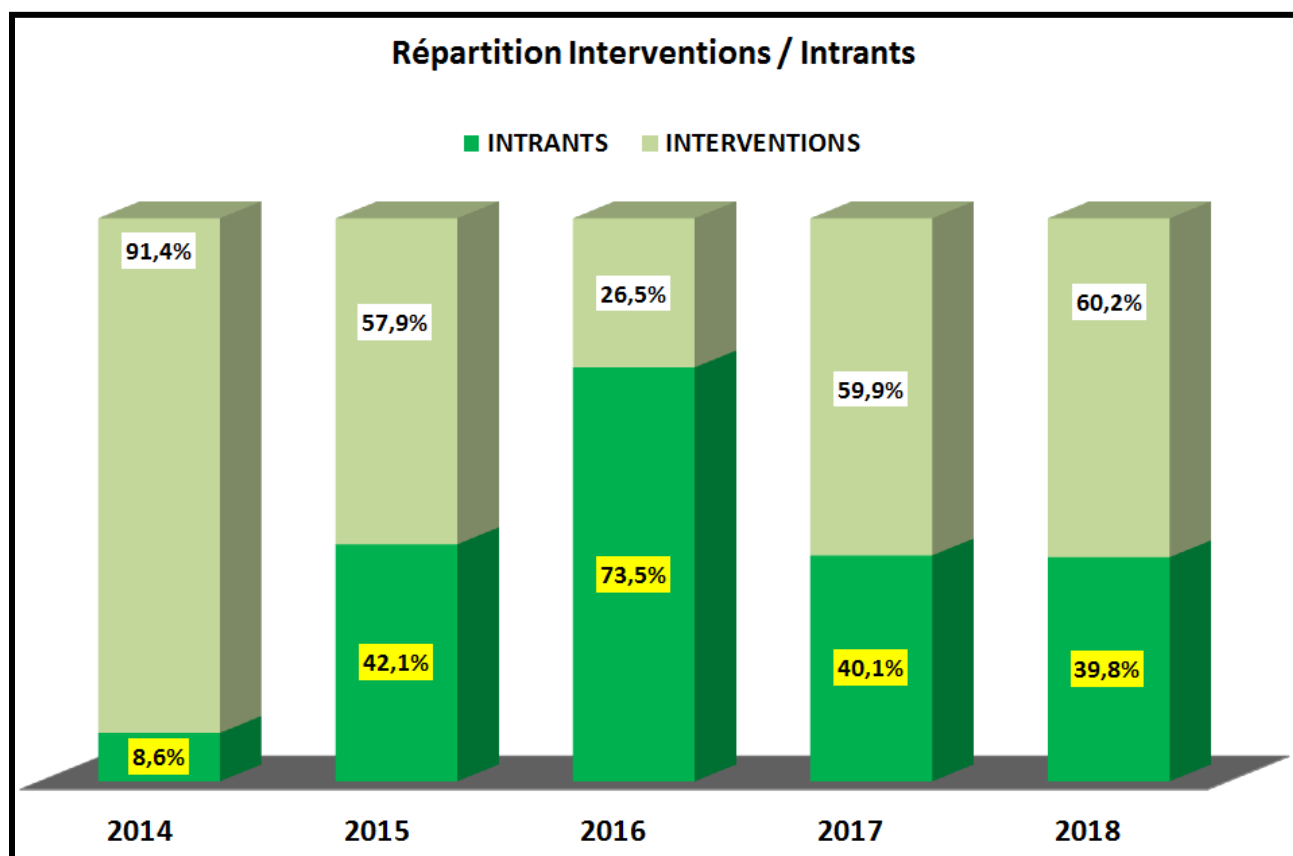
Les MILDA représentent 83% du budget des intrants pour les cinq années.

Figure 16 : répartition des Intrants



4) Répartition des budgets annuels par Domaine d'intervention et intrants

Figure 17 : Répartition du budget annuel par intervention et intrants



Chapitre VI : Mécanismes de Suivi Evaluation

A. Cadre de Suivi Evaluation

B. Suivi des données de routine

C. Evaluation des effets et impact des interventions

A. Cadre de Suivi-Evaluation

Les procédures de suivi évaluation seront basées sur le **manuel de suivi-évaluation du PNLP**. Le plan de suivi-évaluation facilite la mesure du progrès en conformité avec les indicateurs de résultat décrits pour chaque objectif. Le plan combine le suivi des données de routine, des enquêtes dans les structures cibles et une évaluation finale afin de déterminer les effets et l'impact du projet.

Le plan prend également en compte l'élaboration de rapports périodiques, la transmission et le retour continu d'informations. La qualité des services offerts sera mesurée au moyen d'évaluations rapides des pratiques au sein des structures publiques et privées. Le changement de comportement des prestataires (y compris les acteurs communautaires) et des membres de la communauté sera mesuré par des enquêtes de connaissances, d'attitudes et de pratiques (CAP).

Un cadre de performance sera élaboré pour un suivi du processus des résultats et de l'impact. Il sert de document cadre dans la dynamique du PNLP, selon les directives du MSAS de mettre en place un système de gestion axé sur les résultats. Ce cadre de performance définit les indicateurs à chaque niveau depuis le processus, les résultats, les effets et l'impact des interventions. A chaque niveau, les cibles sont données par année, et en ce qui concerne les indicateurs de processus, des cibles trimestrielles seront déclinées dans les plans de mise en œuvre. Dans une perspective de mieux rendre compte, le cadre de performance est un élément contractuel entre le PNLP et les partenaires impliqués dans le financement des interventions. Il servira de document contractuel entre le PNLP et les différents acteurs de mise en œuvre sur le terrain.

B. Suivi des données de routine

Le MSAS dispose d'un système d'information de routine structuré qui permet de fournir en temps réel l'information nécessaire à la prise de décision, à la gestion des programmes sanitaires et au développement des systèmes de santé.

Au niveau du PNLP, le système d'information arrimé à la DSIS permet de collecter des données d'activités au niveau des secteurs public, parapublic, privé et communautaire.

Du point de vue de l'organisation, c'est au niveau opérationnel qu'on retrouve les outils d'enregistrement des cas, de prestations préventives et de prise en charge des patients.

Pour la gestion de l'information, les acteurs de chaque niveau sont chargés de la production de l'information locale provenant des données collectées, la notification des cas, la compilation des rapports des services, l'élaboration du rapport mensuel ou trimestriel, l'investigation locale pour les épidémies, le traitement et l'analyse des données de couverture et de performance du programme. Pour une meilleure gestion des données opérationnelles, une base de données avec le logiciel RBMME a été mise en place au niveau des districts sanitaires, des hôpitaux et des garnisons militaires.

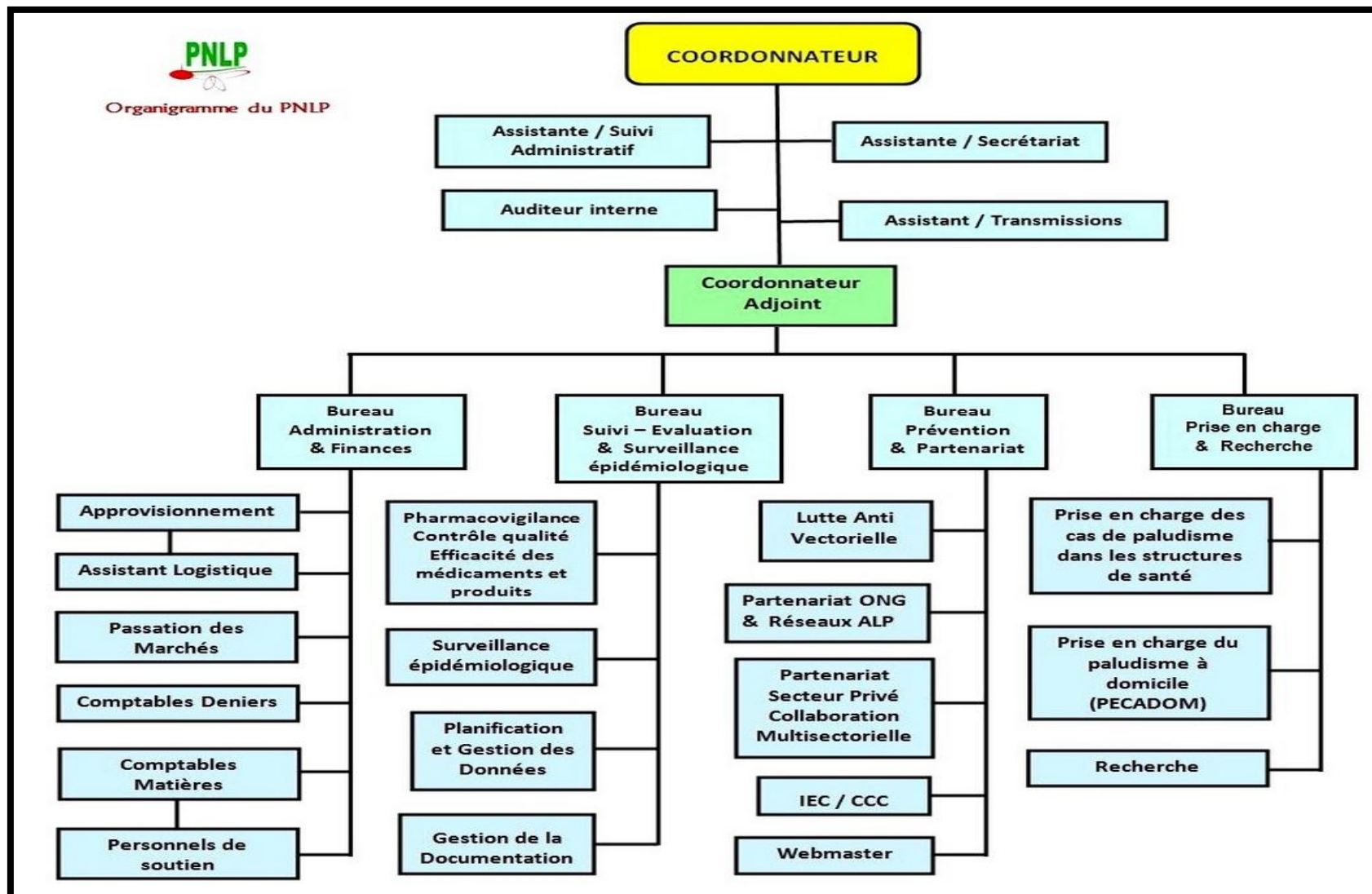
C. Evaluation des effets et impact des interventions

Le PLNP et ses partenaires veilleront au respect de la logique d'intervention du cadre stratégique. Cette dynamique permettra de mener les évaluations périodiques pour la mesure des effets et de l'impact des interventions à efficacité prouvée. Une évaluation à mi-parcours sera menée au 4^{ème} trimestre 2015 pour mieux apprécier l'état d'avancement du projet et solutionner les problèmes identifiés.

Le PNLP procédera en 2016 à l'évaluation de l'impact des interventions menées entre 2010 et 2015. L'approche méthodologique développée par le CDC à cet effet sera utilisée.

- **ANNEXES** -

Organigramme de l'unité de coordination du PNLP :



Cadre de performance :

Buts et objectifs	Indicateurs	Sources	Baseline	Cible 2018	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 transition vers la pré élimination	Taux d'incidence	RBMME	27‰	< 5 pour 100	Annuelle	PNLP PNLP	District Hôpitaux
Réduire la mortalité liée au paludisme	Nombre de décès liés au paludisme	RBMME	815 Rapport 2013	144	Annuelle	PNLP	District Hôpitaux
Objectifs	Indicateurs de résultat et Indicateurs d'effet						
Amener population à dormir sous MILDA	Proportion de ménages possédant moins une MILDA	EDSC	67,5%	80%	Tous les 2 ans Tous les ans	PNLP MSP/SNIS	UCAD et autres Institutions
	Proportion de la population qui a dormi sous MILDA	EDSC	40.8	80%	Tous les 2 ans Tous les 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	EDSC	99.7	90% 99.7%	Tous les 2 ans	PNLP	UCAD et autres Institutions
					Tous les ans	MSP/SNIS	
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	58%	80%	Annuelle Tous les 2 ans	PNLP PNLP	District hôpital UCAD Et autres Institutions
		EDSC	42%		Tous les ans	MSP/SNIS	
Confirmer par la GE ou le TDR les cas suspects de paludisme	Taux de confirmation des cas suspects de paludisme	RBMME	Rapport 2013 87,49	95% 100%	Annuelle Trimestrielle	PNLP PNLP	District Hôpitaux

Buts et objectifs	Indicateurs	Sources	Baseline	Cible 2018	Fréquence de collecte	Responsable	Partenaires de mise en œuvre
Rendre disponibles de façon permanente les médicaments et produits anti – paludiques	Proportion de structures sanitaires n’ayant pas connu une rupture d’ACT supérieure à 7 j au cours des 3 derniers mois	RBMME	95%	98%	Trimestrielle Annuelle Tous les 2 ans	PNLP PNLP PNLP	
Assurer une gestion optimale du du programme	Taux d’absorption	Rapport du PNL	ND	95%	Annuelle	PNLP	
	Taux de réalisation des activités	Rapport du PNL	ND	95%	Annuelle	PNLP	
Assurer la disponibilité à temps et l’utilisation des données	Taux de complétude et de promptitude	Rapport activité PNL	96,65% 93%	99% 100 %	Trimestrielle Annuelle	PNLP	
Mettre en place un système de surveillance performant	Taux de détection des épidémies au niveau des zones vertes selon les directives nationales	Rapport PNL	100%	100%	Annuelle	PNLP	
	Pourcentage d’épidémies maîtrisées dans les deux semaines suivant leur détection	Rapport PNL	100%	100%	Annuelle	PNLP	
Assurer une protection des enfants cibles contre le paludisme par la CPS	Proportion d’enfants de 3-120 mois ayant bénéficié de tous les passages CPS	Rapport PNL -EPC	ND	95%	Annuelle	PNLP	UCAD
Augmenter les connaissances des populations en matière de lutte contre le paludisme	Pourcentage de la population connaissant les mesures préventives de lutte contre le paludisme	ENP EDSC	ND	95%	Tous les 2ans annuelle	PNLP MSP/SNIS	UCAD et autres Institutions
Renforcer la LAL	Proportion de gîtes larvaires traités aux biolarvicides	Rapport PNL	0	95%		PNLP	UCAD/SNH
Assurer le traitement prétransfert des enfants cibles	Proportion d’enfant de moins de 10 ans référés pour paludisme grave ayant reçu un traitement prétransfert au rectocaps	Rapport PNL	ND	100%	Annuelle	PNLP	

Cibles annuelles pour les Indicateurs D'impacts:

<i>Buts et Objectifs</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Cibles annuelles</i>				
		<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>
Réduire la mortalité liée au paludisme	Chez les patients hospitalisés, nombre de décès dus au paludisme pour 1 000 personnes par an					
	Nombre de décès dus au paludisme pour 1 000 personnes par an	<i>0,06‰</i>	<i>0,06‰</i>	<i>0,05‰</i>	<i>0,05‰</i>	<i>0,04‰</i>
Réduire la morbidité palustre	Prévalence de la parasitémie : pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois présentant une infection palustre	<i>2,8%</i>	<i>2,5%</i>	<i>2,0%</i>	<i>1,8%</i>	<i>1,5%</i>
	Prévalence de la parasitémie : pourcentage d'enfants âgés de 2 à 120 mois présentant une infection palustre					
	Incidence du paludisme : % de cas confirmés pour 1000 personnes par an	<i>24‰</i>	<i>17‰</i>	<i>12‰</i>	<i>7‰</i>	<i>5‰</i>
	Morbidité proportionnelle : % de cas de paludisme sur les consultations					

Cibles annuelles par domaine de prestation de service :

<i>DPS</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Cibles annuelles</i>				
		<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>
	Incidence du paludisme	24%	17%	12%	7%	5%
Lutte anti-vectorielle	Pourcentage de la population dormant sous MILDA	50%	55%	65%	80%	80%
	Pourcentage de la population protégée par les AID au niveau des zones ciblées	99,7%	99,7%	99,7%	99,7%	99,7%
	Pourcentage de gîtes larvaires productifs traités dans les zones ciblées	95%	95%	95%	95%	95%
Paludisme pendant la grossesse	Pourcentage de femmes enceintes protégées par le TPI à la SP conformément aux directives nationales	58%	65%	70%	80%	80%
	Pourcentage de cas de paludisme chez les femmes enceintes vues dans les structures sanitaires et traités conformément aux directives nationales	90%	95%	100%	100%	100%
CPS	Pourcentage d'enfants de 3mois à 10 ans ayant bénéficié de tous les passages de CPS	85%	90%	95%	95%	95%
Prise en charge des cas	Pourcentage de cas suspects de paludisme confirmés par la GE ou le TDR	90%	93%	95%	98%	98%
	Pourcentage de cas de paludisme diagnostiqués pris en charge conformément aux directives nationales	92%	95%	98%	100%	100%
	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans référé pour paludisme	90%	95%	98%	100%	100%

<i>DPS</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Cibles annuelles</i>				
		<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>
	grave ayant reçu un traitement pré transfert au rectoscaps					
Epidémies et urgences	Pourcentage d'épidémies détectées précocement	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
...	Pourcentage d'épidémies et situations d'urgence contrôlées dans les deux semaines suivant leur détection	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
Gestion des achats et approvisionnement	Pourcentage de formations sanitaires publiques et communautaires n'ayant pas connu de rupture de médicaments anti – paludiques de plus de 7 jours lors des trois derniers mois	<i>95%</i>	<i>97%</i>	<i>98%</i>	<i>98%</i>	<i>98%</i>
Promotion de la santé	Pourcentage de la population connaissant, le traitement ou les mesures préventives contre le paludisme					
Gestion du programme	Taux d'absorption	<i>95%</i>	<i>98%</i>	<i>98%</i>	<i>98%</i>	<i>98%</i>
	Taux de réalisation des activités	<i>95%</i>	<i>98%</i>	<i>98%</i>	<i>98%</i>	<i>98%</i>
<i>Suivi / évaluation</i>	Taux de complétude et de promptitude	<i>97%</i>	<i>98%</i>	<i>98%</i>	<i>98%</i>	<i>98%</i>

Plan d'action et Budget

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
BUDGET GLOBAL	7 158 851 664	14 250 393 388	29 714 404 603	13 056 050 626	13 264 322 258	77 444 022 539
GESTION DES PROGRAMME	644 384 471	759 965 053	628 564 471	617 464 471	646 364 471	3 296 742 936
Mobilisation des Ressources	21 820 000	36 275 000	28 400 000	17 300 000	11 200 000	114 995 000
Assistance technique pour l'Elaboration du Business Plan	6 370 000					6 370 000
Valider le Business Plan et le mettre en œuvre	2 075 000					2 075 000
Organiser une séance de travail pour préparer la rencontre: documents administratifs, fiches techniques	200 000	200 000				400 000
Organiser la séance de plaidoyer avec la commission santé de l'Assemblée	1 575 000	1 575 000				3 150 000
Organiser une séance de travail pour préparer la rencontre: documents administratifs, fiches techniques	200 000					200 000
Organiser une séance de plaidoyer avec l'association des élus locaux tous les 2 ans	0	6 100 000		6 100 000		12 200 000
Organiser une séance de travail pour préparer la rencontre: documents administratifs, fiches techniques	200 000					200 000
Participer au CRD de partage du CSN dans chaque région pour faire le plaidoyer	0	17 200 000	17 200 000			34 400 000

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Elaborer les TDR	0					0
Identifier la compétence nécessaire	0					0
Elaborer les TDR	0					0
Organiser deux ateliers de bilan et de planification avec les PTF et les régions médicales	11 200 000	11 200 000	11 200 000	11 200 000	11 200 000	56 000 000
Politique	10 220 000	1 775 000	0	0	0	11 995 000
Assistance technique pour l'Elaboration du Business Plan	6 370 000					6 370 000
Valider le Business Plan et le mettre en œuvre	2 075 000					2 075 000
Organiser une séance de travail pour préparer la rencontre: documents administratifs, fiches techniques	200 000	200 000				400 000
Organiser la séance de plaidoyer avec la commission santé de l'Assemblée	1 575 000	1 575 000				3 150 000
Renforcement du partenariat	1 240 000	1 240 000	1 240 000	1 240 000	1 240 000	6 200 000
Elaborer le plan de plaidoyer (Voir domaine Promotion de la Santé)	0					0
Plaidoyer pour l'élaboration et le partage de TDR avec les différentes parties prenantes	0					0
Organiser régulièrement les différentes rencontres (tous les 6 mois)	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	5 000 000
Identifier les acteurs intéressés	0					0

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Elaborer et partager les TDR avec les différentes parties prenantes	0					0
Organiser régulièrement les rencontres (tous les 6 mois)	240 000	240 000	240 000	240 000	240 000	1 200 000
Renforcement de la Coordination du PNLP	16 685 000	0	0	0	0	16 685 000
Elaborer des TDR et les partager avec les différentes parties prenantes	0					0
Recruter un consultant et réaliser l'étude	10 000 000					10 000 000
Partager et valider le rapport avec tous les niveaux	1 700 000					1 700 000
Faire les propositions de restructuration du PNLP	4 985 000					4 985 000
Renforcement de capacités	90 095 000	103 200 000	94 600 000	94 600 000	94 600 000	477 095 000
Former les planificateurs des régions sur la lutte contre le paludisme et planification des activités	2 495 000					2 495 000
Impliquer les planificateurs dans les activités de planification, de revue et d'évaluation du PNLP	PM					0
Animer de façon permanente avec une mise à jour du site Web du PNLP	PM					0
Aménager et équiper une salle du PNLP		8 600 000				8 600 000
Recruter un documentaliste (BAC+2)		7 000 000	7 000 000	7 000 000	7 000 000	28 000 000
Recruter un spécialiste en communication pour garantir la visibilité du PNLP	9 600 000	9 600 000	9 600 000	9 600 000	9 600 000	48 000 000

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Recruter 2 assistants en logistique des intrants pour l'unité de coordination (traitement rapide des données collectées, des commandes, amélioration relation avec PNA)	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	90 000 000
affecter 1 médecin et 2 techniciens supérieurs au niveau du BFPR du PNL	0					0
Demander l'affectation deux techniciens supérieurs de santé à l'unité de S/E	0					0
Organiser 1 cours de paludologie à l'intention des cadres supérieurs du système de santé	35 000 000	35 000 000	35 000 000	35 000 000	35 000 000	175 000 000
organiser 2 cours de paludologie à l'intention des cadres intermédiaires du système de santé	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	125 000 000
ASSURER LE FONCTIONNEMENT DE L'UNITE DE COORDINATION	504 324 471	617 475 053	504 324 471	504 324 471	539 324 471	2 669 772 936
Assurer la participation aux réunions et échanges internationaux	21 208 900	21 208 900	21 208 900	21 208 900	21 208 900	106 044 500
Assurer le carburant de fonctionnement du PNL	30 759 555	30 759 555	30 759 555	30 759 555	30 759 555	153 797 775
Assurer les frais de téléphone, eau et électricité	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	40 000 000
Renouveler le matériel informatique de l'unité de coordination		30 500 000			35 000 000	65 500 000
Renouveler le parc automobile de l'unité de coordination (3 véhicules 4x4)		82 650 582	0	0		82 650 582
.Assurer l'entretien du parc automobile	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	60 000 000
Assurer la maintenance des unités informatiques et matérielles de froid	6 193 965	6 193 965	6 193 965	6 193 965	6 193 965	30 969 825
Financer l'audit externe du PR et des SR	9 985 475	9 985 475	9 985 475	9 985 475	9 985 475	49 927 375

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
.Assurer les frais d'assurance maladie du personnel du PNLP	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	100 000 000
Assurer la formation du personnel de l'unité de coordination (renforcement de capacité de gestion)	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	75 000 000
Assurer les véhicules fonds mondial du PNLP	11 982 570	11 982 570	11 982 570	11 982 570	11 982 570	59 912 850
Appuyer le fonctionnement du PNLP (salaires et émoluments)	369 194 006	369 194 006	369 194 006	369 194 006	369 194 006	1 845 970 029
GESTION DES APPROVISIONNEMENT ET STOCKS	1 137 658 717	6 305 776 643	22 144 929 463	5 538 019 813	5 578 482 185	40 704 866 821
COORDINATION ET SUIVI GESTION DES INTRANTS	60 500 000	60 500 000	60 500 000	60 500 000	60 500 000	302 500 000
Organiser des rencontres périodiques de la plateforme regroupant les programmes, les partenaires et la PNA	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	2 500 000
Faciliter au PNLP un accès à distance au système d'information de la PNA pour une consultation à temps réel des stocks	0	PM				0
Organiser avec les partenaires des sorties de supervision semestrielles des PRA	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
Organiser avec PNA et partenaires une évaluation de la gestion des médicaments dans les structures (activités de End Use vérification des ACT et TDR)	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	250 000 000
RENFORCEMENT DES CAPACITES	396 904 703	208 333 333	208 333 333	208 333 333	208 333 333	1 230 238 037
Faire un plaidoyer auprès de l'Etat, collectivités et des partenaires pour le recrutement de préparateurs en pharmacie ou d'assistants infirmiers pour la gestion des dépôts de médicaments	0					0
Organiser un atelier de 3 jours pour l'harmonisation des manuels de formation (des prestataires et dépositaires sur la gestion des médicaments) produits par les programmes et partenaires	5 237 370					5 237 370
Organiser des sessions de formation de 3 jours pour les prestataires et dépositaires sur la gestion des stocks avec accent sur le remplissage et l'exploitation des outils de gestion, la définition	183 334 000					183 334 000

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
des stocks seuils stocks d'alerte, la pratique d'inventaire périodique et la planification des commandes (orientation ECR/ECD et formation)						
Organiser avec les RM, la PNA et les PRA des sorties de supervision des dépôts de médicaments des structures	208 333 333	208 333 333	208 333 333	208 333 333	208 333 333	1 041 666 667
GESTION PROGRAMME	33 000 000	5 000 000	0	0	0	38 000 000
Elaborer un rapport de suivi mensuel des intrants antipaludiques à transmettre par les DS aux RM	0					0
Elaborer le plan GAS 2015-2018	5 000 000	5 000 000				10 000 000
Organiser dans chaque RM une réunion de partage du plan GAS	28 000 000					28 000 000
DISPONIBILITE DES INTRANTS	647 254 014	6 031 943 310	21 876 096 130	5 269 186 479	5 309 648 851	39 134 128 785
Conduire dans chaque région des réunions annuelles de quantification des besoins des districts (ACT, TDR, MILDA)	28 000 000	28 000 000	28 000 000	28 000 000	28 000 000	140 000 000
Conduire avec les ECR et partenaires une réunion annuelle de quantifications des besoins nationaux en intrants antipaludiques	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	15 000 000
Organiser avec les PTF une réunion annuelle de planification des achats et livraison des intrants	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	5 000 000
Systématiser le transfert mensuel des intrants aux PRA par le MC/PNA (mise à profit du concept de PRA mobile)	0					0
Organiser avec les acteurs un atelier d'estimation des besoins en insecticides pour les AID et LAL	0					0
Acquérir les insecticides pour la LAL	0	4 680 000	7 800 000	8 640 000	8 640 000	29 760 000
Acquérir les équipements et insecticides pour les AID	331 471 709	331 471 709	509 946 210	450 443 606	653 638 655	2 276 971 889

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Acquérir du matériel et consommables laboratoire pour le diagnostic microscopique	20 000 000	20 000 000				40 000 000
Acquérir, stocker et distribuer 8 021 151 MILDA pour la CU campagne de masse	0	0	20 334 177 643			20 334 177 643
Acquérir, stocker et distribuer 5 294 000 MILDA pour la distribution de routine	0	4 658 849 367		3 783 229 782	3 617 189 970	12 059 269 119
Acquérir, stocker et distribuer 6 733 514 TDR pour la PEC sanitaire, et communautaire (y compris MTAT et MDA)	0	593 895 935	593 895 935	593 895 935	593 895 935	2 375 583 739
Acquérir, stocker et distribuer 2 608 775 traitements ACT (ASAQ, A/L, DHA/PQ)	0	706 603	669 191	633 766	600 223	2 609 783
Acquérir 2 512 992 traitements SP/AQ pour la SMC	263 782 305	274 167 970	281 570 505	289 172 909	295 980 577	1 404 674 266
Acquérir 13 000 capsules rectales d'artésunate pour le traitement prétransfert	0	11 250 000	11 250 000	11 250 000	11 250 000	45 000 000
Acquérir de la SP pour le TPI chez les femmes enceintes	0	75 385 303	77 420 706	79 511 065	81 657 864	313 974 938
Acquérir 52 617 doses de Quinine, pour la PEC des cas sévères	0	24 491 103	20 788 994	13 232 736	9 592 955	68 105 789
Acquérir 7 327 doses d'Artéméther injectable pour la PEC des cas sévères	0	2 522 660	3 288 473	3 588 340	2 601 336	12 000 809
Acquérir 7 327 doses d'Artésunate injectable pour la PEC des cas sévères	0	2 522 660	3 288 473	3 588 340	2 601 336	12 000 809
PROMOTION DE LA SANTE	2 533 001 999	3 113 634 339	3 084 611 920	3 069 611 920	3 084 611 920	14 885 472 098
Communication pour un changement de comportement	737 127 829	1 688 135 735	1 692 890 116	1 677 890 116	1 692 890 116	7 488 933 912
Mener une recherche formative incluant des différents axes du Programme	30 000 000	15 000 000	30 000 000	15 000 000	30 000 000	120 000 000

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Mise en œuvre de campagnes de communication basées sur des évidences et étalées dans le temps	107 600 000	676 081 800	676 081 800	676 081 800	676 081 800	2 811 927 200
mise en œuvre campagne de communication AID	164 643 500	164 643 500	164 643 500	164 643 500	164 643 500	823 217 500
Mise en œuvre campagne de communication CPS	98 835 224	98 835 224	98 835 224	98 835 224	98 835 224	494 176 120
Mise en œuvre campagne de communication MSAT		417 400 000	417 400 000	417 400 000	417 400 000	1 669 600 000
Mise en œuvre campagne Communication CU de masse	122 568 840	107 000 000	107 000 000	107 000 000	107 000 000	550 568 840
Mise en œuvre de la campagne communication LAL		13 815 939	3 570 320	3 570 320	3 570 320	24 526 899
Produire le bulletin trimestriel "palu infos du PNL	10 400 000	10 400 000	10 400 000	10 400 000	10 400 000	52 000 000
insertion dans les sites par des bannières	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	10 000 000
production de supports promotionnels	61 600 000	98 400 000	98 400 000	98 400 000	98 400 000	455 200 000
Appuyer des manifestations d'envergure nationale		20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	80 000 000
Contractualiser avec une agence spécialisée pour l'animation du site du PNL		3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	12 000 000
Assurer le suivi et l'évaluation des campagnes de communication	139 480 265	61 559 272	61 559 272	61 559 272	61 559 272	385 717 353
Dynamiser Partenariat pour la MEO des campagnes de communication	1 756 874 170	1 384 498 604	1 350 721 804	1 350 721 804	1 350 721 804	7 193 538 186
Renforcement des capacités des points focaux sur les priorités stratégiques du programme		4 529 068	4 529 068	4 529 068	4 529 068	18 116 272

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Appuyer l'élaboration d'un plan action sur la contribution de chaque pour chaque secteur	0	0	0	0	0	0
appuyer la mise en œuvre de plans d'action dans le secteur de l'éducation	10 700 000	19 700 000	19 700 000	19 700 000	19 700 000	89 500 000
organiser des rencontres semestrielles de suivi avec les autres secteurs	5 000 000	8 694 136	8 694 136	8 694 136	8 694 136	39 776 544
Mise en place d'une coalition du secteur privé autour de la lutte contre le paludisme		0	0	0	0	0
Elaboration d'un document d'orientation pour le partenariat avec le secteur privé	7 000 000	7 526 800		0	0	14 526 800
Reproduction du guide d'orientation sur le paludisme pour le secteur privé	400 000	750 000				1 150 000
Renforcement des capacités des acteurs	109 566 500	55 985 000	55 985 000	55 985 000	55 985 000	333 506 500
élaboration d'un guide de formation et d'un manuel du relais sur le paludisme						0
production du guide de formation et du manuel de formation du relais		25 500 000				25 500 000
Mise en place d'un dispositif de suivi et d'évaluation des IBC	1 624 207 670	172 845 600	172 845 600	172 845 600	172 845 600	2 315 590 070
Elaboration et mise en œuvre de plans d'action articulés avec le niveau régional et national		1 088 968 000	1 088 968 000	1 088 968 000	1 088 968 000	4 355 872 000
Renforcement du Plaidoyer	39 000 000	41 000 000	41 000 000	41 000 000	41 000 000	203 000 000
Elaboration et mise en œuvre d'un plan de plaidoyer	39 000 000	41 000 000	41 000 000	41 000 000	41 000 000	203 000 000
CHIMIO PREVENTION	463 700 994	974 049 683	974 049 683	974 049 683	974 049 683	4 359 899 726

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Prévention du paludisme chez la femme enceinte	40 000 000	52 308 736	52 308 736	52 308 736	52 308 736	249 234 944
Former/recycler les nouveaux prestataires du public et du privé sur le TPI						0
Assurer la disponibilité de la SP au niveau des PPS dans les structures privées et publiques						0
Elaborer un plan de relance de la prévention et de la prise en charge du paludisme chez la femme enceinte	40 000 000	52 308 736	52 308 736	52 308 736	52 308 736	249 234 944
Faire le plaidoyer auprès du MSAS pour faciliter l'accès aux examens complémentaires (GSRH BW TE) liés à la CPN pour inciter les femmes enceintes à utiliser précocement les services de CPN						0
Assurer la disponibilité des supports IEC						0
superviser les prestataires du secteur privé						0
renforcer l'IEC /CCC sur le TPI						0
Chimio prévention du paludisme saisonnier	423 700 994	921 740 947	921 740 947	921 740 947	921 740 947	4 110 664 782
Orientation RM et DS	8 479 297	8 479 297	8 479 297	8 479 297	8 479 297	42 396 485
Microplanification District	24 533 500	23 679 500	23 679 500	23 679 500	23 679 500	119 251 500
Formation Distributeurs et Superviseurs	59 142 000	212 388 000	212 388 000	212 388 000	212 388 000	908 694 000
Prise en Charge Dispensateur-Superviseur Communautaires et ICP	214 040 000	252 985 000	252 985 000	252 985 000	252 985 000	1 225 980 000

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Supervision équipe cadre (ECD appuyé par ECR)	45 486 900	45 486 900	45 486 900	45 486 900	45 486 900	227 434 500
Logistique Mise en place intrant et outils (NC-PRA)	0	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	8 000 000
Logistique Mise en place intrant et outils (PRA-DS-PS)	17 300 000	10 200 000	10 200 000	10 200 000	10 200 000	58 100 000
Mobilisation Sociale Districts	17 850 000	22 400 000	22 400 000	22 400 000	22 400 000	107 450 000
Evaluation niveau districts		14 334 000	14 334 000	14 334 000	14 334 000	57 336 000
Evaluation régionale	8 579 297	8 579 000	8 579 000	8 579 000	8 579 000	42 895 297
Outils de gestion et supports IEC		25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	100 000 000
Supervision niveau central		53 917 200	53 917 200	53 917 200	53 917 200	215 668 800
Evaluation Nationale	13 290 000	6 856 826	6 856 826	6 856 826	6 856 826	40 717 304
Communication Presse (spots TV radio)		24 000 000	24 000 000	24 000 000	24 000 000	96 000 000
Lancements	15 000 000	27 435 224	27 435 224	27 435 224	27 435 224	124 740 896
Groupe technique		8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	32 000 000
Accessoires		46 000 000	46 000 000	46 000 000	46 000 000	184 000 000
Etudes évaluation		100 000 000	100 000 000	100 000 000	100 000 000	400 000 000

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Véhicule		30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	120 000 000
LUTTE ANTI VECTORIELLE	4 852 717	674 291 684	944 590 357	1 159 849 984	1 436 472 416	4 220 057 157
Renforcement des capacités de mise en œuvre	0	15 736 720	0	0	0	15 736 720
Organiser un atelier d'élaboration du plan de lutte anti vectorielle		5 690 860				5 690 860
Organiser un atelier de partage et de validation du plan de lutte anti vectorielle		8 045 860				8 045 860
Reproduire et diffuser le plan de lutte anti vectorielle		2 000 000				2 000 000
Intensification des opérations d'AID	0	335 053 517	724 470 544	818 843 386	1 094 665 509	2 973 032 956
frais de mise en œuvre des AID au niveau des districts		199 965 140	494 510 522	564 744 518	779 684 357	2 038 904 537
Supervision des opérations d'AID (1 PNLP, 1 Env., 1 SNH, 1BRH, 1SNEIPS, 1 BREIPS)		51 036 900	102 073 800	112 281 180	112 281 180	377 673 060
Evaluation des AID au niveau district sanitaire		2 704 292	5 210 792	5 702 292	5 702 292	19 319 668
Évaluation des AID au niveau national :		9 312 792	9 312 792	9 312 792	9 312 792	37 251 168
formation de 10 formateurs en 1 session de 21 jours sur les techniques de LAV et de la gestion de l'environnement		21 524 458	-	-	-	21 524 458
Recyclage des 10 formateurs en 1 session de 5 jours sur les techniques de LAV et de la gestion de l'environnement (2016, 2017, 2018)		-	5 889 958	5 889 958	5 889 958	17 669 874
formation des opérateurs (chef de groupe, chef d'équipe, applicateurs) et des superviseurs des districts sur les techniques de l'AID (246 en 2015, 505 en 2016, 553 en 2017 et 878 en 2018) en		35 748 589	73 386 331	80 361 665	127 590 492	317 087 077

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
session de 5 jours						
formation de maintenanciers en sessions de 5 jours sur l'entretien du matériel d'application des AID (25 maintenanciers en 2015, 50 en 2016, 55 en 2017 et 83 en 2018)		3 215 198	6 604 348	7 232 936	10 914 310	27 966 792
formation sur les mesures de sécurités du personnel d'appui :chauffeurs, lingères, magasiniers, gardiens (102 en 2015, 207 en 2016, 228 en 2017 et 346 en 2018)		5 534 520	11 231 820	12 371 280	18 773 960	47 911 580
former les Infirmiers chef de poste et les équipes cadres des districts choisis (46 en 2015, 54 en 2016, 211 en 2017 et 261 en 2018) sur la PEC des cas d'intoxication en sessions de 2 jours		6 011 628	16 250 181	20 946 765	24 516 168	67 724 742
Renforcer la Lutte Anti Larvaire	4 852 717	323 501 447	220 119 813	341 006 598	341 806 907	1 231 287 481
Faire la reconnaissance géographique	4 852 717	4 852 717	4 852 717			14 558 150
faire la cartographie des gîtes potentiels		44 854 528				44 854 528
Choix des type d'intervention						0
Renforcer les capacités des ressources humaines (communautaires)		97 983 155	13 632 477	71 893 669	71 893 669	255 402 969
Tester les produits		30 000 000				30 000 000
Acquérir l'équipement, la fourniture et logistique		73 452 000	110 178 000	146 904 000	146 904 000	477 438 000
Mise en œuvre		72 359 048	91 456 619	122 208 929	123 009 238	409 033 834
PRISE EN CHARGE DES CAS	28 460 000	387 080 000	301 402 000	377 152 000	318 330 000	1 412 424 000
Renforcement des capacités des acteurs publics et privés	28 460 000	155 000 000	135 000 000	172 500 000	144 000 000	634 960 000
Former et recycler en 2 jours les prestataires du secteur public et privé directives (30 par session)	23 000 000	30 000 000	15 000 000	52 500 000	24 000 000	144 500 000
Organiser des cours de paludologie		115 000 000	115 000 000	115 000 000	115 000 000	460 000 000

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Former et recycler les Pharmaciens biologistes et techniciens de laboratoire sur le diagnostic microscopique et PCR	5 460 000	10 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	30 460 000
Renforcement du diagnostic biologique	0	57 850 000	67 850 000	67 850 000	57 850 000	251 400 000
Achat appareil PCR			10 000 000	10 000 000		20 000 000
Réalisation PCR		5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	20 000 000
Achat consommables microscopie		22 850 000	22 850 000	22 850 000	22 850 000	91 400 000
Superviser les techniciens de laboratoires		30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	120 000 000
Renforcement de la PECADOM intégrée	0	174 230 000	98 552 000	136 802 000	116 480 000	526 064 000
Former et recycler les DSDOM pour la prise en charge du paludisme, IRA et Diarrhée		18 000 000				18 000 000
Assurer l'équipement des DSDOM		53 250 000	0	53 250 000	0	106 500 000
Assurer l'équipement des DSDOM en téléphones mobile pour le reporting		29 880 000	11 952 000	11 952 000	29 880 000	83 664 000
Assurer le stage pratique des DSDOM		5 500 000				5 500 000
Cérémonies installation DSDOM		3 600 000				3 600 000
Organiser une Cérémonie de reconnaissance sociale des DSDOM		19 000 000	26 600 000	26 600 000	26 600 000	98 800 000
Superviser les DSDOM		45 000 000	60 000 000	45 000 000	60 000 000	210 000 000
SUIVI EVALUATION RECHERCHE OPERATIONNELLE	2 346 792 766	2 035 595 986	1 636 256 710	1 319 902 755	1 226 011 584	8 564 559 800

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Renforcement des capacités en suivi évaluation	27 000 000	75 000 000	75 000 000	75 000 000	75 000 000	327 000 000
former 15 agents de santé au cours de suivi évaluation du CESAG	27 000 000					27 000 000
Organiser un cours national sur le Suivi & Evaluation des Activités de lutte contre le paludisme en collaboration avec l'UCAD, l'OMS et l'USAID. (Cours ouvert aux candidat des autres pays : 1/3 autres pays et 2/3 National).		75 000 000	75 000 000	75 000 000	75 000 000	300 000 000
Renforcer la Routinisation de la Collecte, Dissemination et partage de l'information	383 700 727	321 545 530	224 851 130	201 677 530	195 677 530	1 327 452 446
Organiser en 4 axes des revues trimestrielles avec les districts de validation et d'échange des données avec les ECD/ECR	102 000 000	0	0	0	0	102 000 000
Organiser en 4 axes des revues trimestrielles avec les hôpitaux de validation et d'échange des données avec les ECD/ECR	44 000 000	0	0	0	0	44 000 000
Organiser en 2 sessions des revues semestrielles de coordination avec les coordinatrices SR en collaboration avec la Division de la Santé de la Reproduction sur le TPI	16 193 198	0	0	0	0	16 193 198
Organiser une revue régionale de collecte et validation des données	105 677 530	105 677 530	105 677 530	105 677 530	105 677 530	528 387 648
Organiser une revue semestrielle avec les sites sentinelles et les acteurs impliqués dans la surveillance sentinelle	26 000 000	26 000 000	26 000 000	26 000 000	26 000 000	130 000 000
Intégrer les données du PNLP dans le nouveau logiciel de la DSIS	0	0	0	0	0	0
Assurer la participation du PNLP au processus	4 000 000	4 000 000	0	0	0	8 000 000
mettre en place un système de collecte et de reporting des données utilisant le téléphone mobile.	13 850 000	120 000 000	64 000 000	50 000 000	44 000 000	291 850 000
Publier des articles scientifiques à l'issu des évaluations menées par le PNLP.						0

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Organiser des journées scientifiques de partage des résultats des études et des recherches réalisées.	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	100 000 000
organiser un atelier de restitution des résultats de l'évaluation de l'ordinogramme	4 000 000					4 000 000
Recycler les chargés de base de données au niveau district et RM et EPS sur la Base RBMME. (4 sessions)	42 980 000					42 980 000
Elaborer et partager un Bulletin épidémiologique semestriel.						0
Assurer l'assistance technique, la préparation des masques et outils d'Elaboration et tester les outils.	5 000 000					5 000 000
Colleter les données de base / Référence dans les districts AID		45 868 000	9 173 600	0	0	55 041 600
SUPERVISION DES PRESTATAIRES	524 365 000	541 682 038	267 266 876	291 666 321	294 241 750	1 919 221 985
Assurer la supervision semestrielle des points de prestation (EPS, Centre de santé et Poste de santé)	280 000 000	280 000 000				560 000 000
Acheter 30 tablettes pour leur utilisation dans la supervision	15 000 000					15 000 000
Assurer la maintenance des tablettes		4 500 000	4 500 000	4 500 000	4 500 000	18 000 000
Appuyer la supervision semestrielle des activités de District par les RM (Centre de santé et un échantillon de Poste de santé et structures privées)	42 000 000	42 000 000	42 000 000	42 000 000	42 000 000	210 000 000
assurer la supervision des officines de pharmacie privées	4 965 000	8 000 000				12 965 000
Appuyer la supervision trimestrielle des activités communautaire au niveau District (Case de santé , DSDOM et ABCD)	182 400 000	182 400 000	182 400 000	182 400 000	182 400 000	912 000 000
mettre en place en un tableau de bord au niveau des DS et RM pour le suivi des recommandations des supervision sous la responsabilité d'un point focal	0					0

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Assurer la supervision des activités de LAL et le suivi des activités de terrain		24 782 038	38 366 876	62 766 321	65 341 750	191 256 985
Suivi de la qualité des intrants antipaludiques :	64 700 000	175 968 000	188 236 000	188 689 600	188 689 600	806 283 200
Apporter un appui institutionnel aux structures chargées des activités d'AQ/CQ et PV (DPM)	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000
Apporter un appui institutionnel aux structures chargées des activités de CQ pour la prequalification(LNCM)	0	30 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	60 000 000
Apporter un appui institutionnel aux structures chargées des activités de CQ DPM)	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000
Suivi de l'efficacité des médicaments antipaludiques	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	150 000 000
Systematiser le contrôle analytique des lots à la réception (ACT/LNCM)						0
Systematiser le contrôle analytique des lots à la réception (TDR/UCAD)						0
Organiser avec l'UCAD des sorties périodiques de CQ des TDR dans les structures périphériques (2 sorties annuelles)	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
Mener les activités de surveillance de la qualité des médicaments avec les MINILABS (2 sorties annuelles)						0
Faire le suivi de la prise en charge des femmes enceintes par les ACT	1 000 000	10 000 000	10 000 000			21 000 000
Renouveler les conventions avec les structures chargées de l'AQ/CQ des intrants						0
Assurer le suivi de l'efficacité des MILDA et INSECTICIDE	8 700 000	28 700 000	8 700 000	8 700 000	8 700 000	63 500 000
Organiser avec l'UCAD des sorties périodiques de CQ des MILDA dans les structures périphériques et/ou les ménages (2 sorties annuelles)	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Controler la qualité de la mise en œuvre et le suivi de l'efficacité des AID		52 268 000	104 536 000	114 989 600	114 989 600	386 783 200
Optimisation des évaluations	359 474 480	111 087 660	401 087 660	1 087 660	1 087 660	873 825 120
réaliser une évaluation d'impact des interventions de la lutte contre le paludisme pour la période 2011-2015		60 000 000				60 000 000
Effectuer une enquête nationale sur le paludisme(ENP)	359 474 480		400 000 000			759 474 480
Faire l'évaluation des campagnes de LAL		1 087 660	1 087 660	1 087 660	1 087 660	4 350 640
Faire l'évaluation du PSN 2011-2015		50 000 000				50 000 000
Renforcement de la détection précoce et de la prédiction des épidémies	178 500 000	240 000 000	55 500 000	55 500 000	47 000 000	576 500 000
former les ICP de 66 districts sur les directives de surveillance+ 33 EPS (Hôpitaux de niveau 1, 2 et 3)	105 000 000	60 000 000				165 000 000
Réactualiser la Stratification opérationnelle avec les données récentes.						0
réactualiser le profil épidémiologique		100 000 000				100 000 000
Identifier les districts et Poste de santé éligibles						0
Organiser une mission de Collecte rétrospectives des données dans les zones vertes et les zones SMC(et de sensibilisation de l'ensemble des acteurs concernés)	25 000 000	25 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	86 000 000
Orienter les ECD et les ICP sur la surveillance sentinelle et la transmission des données	5 000 000	5 000 000				10 000 000
Former les agents d'hygiène des districts sur les procédures de suivi entomologique	8 500 000	15 000 000	8 500 000	8 500 000		40 500 000

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
identifier chaque année les hots spots par les districts						0
faire chaque année la cartographie des hots spots au niveau national						0
Mettre en place un système de collecte et de reporting hebdomadaire des données de morbidité.						0
Organiser chaque année une revue de partage des données de surveillance dans les RM SMC (ECD + ECR + NC)	11 000 000	11 000 000	11 000 000	11 000 000	11 000 000	55 000 000
Organiser chaque année une revue de partage des données de surveillance dans les Districts SMC (ECD + ICP)	24 000 000	24 000 000	24 000 000	24 000 000	24 000 000	120 000 000
Collecter durant les revues semestrielles des sites les données météorologiques et limnométriques auprès des services et structures concernées	0	0	0	0	0	0
Partager les résultats de l'analyse des données météorologiques et limnométriques lors des revues semestrielles avec les sites sentinelles	0	0	0	0	0	0
Appuyer les différents sites dans la détermination des seuils conformément aux directives de surveillance (A chaque début d'année à S01). (dans les sites éligibles selon la disponibilité de l'information requise)	0	0	0	0	0	0
Intégrer le partage des données des instituts (IRD et de l'UCAD) dans l'agenda des revues semestrielles des sites sentinelles	0	0	0	0	0	0
Intensification de la riposte et de l'investigation des cas	421 052 558	283 212 558	283 212 558	283 212 558	283 212 558	1 553 902 792
Investiguer toutes les situation d'alerte épidémiques et situation d'urgence (clinique, entomologique, parasitologique)	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	100 000 000
Mettre à jour tous les semestres (Durant les revues semestrielles des sites) les plans de riposte des épidémies des Districts cibles						0
Identifier les zones en situation d'urgence						0
Documenter tous les cas positifs dans les zones verte						0

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Investiguer à partir d'un cas index 5 concessions dans les districts verts	275 680 000	137 840 000	137 840 000	137 840 000	137 840 000	827 040 000
Faire un suivi entomologique et parasitologique au niveau des sites sentinelles	3 404 600	3 404 600	3 404 600	3 404 600	3 404 600	17 023 000
FTAT (Focal test and treat) pendant 7 jours dans des zones Rouges et les zones jaunes (linguère, ranérou,kanel)	116 967 958	116 967 958	116 967 958	116 967 958	116 967 958	584 839 792
Appuyer en intrants les zones Eigibles (coût opérationnel de mise en place des intrants).	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000
Promotion de la Recherche Operationnelle	388 000 000	287 100 200	141 102 486	223 069 086	141 102 486	1 180 374 258
Organiser un atelier d'identification des besoins en termes de recherche opérationnelle	4 000 000	4 000 000				8 000 000
Organiser des ateliers de partage des résultats de la recherche sur le paludisme	4 000 000	4 000 000				8 000 000
Mettre en place au sein du Cadre de concertation des partenaires de la lutte un groupe axé sur la recherche opérationnelle						0
Mise en place au niveau du PNLP d'une unité d'analyse de données de routine et de l'EDS continue						0
Identification des hot-spots au niveau national	50 000 000	0				50 000 000
Etude des déterminants de la faible couverture en TPI2 chez la femme enceinte		45 000 000				45 000 000
Evaluation de la Chimio Prévention Saisonniere du Paludisme en zone de forte transmission	100 000 000	100 000 000				200 000 000
Etude de l'impact de la transhumance sur les taux de morbidité	75 000 000	0				75 000 000
Evaluation des déterminants de la létalité palustre élevée	50 000 000	0				50 000 000
Etudes des Causes de persistance de la morbidité dans les districts prioritaires (Vélingara)	50 000 000	0				50 000 000

Interventions-Stratégie-Activités	Budget en F CFA					Total Budget En F CFA
	2014	2015	2016	2017	2018	
Etude sur l'élimination du paludisme dans les hot spots						0
étude de l'introduction des TDR dans le secteur privé	15 000 000	0				15 000 000
mener une recherche opérationnelle sur les différentes formes de motivation des DSDOM	20 000 000	0				20 000 000
Evaluation de la prévalence de la déficience en G6PD	20 000 000					20 000 000
Analyse des facteurs entravant une bonne couverture en CPS en 2015		15 000 000				15 000 000
Etude de l'efficacité de la CPS administrée en campagne de masse sur la morbidité (annuelle)		25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	100 000 000
Etude de l'impact de la CPS sur les marqueurs moléculaires de résistance de la SP et de l'AQ (tous les deux ans) en 2016 et 2018			25 000 000		25 000 000	50 000 000
Etude de l'effet rebond de la CPS sur la susceptibilité de faire un accès palustre (à partir de 2016)			25 000 000	25 000 000	25 000 000	75 000 000
Impact de la SMC sur la mortalité toutes causes confondues et à la mortalité liée au paludisme (à partir de 2016)				35 000 000		35 000 000
Pour chaque district, choisir deux clusters de 50 ménages et faire l'enquête sur l'histoire des naissances				50 000 000		50 000 000
Etude de l'efficacité et de la tolérance de la Primaquine chez les enfants, les adultes et la femme enceinte				25 000 000		25 000 000
Financer les protocoles des Districts et Régions médicales sur la recherche opérationnelle		57 000 000	57 000 000	57 000 000	57 000 000	228 000 000
Evaluation et Surveillance de la sensibilité des vecteurs du paludisme aux insecticides		9 100 200	9 102 486	6 069 086	9 102 486	33 374 258
Renforcement des capacités de recherche en Entomologie		28 000 000	0	0	0	28 000 000