

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un But – Une Foi



MINISTERE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE



PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU SENEGAL 2021 - 2025

Novembre 2020

TABLE DES MATIERES

LISTE DES CARTES.....	IV
LISTE DES FIGURES	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	IV
PREAMBULE	V
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	VI
RÉSUMÉ	VIII
CHAPITRE I : CADRE GENERAL DU PLAN	2
1.1. Contexte/Justification (ou Introduction)	2
1.2. Situation géographique	2
1.3. Structures politiques et administratives	3
1.4. Situation démographique et principales caractéristiques culturelles	3
1.5. Ecosystème, environnement et climat.....	4
1.6. Caractéristiques socio-économiques.....	7
1.7. Analyse du système national de santé.....	8
1.7.2. Profil épidémiologique sanitaire	9
1.7.3. Ressources humaines pour la santé	13
1.7.4. Médicaments et produits de santé.....	14
1.7.5. Gestion et fourniture de produits pharmaceutiques	14
1.7.6. Système national d'approvisionnement	15
1.7.7. Système d'assurance qualité et de contrôle	16
1.7.8. Financement pour la santé.....	18
1.7.9. Système d'information sanitaire	19
1.7.10. Organisation du système de prestation de soins de santé	21
CHAPITRE II : SITUATION NATIONALE DU PALUDISME.....	25
2.1- Profil du paludisme au Sénégal.....	25
2.1.1 Parasites du paludisme	25
2.1.2 Vecteurs du paludisme.....	25
2.1.3 Dynamique de la transmission du paludisme et Stratification	27
2.2 Performance du programme.....	31
2.2.1 Principaux résultats de la revue des performances du programme	31
2.2.2 Paysage financier et Partenariat pour la lutte contre le paludisme	38
2.2.3 Progrès dans la réalisation des objectifs nationaux, régionaux et mondiaux.....	40
2.2.4 Contribution du Programme de lutte contre le paludisme au renforcement du système de santé	41
2.2.5 Analyse des FFOM de la mise en œuvre de la lutte contre le paludisme	41
CHAPITRE III : CADRE STRATEGIQUE DU PSN.....	48
3.1 Vision du Programme	48
3.2 Mission et principes directeurs du Programme	48
3.2.1 Mission du programme	48
3.2.2 Principes directeurs et valeurs du programme	48
3.3 Orientations stratégiques et priorités politiques pour un PSN approprié.....	48

3.4	But et objectifs du plan stratégique.....	48
3.4.1	<i>But du PSN.....</i>	48
3.4.2	<i>Objectifs généraux du PSN.....</i>	48
3.4.3	<i>Objectifs spécifiques</i>	49
3.5	Principales priorités et stratégies de lutte	50
3.6	Description des stratégies/interventions de lutte requises par domaine d'interventions.	50
3.6.1	Gestion du programme	51
3.6.2	Promotion de la santé	55
3.6.3	Lutte anti vectorielle	61
3.6.4	Prise en charge	66
3.6.6	Gestion des achats et des stocks.....	72
3.6.7	Suivi évaluation et recherche opérationnelle	74
3.6.8	Surveillance et riposte	77
CHAPITRE IV :	CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PSN	81
4.1	Administration et Gestion du Plan Stratégique	81
4.2	Mécanismes de coordination	82
4.3	Mobilisation des ressources.....	83
4.5	Budget et Plan de mobilisation des ressources	84
4.5.1	Résumé du budget du PSN 2021-2025	84
4.5.2	Plan de mobilisation de ressources	92
CHAPITRE V :	CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION DU PSN	94
5.1	Système d'Information Sanitaire de Routine : organisation du rapportage des données sur le paludisme	94
5.2	Cadre de Suivi-Evaluation	97
5.3	Suivi des données de routine	98
5.4	Evaluation des effets et impact des interventions	99
5.5	Cadre de performance	101
5.6	Dissémination et utilisation des informations sur le paludisme	104
ANNEXES	105

LISTE DES CARTES

Carte 1: Les régions administratives du Sénégal	3
Carte 2: cumul de la pluviométrie au Sénégal de 2015 à 2019	6
Carte 3: Projection des précipitations et de la température à l'horizon 2035 selon 4 zones éco-géographiques (Source : ANACIM)	6
Carte 4: La distribution des Établissements publics de santé hospitaliers selon les niveaux par région au Sénégal en 2018 (Source CSSDOS 2018).....	22
Carte 5: La répartition des Districts Sanitaires au Sénégal en 2018	22
Carte 6: La distribution des espèces anophéliennes selon les district.....	25
Carte 7: Le statut et niveau de résistance des populations d'An. gambiae s.l. aux pyréthrinoides	26
Carte 8: Statut des populations d'An. gambiae s.l. vis-à-vis du pirimiphos-méthyl et du bendiocarb.....	26
Carte 9: Variation de l'incidence du paludisme pour 1000 hbts en 2019.....	28
Carte 10: Variation de l'incidence du paludisme pour 1000 hbts en 2015.....	28
Carte 11: Cartographie des interventions de lutte contre le paludisme en 2019, au Sénégal	50

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Gestion et fourniture de produits pharmaceutiques	15
Figure 2 : Organigramme SISS.....	20
Figure 3 : Sensibilité des populations d'An. gambiae s.l. à la clothianidin selon les districts	27
Figure 4: Sensibilité des populations d'An. gambiae s.l. au chlorfenapyr selon les districts.....	27
Figure 5 : Analyse de l'évolution du recrutement des cas.....	30
Figure 6: organigramme du PNLP	81
Figure 7: répartition annuelle du budget global	85
Figure 8 : Répartition du budget par année selon les interventions et les intrants	85
Figure 9 : Répartition du budget par domaine d'intervention (Hors intrants)	86
Figure 10 : Répartition du budget par intrants.....	86

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition de la population du Sénégal selon les régions (ANSD 2019)	4
Tableau II : Ratio de couverture en personnel de santé au Sénégal en 2016 (Source Annuaire des RH 2016). ..	13
Tableau III : Variation du nombre de district de santé par strate de 2015 à 2019.....	28
Tableau IV: Indicateurs du Paludisme par région médicale en 2019	29
Tableau V : Poids de strates en 2019.....	30
Tableau VI : Performance technique de la mise en œuvre du PSN par DPS, de 2016-2019.....	31
Tableau VII : Paysage financier et Partenariat pour la lutte contre le paludisme.....	38
Tableau VIII : Niveau de réalisation des indicateurs de couverture des cibles du PSN 2016-2020	40
Tableau IX : Progrès vers l'impact épidémiologique En 2020	40
Tableau X : Répartition annuelle du budget global.....	84
Tableau XI : Résumé du budget par intrants et par année.....	87
Tableau XII : Résumé du budget du PSN par DPS	88
Tableau XIII : Résumé du budget du PSN par objectifs spécifique des DPS.....	89
Tableau XIV : Résumé du budget du PSN par catégories de coûts	91
Tableau XV : Analyse des écarts budgétaires du PSN de 2021-2025.....	92
Tableau XVI : Organisation par niveau, du rapportage des données sur le paludisme	95
Tableau XVII: Modèle logique du PSN	97
Tableau XVIII: Cadre de performance pour le suivi du PSN.....	101

PREAMBULE

Notre pays le Sénégal a, depuis son accession à l'indépendance, accordé à la lutte contre les grandes endémies en général et le paludisme en particulier une attention particulière et un engagement soutenu. C'est ce qui a conduit en 1995 à la mise en place d'un Programme National de Lutte contre le Paludisme et conséquemment à l'élaboration de plans stratégiques quinquennaux.

Avec le lancement de l'initiative Roll Back Malaria en 1998, les pays africains, appuyés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et les partenaires, ont systématisé l'analyse approfondie de la situation de la lutte contre le paludisme avant de développer des plans stratégiques de lutte contre le paludisme. Ce processus a abouti depuis 2010 à l'élaboration de plans de 3^e génération qui mettent l'accent sur la couverture universelle des interventions et l'engagement pour certains pays vers la pré-élimination et l'élimination du paludisme

En 2016, l'OMS en publiant ses deux documents phares que sont « **La Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030** » et « **Action and Investment to defeat Malaria 2016-2030 (AIM)** » s'investissait dans le processus d'élimination du paludisme à l'échéance 2030. Notre pays s'est profondément inspiré de ces textes majeurs pour élaborer le plan stratégique 2021-2025 et comme à l'accoutumée une forte implication des partenaires dans la conception du document a été notée.

Malgré le contexte particulier de l'année 2020 fortement marqué par la pandémie du coronavirus, les acteurs de tous bords ont, dans un bel esprit d'interdisciplinarité et de multisectorialité, contribué de façon décisive à l'élaboration du Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme. Les résultats obtenus témoignent de la grande capacité d'adaptation du système de santé, de sa résistance et de son endurance.

L'engagement politique des autorités du pays d'aller vers l'élimination du paludisme à l'horizon 2030 reste plus que jamais d'actualité. Le plan stratégique que nous allons valider s'inscrit dans la continuité du plan de 2016-2020 conformément à la vision de Monsieur le Président de la République de faire du Sénégal un pays émergent sans paludisme.

Le Sénégal, pour une mise en œuvre effective de ce PSN 2021-2025, peut compter sur l'accompagnement des partenaires au développement qui ont toujours magnifié l'engagement du gouvernement et du personnel de santé, pour une mobilisation des ressources pour le financement global de ce plan.

Enfin, je voudrais vivement remercier et féliciter tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce document, le Fonds Mondial et l'USAID/PMI pour leur appui financier constant mais aussi l'OMS, l'UNICEF, INTRAHEALTH, MACEPA, les institutions universitaires et de recherche pour l'appui technique avisé.

Nul doute qu'un jalon important sera franchi au moment de l'évaluation en 2025, pourquoi pas le passage à la pré élimination sur toute l'étendue du territoire national notamment dans les régions de Tambacounda, Kédougou et Kolda qui continuent à supporter l'essentiel du fardeau du paludisme dans notre pays.

Zéro Paludisme ; le Sénégal s'engage !

Le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale

M. Abdoulaye Diouf SARR

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACT	Combinaison Thérapeutique à base de dérivé d'Artémisinine
AID	Aspersion Intra Domiciliaire
ANACIM	Agence nationale de l'Aviation civile et de la Météorologie
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
AQ	Amodiaquine
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASPS	Alliance du secteur privé sanitaire
ASTMH	American Society of Tropical Medicine and Hygiene
BREIPS	Bureau Régional de l'Education et de l'Information pour la santé
BRH	Brigade Régionale d'Hygiène
CCLP	Cadre de Concertation des partenaires pour la Lutte contre le Paludisme
CCSC	Communication pour le Changement Social et Comportementale
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDD	Comité Départemental de Développement
CDSMT	Cadre des dépenses sectorielles à Moyen Terme
CLD	Comité Local de Développement
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPN	Consultation prénatale
CPS	Chimio Prévention du paludisme Saisonnier
CQE	Contrôle Qualité Externe
CRD	Comité Régional de Développement
CS	Centre de Santé
CSE	Centre de Suivi Ecologique
CTA	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine
CU	Couverture Universelle
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Equipeement
DGS	Direction Générale de la santé
DHAPQ	Dihydro artemisinin-piperaquine
DHIS	District Health Information Software
DLM	Direction de Lutte contre la Maladie
DPES	Document de Politique Economique et Social
DPL	Direction des Pharmacies et Laboratoires
DPPD	Document de Programmation Pluriannuel de Dépenses
DPRS	Direction de la Planification de la Recherche et de la Statistique
DPS	Domaine de Prestation de Service
DPV	Direction de la Protection des Végétaux
DSDOM	Dispensateur de soins à domicile
DSISS	Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale
ECR	Equipe Cadre de Région
EDS	Enquête Démographique et Sanitaire
EDSc	Enquête Démographique et Sanitaire continue
ENP	Enquête Nationale sur le Paludisme
EPS	Etablissement Public de Santé
EPU	Enseignement Post Universitaire
GAS	Gestion des Achats et des Stocks
ICP	Infirmier Chef de Poste
IEC /CCC	Information, Education, Communication/communication pour un Changement de Comportement
JMP	Journée Mondiale du Paludisme
LAL	Lutte anti Larvaire

LAMP	Loop Mediated Isothermal Amplification
LAV	Lutte Anti Vectorielle
LNCM	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
MACEPA	Malaria Control and Evaluation Partnership in Africa
MCD	Médecin - Chef de District
MCR	Médecin - Chef de Région
MDA	Mass Drug Administration (Administration de Médicaments de Masse)
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MNDWI	<i>Modified Normalized Difference Water Index</i>
MNT	Maladie Non Transmissible
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
OCB	Organisation Communautaire de Base
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OOAS	Organisation Ouest Africaine pour la Santé
PAP	Projet Annuel de Performance
PEC	Prise En Charge
PECADOM	Prise en Charge à Domicile
PMI	<i>President's Malaria Initiative</i>
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PPS	Points de Prestation de Soins
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS	Poste de Santé
PSE	Plan Sénégal Emergent
PSN	Plan Stratégique National
PTA	Plan de Travail Annuel
RBM	Roll Back Malaria
RM	Région Médicale
RO	Recherche Opérationnelle
RSS	Renforcement du Système de Santé
SLAP	Section de Lutte Anti Parasitaire
SNEIPS	Service National de l'Education et de l'Information Pour la Santé
SNH	Service National de L'Hygiène
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
TDO	Traitement Directement Observé
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TIC	Technologies de l'information et de la communication
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TPIFE	Technologies de l'information et de la communication
UCA	Unité de Coordination Avancée
UCAD	Université Cheikh Anta Diop de Dakar

RÉSUMÉ

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.

En 2016, le Sénégal a élaboré un deuxième plan stratégique de troisième génération couvrant la période 2016/2020. Selon la méthodologie classique élaborée par l'OMS et le partenariat Roll Back Malaria, étaient organisées une revue interne et une revue externe qui ont servi à analyser les forces, faiblesses, opportunités et menaces avant de dégager les perspectives pour les cinq prochaines années.

L'évaluation finale du PSN a permis de constater une performance globale ajustée de 40%. Cette contre-performance serait due à la faiblesse de la mise en œuvre des activités sur le MDA en pilote dans les districts ciblés et la LAL intégrée dans la LAV avec 0% pour chacun. Elle a aussi permis d'identifier les principaux défis et recommandations qui justifient les grandes orientations du nouveau plan stratégique 2021 à 2025 avec comme objectifs généraux et par rapport à 2019 : Réduire de l'incidence du paludisme d'au moins 75% ; Réduire la mortalité liée au paludisme d'au moins 75% ; et Interrompre la transmission locale dans au moins 80% des districts éligibles de 2019.

Pour ce présent PSN 2021 - 2025, il y a 8 domaines d'intervention, avec chacun, 1 à 4 objectifs spécifiques et leurs interventions. Il existe deux zones prioritaires avec des interventions spécifiques : Zones sud ou zone de forte transmission ; et les Zones nord et une partie du centre ou zone de très faible transmission. Pour une bonne implémentation et une meilleure appropriation de ces stratégies, le PNLP a mis en place des Unités de Coordination Avancées (UCA), calquées sur les strates.

Le budget global de ce PSN s'élève à 204 319 298 440 F CFA sur la période de 2021-2025, soit 2 239 FCFA/habitant et par an. Les années 2021 et 2024 ont respectivement 24,80% et 25,73% du budget global car correspondant aux années des achats de MILDA pour la mise en œuvre des campagnes CU en MILDA de 2022 et 2025.

La plus grande partie du budget en dehors de l'acquisition des intrants est consacrée à la prise en charge des cas de paludisme (diagnostic et traitement) avec 30,59%, à la lutte antivectorielle avec 20,60% et à l'IEC/CCC et promotion de la santé avec 16,80%.

CHAPITRE I : CADRE GENERAL DU PLAN

- 1.1. Contexte/Justification (ou Introduction)**
- 1.2. Situation géographique**
- 1.3. Structures politiques et administratives**
- 1.4. Situation démographique et principales caractéristiques culturelles**
- 1.5. Ecosystème, environnement et climat**
- 1.6. Caractéristiques socio-économiques**
- 1.7. Analyse du système national de santé**

CHAPITRE I : CADRE GENERAL DU PLAN

1.1. Contexte/Justification (ou Introduction)

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 (PNLP). La mise en œuvre des interventions à efficacité prouvée telles que recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), s'est traduite au niveau opérationnel par une amélioration de l'accès et de la qualité de la prise en charge, l'acceptation de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides comme un moyen utile de prévention, tout comme l'utilisation du traitement préventif intermittent (TPI) chez la femme enceinte et la chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de 3 à 120 mois.

Les tendances de la morbidité et de la mortalité sur la période de mise en œuvre du plan stratégique sont à la baisse. Ainsi le nombre de cas de paludisme est passé de 492 253 en 2016 à 354 708 en 2019 soit 28% de baisse et le nombre de décès est passé de 526 à 260 soit 51% de réduction durant la période 2016 à 2019. Cette même tendance à la baisse est observée également à travers la mesure de la prévalence parasitaire chez les enfants de moins de 5 ans qui passe de 1,20% en 2015 à 0,4% en 2019.

Ces baisses de la morbidité et mortalité palustre générales cachent des disparités régionales. A titre d'exemple en 2019, les trois régions de Kolda, Tambacounda et Kédougou seules, portent l'essentiel de la charge du paludisme. En effet, ces trois régions couvrant au total 11% de la population générale (1 822 372 habitants contre 16 209 119 habitants du pays) enregistrent 81% (286 001 sur 354 708 cas) des cas de paludisme confirmés en 2019. Elles enregistrent aussi 88% (33 396 sur 37 941 cas) des cas chez les moins de 5 ans et 89% (6 361 sur 7 155 cas) des cas chez les femmes enceintes.

Le deuxième plan stratégique de troisième génération couvrant la période 2016-2020 avait pour objectifs la pré élimination du paludisme au niveau national et son élimination au nord du pays. Dans ce plan stratégique et conformément au cycle de planification quinquennal une évaluation finale était programmée, en 2020. Ainsi, étaient organisées une revue documentaire et une revue externe qui ont permis d'analyser les forces, faiblesses, opportunités et menaces avant de dégager des recommandations pour améliorer les performances du programme dans le but d'atteindre les objectifs de 2025.

D'où la rédaction du nouveau PSN de 2021-2025, dans un contexte particulier, caractérisé par les données ci-dessous.

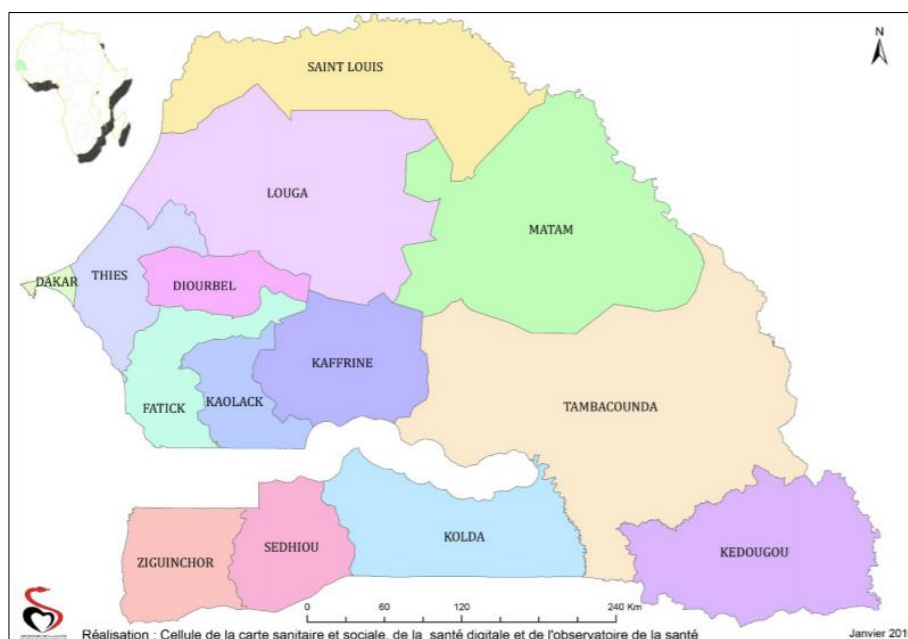
1.2. Situation géographique

Le Sénégal est situé à l'extrême ouest du continent africain. Il couvre une superficie de 196 712 km² avec une façade maritime occidentale de plus de 700 km. Il est limité au Nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'Est par la République du Mali, au Sud par la République de Guinée et la République de Guinée Bissau et à l'Ouest par l'océan atlantique. La République de Gambie constitue une enclave de 25 km de large et de près de 300 km de long à l'intérieur du territoire sénégalais.

1.3. Structures politiques et administratives

Le Sénégal a opté pour une politique de déconcentration administrative avec un découpage en 14 régions, 45 départements et 123 arrondissements. Il met également en œuvre une politique de décentralisation progressive et irréversible avec 599 collectivités territoriales (42 départements /collectivités territoriales, 557 communes dont 3 villes qui épousent le contour de leur département administratif.

La carte 1 montre les régions administratives du Sénégal.



Carte 1: les régions administratives du Sénégal

La loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013, portant « Acte III de la Décentralisation » a introduit la communalisation intégrale, supprimé la région comme collectivité locale et érigé le département en collectivité locale. Avec cet approfondissement de la décentralisation, l'Etat du Sénégal a définitivement opté pour la territorialisation des politiques publiques, pour asseoir des territoires viables et compétitifs, porteurs d'un développement durable. A ce titre, ces collectivités locales, devenues collectivités territoriales par la loi n° 2014-19 du 24 avril 2014, sont dotées de compétences transférées dans neuf domaines, dont celui de la santé. Chaque collectivité territoriale est dirigée par des conseillers élus.

1.4. Situation démographique et principales caractéristiques culturelles

En 2019, la population du Sénégal est estimée à 16 209 125 habitants¹ avec une croissance démographique de 2,5%. L'accroissement relativement élevé de la population est expliqué par une natalité toujours élevée (taux brut de natalité 38‰), un indice synthétique de fécondité à 4,6 (**EDS-C 2017**), et une mortalité globale en constante baisse passant de 8,2‰ en 2013, à 7,1‰ en 2018 (**ANSD**).

La densité moyenne de la population est de 82 habitants au km². Toutefois, il existe une forte disparité dans la répartition de la population entre les 14 régions administratives du pays. Les régions les plus peuplées sont Dakar, Thiès et Diourbel avec respectivement 23,1% ; 13,0% ; et 11,1% de la population totale. A l'opposé, les régions septentrionales et orientales

¹ ANSD. Projections de la Population Sénégalaise par Région.
http://www.ansd.sn/index.php?option=com_ansd&view=titrepublication&id=30

du pays se caractérisent par la faiblesse de leur population : la région de Kédougou est la moins peuplée avec 1,1% de la population totale, tandis que celle de Tambacounda, qui représente la région la plus vaste (21,5 % de la superficie nationale), ne compte que 5,2% de la population du pays.

Le tableau I donne la répartition de la population par région en fonction des superficies selon les projections de l'ANSD en 2019.

Tableau I: Répartition de la population du Sénégal selon les régions (ANSD 2019)

Région	Population Totale	Poids Démographique (%)	Superficie (km ²)	Densité (hbs/ km ²)
Dakar	3 732 282	23,03	547	6 823
Diourbel	1 801 999	11,12	4 824	374
Fatick	870 361	5,37	6 849	127
Kaffrine	703 560	4,34	11 262	62
Kaolack	1 155 433	7,13	5 357	216
Kédougou	184 276	1,14	16 800	11
Kolda	796 581	4,91	13 771	58
Louga	1 032 644	6,37	24 889	42
Matam	706 042	4,36	29 445	24
Saint-Louis	1 063 539	6,56	19 241	55
Sédhiou	553 006	3,41	7 341	75
Tambacounda	841 512	5,19	42 364	20
Thiès	2 105 711	12,99	6 670	316
Ziguinchor	662 179	4,09	7 352	90
SENEGAL	16 209 125	100,00	196 712	82

Source : ANSD 2018

La population du Sénégal est caractérisée par sa jeunesse (la moitié de la population a moins de 18,5 ans) avec un âge moyen de 22,7 ans. Au rythme actuel d'évolution de la croissance démographique, la population du pays va doubler en l'espace de 28 ans. Ces caractéristiques particulières mettent en exergue l'enjeu majeur de la capture du dividende démographique, pour l'atteinte des objectifs nationaux de développement.

Sur la situation socioculturelle, le Sénégal jouit d'une riche diversité ethnique. Les principales ethnies sont les *Wolof* représentant 39,8% de la population, les *Halpular* (26,5%), les *Sérères* (15,0%), les *Mandingue* (6,2%) et les *Joola* (3,7%). Divers autres groupes et sous-groupes ethniques composent les 8,8% restants : Arabes *hasanya*, *Manjaque*, *Balante*, *Bambara*, Arabes d'origine libano-syrienne, etc.

Le français est la langue officielle du pays. La langue majoritairement parlée est le *Ouolof*.

Sur le plan religieux, la population du Sénégal est composée majoritairement de musulmans (94,7%). Les chrétiens représentent 4,9%, tandis que les autres religions représentent 0,4% de la population.

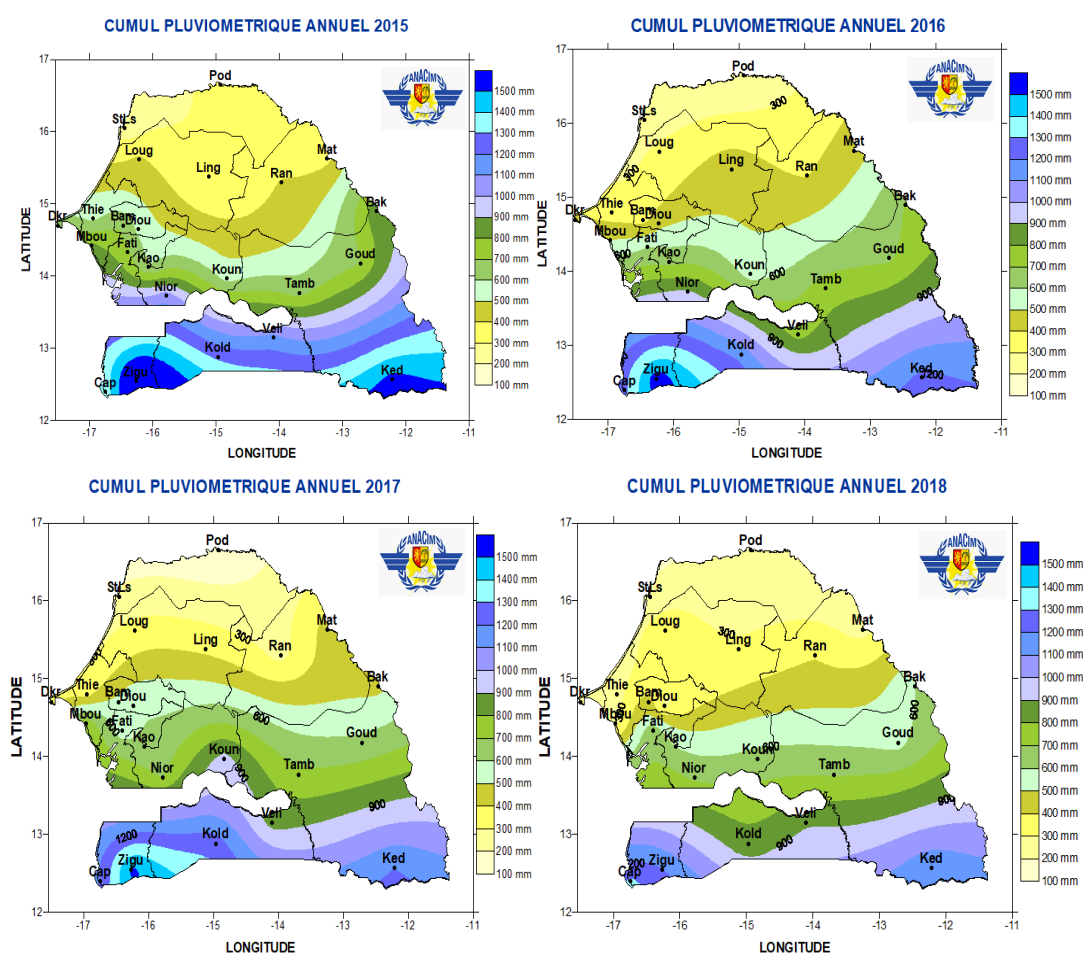
1.5. Ecosystème, environnement et climat

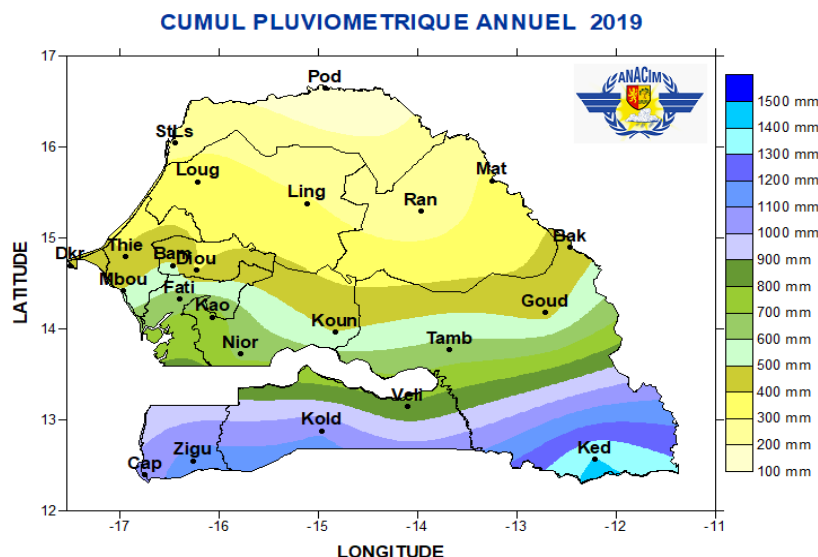
Il est aujourd'hui admis que les maladies à transmission vectorielle, en l'occurrence le paludisme, sont liées en grande partie à la variabilité du climat. Plusieurs travaux ont montré le risque de transmission du paludisme principalement modulé par les précipitations, l'humidité et les températures (Gupta et al. 1998 ; Folland et al. 1991 ; Ndiaye et al. 2001 ; Reiter 2003 ; Mouchet 2004 ; Alonso, 2011). D'ailleurs, la transmission du paludisme suit, entre autres, le caractère saisonnier et spatial des précipitations. La saison des pluies qui se

déroule généralement entre mai et octobre au Sénégal reste par excellence la période favorable à la pullulation des moustiques vecteurs du paludisme donc du risque de transmission (Diouf, 2016). Les conditions météorologiques et climatiques engendrant des changements environnementaux globaux incitent à un travail multidisciplinaire impliquant le PNLP, l'ANACIM et d'autres institutions universitaires.

La fourniture d'informations climatiques de qualité, pour un secteur aussi sensible que la santé, nécessite de disposer d'une base de données fiables. Avec son réseau d'observation (25 stations et plus de 300 postes pluviométriques), l'ANACIM surveille continuellement l'atmosphère grâce à un suivi (mesure) quotidien des différents paramètres météorologiques, y compris ceux nécessaires à l'élaboration d'offre de services destinée au secteur de la santé. C'est sur cette base que certaines analyses sur l'évolution du temps et du climat puissent être réalisées.

D'ailleurs, l'analyse de la pluviométrie de 2015 à 2019 montre une forte variabilité interannuelle. En effet, les cinq dernières années sont marquées par une année humide (2015) sur pratiquement tout le territoire, de deux années normales (2016 et 2017) et de deux années déficitaires (2018 et 2019) par rapport à la période 1981-2010 et inférieures à la moyenne des cinq dernières années.

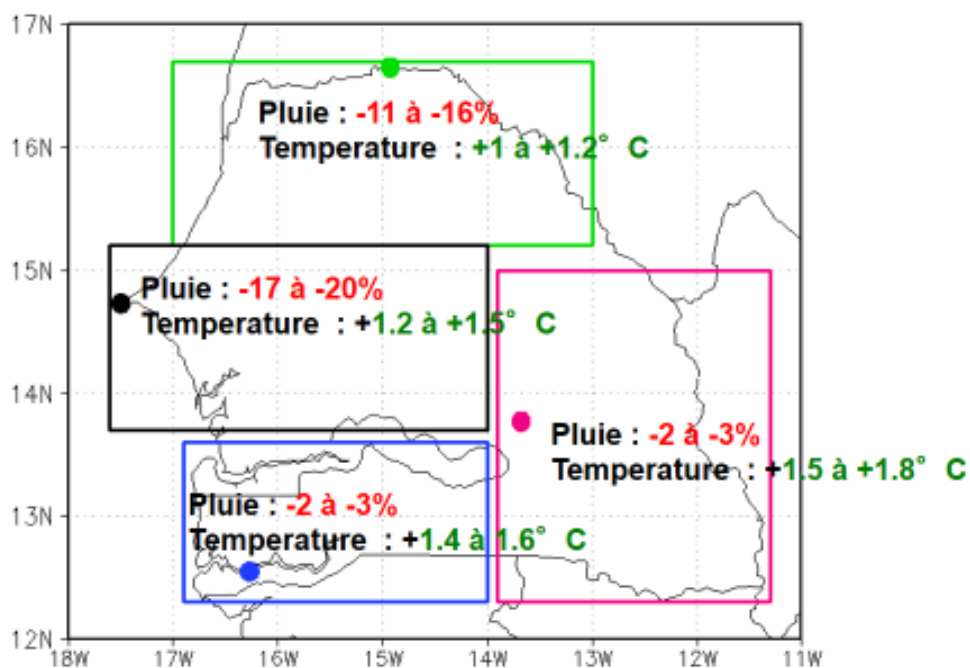




Carte 2: cumul de la pluviométrie au Sénégal de 2015 à 2019

A l'horizon 2035, toutes les simulations climatiques prévoient une forte variabilité interannuelle des températures. Cette hausse comprise entre 1 et 1.8° sera plus marquée au nord et au sud- est et ouest du pays.

Concernant la pluviométrie, il est attendu une diminution du cumul allant de -20% au Centre et à l'Ouest à -2% au Sud et Sud Est du pays.



Carte 3: Projection des précipitations et de la température à l'horizon 2035 selon 4 zones éco-géographiques (Source : ANACIM)

Hormis le climat, d'autres facteurs de risque pour le paludisme, d'ordre écologique, infrastructurel, sont à prendre en compte par le PNLP dans sa lutte vers le pré élimination comme objectif du PSN 2021-2025. Il s'agit, entre autres, de la couverture végétale, des points d'eau de surface, de l'habitat.

L'étude de la densité de la production végétale ou de la biomasse est un bon indicateur additionnel pour la détection et la compréhension des *hot-spots* sur un territoire. Les cartes

de la production végétale du Sénégal sont réalisées annuellement par le Centre de Suivi Écologique (CSE) à partir de deux types de données. La première donnée est l'indice normalisé de différence de végétation (*Normalized Difference Vegetation Index : NDVI*) à partir du traitement des images PROBA-V intégré sur la période allant de la première décennie de mai à la troisième décennie d'octobre. La seconde reste la quantité de biomasse produite (herbacée et ligneuse en kg.ms/ha) généralement prélevée et mesurée au niveau de 36 sites de contrôle au sol à travers le pays.

Le suivi des points d'eau de surface, essentiellement, temporaires dans plus de 5 régions administratives du Sénégal centrées dans la région du Ferlo est également à intégrer dans le dispositif de surveillance environnementale. La plateforme de suivi de plus de 1300 mares, co développée par le centre de suivi écologique (CSE) dans le cadre du programme SERVIR, est une interface de diffusion basée sur des images satellitaires de type Landsat-8 (30 m de résolution) et Sentinel-2 (10 m de résolution) pour calculer un indice appelé *Modified Normalized Difference Water Index* (MNDWI) permettant de déterminer les pixels d'eau.

Les deux éléments cités plus haut à savoir la production végétale et le suivi des points d'eau de surface sont à croiser pour estimer le risque potentiel lié à cette pathologie. A cet effet, plus l'eau favorisant l'humidité et la végétation sont présentes, plus les *hot-spots* potentiels pour le paludisme sont importants. Sur cette base, l'analyse spatiale par la superposition de couches d'information (stratification) doit également servir d'intrant dans la dynamique de lutte contre le paludisme.

Sur la base de la couverture végétale, certaines régions du Sénégal sont plus exposées que d'autres en termes de risque. La zone sud, c'est-à-dire la partie sud de Tambacounda, Kédougou et alentours enregistre les plus importantes quantités de biomasse du pays, suivie de la région centre correspondant à Kaffrine, la partie nord de Tambacounda et le sud du Ferlo. La zone nord correspondant à la vallée du fleuve tient les quantités de biomasse les plus faibles, et ceci est visible à travers le gradient « vert » du Nord au Sud. Il est également noté une variabilité spatiale et temporelle relativement significative.

Le suivi de la biomasse à l'échelle régionale permet de relever des informations aidant à prendre des décisions à propos de la lutte contre le paludisme. En revanche, il serait plus intéressant de descendre à des échelles plus convenables et adéquates pour le décideur d'où l'utilité d'améliorer ou d'affiner les cartes produites pour les besoins de la lutte contre le paludisme. Il est aujourd'hui clair que le suivi régulier des éléments environnementaux tels que les paramètres climatiques comme les précipitations et biologiques (production végétale) doivent être intégrés dans le processus de planification et de prévention dans la lutte contre le paludisme.

1.6. Caractéristiques socio-économiques

Le Sénégal est caractérisé par une stagnation relative de la pauvreté, expliquée en partie par un taux annuel de croissance du PIB par tête d'habitant d'environ 0,5% sur la période 2005-2011. Toutefois, la légère baisse de l'incidence de la pauvreté a été accompagnée par une augmentation du nombre absolu de pauvres sur la période. La pauvreté est plus élevée en zone rurale qu'en zone urbaine. Avec 26,1% de pauvres en 2011, la région de Dakar jouit d'une situation nettement plus favorable que les autres régions du pays, même si elle contribue de façon importante (13,5%) à la pauvreté du fait qu'elle concentre un quart de la population (ANSD, 2011).

Afin de promouvoir l'essor socio-économique en général et de lutter efficacement contre la pauvreté en particulier, le Sénégal s'est engagé depuis 2012 dans un nouveau modèle de

développement porté par le Plan Sénégal Émergent (PSE). Celui-ci constitue le référentiel de la politique économique et sociale depuis 2014, et vise l'émergence dans la solidarité à l'horizon 2035. Il 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 par la protection des groupes vulnérables et la garantie de l'accès aux services essentiels.

1.7. Analyse du système national de santé

1.7.1. Politique sanitaire nationale : Fondements, principes, Gouvernances sanitaire, approches

Le MSAS a une longue tradition d'élaboration et de mise en œuvre d'importants outils de planification et de gestion axée sur les résultats. Il est à noter une bonne fonctionnalité des cadres de coordination et de suivi (CIS, RAC, MCS) du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

La Gouvernance du secteur de la santé et de l'action sociale a souffert de certaines limites comme l'appropriation insuffisante de l'exercice d'élaboration des Plans de Travail Annuels (PTA), la persistance de la logique de budget fondé sur une base historique, l'inexistence de mécanismes d'arbitrage budgétaire avec des critères d'allocation de ressources mais aussi l'insuffisante coordination des interventions des partenaires malgré les bénéfices tirés de l'approche sectorielle.

Conformément aux orientations du PNDS 2009-2018, la Direction en charge de la Planification, de la Recherche, et des Statistiques (DPRS) et la Direction Générale de la Santé (DGS) ont été créées en 2012. Le rattachement de l'action sociale au Ministère de la Santé en 2012 a conduit à la création de la Direction Générale de l'Action sociale (DGAS).

Pour les besoins de régulation du secteur, un certain nombre d'initiatives a été pris ; entre autres : **(i)** la réforme des comités de santé et comités de gestion qui a conduit à la création des Comités de Développement Sanitaire (CDS) ; **(ii)** l'élaboration d'une nouvelle carte sanitaire 2019-2023. Cependant la mise en cohérence du cadre législatif implique la conduite ou la finalisation d'autres réformes telles que : **(i)** le décret portant organisation du MSAS ; **(ii)** la réforme du système de santé local (district) en cohérence avec l'acte III de la décentralisation ; **(iii)** l'élaboration du Code de la santé publique ; **(iv)** la révision du Code de l'hygiène ; **(v)** l'adoption de la loi relative à la couverture maladie universelle (CMU) et, **(vi)** la continuité de la transposition des textes communautaires.

Les instances de coordination du PNDS se tiennent régulièrement au niveau central et opérationnel (régions et districts sanitaires). Par contre, les cadres d'animation de la multisectorialité (Conseil Supérieur de la multisectorialité, Comités régional et départemental multisectoriels) peinent à être mis en place ou à être fonctionnels.

En outre, les comités de pilotage des programmes sectoriels d'appui au développement fonctionnent de façon irrégulière et peu efficace, sans que leurs conclusions n'alimentent réellement les revues sectorielles nationales. Le cadre unique et harmonisé des interventions du secteur de la santé (Compact) mis en place pour une plus grande efficacité de l'aide publique au développement n'a pas été évalué ni mis à jour.

Au total, l'existence de ces diverses instances de dialogue, de coordination et d'harmonisation de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS), pourrait être soutenue par la mise en place formelle d'un comité de pilotage du PNDSS. Celui-ci servirait alors d'interface multisectorielle de réflexion et de décision sur la politique de santé et la mise en œuvre du PNDSS.

1.7.2. Profil épidémiologique sanitaire

1.7.2.1. État de santé de la population

L'état de santé de la population sénégalaise est marqué par : (i) des taux encore élevés de morbidité et de mortalité maternelle et infanto-juvénile ; (ii) une persistance du fardeau des maladies transmissibles, malgré des progrès significatifs depuis plusieurs décennies ; et, (iii) un accroissement rapide du fardeau des Maladies Non Transmissibles, qui pour la plupart sont des maladies chroniques à soins coûteux

1.7.2.2. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes

Le gouvernement du Sénégal a fait de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune, une priorité. A ce titre, un plan stratégique intégré SRMNIA, un dossier d'investissement pour l'amélioration de la Santé Maternelle et Infantile (SMI) et un Plan d'urgence de la santé de la mère et du nouveau - né ont été élaborés. Ci-après, l'analyse des déterminants de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes, est faite par composante.

❖ Mortalité maternelle

Le ratio de mortalité maternelle, même s'il est encore élevé, a continuellement chuté selon les EDS. Il est passé de 850 pour 100 000 naissances vivantes dans les années 86 - 87, à 501 pour 100 000 NV en 1997, 315 pour 100 000 NV en 2015, et 236 pour 100 000 NV en 2017 (compte à rebours SNU). Toutefois, malgré les résultats encourageants pour le Sénégal, ils n'ont pas permis d'atteindre l'OMD5 en 2015 où la cible était de 122 pour 100 000 NV et la cible pays 200 (**Source EDS / Compte à rebours SNU 2018**)^{[1][2][3][4][5][6][7][8][9][10][11][12][13][14][15][16][17][18][19][20][21][22][23][24][25][26][27][28][29][30][31][32][33][34][35][36][37][38][39][40][41][42][43][44][45][46][47][48][49][50][51][52][53][54][55][56][57][58][59][60][61][62][63][64][65][66][67][68][69][70][71][72][73][74][75][76][77][78][79][80][81][82][83][84][85][86][87][88][89][90][91][92][93][94][95][96][97][98][99][100]}

❖ Mortalité néonatale

Le taux de mortalité néonatale a connu une baisse entre 1997 et 2017, passant respectivement de 37‰ à 28‰. Cette mortalité est plus élevée en milieu rural (26‰) qu'en milieu urbain (20‰). Il est variable selon les régions. Selon l'EDS-Continue 2017, les quotients de mortalité néonatale les plus élevés, sont enregistrés dans les régions de Kaolack (36‰), Sédhiou (35‰), Matam (33‰), Louga (33‰) et Diourbel (31‰). Les régions de Kolda et Dakar ont les quotients de mortalité néonatale les plus faibles, avec respectivement 23‰ et 22‰.

Les principales causes de mortalité néonatale au Sénégal sont constituées par la prématurité, les asphyxies, les septicémies, les anomalies congénitales et la pneumonie.

❖ Mortalité infantile

Globalement, la mortalité infantile a connu une forte baisse au Sénégal entre 1997 et 2017. Elle est passée de 68‰ en 1997 à 42‰ en 2017. Toutefois, d'importantes disparités existent selon le milieu de résidence urbain (36‰) ou rural (45‰). Selon les régions, Dakar a le taux le plus bas (27‰) et Matam le plus élevé (55‰). Les régions de Diourbel (52‰), Tambacounda (49‰), Louga (48‰), Kaolack (47‰) et Kaffrine (47‰) enregistrent aussi des niveaux de mortalité infantile élevés.

❖ Mortalité infanto-juvénile

Le taux de mortalité infanto-juvénile a connu une forte baisse au Sénégal, avec une réduction allant de 139‰ en 1997 à 56‰ en 2017 (soit une réduction de 60% en l'espace de 20 ans) même si l'objectif national de 44‰ attendu en 2015 n'a pas été atteint (**Source EDS 2017**)

❖ Mortalité périnatale

Le taux de mortalité périnatale, qui comprend les mort-nés et les décès néonataux précoces (0-6 jours), est élevé, atteignant 41 décès pour mille grossesses de sept mois ou plus. Elle est plus importante chez les femmes de 40-49 ans (49 pour mille grossesses) que chez les femmes de 20-29 ans (35 pour mille grossesses). Elle est également plus élevée selon la durée de l'intervalle avec la naissance précédente (49 pour mille pour une naissance précédente inférieure à 15 mois contre 28 pour mille grossesses pour une naissance précédente comprise entre 27 et 38 mois). La mortalité périnatale est plus élevée en milieu rural (42‰) qu'en milieu urbain (37‰).

1.7.2.3. *Maladies transmissibles*

❖ Tuberculose

L'incidence de la tuberculose qui tournait autour de 140 cas pour 100 000 habitants jusqu'en 2016, a connu une réduction jusqu'à 122 cas pour 100 000 habitants à partir de 2017 (Rapport OMS 2018). La détection est passée de 60% en 2009 à 66% en 2017, favorisée par les interventions communautaires. Cependant, la problématique des cas manquants persiste pour impulser un terme à l'épidémie. Le taux de succès au traitement toutes formes confondues, est passé de 78% en 2009 à 88% en 2017 pour un objectif de 90%. La tuberculose pharmaco-résistante dont la prise en charge a démarré en 2010 reste un défi majeur dans la politique nationale mais le dispositif reste entièrement gratuit y compris le soutien psychosocial des malades. Sa prévalence parmi les cas ayant un antécédent de traitement (rechute, échec, reprise après abandon) a augmenté, passant de 17,9% en 2006 à 19% lors de la dernière enquête de pharmacorésistance.

❖ VIH/SIDA

La prévalence nationale du VIH/SIDA (chez les 15-49 ans) est passée de 0,7% en 2010-2011 à 0,5% en 2017 (EDS 2017), variant de 0,8% à 0,5% chez les femmes et, de 0,5% à 0,4% chez les hommes. Cette estimation relativement faible, cache des disparités au niveau régional, avec des prévalences nettement plus élevées que la moyenne nationale au niveau des régions de Ziguinchor (1,5%), de Kolda (1,5%) et de Kaffrine (0,9%).

La prévalence est passée de 18,5% à 6,6% en 2015 (ENSC- 2015) chez les professionnels du sexe et de 17,8% à 27,6% de 2014 à 2017 chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. -

❖ Hépatites

Le Sénégal est une zone de forte endémicité à l'hépatite B et de faible endémicité à l'hépatite C. Des études récentes⁴ ont révélé des taux de prévalence respectifs de 8 à 9% et de 2%.

Grâce à la vaccination universelle des nouveau-nés contre l'hépatite B pratiquée depuis 1999 dans le cadre du Programme National de Lutte contre les Hépatites et l'introduction de cette

vaccination dans le Programme Elargi de Vaccination (PEV), la séroprévalence globale de l'antigène HBs a diminué de 17% à 9% entre 1999 et 2017.

Par contre, la séroprévalence et les facteurs de risque identifiables de l'hépatite C, sont encore mal connus. Chez les donneurs de sang et les femmes enceintes, la prévalence est faible (inférieure à 2%) ; elle est supérieure à 10% dans certaines populations à risque (utilisateurs de drogues par voie injectable, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) selon des études concordantes. La modélisation épidémiologique prédit qu'un grand nombre de sénégalais vivant avec une hépatite chronique actuellement non détectée évolueront vers une maladie hépatique majeure au cours de la prochaine décennie.

❖ **Maladies Tropicales Négligées (MTN)**

Le Sénégal s'est inscrit dans une dynamique de contrôle et d'élimination des Maladies Tropicales Négligées (MTN). A cet effet, deux plans quinquennaux ont été mis en œuvre au courant de cette dernière décennie. La mise en œuvre des stratégies recommandées par l'OMS pour lutter contre ces maladies a permis d'obtenir des résultats satisfaisants :

- la certification de l'interruption de la transmission de la dracunculose en 2004 ;
- l'élimination de la lèpre en 1995 ;
- l'onchocercose ne constitue plus un problème de santé de publique et est en voie d'élimination ; toutes les évaluations épidémiologiques et entomologiques réalisées ces dernières années ont montré l'absence du parasite chez les vecteurs ;
- tous les districts endémiques au trachome ont terminé leur cycle de distribution de masse de médicaments en 2017 et les enquêtes d'impact réalisés montrent des taux de prévalence inférieurs à 5% ; niveau indiqué pour l'arrêt du traitement de la forme active ;
- l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des produits antirabiques (vaccins et sérums) depuis 2013 ;
- le passage à l'échelle de la Distribution de Masse de Médicaments (DMM) contre la filariose lymphatique, les bilharzioses et les géo helminthiases, a été réalisé en 2015 ;
- l'arrêt des traitements de masse pour les schistosomias (bilharzioses) dans les districts sanitaires de Foundiougne et de Thionck - Essyl.

1.7.2.4. Maladies non transmissibles (MNT)

Les maladies chroniques à soins coûteux représentent 30% des dépenses nationales de santé⁶. Ces affections sont responsables de 34% des décès au Sénégal contre 28% en Afrique subsaharienne. Elles constituent un problème de santé publique du fait de la progression constante du nombre de personnes affectées.

Pour les MNT, beaucoup de facteurs de risque ont été identifiés, dont : (i) la surcharge pondérale des adultes dont le pourcentage est de 22,1% ; (ii) le tabagisme dont le pourcentage des adultes fumeurs est de 6,7% ; (iii) la non pratique d'une activité physique régulière dont le pourcentage chez les adultes est de 14,1% ; et (iv) l'insuffisance des structures spécialisées de prise en charge des troubles de santé mentale exclusivement concentrées dans 7 des 14 régions du Sénégal, et principalement à Dakar et sa banlieue.

1.7.2.5. Hygiène et assainissement

La situation de l'hygiène individuelle et collective au niveau de nos villes et villages demeure précaire malgré les efforts consentis dans le domaine de l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Dans ce sous-secteur, il est admis que sans toilettes, les sources d'eau sont contaminées.

Il convient de rappeler que la diarrhée, la pneumonie et les complications à la naissance sont les trois principales causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans le monde entier.

1.7.2.6. Santé-environnement :

Au plan de la santé environnementale, des préoccupations majeures sont notées :

- 60% des écosystèmes vitaux de la planète sont déjà détériorés ou sont soumis à des pressions excessives, alors qu'ils assurent le maintien de la qualité de l'air, des sols et des ressources en eau ;
- plus de 23 % des décès en Afrique, soit plus de 2,4 millions de décès par an, sont imputables à des facteurs de risque évitables liés à la détérioration de l'environnement, avec des effets particuliers sur les couches les plus pauvres et les plus vulnérables, notamment les enfants, les femmes, les incapacités, les réfugiés ou personnes déplacées, et les personnes âgées ;
- exposition de plus en plus des pays africains aux catastrophes naturelles liées aux changements climatiques ;
- non mise en œuvre de la convention de Bamako sur les Déchets dangereux, adoptée en 1991.

Le Sénégal a affirmé son engagement à mettre en œuvre les 11 actions prioritaires de la déclaration de Libreville 2008, qui visent à établir une plateforme efficace pour traiter les impacts environnementaux sur la santé.

1.7.2.7. Situation de la pauvreté et du handicap

Dans sa mission, le MSAS cible également les groupes sociaux défavorisés, les personnes handicapées, les personnes âgées et les inadaptés sociaux².

Classé 162^{ième} sur 205 pays, avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,494, le Sénégal figure parmi les pays les plus « à développement humain faible »³. Le taux de pauvreté était estimé à 46,7% au Sénégal en 2011. Le nombre absolu de pauvres n'a cessé de croître, atteignant 6,3 millions, toujours en 2011⁴.

La plupart des ménages sénégalais se déclarent pauvres (56,5%), ou très pauvres (45,7%)⁵. La même source fait observer que la perception du bien-être est nettement meilleure en milieu urbain, en particulier à Dakar, qu'en milieu rural. En ce qui concerne leurs conditions de vie, 71,2% des ménages trouvent leurs conditions de vie moyennes.

² Mission de la DGAS. <http://www.sante.gouv.sn/les-directions/la-direction-g%C3%A9n%C3%A9rale-de-l%E2%80%99action-sociale-o>

³ PNUD. Rapport sur le Développement Humain 2016 ; le développement humain pour tous.

⁴ Stratégie nationale de Financement de la Santé pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle. 2017.

⁵ ANSD. Pauvreté et conditions de vie des ménages, 2015.

Pour 28,5% des ménages, les revenus sont jugés insuffisants, et ne permettent pas de faire face aux dépenses.

Quant au handicap, il concerne « toutes les personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut porter atteinte à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité ». Il s'agit de personnes qui risquent, plus que la population générale, de subir les effets de la pauvreté et de la maladie.

En 2013, la prévalence du handicap au niveau de la population sénégalaise âgée de plus d'un an, était estimée à 5,9% ; cette prévalence était plus élevée chez les femmes (6,2%) que chez les hommes (5,6%) ; elle est également légèrement plus élevée en milieu rural (6,0%) qu'en milieu urbain (5,8%). Dans l'ensemble, la prévalence du handicap est plus élevée chez les personnes du 3ième âge, les chômeurs et les autres personnes inactives.

1.7.3. Ressources humaines pour la santé

Sur le plan des ressources humaines, le recrutement accru de personnels techniques a permis de relever les effectifs des médecins, techniciens supérieurs de santé, sages-femmes, infirmiers, assistants infirmiers dans les structures sanitaires.

Toutefois, les ratios de couverture pour le personnel de santé qualifié sont encore en deçà des prévisions. Le tableau ci-après présente les ratios de 2016.

Tableau II : Ratio de couverture en personnel de santé au Sénégal en 2016 (Source Annuaire des RH 2016).

Catégories Socio Professionnelles	Normes nationales	Ratio de Couverture
Médecin (habitants)	Selon type de structures	1 pour 13 575
IDE (habitants)	1 pour 5 000	1 pour 5 942
SFE (FAR)	1 / 1 500 à 2000 FAR	1 pour 2 233 FAR

Il faut noter qu'environ 25 000 Agents Communautaires de Santé (ACS) formés sur un paquet de services préventifs, curatifs et promotionnels officient au niveau communautaire (cases et sites communautaires).

La répartition des personnels sanitaires est caractérisée par une plus forte concentration à Dakar en particulier, et à l'ouest du pays en général. L'étude sur la situation des ressources humaines en santé menée en février 2018 par le Ministère de la santé et de l'action sociale a révélé qu'il existe 520 sages-femmes à Dakar sur une norme de 321 soit un surplus de 209. L'absence d'un mécanisme de gestion prévisionnelle des emplois et compétences efficace explique en grande partie cette situation. Le même déséquilibre est noté pour les spécialités médico-chirurgicales entre Dakar et les autres régions du pays, créant un manque d'équité au niveau de l'accès aux services de qualité. A titre d'exemple, il n'y a pas de néphrologues, d'ophtalmologistes, de neurologues, de cancérologues dans plus de 80% des EPS. Plusieurs EPS3 ne sont pas aux normes, avec l'absence de certaines spécialités (cardiologie, dermatologie, UAU, SAU, CREN).

Parallèlement à ces aspects, il faut noter que le potentiel offert par le dynamisme du secteur privé n'est pas suffisamment exploité et valorisé. En effet, ce secteur regroupe en termes de ressources humaines, près de 17 000 employés permanents parmi lesquels 1 592 Médecins spécialistes, 582 Médecins généralistes, et 1 132 Pharmaciens.

Par ailleurs, une offre itinérante de services de santé a été également développée dans les zones difficiles d'accès : sages-femmes itinérantes, stratégies avancées intégrées, équipes mobiles. De plus, la prise en charge à domicile (PECADOM) du paludisme dans les zones difficiles d'accès, et ne disposant pas de structures sanitaires a été élargie à la PEC d'autres affections de l'enfant.

Le secteur privé offre plus de 30 spécialités médicales souvent peu disponibles dans les structures publiques. L'offre de services de santé du secteur privé n'est pas capitalisée dans la densification de la couverture sanitaire, ni suffisamment contrôlée par la tutelle technique. Les données et contributions du secteur privé sont insuffisamment intégrées dans le calcul et l'analyse des indicateurs. Enfin, les conditions d'accès aux crédits d'investissements et les incitations fiscales insuffisantes limitent les capacités du secteur privé de la santé à offrir des prestations financièrement plus accessibles pour la population en général.

1.7.4. Médicaments et produits de santé

Le Sénégal dispose d'une Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) qui s'aligne avec le Plan Sénégal Émergent (PSE) et la Politique nationale de Développement Sanitaire qui vise l'atteinte des Objectifs pour le Développement Durable (ODD). Elle repose essentiellement sur un approvisionnement régulier en médicaments de qualité, une réglementation pharmaceutique forte, une production locale de produits pharmaceutiques, un financement adéquat du médicament et une recherche opérationnelle active.

La disponibilité et l'accessibilité géographique et financière des médicaments de qualité à toutes les couches de la population est une des priorités de la politique de santé.

L'évaluation du plan stratégique 2016-2020 du PNLP a montré une bonne disponibilité d'intrants en général (ACT, TDR et MILDA). Cependant des efforts additionnels sont à faire pour réduire les ruptures notées pour certains produits notamment la SP et les péremptions. Ce présent plan stratégique 2021-2025 qui s'inscrit dans la dynamique de l'élimination du paludisme au Sénégal, réserve une place de choix à la bonne gestion des approvisionnements et des achats d'intrants de qualité qui conditionne l'accélération de la mise en œuvre de différentes interventions de prévention et d'offres de services.

Le plan stratégique repose également sur le renforcement de capacité des acteurs, l'amélioration des capacités et des conditions de stockage de la chaîne d'approvisionnement mais surtout sur le renforcement du système d'information de gestion logistique qui l'innerve et assure la production de données de qualité pour le suivi, l'évaluation et la coordination des différentes interventions pour des prises de décisions éclairées.

1.7.5. Gestion et fourniture de produits pharmaceutiques

La gestion des médicaments et produits pharmaceutiques suit un cycle allant de la sélection des médicaments et produits de santé à leur utilisation.

Il est à noter que la quantification des besoins en médicaments et produits antipaludiques est effectuée par le PNLP en collaboration avec ses partenaires.

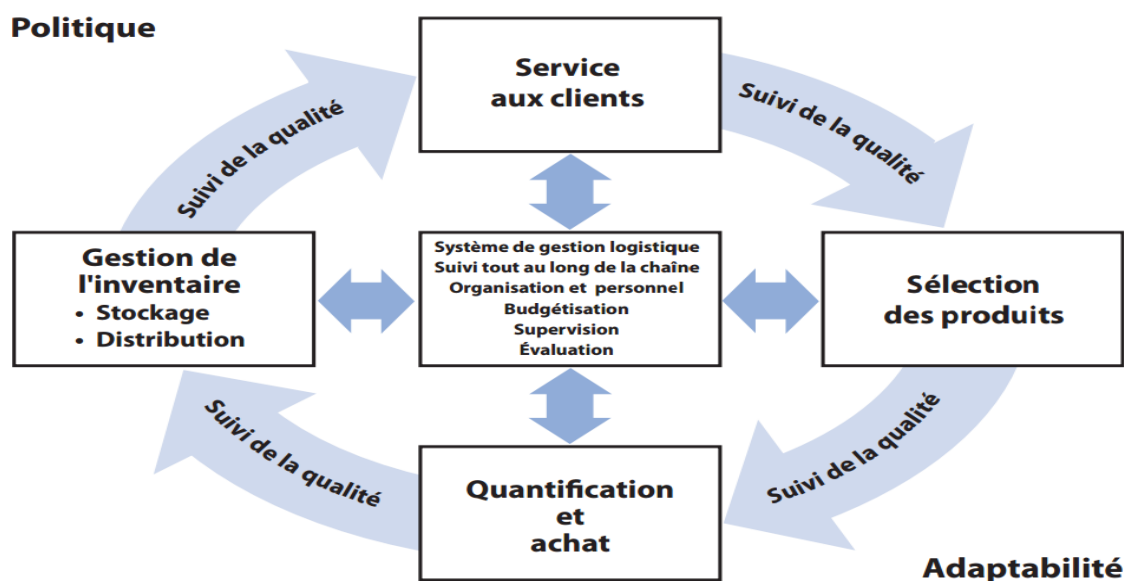


Figure 1 : Gestion et fourniture de produits pharmaceutiques

Le contexte actuel marqué par l'intensification et l'accélération des interventions, l'augmentation du nombre de produits ou intrants, la présence de nombreux partenaires et acteurs avec la diversité des procédures et exigences orientent vers la mise en place d'un cadre harmonisé de gestion des intrants de la lutte contre le paludisme.

Les initiatives de distribution, le *jegesina* et le *yeksina* mises en œuvre par la PNA avec l'appui des partenaires, permettent de rendre disponibles les médicaments et autres produits de santé jusqu'au points de prestation de service et de collecter les données logistiques notamment de consommation et de ruptures. Ces modèles de distribution dont le mécanisme de mise en œuvre demeure encore étranger à beaucoup d'acteurs sont davantage de raisons pour réviser régulièrement les procédures et démarches codifiées dans le manuel du *Yeksina* pour améliorer la qualité des approvisionnements et de la gestion des stocks d'intrants de la lutte contre le paludisme.

1.7.6. Système national d'approvisionnement

Au Sénégal, le système d'approvisionnement en médicaments et autres produits de santé comprend le secteur public et le secteur privé qui sont complémentaires.

Le secteur public est approvisionné par la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) sur la base de la liste nationale de médicaments essentiels, par appels d'offres internationaux. Des conventions ont été signées entre le Ministère de la Santé et de l'action sociale et la PNA afin qu'elle assure le stockage et la distribution des médicaments et produits des Programmes de Santé conformément au nouveau schéma de distribution *yeksina*. C'est ainsi que la PNA, avec les procédures du code des marchés publics, assure la disponibilité des médicaments et produits antipaludiques sur lesquels le programme de lutte contre le paludisme exige la préqualification (OMS, WHOPES, Global Fund PQ System).

Le PNL, à l'instar d'autres programmes du MSAS, bénéficie de l'appui de partenaires techniques et financiers qui peuvent mettre à la disposition de dons de médicaments et autres produits de lutte contre le paludisme. Ces achats se font à travers leur propre mécanisme mais le stockage, la gestion et la distribution sont intégrés au système national public.

Pour le secteur privé, l'approvisionnement et la distribution sont assurés essentiellement par les grossistes répartiteurs privés et concernent principalement les spécialités pharmaceutiques et les génériques de marque (princeps et génériques).

Les médicaments et produits antipaludiques sont distribués jusqu'au niveau communautaire (Cases et sites PECADOM). Il s'agit essentiellement des ACT, des Rectocaps, des TDR et des MILDA.

La dispensation des médicaments et produits antipaludiques est assujettie à une politique de gratuité qui concerne les ACT, l'Artésunate injectable, l'Artésunate rectal, les TDR, la SP et les MILDA pour la femme enceinte.

1.7.7. Système d'assurance qualité et de contrôle

1.7.7.1. Méthodes diagnostiques utilisées pour la confirmation des cas de paludisme

Au niveau des structures sanitaires de prise en charge, disposant de microscopie notamment un personnel de laboratoire bien formé, un microscope fonctionnel et des réactifs, la technique de référence reste la microscopie du paludisme. Elle est utilisée pour la confirmation des cas simples comme graves. Le Test de Diagnostic rapide (TDR) est l'outil de diagnostic utilisé au niveau des postes de santé, cases de santé et au niveau communautaire par les DSDOM. Ce TDR est utilisé en cas d'épidémie. La biologie moléculaire est utilisée pour les zones d'élimination pour rechercher les portages symptomatiques comme asymptomatiques lors d'enquêtes épidémiologiques. Cette biologie moléculaire est réalisée par l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

1.7.7.2. Réseau de laboratoires pour le diagnostic du paludisme

Il est mis en place pour : assurer une utilisation harmonisée et de qualité des outils de diagnostic du paludisme ; fournir une assistance dans l'évaluation de nouvelles technologies de diagnostic du paludisme ainsi que la surveillance. Ces laboratoires doivent faire l'objet d'évaluation annuelle à travers la supervision par le laboratoire national de référence et des experts superviseurs du programme. Ce réseau de laboratoires comprend les laboratoires des hôpitaux nationaux et régionaux, des laboratoires des instituts de formation et recherche. Ce réseau de laboratoire est coiffé par le laboratoire national de référence.

Les laboratoires régionaux de référence sont responsables de la coordination de l'ensemble des laboratoires dans leur aire sanitaire de compétence respective par le système d'assurance qualité externe, la formation, la supervision in situ et l'encadrement du personnel. Ainsi, il faut au moins compter sur l'expertise technique d'un personnel de laboratoire ayant des compétences managériales pouvant servir de superviseur de laboratoire.

1.7.7.3. Laboratoire national de référence

Le département de Parasitologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar demeure le Laboratoire National de Référence du Paludisme. Ses missions dans le diagnostic du paludisme au Sénégal doivent être celles-ci :

- Appuyer le PNLP dans les activités liées au diagnostic et de recherche ;
- Coordonner les activités de formation et de supervision dans le renforcement de capacités ;
- Coordonner le système national d'Assurance qualité ;
- Mettre en place un système de contrôle qualité externe (CQE) national tel que proficiency testing (PT) ;
- Participer à un programme contrôle qualité externe international (CQEI) ;
- Établir des standards nationaux pour le diagnostic microscopique du paludisme ;

- Élaborer ou adapter des supports de formation destinés aux situations locales ;
- Évaluer la compétence et les performances des microscopistes conformément aux critères de l'OMS ;
- Certifier au niveau national les microscopistes ;
- Élaborer des Procédures Opérationnelles Standardisées (POS) pour les analyses et les équipements de laboratoire ;
- Élaborer les aides mémoires pour le diagnostic du paludisme ;
- Participer à l'évaluation de la qualité des TDR en circulation ;
- Disposer d'une banque de lames validées pour l'assurance qualité externe et les formations sur la microscopie du paludisme
- Disposer des lames de contrôle qualité du Giemsa ;
- Effectuer la supervision formative régulière des laboratoires régionaux de référence
- Servir de banque des données pour le contrôle de qualité externe.

1.7.7.4. Assurance qualité du diagnostic du paludisme

Dans les zones de pré-élimination où l'incidence est faible à très faible (<5/1000), tous les prestataires (infirmiers, sages-femmes, agents de santé communautaire), quel que soit le niveau où ils se trouvent dans le système sanitaire, sont formés à la confection des lames de Goutte Épaisse/Frottis Mince (GE/FM). Ces agents au moment de réaliser un TDR, vont confectionner en même temps deux lames de GE/FM pour chaque malade. Ces lames ne sont pas colorées sur place, mais sont envoyées immédiatement à la structure la plus proche où la microscopie est faite. A ce niveau, une des lames, est colorée, lue immédiatement et les résultats rendus disponibles. Après lecture de la lame, les résultats sont communiqués dans les 24 heures aux agents ayant envoyé les lames. Cette lame sera relue par deux lecteurs, en cas de discordance, la deuxième lame doit être envoyée au niveau supérieur pour validation. Il faut garder une des lames colorées pour archivage au niveau du laboratoire de la structure de santé.

Au cours des supervisions, ces lames sont relues sur place et des corrections apportées immédiatement. Dans ces zones de pré-élimination, mensuellement toutes les lames lues positives comme négatives, doivent être envoyées au niveau central pour contrôle de qualité ou lues sur place par les superviseurs. Dans les zones de contrôle, 5 lames positives de densité faible et 5 lames négatives sont relues sur place par les superviseurs. Le PNLP doit mettre à la disposition des laboratoires des microscopes fonctionnels, de bonne qualité et des réactifs en quantité et en qualité.

1.7.7.5. Formation et supervision des techniciens de laboratoires

Seuls les biologistes (médecins, pharmaciens) et techniciens de biologie médicale bien formés sur le diagnostic microscopique du paludisme doivent réaliser la microscopie. Ces praticiens doivent bénéficier d'un suivi régulier à travers une supervision formative organisée de façon trimestrielle par des superviseurs du niveau central comme régional accrédités experts OMS de la microscopie du paludisme. Le personnel de laboratoire réalisant la microscopie doit subir annuellement ou tout au plus tous les deux ans une formation de recyclage. Les meilleurs du niveau régional sont sélectionnés pour participer au cours d'accréditation OMS en microscopie du paludisme. Un manuel de formation et une checklist de supervision doivent être développées et révisés annuellement. Un panel de 10 lames validées du paludisme comprenant 4 *P. falciparum* (avec différentes densités très faible (<200 p/uL) faible (500-1.000 p/uL, moyenne (5.000-20.000 u/L), forte (50.000-150.000 u/L), 1 *P. vivax*, 1 *P. ovale*, 1 *P. malariae*, 1 mixte, et 2 négatives), doivent être mises

à la disposition de chaque superviseur pour évaluer la compétence des techniciens supervisés.

1.7.8. Financement pour la santé

Dans le cadre de l'amélioration de la gouvernance, le MSAS a inscrit la dimension « Financement » au cœur de sa stratégie de développement.

Le budget de l'Etat consacré au secteur de la Santé et de l'Action sociale a connu une augmentation progressive passant entre 2012 et 2017 de 110 505 288 086 FCFA à 163 522 351 000 FCFA, soit une augmentation de 53 017 062 914 FCFA en valeur absolue et 47,97% en valeur relative. Le tableau II donne l'évolution du budget selon les rubriques de dépenses.

Tableau II : Évolution du budget du MSAS de 2012 à 2017 selon les différentes rubriques de dépense (Source DAGE)

Type de dépense	Années					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dépenses de personnel	36 532 629 086	35 388 243 500	35 879 390 760	35 583 860 980	35 218 972 660	36 174 009 000
Dépenses de fonctionnement	10 125 322 000	10 235 685 000	10 325 170 000	7 515 597 000	8 000 597 000	7 675 537 000
Transfert courant	24 902 337 000	27 556 245 000	28 756 245 000	34 123 245 000	37 823 245 000	39 265 805 000
Investissements exécuté par l'état	36 086 000 000	36 750 000 000	39 465 659 000	46 750 000 000	62 272 000 000	71 142 000 000
Transferts en capital	2 859 000 000	13 762 000 000	12 669 000 000	10 194 000 000	6 775 000 000	9 265 000 000
Total	110 505 288 086	123 692 173 500	127 095 464 760	134 566 702 980	150 089 814 660	163 522 351 000

La mobilisation du budget de l'État obéit aux procédures des phases classiques d'Engagement, de Liquidation, d'Ordonnancement et de Paiement.

L'analyse situationnelle du financement du secteur révèle beaucoup de points à améliorer dont :

- l'absence de stratégies communes et inclusives sur les déterminants liés au système de santé qui limite les efforts visant à rationaliser les dépenses de santé ;
- la fragmentation des régimes d'assurance du risque maladie et d'assistance médicale;
- la faiblesse de la couverture assurantielle de la population (moins de 50% de la population est couverte par un système formel d'assurance maladie) ;
- la faible part du budget de la santé (8% du budget national) qui reste en deçà de la norme de 15% visée ;
- l'insuffisance de l'exécution du budget d'investissement qui atteint rarement les 70% contrairement au budget de fonctionnement qui dépasse régulièrement les 90% ;

- la faible contribution des collectivités territoriales dans le financement de la santé (1% du budget de la santé) notamment à cause de leurs ressources limitées ;
- la baisse de la part contributive des PTF entre 2008 et 2013, passant de 21% à 13% ;
- les différences de cycles budgétaires et procédures de mobilisation des fonds qui constituent des difficultés réelles dans l'harmonisation pour la réalisation des programmes, malgré les principes édictés par la Déclaration de Paris ;
- la forte progression (de 21% en 5 ans) des dépenses du secteur privé comprenant celles des ménages, des entreprises et des ONG ;
- La forte contribution (58% en 2013⁶ d'après les Comptes de la Santé) des ménages à travers le paiement direct des dépenses totales de santé. Le paiement direct des ménages est au cœur de la problématique des réformes du financement de la santé car il constitue une source d'exclusion des services de santé et un risque d'appauvrissement.

Ainsi, les principaux défis en matière de financement restent liés à : **(i)** la maîtrise des coûts nécessaires aux gains d'efficience qui constituent le premier accroissement du financement et le principal argument de plaidoyer pour une allocation accrue de ressources au profit du secteur ; **(ii)** l'augmentation conséquente du budget de l'État consacré à la santé et l'action sociale ; **(iii)** la meilleure prévisibilité du financement extérieur ; **(iv)** l'allègement des dépenses de santé supporté par les ménages ; **(v)** l'utilisation efficiente des ressources disponibles ; **(vi)** l'amélioration de la mobilisation des ressources du secteur privé (RSE et capitaux privés) ; **(vii)** le renforcement de la mutualisation des ressources des secteurs public et privé sanitaires ; et **(viii)** l'augmentation de la contribution des collectivités territoriales sur fonds propres dans le financement de la santé.

Face à ces défis en termes de mise en commun des risques et d'évolution vers la CSU et afin d'asseoir un système de financement pérenne, le MSAS a élaboré une Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour tendre vers la CSU, dont la mise en œuvre constitue un enjeu majeur pour le PNDSS.

1.7.9. Système d'information sanitaire

Le Sénégal, à travers le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, a entrepris au cours de ces dernières années un certain nombre de mesures et réformes visant le développement de l'information sanitaire, entre autres, (i) la création de la Direction de la Planification de la Recherche et de la Statistique (DPRS) responsable de la production, de l'analyse et de la diffusion de l'information sanitaire nécessaire à la planification, au pilotage et au suivi-évaluation des politiques et programmes de santé ; (ii) l'adoption de la plateforme DHIS2, outil de collecte de traitement et d'analyse de données sanitaires, développé par l'Université Oslo de Norvège, etc.

La plateforme DHIS2 offre l'opportunité d'améliorer l'organisation et la gestion de l'information sanitaire à travers une application informatique permettant d'assurer le stockage, le traitement et l'analyse des données à tous les niveaux. Dès lors, il se pose le défi de l'assurance qualité des données qui requiert certaines exigences en termes de robustesse des outils et méthodes de collecte utilisés, d'harmonisation de la définition des concepts et de compétences du personnel chargé du rapportage des données.

⁶ Comptes de la Santé 2013

Les données fournies par les recensements et enquêtes (EDS, MICS) posent moins de problème du point de vue de la qualité et de la fiabilité car reposant sur des méthodes et approches robustes et similaires d'un pays à un autre.

Le constat est que les pratiques en matière de collecte, d'analyse et de rapportage des données ainsi que les outils et méthodes utilisés peuvent varier, avec des formats différents selon le niveau du système de santé et la nature et la source de données. Il s'y ajoute le problème de l'obsolescence de certains outils, ce qui ne garantit pas toujours la validité et la fiabilité requises des données.

❖ Organigramme du SISS

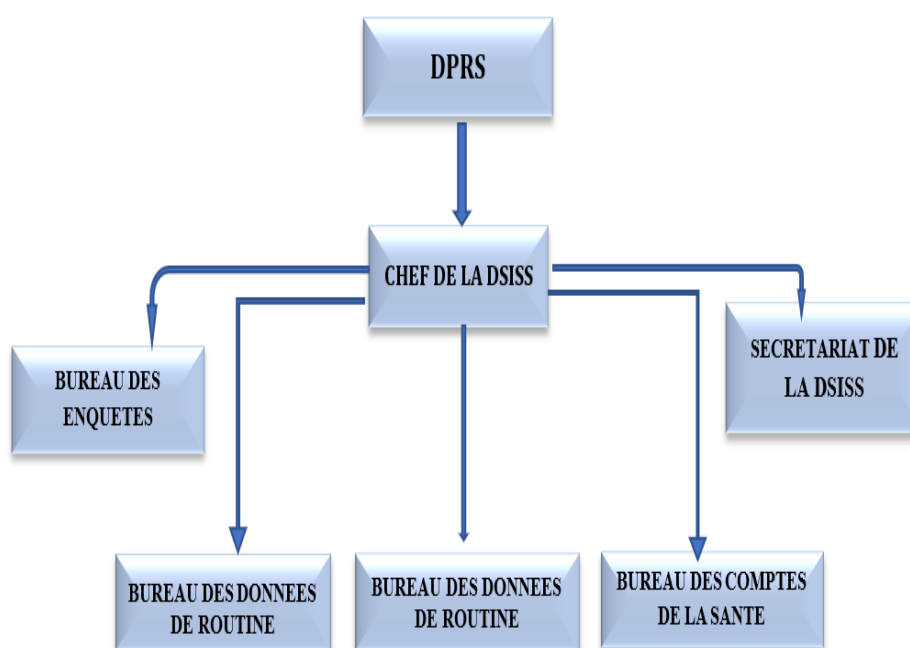


Figure 2 : Organigramme SISS

Les différents niveaux du système sanitaire :

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux :

➤ Niveau Central

Le niveau central regroupe, outre le Cabinet du Ministre, des directions générales, des directions nationales et des services rattachés.

➤ Niveau intermédiaire

Le Sénégal compte quatorze (14) régions médicales / directions régionales de la santé. La direction régionale de la santé, dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative, assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leur tâche d'administration, de gestion et de planification.

➤ Niveau périphérique

Le Sénégal compte actuellement soixante-sept (79) districts sanitaires qui constituent des subdivisions sanitaires proches des populations. Le district sanitaire (DS) est assimilé à une

zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé qui couvrent les cases de santé et les maternités rurales.

Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie d'un département. Le district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. Il s'y applique la politique de santé dans son aspect multidimensionnel notamment curatif, préventif et promotionnel etc.

❖ **Offre de services et système de référence contre référence**

L'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire. Au sommet, il comporte les établissements publics de santé (EPS) de niveau III, au niveau intermédiaire les EPS de niveau II et au niveau périphérique les EPS de niveau I, les centres de santé et les postes de santé. Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé à tous les échelons de la pyramide.

Au niveau communautaire, le système est complété par les initiatives communautaires matérialisées sur le terrain, entre autres, par l'offre de soins à domicile, le développement des cases de santé et des maternités rurales. Il faut noter, en plus, la place non négligeable de la médecine traditionnelle dans le secteur de la santé.

1.7.10. Organisation du système de prestation de soins de santé

❖ **L'Offre privée de services de soins**

Elle est importante. La cartographie, réalisée en 2017, comptabilise 2 754 Structures Privées Sanitaires (SPS) constituées de :

- 1 225 SPS de soins dont 03 hôpitaux, 37 centres de santé, 359 cabinets médicaux, 118 cliniques, 443 cabinets paramédicaux, 132 structures d'entreprise, 111 postes de santé privés ;
- 246 SPS dentaires dont 207 cabinets dentaires ;
- 33 SPS de diagnostic dont 26 laboratoires d'analyses biomédicales, 07 centres de radiologie et d'imagerie médicale ;
- 1 250 SPS pharmaceutiques dont 1 063 officines privées et 187 dépôts de médicaments. A Dakar, l'offre de service médicale privée fait 6 fois l'offre publique. La carte n°4 suivante donne les SPS par type selon les Régions.

❖ **L'Offre publique de services de soins**

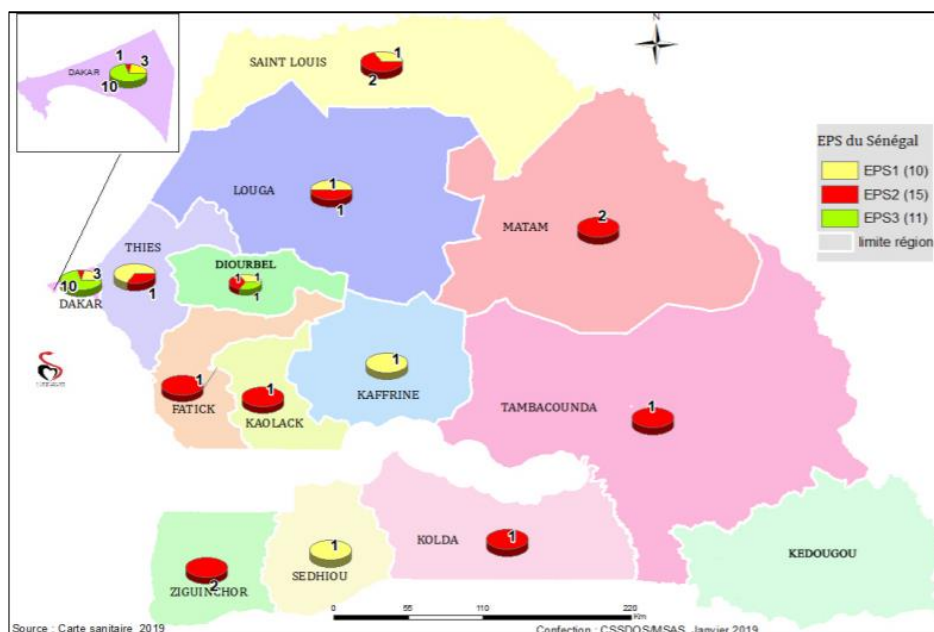
Cette offre compte plusieurs types de structures.

1. Les Établissements Publics de Santé (EPS)

Ils sont au nombre de quarante (40) dont 36 hospitaliers et 04 non hospitaliers.

Les EPS hospitaliers sont structurés en trois niveaux : **(i)** les EPS de Niveau 1 au nombre de 10 ; **(ii)** les EPS de Niveau 2 au nombre de 15, et **(iii)** les EPS de Niveau 3 au nombre de 11. Toutefois, quatre (04) nouveaux EPS hospitaliers, sont en cours de construction dans les régions de Diourbel (EPS3), de Kédougou (EPS2), de Sédhiou (EPS2) et de Kaffrine (EPS2).

La carte ci-dessous indique la répartition des Établissements Publics de Santé hospitaliers.



Carte 4: La distribution des Établissements publics de santé hospitaliers selon les niveaux par région au Sénégal en 2018 (Source CSDOS 2018)

Les EPS non hospitaliers sont : **(i)** le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ; **(ii)** le Centre National d'Appareillage Orthopédique (CNAO) ; **(iii)** le Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) et **(iv)** la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA). Cette dernière compte des services déconcentrés au niveau des régions, appelées Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA), au nombre de onze (11), permettant ainsi de rapprocher le médicament des Points de Prestations de Service (PPS).

2. Les Districts Sanitaires

Le Sénégal est divisé en 79 districts sanitaires comprenant :

- 102 centres de santé ;
- 1 415 postes de santé incluant 2 676 cases de santé en 2018.

La carte n°3 indique la répartition des districts sanitaires dans le pays.



Carte 5: La répartition des Districts Sanitaires au Sénégal en 2018

3. Les structures d'hygiène

Les structures d'hygiène sont constituées de : **(i)** 14 Brigades Régionales de l'Hygiène (BRH) qui épousent les contours territoriaux des Régions ; **(ii)** 02 Brigades Spéciales de l'Hygiène (BSH) à Touba et Tivaouane ; **(iii)** 61 Sous-Brigades de l'Hygiène (SBH) logées au sein des Districts Sanitaires et ; **(iv)** 12 Postes d'Hygiène.

Tous les districts sanitaires ne disposent pas de Sous-brigades d'hygiène (sur les 77 districts sanitaires, 16 n'en disposent pas).

4. Les structures de l'Action Sociale

Dans le sous-secteur de l'action sociale, cette offre est composée de : **(i)** quatre (04) Centres Nationaux de Réinsertion Sociale (CNRS) localisés dans les régions de Diourbel (Bambey), de Louga (Darou Mousty), Kaolack (Kaolack) et Ziguinchor (Bignona) ; **(ii)** 14 Services Régionaux de l'Action sociale (SRAS) ; **(iii)** 45 Services Départementaux de l'Action sociale (SDAS) ; **(iv)** 49 Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS).

L'offre de proximité et communautaire est assurée par des intervenants de première ligne au sein des CPRS, des Postes de Santé et des Cases de Santé.

CHAPITRE II : SITUATION NATIONALE DU PALUDISME

2.1- Profil du paludisme au Sénégal

2.2- Performance du programme

CHAPITRE II : SITUATION NATIONALE DU PALUDISME

2.1- Profil du paludisme au Sénégal

2.1.1 Parasites du paludisme

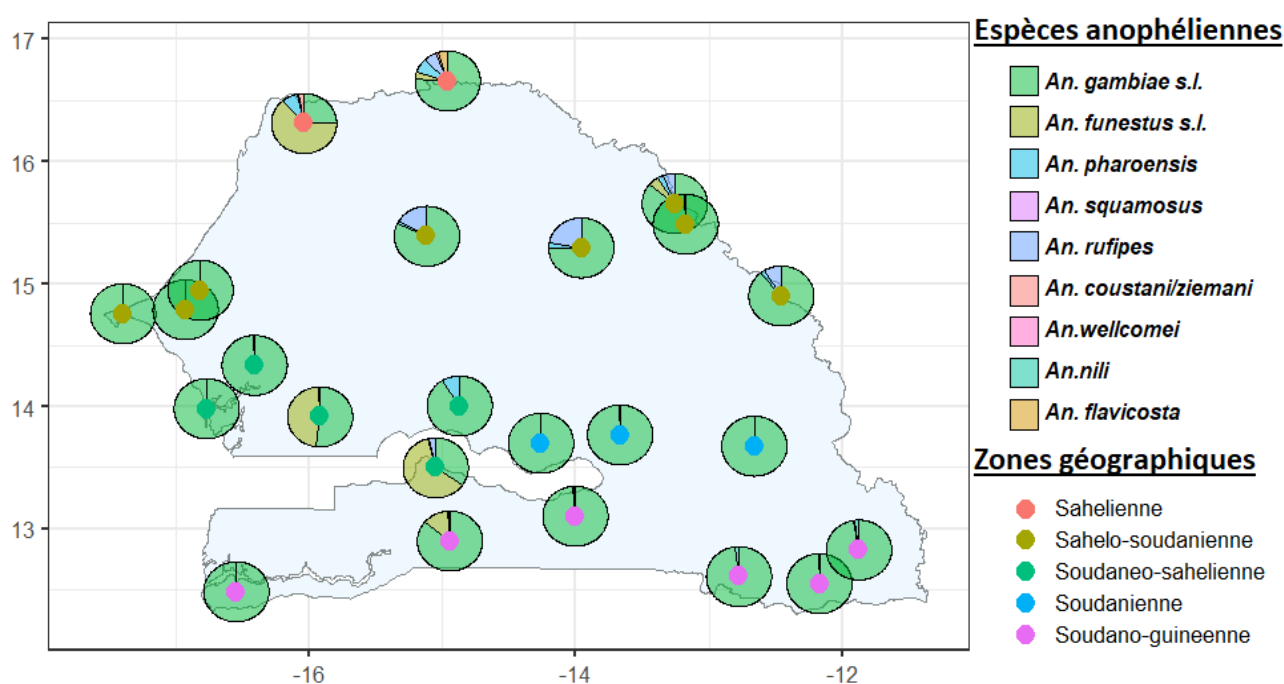
Au Sénégal les espèces principales retrouvées sont *Plasmodium falciparum* (~ 98%) avec quelques rares cas de *P. ovale* et *P. malariae* sur l'ensemble du territoire national. Ces parasites circulent toute l'année selon un cycle saisonnier. Des études génétiques montrent un polymorphisme des espèces plasmodiales circulantes plus marqué dans les zones de forte transmission particulièrement dans la partie Sud-Est du pays. Nous notons également un mouvement de parasites identiques d'une région à une autre et d'une année à une autre.

2.1.2 Vecteurs du paludisme

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

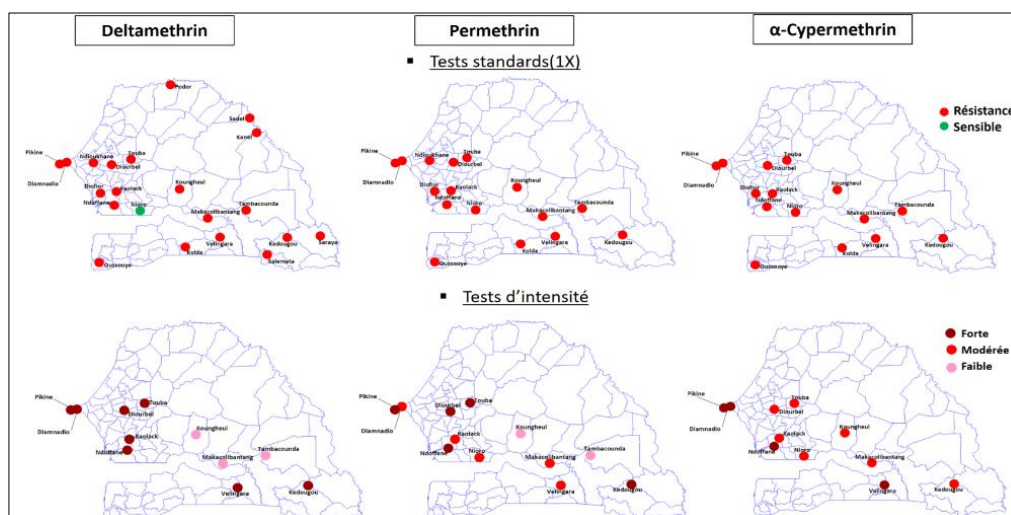
Le paludisme est endémique dans la majeure partie du pays, avec une recrudescence pendant l'hivernage (saison des pluies). La dynamique de la transmission varie suivant les zones climatiques majeures correspondant à 2 faciès éco-épidémiologiques primaires du paludisme : le faciès tropical et le faciès sahélien.

Dans chacun de ces faciès, les niveaux de transmission peuvent varier considérablement d'une région à une autre et dans une même région, d'une localité à une autre suivant les conditions écologiques et d'une année à une autre suivant les conditions climatiques. Ainsi, des facteurs naturels (présence de cours d'eau, mangrove), ou des facteurs anthropiques (irrigation, urbanisation) peuvent entraîner des modifications limitées dans l'espace, des conditions de la transmission du paludisme et du faciès principal.



Carte 6: La distribution des espèces anophéliennes selon les district

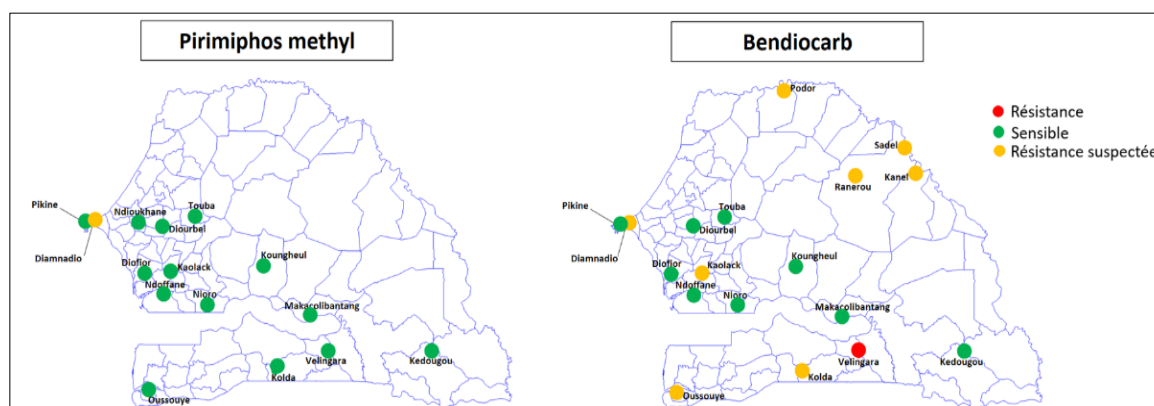
La sensibilité des vecteurs aux différents insecticides utilisés depuis 2008 a été étendue et renforcée. Elle n'a été réalisée que chez les femelles d'*An. gambiae* s.l principale espèce anophélienne collectée dans les sites de surveillance. Ainsi, les résultats continuent de révéler une résistance des vecteurs aux trois molécules de pyréthrinoides testées (Deltaméthrine, Permethrine et Alpha-cyperméthrine) dans la majorité des zones épidémiologiques (carte 7).



Carte 7: Le statut et niveau de résistance des populations d'*An. gambiae* s.l. aux pyréthrinoides

Par contre, les populations testées ont été totalement sensibles au pirimiphos-méthyl 0,25% sauf à Diamniadio, dans le département de Rufisque où une résistance probable a été notée.

Pour le bendiocarb, une grande majorité des vecteurs testés était sensible. Cependant, une résistance probable est observée dans les différents faciès épidémiologiques du pays à savoir Podor, Matam, Diamniadio, Kaolack, Vélingara, Kolda et Oussouye.



Carte 8: Statut des populations d'*An. gambiae* s.l. vis-à-vis du pirimiphos-méthyl et du bendiocarb

Enfin, les populations de vecteurs testées ont été sensibles à la clothianidine de la famille des néonicotinoïdes dans tous les sites. Il en a été de même avec le chlorfénapyr (famille des pyrolles).

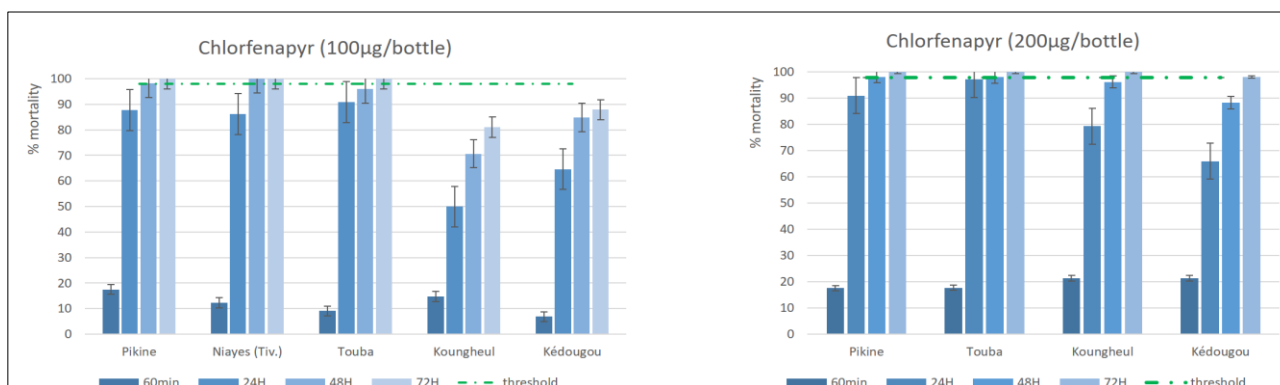


Figure 3 : Sensibilité des populations d'*An. gambiae s.l.* à la clothianidin selon les districts

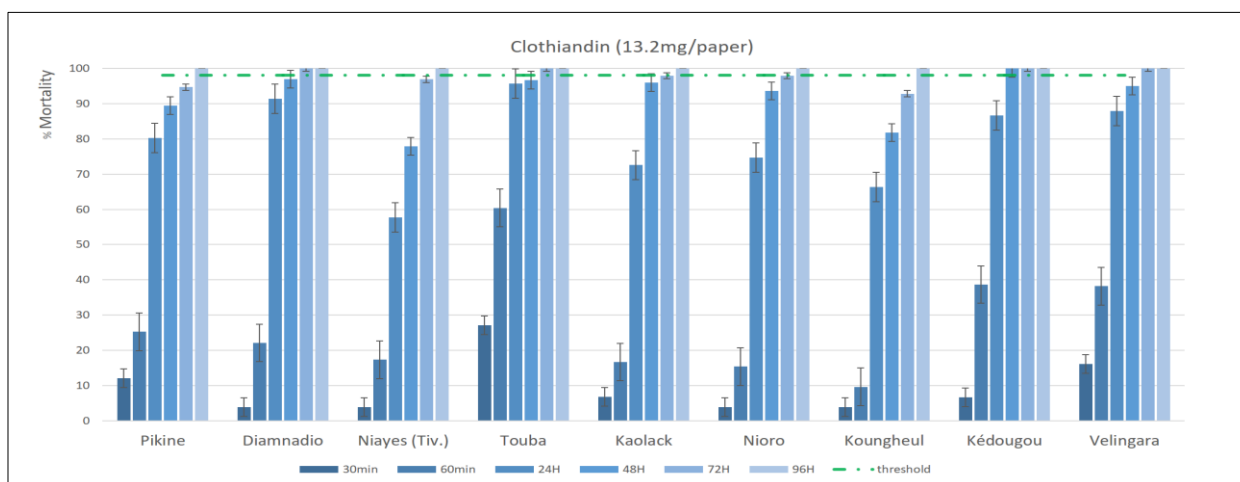


Figure 4: Sensibilité des populations d'*An. gambiae s.l.* au chlorfenapyr selon les districts

2.1.3 Dynamique de la transmission du paludisme et Stratification

❖ Variation des principaux indicateurs de 2015 – 2019

Entre 2015 et 2019, une amélioration de la complétude des données et du taux de réalisation des tests a été observée. Le taux de dispensation des ACT aux malades a atteint 95,7% en 2019 contre 95,15% en 2015.

Sur la même période, une variation globalement positive des indicateurs majeurs a été enregistrée.

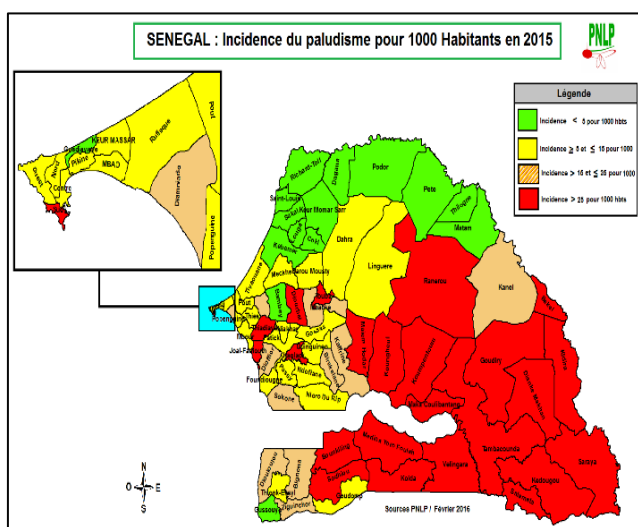
La prévalence parasitaire nationale (selon les EDS) a bien évolué passant de 3% en 2013, à 0,9% en 2016 et à 0,4% en 2017.

La mortalité palustre a baissé de 51% du nombre de décès liés au paludisme qui est passé de 526 décès en 2015 à 260 décès en 2019. Rapportée à la population le Sénégal est passé de 4 décès palustre pour 100 000 habitants en 2015 à 2 décès pour 100 000 habitants en 2019.

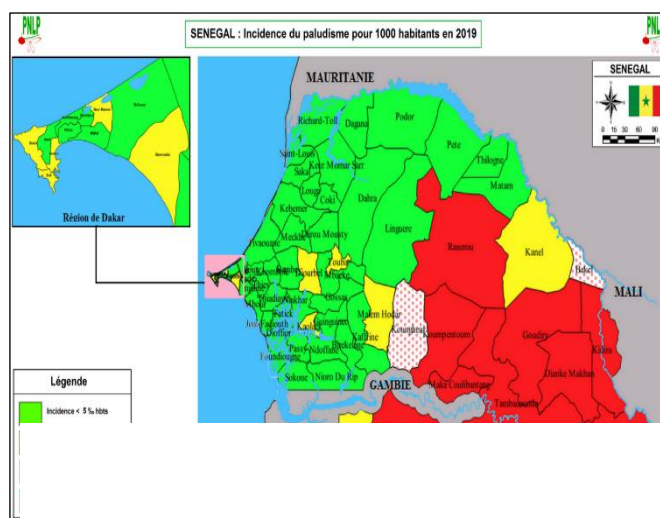
En valeur relative dans la population générale la morbidité proportionnelle palustre est passée de 4,86% en 2015 à 3,03% en 2019 soit **une réduction de 37,6 %, et la mortalité proportionnelle palustre est passée de 3,52% en 2015 à 1,66% en 2019 soit une réduction de 52,7 %.**

Chez les enfants de moins de 5 ans : la morbidité proportionnelle palustre est passée de 2,27% en 2015 à 1,29% en 2019 soit une réduction de 43 % et la mortalité proportionnelle palustre est passée de 3,80% en 2015 à 1,27% en 2019 soit une réduction de 66,5%.

Chez les femmes enceintes : la morbidité proportionnelle palustre est passée de 1,90% en 2015 à 1,01% en 2019 soit une réduction de 46,6% et la mortalité proportionnelle palustre est passée de 1,90% en 2015 à 0,68% en 2019 soit une réduction de 64%.



Carte 9: Variation de l'incidence du paludisme pour 1000 hbt en 2015



Carte 10: Variation de l'incidence du paludisme pour 1000 hbt en 2019

L'incidence a connu une réduction de 37% passant de 34,5‰ en 2015 à 21,9‰ en 2019. Cette variation de l'incidence reste cependant inégalement répartie sur l'ensemble du pays.

Tableau III : Variation du nombre de district de santé par strate de 2015 à 2019.

Incidence	Nombre de DS par strate en 2015 (76)	Nombre de DS par strate en 2019 (77)
< 5 ‰	15	48
5 à 15 ‰	26	14
> 15 ‰	35	15

Entre 2015 et 2019 les strates ont beaucoup évolué :

- La zone rouge de forte transmission ou de contrôle couvre **15 districts** en 2019 contre 35 en 2015.
- La zone verte de très faible transmission couvre **48 districts** en 2019 contre 15 en 2015.
- La zone jaune de transmission faible à modérée couvre **14 districts** en 2019 contre 26 en 2015

❖ Indicateurs du Paludisme par région médicale en 2019

Au Sénégal, le paludisme est toujours inégalement réparti entre les régions.

Tableau IV: Indicateurs du Paludisme par région médicale en 2019

Régions	Nombre de cas de paludisme confirmés	Nombre cas de paludisme confirmés (Chez les moins de 5 ans)	Nombre cas de paludisme confirmés (Chez les femmes enceintes)	Nb. de cas de paludisme GRAVES	Décès liés au Paludisme Tout Age	Décès liés au Paludisme Chez les Enfants de Moins 5 Ans
Saint Louis	812	42	10	154	12	0
Fatick	981	57	8	35	0	0
Louga	1 758	98	15	237	11	0
Ziguinchor	3 757	174	35	313	9	0
Kaolack	4 518	360	56	181	24	1
Matam	5 580	407	104	182	7	1
Sédhiou	5 678	518	84	206	12	2
Kaffrine	5 702	559	62	188	18	5
Thiès	5 722	263	34	480	12	0
Diourbel	15 641	1 036	271	1 007	21	14
Dakar	18 558	1 031	115	2 087	32	3
Kédougou	67 941	8 532	1 662	1 095	22	11
Tamba	101 077	10 462	2 192	1 549	37	10
Kolda	116 983	14 402	2 507	1 638	43	15
National	354 708	37 941	7 155	9 352	260	62

Dans le tableau ci-dessus, seules les trois régions de **Kolda, Tambacounda et Kédougou**, portent l'essentiel de la charge du paludisme. En effet, les régions de Kédougou, Tambacounda et Kolda couvrant au total **11%** de la population générale (1 822 372 habitants contre 16 209 119) enregistrent **81%** (286 001 sur 354 708 cas) des cas de paludisme confirmés en 2019. Ces trois régions enregistrent aussi **88%** (33 396 sur 37 941 cas) des cas chez les moins de 5 ans et **89%** (6 361 sur 7 155 cas) des cas chez les femmes enceintes.

Concernant la mortalité, sur les 260 cas de décès liés au paludisme tous âges, enregistrés en 2019, les **39% (102 décès)** sont notifiés par ces trois régions. Chez les moins de 5 ans sur 62 décès liés au paludisme enregistrés en 2018, les **58%** (36 décès) sont notifiés par les mêmes régions de Kédougou, Tambacounda et Kolda.

En ce qui concerne l'incidence, on note en 2019 comme sur les autres années une disparité entre les districts sanitaires. Environ **68%** des districts ont enregistré une baisse de leur incidence soit 52 districts sur 77 contre **31%** qui ont enregistré une augmentation soit 24 districts sur 77.

Tableau V : Poids de strates en 2019

2019	National	Incidence < 5 ‰		5 ≤ incidence < 15 ‰		Incidence ≥ 15 ‰	
Nombre de districts	77	48		14		15	
Population 2019	16 209 119	9 938 062	61%	4 181 483	26%	2 089 574	13%
Cas de paludisme	354 708	22 879	6%	39 984	11%	291 845	82%
Cas de Paludismes Graves	9 352	1 632	17%	3 255	35%	4 465	48%
DÉCÈS liés au paludisme	260	78	30%	71	27%	111	43%
DÉCÈS enfants - 5 ans	62	2	3%	22	35%	38	61%

- La zone rouge de contrôle couvrant **13%** de la population totale a enregistré **82%** des cas de paludisme, **48%** des cas graves, **43%** des décès tous âges et **61%** des décès chez les moins de 5 ans. Cette zone s'est rétrécie en passant à **15 districts** en 2019 contre 21 en 2018.
- La zone verte de très faible transmission couvre **48** districts en 2019 contre **45** en 2018. Pour **61%** de la population totale, cette zone n'a enregistré que **6%** des cas de paludisme, **17%** des cas graves, **30%** des décès tout âge et **3,2%** des décès chez les moins de 5 ans. **Une augmentation de la mortalité a été notée dans cette zone.**
- Dans la zone jaune couvrant le centre du pays, une **baisse des cas graves et de la mortalité** a été observée chez les moins de 5 ans.

❖ Analyse de l'évolution du recrutement des cas

Entre 2018 et 2019, l'analyse du recrutement indique une nette amélioration de l'utilisation des services de soins. En 2019, les cas de fièvre enregistrés représentent 17% des cas vus toutes affections confondues. La systématisation du test de diagnostic à tous les cas de fièvre et antécédents de fièvre a permis de capter plus de cas suspects depuis 2017.

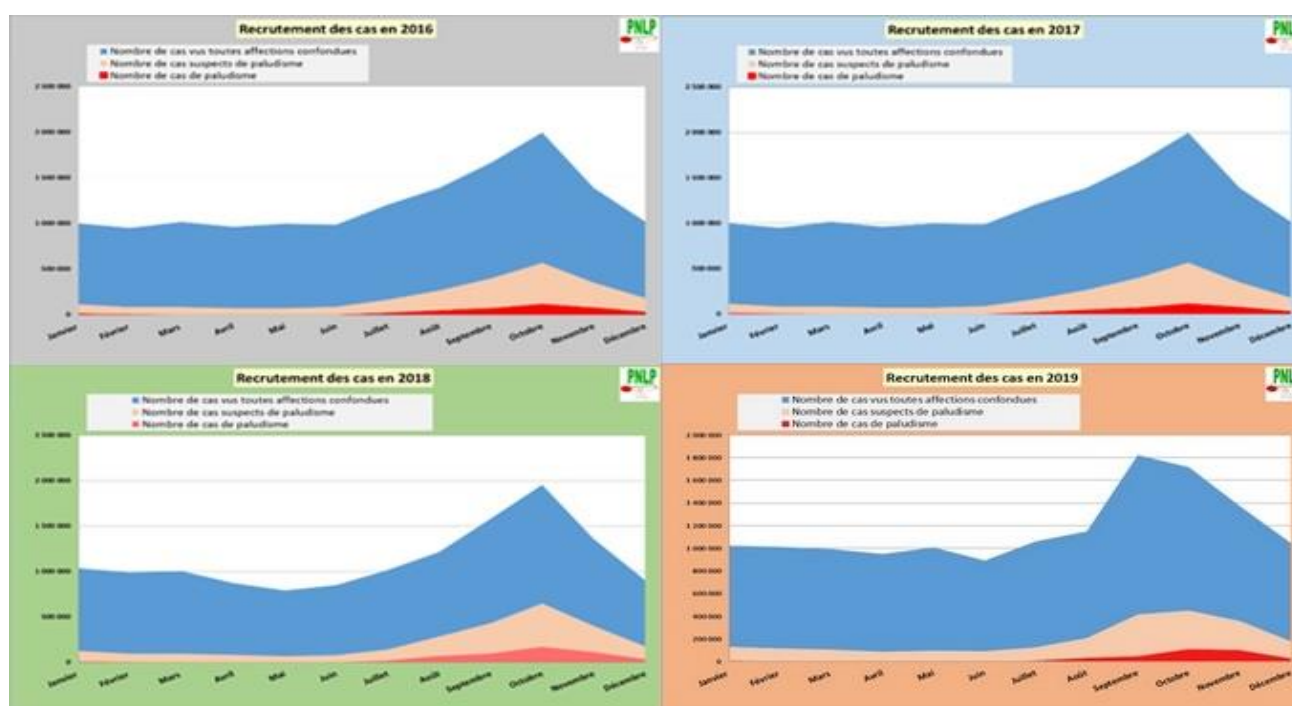


Figure 5 : Analyse de l'évolution du recrutement des cas

De **2015 à 2019**, globalement l'offre de services de soins s'est nettement améliorée. Les cas vus toutes affections confondues sont passés de **10 135 754** en 2015 à **11 689 076** en 2019 soit une augmentation de **15 %**. Pendant la même période, les cas suspects enregistrés dans les différents points de prestation de services, sont passés de 1 421 221 en 2015 à 2 010 398 en 2019 soit une augmentation de **41 %**.

La morbidité proportionnelle palustre a baissé de 38% passant de 4,86% en 2015 à 3,03% en 2019.

2.2 Performance du programme

Le tableau ci-dessous résume les performances physiques des différents Domaines de Prestation de Service (DPS) du PNLP, de janvier 2016 à février 2020.

Tableau VI : Performance technique de la mise en œuvre du PSN par DPS, de 2016-2019

PERFORMANCE TECHNIQUE DE LA MISE EN ŒUVRE, par DPS, DE 2016 - 2019	% Activités mises en œuvre (2016 -2019) Exécution Brut	Performance de la mise en œuvre par activité (%) Exécution Ajustée.
Gestion du programme	41%	33%
Gestion des approvisionnements et stocks	59%	53%
Diagnostic et traitement	60%	57%
Prévention du paludisme chez la femme enceinte	52%	45%
Chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS)	97%	69%
MDA en pilote dans les districts ciblés	0%	0%
IEC/CCC et promotion de la santé	44%	36%
Lutte anti vectorielle	43%	36%
Suivi évaluation & recherche opérationnelle	38%	33%
Surveillance et riposte	40%	35%
PERFORMANCE GLOBALE	47%	40%

L'évaluation finale du PSN a permis de constater une performance globale ajustée de 40%. Cette contre-performance serait due à la faiblesse de la mise en œuvre des activités sur le **MDA** en pilote dans les districts ciblés et **la LAV** intégrée dans la LAV avec 0% de mise en œuvre pour chacun.

2.2.1 Principaux résultats de la revue des performances du programme

2.2.1.1 *Gouvernance, Gestion du programme et capacité de mise en œuvre des interventions de lutte*

a) -Gouvernance/Gestion du programme

La coordination et la gestion de la lutte contre le paludisme constituent une des fonctions-clés qui conditionnent l'atteinte des objectifs du Programme.

Le PNLP, malgré les progrès notés au cours de ces dernières années, éprouve encore quelques difficultés dans la gestion et la coordination des interventions.

Cette situation qui obère ses performances se manifeste principalement dans les domaines liés :

- à la gouvernance du programme,
- au développement des ressources humaines (surtout au niveau opérationnel),
- au fonctionnement du partenariat et des instances de coordination,
- au suivi opérationnel des interventions,
- au renforcement des compétences au niveau central
- au plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

Pour la période janvier 2016 à février 2020, la performance physique est de 41 %, celle ajustée de 33%.

b) - Capacité de mise en œuvre des interventions de lutte du PSN

Globalement, l'analyse des performances réalisées de 2016 à 2019 montre un taux d'exécution des interventions de 33%. Seules 2 interventions (3 et 7) ont dépassé le seuil de performance de 50%, les autres variant entre 0% et 36 %.

Les principaux facteurs explicatifs de cette performance mitigée sont :

- le déficit et/ou le retard dans la mise en œuvre des activités programmées ;
- la faiblesse dans la fonctionnalité des instances de coordination et de concertation ;
- l'absence de ressources dédiées à des activités programmées telles que la mise en place des Unités de coordination avancées (UCA);
- l'absence de plan d'opérationnalisation des recommandations de l'audit organisationnel et fonctionnel du PNLP ;
- la faible implication du secteur privé, particulièrement médical et des collectivités territoriales ;
- les difficultés inhérentes à l'opérationnalisation de certaines activités notamment la lutte transfrontalière.

Au chapitre des réussites et bonnes pratiques, les points suivants ont été relevés :

- la démarche participative et inclusive dans la planification stratégique et dans l'évaluation des activités du PNLP ;
- les ateliers de revue trimestrielle des données des DS et RM ;
- les formations en paludologie et suivi-évaluation à l'intention des médecins et infirmiers des districts,
- les audits financiers ;
- les missions de supervision et vérification financières ;
- l'implication de la communauté dans la lutte contre le paludisme (DSDOM, ASC des cases de santé, relais communautaires, Bajenu Gox, etc.) ;
- la nomination de points focaux paludisme dans les DS et RM,

Enfin, l'Unité de coordination centrale devra réfléchir sur les stratégies et les mécanismes à mettre en œuvre pour renforcer l'engagement et l'implication du secteur privé surtout médical et les collectivités territoriales dans la lutte contre le paludisme.

2.2.1.2 Principales réalisations du programme durant la période 2016-2020

2.2.1.2.1 Prise en charge des cas de paludisme

La prise en charge et la prévention des cas est un axe fondamental de tout programme de lutte contre le paludisme. Au Sénégal des approches innovantes dans ce domaine sont menées et doivent être renforcées vu les résultats importants qu'elles ont apporté. Toutefois, la stratification épidémiologique du pays exige la mise en œuvre d'interventions adaptées et spécifiques en fonction des zones. Celles-ci nécessiteront un renforcement de capacités des acteurs et une disponibilité permanente des intrants et des ressources à tous les niveaux.

Concernant la PEC, la performance moyenne est de 57 % avec 35 % pour l'introduction de la biologie moléculaire, 80% pour le diagnostic et 56% pour le traitement. Par ailleurs, la performance du TPI à la SP3 est de 45% et celle de la CPS de 69%.

a) - Diagnostic et système d'assurance/Qualité de laboratoire

Concernant l'introduction de la biologie moléculaire, la performance technique de **35 %** est imputable au retard du financement de la BID. Dans l'ensemble il y a un bon respect des directives pour le diagnostic biologique des cas de paludisme (plus de 90% au niveau national). Cependant, les défis portent sur l'extension de la formation des techniciens de laboratoire du privé et le respect du tarif de la goutte épaisse au niveau de certaines structures de santé (surtout les EPS).

La performance technique de l'objectif de diagnostic est de **80%**. Dans l'ensemble il y a un bon respect des directives pour le diagnostic biologique des cas de paludisme. Cependant, les défis portent sur l'extension de la formation des techniciens de laboratoire du privé et le respect du tarif de la goutte épaisse au niveau de certaines structures de santé (surtout les EPS).

b) - Traitement des cas de paludisme

La performance de cet objectif spécifique sur le traitement des cas confirmés de 56%, est faible du fait de la non tenue de certaines activités de renforcement de capacités surtout des acteurs du secteur privé. Aussi une insuffisance des activités de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre au niveau des structures et communautaire. Pour améliorer ce taux, il faudra compléter la formation du secteur privé et parapublic mais aussi les encadreurs des écoles de formations et assurer une meilleure planification des activités de suivi et d'évaluation. Mais également, il faudra assurer la mise en œuvre des activités du plan d'élimination.

2.2.1.2.2 Lutte antivectorielle

La lutte contre les vecteurs du paludisme est une composante essentielle du plan stratégique national. Actuellement, cette lutte anti vectorielle s'appuie essentiellement sur la distribution et la promotion de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA), l'Aspersion Intra Domiciliaire d'insecticides à effet rémanent (AID) et la lutte anti larvaire.

Dans le cadre du PSN 2016-2020, la lutte anti vectorielle est articulée en trois objectifs et 12 interventions. C'est ainsi que la moyenne des performances physiques de la LAV est de 36% avec 48% pour l'utilisation des MILDA, 61% pour l'AID et 0% pour la LAL.

a) - Promotion utilisation des MILDA

Le niveau de mise en œuvre des activités / interventions est de 85 % en termes de performance. Ce niveau de performance pourrait être amélioré avec la révision du guide méthodologique de la routine. Les recommandations formulées suite à l'étude sur les déterminants de l'utilisation des MILDA vont dans le sens d'améliorer les messages à véhiculer en l'adaptant aux facteurs de blocage identifiés selon les zones. Aussi, il faut tenir compte de la préférence des populations concernant les marques et types moustiquaires. La réactualisation du guide méthodologique de la distribution de routine prendra en compte les recommandations de l'étude sur l'évaluation conjointe menée par VectorLink, PSI, PNLP.

Le contrôle de la qualité à la réception des MILDA est une nécessité. La recommandation est d'intégrer cette activité dans le paquet pour le suivi entomologique, à l'image des tests d'efficacité dans la cadre des AID.

b) -Pulvérisation intra domiciliaire à effet rémanent (PID ou AID)

Pour l'objectif spécifique 2, le niveau de mise en œuvre des activités est de 61% de performance. L'arrêt des AID financées par le PMI entre 2018 et 2019 et la mise en place tardive des ressources par la BID n'a pas permis l'exécution des activités à temps dans la zone de pré élimination. Aussi, les AID déroulées avec le financement de la BID n'avaient pas pris en compte l'ensemble des postes éligibles remplissant les critères. Pour l'année 2020, des activités sont planifiées pour la mise en œuvre de la campagne et le processus va se poursuivre.

Le libellé de certaines activités peut être la source de contres performances virtuelles : "Sélectionner les sites sentinelles de surveillance épidémiologique dans un district AID" ; en effet cette activité ne peut pas être prise en compte dans la LAV ; la recommandation est sa suppression.

La réunion annuelle de restitution des résultats du suivi entomologique s'est déroulée en 2019 et en 2020.

2.2.1.2.3 Prévention du paludisme chez la femme enceinte

La performance physique est de 45% est due à l'absence de financements dédiés en 2016, la rupture de la SP en 2017, le retard d'élaboration des plans de relance, l'insuffisance du suivi des plans de relance et la faible implication du secteur privé.

2.2.1.2.4 Chimio prévention du paludisme saisonnier

La performance physique de l'objectif de 69% s'explique par le fait qu'en 2018 la CPS n'a pas été réalisée due au mouvement d'humeur des prestataires. Les activités de la CPS ont été menées en 2019 mais avec quelques contraintes liées à la disponibilité à temps des supports de communication, des outils de gestion et des ressources financières

En 2019, l'objectif n'a été atteint malgré à un fort engagement des acteurs à tous les niveaux, associé à une disponibilité des médicaments et des ressources financières. Cependant, il est à noter un retard dans la mise en place des supports de communication et des outils de gestion de même l'absence d'appui pour la PEC des effets secondaires et une insuffisance dans la coordination entre le niveau central et périphérique. Les difficultés de communication ont été notées notamment la gestion des rumeurs au niveau des districts de Touba et Kaolack qui en étaient à leur première année de mise en œuvre.

2.2.1.2.5 Surveillance et riposte contre le paludisme

Dans la lutte contre le paludisme, les stratégies mises en œuvre ne sont efficaces que si elles reposent sur un plan de surveillance. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère la surveillance comme une intervention majeure devant occuper une place de choix dans les plans stratégiques nationaux.

En effet, cette surveillance permet de suivre l'évolution de la maladie ainsi que la détection rapide des épidémies, la notification et la riposte précoce afin de contrôler la transmission. Elle permet aussi de prévenir la réintroduction de la maladie dans les zones libérées du paludisme.

La moyenne des performances physiques de la surveillance du paludisme est de 35% avec 29 % pour la détection des épidémies et situations d'urgence et 27 % pour leur contrôle.

En 2019, dans les 10 districts en pré élimination, sur 5773 cas à investiguer, 5765 ont été investigués soit une performance de 99,86%.

Cependant l'écart entre la performance pondérée 33% et ajustée 29% est dû à un non-respect de la promptitude (impact de la grève de 2018 ayant entraîné un glissement des activités). Certaines activités planifiées n'ont pas été prises en compte dans les plans de travail annuels, absence de financement pour certaines activités planifiées.

Il existe un système modélisé de détection des épidémies basé sur la moyenne hebdomadaire des cinq dernières années, au niveau des sites sentinelles. La détection des épidémies est effective dans le nord avec un taux satisfaisant de 100%. Hormis, les cas détectés par les cases et les sites PECADOM, la sensibilité de cette surveillance est plombée par la faiblesse de la surveillance communautaire qui tarde à être effective risquant de ne pouvoir détecter des cas ou des flambées dans les zones inaccessibles. La mise en œuvre d'une surveillance communautaire augmenterait sans nul doute la sensibilité de la détection des cas et par voie de conséquence celle de la riposte.

L'objectif de la riposte/ contrôle est atteint (100%) au niveau des sites sentinelles et dans les districts de pré élimination. Un système de riposte précoce est mis en place. Il est basé sur une investigation des cas dans un rayon de 100 mètres et dans un délai de 15 jours. Ce qui a permis de détecter toutes les épidémies et de les contrôler dans les délais. La recherche sur les nouvelles stratégies plombe cet objectif de performance. Il serait important de piloter des stratégies innovantes et efficaces pour accélérer la réduction de la transmission vers la pré-élimination.

2.2.1.2.6 Plaidoyer, Communication et Mobilisation des communautés

Dans le contexte de pré élimination du paludisme dans certaines régions et du renforcement du contrôle dans d'autres, il est plus que jamais nécessaire, de maintenir les acquis et d'adopter des stratégies novatrices pour atteindre les objectifs fixés dans le PSN 2016-2020.

La mobilisation des ressources domestiques et l'inscription de la lutte contre le paludisme dans l'agenda des décideurs politiques de même que la participation des communautés pour l'appropriation des interventions de prévention et de prise en charge restent des impératifs.

La performance moyenne physique des 2 objectifs spécifiques est de 26,5% avec 21% pour l'adoption de comportements favorables et 32% pour la communication institutionnelle.

Avec une performance de 21%, la communication pour le changement social et de comportement reste encore une priorité absolue pour atteindre les objectifs de l'utilisation des services de prévention et de prise en charge du paludisme. L'appropriation communautaire par une mobilisation citoyenne est un défi qui exige une approche participative des communautés, un renforcement de leurs compétences, une intensification de leurs activités par l'allocation de ressources plus conséquentes et une production de supports de communication en quantité suffisante et en qualité pour accompagner les activités communautaires et celles des structures de santé.

Par ailleurs, la mobilisation de ressources domestiques demeure une priorité absolue pour aller vers l'élimination. Ce défi induit une exigence de renforcement des capacités en collecte de fonds (*Fund raising*) à tous les niveaux.

Avec 32% de performance physique, la communication institutionnelle est une constante qui a enregistré la mise en œuvre d'activités média qui devraient être intensifiées et tournées aussi vers le *webmarketing* avec des campagnes plus soutenues. Pour plus d'efficacité et de régularité, il faut externaliser le journal « palu infos ».

2.2.1.2.7 Gestion des approvisionnements et des stocks

L'amélioration permanente de la gestion des approvisionnements et des stocks (par la mise en adéquation des locaux et aires de stockage, le renforcement des capacités des différents acteurs, le renforcement de la disponibilité des intrants, ainsi que le suivi de la qualité et de l'efficacité), occupe une place de choix dans la lutte contre le paludisme, notamment dans le contexte de la pré-élimination. Le PSN 2016-2020 avait bien pris en compte l'importance de la gestion de la chaîne d'approvisionnement en allouant 58% de son budget dont 54% pour l'achat des intrants.

L'analyse des résultats de l'évaluation de la mise en œuvre du PSN a montré des insuffisances dans la disponibilité de certains intrants notamment la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP).

Dans le prochain PSN 2021 – 2025, un accent particulier sera mis sur la disponibilité continue de tous les intrants de qualité.

L'évaluation de la mise en œuvre des activités GAS planifiées et exécutées du PSN 2016- 2020 a permis d'obtenir une performance de 53%. Elle a révélé aussi une disponibilité permanente des TDR et ACT grâce à l'appui des partenaires (95% pour les ACT source rapport PNLP 2019).

La performance obtenue est liée à une bonne quantification des intrants par le niveau central et une coordination efficace du processus d'achat et de stockage des intrants. L'apport des partenaires techniques et financiers a été déterminant dans l'obtention de ce résultat.

Le renforcement des capacités des dépositaires des dépôts de district, des postes et des centres de santé dans le cadre du RSS avec l'appui de la PNA et dans le cadre de la mise en œuvre des plans d'accélération a également contribué à l'enregistrement de ce résultat.

Le système d'information qui innerve la chaîne d'approvisionnement a permis d'assurer la collecte des données de gestion logistique sous forme de panorama auprès du magasin central et des 11 PRA après un transfert effectif des intrants. Tous les trimestres, un suivi des intrants est effectué avec le comité mixte assurant le suivi des rapports de gestion.

Les défis ont porté sur la mise à disposition des documents normatifs aux structures sanitaires et l'absence des activités de quantification au niveau régional.

La revue du PSN 2016 – 2020 a montré globalement une amélioration de la disponibilité des intrants grâce à l'appui des partenaires techniques et financiers.

Le rapport provisoire de l'EDS continue 2018 a montré une disponibilité moyenne de 95% pour toutes les formes d'ACT, de 99% pour les TDR. Seule la SP a connu des périodes de rupture prolongée durant la période allant de 81% en 2014 à 52% en 2018.

2.2.1.2.8 Suivi et évaluation du paludisme et Recherche opérationnelle

Le suivi évaluation et la recherche opérationnelle sont des composantes essentielles et transversales du PSN. Le suivi évaluation permet de recueillir les données de qualité pour une meilleure mesure des résultats. L'évaluation des performances du programme (PNLP) passe par un suivi dynamique des activités, la mise en place d'outils adaptés, la mise à disposition suffisante de ressources humaines, matérielles et financières de qualité.

La recherche opérationnelle accompagne la mise en œuvre du PSN et permet de répondre à des questionnements liés à l'exécution des activités.

La moyenne des performances physiques du Suivi/Evaluation et de la Recherche opérationnelle (RO) est de 33%, avec pour la promptitude/complétude de 44% et pour la RO de 23%.

a) - Suivi/évaluation des interventions de lutte

La complétude des données de routine au niveau des structures publiques de 2016 à 2019 est de 100% selon la base de données nationales (voir DATA nationale) alors que la promptitude est de 75% à la même période du fait de la non tenue des revues au trimestre 4 de 2018 (grève 2018) et trimestre 1 de 2019.

Malgré le niveau faible de réalisation des activités de 44%, l'objectif a été atteint grâce à une mise en œuvre à tous les niveaux du système de santé de stratégies d'adaptation pour la remontée des données (utilisation de moyens propres, organisation de journées de saisie, etc.)

Cependant la complétude et la promptitude au niveau communautaire et dans le secteur privé restent à être améliorées.

b) - Recherche opérationnelle

Cette faible performance de la RO de 23% peut être liée d'une part à une insuffisance dans la coordination et la non fonctionnalité du comité scientifique et d'autre part à une absence de partenaire financier disposé à accompagner la promotion de la recherche opérationnelle surtout au niveau décentralisé (régions et districts).

2.2.2 Paysage financier et Partenariat pour la lutte contre le paludisme

Tableau VII : Paysage financier et Partenariat pour la lutte contre le paludisme

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MPR A MI-PARCOURS			MPR FINALE		TOTAL	%
	2016	2017	2018	2019	Févr-20		
Renforcer les capacités managériales et opérationnelles à tous les niveaux	13 941 636 541	1 100 589 008	2 747 031 184	2 763 242 424	40 400 000	20 592 899 157	40,37%
Introduire la biologie moléculaire dans les zones de pré-élimination	187 853 290	477 975 268	61 721 756	-		727 550 314	1,43%
Diagnostiquer 100% des cas de paludisme par TDR et/ou microscopie	307 451 200	548 621 505	18 194 935	18 194 935	-	585 011 375	1,15%
Traiter 100% des cas confirmés de paludisme selon les directives nationales avec des médicaments antipaludiques sûrs et efficaces	1 026 635 264	1 624 253 475	1 729 529 439	1 621 141 861	248 968	6 001 809 007	11,77%
Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le TPI à la SP 3 conformément aux directives nationales	307 453 000	458 319 697	275 000 000	320 000 000		1 360 772 697	2,67%
Assurer une couverture en CPS de 98% des enfants de 3 à 120 mois dans les zones ciblées par saison de transmission	566 385 340	649 034 802	11 954 048	1 254 610 856		2 470 030 998	4,84%
Assurer une disponibilité permanente en médicaments (ACT, SP, Primaquine, Quinine, Artésunate, Artéméther, Rectocaps) et produits de lutte contre le paludisme (MILDA et TDR) pour au moins 99% des structures.	1 043 560 811	760 011 738	647 800 192	3 879 720 427		6 331 093 168	12,41%
Amener 80% de la population à adopter des comportements favorables à la prévention et à la prise en charge du paludisme	50 062 553	181 660 125	935 806	262 897 482	47 655 254	279 377 932	0,55%
Renforcer la communication institutionnelle pour une meilleure visibilité du PNL	721 278 160	450 000 000	450 000 000	316 369 761		1 937 647 921	3,80%

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	MPR A MI-PARCOURS			MPR FINALE		TOTAL	%
	2016	2017	2018	2019	Févr-20		
Amener au moins 80% de la population à dormir sous MILDA	50 062 638	194 779 216	5 147 246 038	4 695 873 910		4 890 653 126	9,59%
Protéger au moins 90% de la population par les AID au niveau des zones ciblées	8 778 160	12 770 900	0	61 098 155		82 647 215	0,16%
Traiter au moins 95% des gîtes larvaires productifs dans les zones ciblées d'ici 2015	5 000 000	20 000 000	0	0		25 000 000	0,05%
Détecter dans la semaine 100% des épidémies et situations d'urgence avec un système d'alerte précoce.	570 500 000	830 621 436	912 612 050	1 034 000 000		3 347 733 486	6,56%
Contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence dans la semaine suivant leur détection.	0	159 015 238	159015238			318 030 476	0,62%
Assurer 100% de promptitude et 100% de complétude des données.	196 214 519	158 875 899	100203510	174 716 289		630 010 217	1,24%
Assurer le renforcement et la mise en œuvre d'activités de recherche opérationnelle	92 034 620	295 000 000	185 000 000	156 412 500		728 447 120	1,43%
Assurer le suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides	0	180 000 000	247 000 000	271 587 343		698 587 343	1,37%
TOTAL	18 717 392 258	8 101 528 307	7 533 108 304	16 566 968 461	88 304 222	51 007 301 552	100,00%
POURCENTAGE	36,70%	15,88%	14,77%	32,48%	0,17%	100,00%	

Sur les **51 007 301 552 F CFA** mobilisés par le PNLP et ses partenaires durant la période janvier 2016 à Février 2020, **36,70%** l'ont été en 2016 et **32,48%** en 2019. Et selon les objectifs spécifiques, **40,37%** du budget global ont permis l'exécution des activités sur la gestion du programme, **12,41%** pour la disponibilité permanente en médicaments et produits de lutte contre le paludisme et **11,77%** pour le traitement des cas confirmés de paludisme.

2.2.3 Progrès dans la réalisation des objectifs nationaux, régionaux et mondiaux

a) - Niveau de réalisation des cibles du PSN 2016-2020

Tableau VIII : Niveau de réalisation des indicateurs de couverture des cibles du PSN 2016-2020

INDICATEURS	Valeurs de base (%) 2015	Performances annuelles (%) 2019	Cible finale (%) 2020	Ecart
% de ménages disposant au moins d'une MILDA pour deux personnes	36,30%	56,8%	80%	-23,2%
% de la population générale ayant dormi sous MILDA	52%	62,5%	80%	-17,5%
% d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MII	54,40%	65,4%	80%	-14,5%
% de femmes enceintes ayant dormi sous MII	52%	68,1%	80%	-11,9%
% de femmes enceintes ayant pris trois doses de SP conformément aux directives	42,72%	53,60%	80%	-26,4%
Proportion de la population protégée par l'AID dans les zones ciblées	97,40%	97,00%	90%	7%
% de cas suspects ayant bénéficié d'un test parasitologique	96,30%	99,77%	100%	-0,23%
% de cas de palu traités selon les directives/ public	95,2%	98,55%	100%	-1,45%

Concernant les indicateurs de couverture illustrés dans ce tableau, seule la proportion de la population protégée par l'AID dans les zones ciblées et la proportion de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique ont dépassé la cible de 2020 avec des écarts positifs respectifs de +7% et +1%.

Du fait de l'absence de données de l'EDS en 2019, la situation sur la disponibilité et l'utilisation des MILDA est méconnue. Mais les résultats de 2018, montrent que des gaps variant de - 33 % à -41% par rapport aux cibles de 2020.

b) - Progrès vers l'impact épidémiologique En 2020

Tableau IX : Progrès vers l'impact épidémiologique En 2020

INDICATEURS	Valeurs de base (%) 2015	Performances annuelles (%) 2019	Cible finale (%) 2020	Ecart
Incidence pour 1000 habitants	19 ‰	21,9 ‰	4,75 ‰	- 17,15 ‰
Prévalence parasitaire	1,20%	0,40%	0,60%	Cible dépassée
Nombre de décès liés au paludisme	500	260	125	- 135

Progrès vers l'impact épidémiologique en 2020

Concernant les indicateurs d'impacts, la variation des réalisations de 2019 par rapport aux données de base est très favorable pour 2 indicateurs sur 3, à savoir :

- la prévalence parasitaire diminuant de 67% comparativement à la cible de 0,60%
- le nombre de décès liés au paludisme passant de 500 à 260 décès, soit une performance de 48% comparativement à la cible de 125 décès.

Entre 2015 et 2019, le taux d'incidence a connu une augmentation passant de 19‰ à 21,9‰. Ce qui nous éloigne des 4,75‰ cible de 2020.

2.2.4 Contribution du Programme de lutte contre le paludisme au renforcement du système de santé

Dans le cadre du financement des Partenaires Techniques et Financiers, le PNLP contribue au renforcement du système de santé dans le cadre du renforcement :

- du Système National de l'Information Sanitaire
- de la gestion des médicaments
- du système de santé communautaire
- de ressources humaines
- du système des laboratoires, etc.

2.2.5 Analyse des FFOM de la mise en œuvre de la lutte contre le paludisme

2.2.5.1 Gestion du programme

FAIBLESSES	PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION
<ul style="list-style-type: none">- Faiblesse dans la mobilisation des ressources allouées ;- Déficit dans la coordination avec les autres secteurs ;- Insuffisances dans le fonctionnement du CCPLP ;- Absence de document de politique nationale de lutte contre le paludisme ;- Difficultés à impliquer le secteur privé médical, les entreprises et les collectivités territoriales dans la lutte contre le paludisme ;- Insuffisances dans l'utilisation des instances de coordination régionales (CRD)- Difficultés à opérationnaliser les dispositions de l'arrêté portant création des UCA ;- Difficultés dans la mise en œuvre de la lutte transfrontalière ;- Absence de motivation pérenne des acteurs de la lutte contre le paludisme au niveau communautaire ;	<ul style="list-style-type: none">- Renforcer le cadre organisationnel pour un meilleur suivi stratégique de la mise en œuvre des plans ;- Ériger en priorité l'élaboration du document de stratégie nationale de l'élimination du paludisme pour 2020-2030 (en lieu et place du document de politique nationale de lutte contre le paludisme) ;- Renforcer la gouvernance du programme en rendant fonctionnels les cadres à tous les niveaux (CCPLP, cadres régionaux, UCA, etc.) ;- Commanditer un nouvel audit organisationnel ;- Mettre en œuvre les recommandations de l'évaluation de l'UCA pilote ;- Renforcer le partenariat avec le secteur privé dans la lutte contre le paludisme⁷ ;- Poursuivre le processus de signature des conventions avec les pays frontaliers pour la lutte transfrontalière contre le paludisme ;

⁷ Alliance du secteur privé pour la santé (ASPS), entreprises (RSE)

FAIBLESSES	PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION
<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse du niveau de mise en œuvre des activités prévues dans le PSN. 	<ul style="list-style-type: none"> - Impliquer davantage les autorités administratives dans la lutte transfrontalière ; - Faire le plaidoyer pour la mobilisation de ressources financières additionnelles (LAL, AID, utilisation MILDA) - Alléger les procédures de marché lors des appels d'offres (MILDA etc.) ;

❖ Principaux défis pour la période 2021-2025

- Réduction du gap financier de la lutte contre le paludisme ;
- Création d'un cadre de coordination de la lutte transfrontalière ;
- Mise à l'échelle les UCA/ installer et rendre fonctionnelles les 4 autres UCA ;
- Renforcement de l'engagement et l'implication des collectivités territoriales

2.2.5.2 Promotion CCC/MS

FAIBLESSES	PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION
<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de la mobilisation des acteurs communautaires <ul style="list-style-type: none"> ○ Léthargie de certains réseaux communautaires : absence de contrats avec les réseaux communautaires de lutte contre le paludisme ○ Faible maillage de la couverture géographique en OCB ○ Non adaptation et insuffisance du paquet d'activités des OCB aux différentes strates - Insuffisance et retards notés dans la production des supports de communication - Insuffisance de la formation des : <ul style="list-style-type: none"> ○ Acteurs communautaires ○ Prestataires sur la communication - Insuffisance du suivi évaluation/ Insuffisance de la coordination des activités des partenaires <ul style="list-style-type: none"> ○ Non prise en compte des indicateurs de CCC dans le cadre de performance du PSN ○ Non systématisation des évaluations des campagnes de communication ○ Insuffisance de la documentation et de la diffusion des expériences réussies - Insuffisance de l'approche multisectorielle 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le partenariat avec les communautés ; - Renforcer les ressources allouées à la communication ; - Renforcer les capacités des acteurs sur la communication paludisme à tous les niveaux ; - Renforcer le partenariat avec le secteur privé ; - Renforcer le partenariat avec les autres secteurs ministériels ; - Renforcer le partenariat avec les collectivités territoriales ; - Renforcer le suivi évaluation des activités de communication ; - Renforcer la coordination des activités de communication ; - Renforcer la recherche sur les comportements /paludisme. - Améliorer le taux d'utilisation des MILDA par les populations en renforçant l'IEC/CCC ; - Réviser le document de plaidoyer pour le financement de la LAL - Faire le plaidoyer pour une participation locale dans le financement de la lutte anti vectorielle

❖ Principaux défis pour la période 2021-2025

- Appropriation communautaire
- Implication effective des collectivités territoriales
- Mobilisation citoyenne autour de la lutte contre le paludisme
- Respect des plans de communication conformément au chronogramme
- Mobilisation des ressources domestiques
- Suivi et évaluation des activités de communication

2.2.5.3 Lutte Anti Vectorielle

FAIBLESSES	PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION
<p>❖ MILDA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisances dans la distribution des MILDA de routine ; - Taille et la forme des MILDA - Absence de contrôle à la réception des médicaments et MILDA ; - Non prise en compte du privé dans la disponibilisation des intrants (MILDA) <p>❖ AID</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervention AID limitée (Limité à 4 DS sur les 46 ciblés) - Coût élevé de l'intervention <p>❖ LAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de promesse de financement pour la LAL 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la distribution des MILDA de routine ; - Prendre en compte les préférences des populations dans le choix des MILDA - Réactualiser le plan LAV ; - Réviser le guide méthodologique de la routine ; - Redynamiser les différents canaux de distribution de la MILDA routine particulièrement les canaux communautaires (OCB, DSDOM...) scolaires - Mettre à jour le profil entomologique du pays - Mettre en œuvre le plan de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides ; - Intégrer dans le paquet de suivi entomologique le contrôle de qualité des MILDA à la réception par des tests bio-essais

❖ Principaux défis pour la période 2021-2025

➤ MILDA

- Prise en compte du privé dans la disponibilisation des MILDA
- Avoir de canaux de distribution performants pour la distribution de routine
- Augmentation du taux de l'utilisation des MILDA

➤ AID

- Extension des AID à d'autres districts ;
- Mise en place des fonds et du matériel pour la MEO des AID
- Mise en place d'un service spécialisé dans la gestion des campagnes d'AID
- Gestion de la résistance AID

➤ LAL

- Cartographie des gîtes larvaires

2.2.5.4 PEC / PFE / CPS

FAIBLESSES	PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION
<ul style="list-style-type: none"> - Non disponibilité des intrants de la biologie moléculaire - Formation du secteur privé, parapublic et autres secteurs ministériels - Faible implication du secteur privé (formation, insuffisance dans l'application des directives de prise en charge et du TPI, etc.) - Retard du financement de la BID - Absence de subvention du bilan et des intrants pour la prise en charge des cas graves - Retard dans le financement du suivi de la mise en œuvre de la PECADOM - Non disponibilité de la quinine orale (pour le traitement du paludisme chez la femme enceinte au premier trimestre) dans le circuit d'approvisionnement public - Non disponibilité des supports sur les algorithmes et les directives de diagnostic et de prise en charge - Insuffisance des ressources dédiées à la mise en œuvre du TPI - Rupture de la SP - Retard dans l'acquisition du matériel de la biologie moléculaire - Faible couverture de l'introduction de la Primaquine dans les zones de pré – élimination ; - Difficultés dans la remontée des pièces justificatives entraînant le retard de financement des activités PECADOM 	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter l'approche de formation des acteurs du secteur privé (format EPU) - Compléter la formation des acteurs des structures des forces de défense et de sécurité - Mettre en place des kits gratuits de PEC des cas graves au niveau des EPS et des centres de santé - Appuyer les structures en réactifs pour le bilan de suivi des cas graves - Intégrer le financement du suivi de la PECADOM dans les plans d'accélération - Rendre disponible la quinine orale pour la prise en charge du paludisme de la FE au premier trimestre. - Valider, reproduire et disséminer les supports sur les algorithmes et les directives de diagnostic et de PEC - Faire un plaidoyer pour l'augmentation de la mobilisation des ressources domestiques ; - Renforcer le partenariat avec les prestataires du secteur privé ; - Reprogrammer / mettre en œuvre les activités du projet BID ; - Rendre disponible gratuitement la SP au niveau des structures ; - Rendre disponible le matériel de la biologie moléculaire ; - Mettre à l'échelle l'introduction de la Primaquine dans les zones de pré – élimination ; - Améliorer le recouvrement des pièces justificatives à tous les niveaux. - Faire un plaidoyer pour l'augmentation de la mobilisation des ressources domestiques

❖ Principaux défis pour la période 2021-2025

- Financement domestique de lutte anti palustre
- Intégration effective du secteur privé
- Appui des collectivités territoriales dans le financement de la lutte
- Disponibilité et gratuité de la SP
- Mise à l'échelle de la Primaquine dans toutes les zones de pré-élimination

2.2.5.5 Gestion des Approvisionnements et des Stocks

FAIBLESSES	PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION
<ul style="list-style-type: none"> - Absence de visibilité sur la situation des stocks à temps réel au niveau périphérique (arrêt mise en œuvre Yeksina) - Absence d'inventaires trimestriels au niveau PNA, PRA et districts ; - Ruptures prolongées et répétitives des stocks de SP entre 2016 et 2017 ; - Irrégularités du contrôle de qualité à la réception des médicaments ; - Absence de révision de la convention PNL/PNA ; - Rupture de DHAPQ entre 2018 et 2019 - Non prise en compte du privé dans la disponibilisation des intrants (TDR, ACT, MILDA) ; - Absence d'espace de Stockage des intrants au niveau central. 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les données de qualité ; - Organiser des inventaires trimestriels au niveau PNA, PRA et Districts ; - Organiser des supervisions périodiques ; - Rendre fonctionnelle l'utilisation de l'ERP3 au niveau district et du COMMCARE ; - Interconnecter l'ERP3 et le COMMCARE avec le DHIS2 ; - Auditer la qualité des données ; - Réviser la convention PNL/PNA ; - Assurer la disponibilité des intrants ; - Payer les frais de gestion à la PNA ; - Renforcer les capacités des gestionnaires de stocks en gestion de stock ; - Reproduire les documents stratégiques ; - Disséminer les documents stratégiques ; - Acheter en quantité suffisante la SP après retrait du partenaire ; - Acheter en quantité suffisante la DHAPQ pour les investigations des cas ; - Renforcer le plaidoyer pour le recrutement de pharmaciens dans chaque district ; - Améliorer la capacité de stockage de la PNA ; - Faire un plaidoyer auprès des partenaires pour appuyer la construction d'entrepôts de stockage des intrants dans le long terme ; - Louer des entrepôts pour le stockage des intrants dans le court terme ; - Faire une analyse de la gestion en flux tendu pour les intrants ; - Améliorer le système d'assurance qualité ; - Améliorer le système d'enregistrement des intrants au niveau pays ; - Renforcer le contrôle qualité à la réception des médicaments ; - Améliorer la coordination de la chaîne d'approvisionnement ; - Assurer la tenue des réunions préparatoires pour la production du rapport PPMRm ; - Assurer la production trimestrielle du rapport PPMRm ; - Assurer la révision et la soumission trimestrielle du plan d'approvisionnement ; - Assurer la tenue des réunions de coordination de la Plateforme PNA/Programmes.

❖ Principaux défis pour la période 2021-2025

- Pérennisation de la mise en œuvre du *Yeksina*
- Disponibilité de la SP à l'arrêt de l'appui des PTF
- Mise en place des TDR et ACT dans le secteur privé
- Révision de la convention entre le PNLP et la PNA
- Achat des intrants antipaludiques par le pays

2.2.5.6 Suivi Evaluation, Surveillance et Recherche Opérationnelle

FAIBLESSES	PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION
<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance du nombre de supervision - Faible intégration des données du secteur privé dans les rapports des DS - Insuffisance dans l'élaboration des PTA (non prise en compte de certaines activités du PSN) - Incomplétude des données communautaires de PEC du paludisme - Faiblesse dans le suivi par le niveau central des activités du niveau opérationnel - Insuffisance de la notification des acquisitions de la contrepartie Etat - Non fonctionnalité du comité scientifique 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les capacités pour la mobilisation des ressources au niveau local pour la surveillance et le suivi-évaluation, - Extraire le PTA du PSN désagrége et mettre en place une instance de suivi, ?? - Mettre le focus sur les activités restantes en 2020 - Mettre à la disposition de la task force les rapports et documents avant la revue interne - Mettre à profit la commission suivi-évaluation du CCPLP - Elaborer un rapport trimestriel par bureau - Faire un plaidoyer pour le renforcement du bureau suivi évaluation en ressources humaines (planificateur, statisticien, etc.) - Renforcer l'audit de la qualité des données par des outils adaptés - Utiliser les TIC dans la collecte, la transmission et l'analyse des données - Inscrire des stratégies de lutte transfrontalière dans le nouveau PSN

❖ Principaux défis pour la période 2021-2025

- Disponibilité à temps de données paludisme complètes et de qualité dans la plateforme DHIS2
- Capitalisation des données du secteur privé
- Promotion de la surveillance communautaire
- Financement direct des investigations des cas au niveau opérationnel
- Plaidoyer pour un financement domestique permettant la réalisation des études

CHAPITRE III : CADRE STRATEGIQUE DU PSN

3.1- Vision du Programme

3.2- Mission et principes directeurs du Programme

3.3- Orientations stratégiques et priorités politiques pour un PSN approprié

3.4- But et objectifs du plan stratégique

3.5- Principales priorités et stratégies de lutte

3.6- Description des stratégies/interventions de lutte requises par domaine d'interventions.

CHAPITRE III : CADRE STRATEGIQUE DU PSN

3.1 Vision du Programme

Le plan stratégique 2021-2025 de lutte contre le paludisme au Sénégal est résolument engagé vers l'accélération et l'intensification en vue de l'élimination de la maladie, d'où sa vision :

« Un Sénégal émergent sans paludisme, pour un développement durable ».

3.2 Mission et principes directeurs du Programme

3.2.1 Mission du programme

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

3.2.2 Principes directeurs et valeurs du programme

Le plan stratégique repose sur cinq 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,

3.3 Orientations stratégiques et priorités politiques pour un PSN approprié

Nos orientations stratégiques et nos priorités sont guidées par les éléments suivants :

1. Ciblage des interventions en fonction des caractéristiques épidémiologiques
2. Promotion de l'accès universel à toutes les interventions
3. Prise en compte de l'aspect genre dans toutes les interventions
4. Renforcement de l'approche communautaire
5. Amélioration des capacités de coordination et de gestion
6. Renforcement du partenariat notamment avec le secteur privé
7. Développement de la multisectorialité et l'intrasectorialité
8. Renforcement durable du système de santé
9. Apport de réponse coordonnée et concertée avec les partenaires et autres secteurs de développement y compris la recherche
10. Renforcement de la décentralisation et la déconcentration
11. Développement de stratégies pour la mobilisation des ressources domestiques
12. Renforcement de l'implication du secteur privé médicale
13. Promotion de la recherche opérationnelle et les innovations

3.4 But et objectifs du plan stratégique

3.4.1 But du PSN

Ce plan vise à contribuer à la réduction des endémies majeures au Sénégal.

3.4.2 Objectifs généraux du PSN

Les objectifs généraux de ce présent PSN sont les suivants :

- 1) Réduire l'incidence du paludisme d'au moins 75% par rapport à 2019
- 2) Réduire mortalité liée au paludisme d'au moins 75% par rapport à 2019

3) Interrompre la transmission locale dans au moins 80% des districts éligibles de 2019

3.4.3 Objectifs spécifiques

❖ Gestion du programme

OS : Augmenter de 41% à 80% (exécution brute des activités planifiées) la gouvernance, les capacités managériales et opérationnelles à tous les niveaux

❖ Gestion des Approvisionnements et Stocks

OS : Assurer une disponibilité permanente (0% de rupture) en médicaments (ACT, SP, Primaquine, Artésunate, Rectocaps) et produits de lutte contre le paludisme (MILDA et TDR) pour au moins 99% des structures

❖ Prise en charge (Diagnostic et traitement)

OS1 : Introduire la biologie moléculaire dans les investigations, de tous les districts, en zones de pré-élimination

OS2 : Diagnostiquer 100% des cas de paludisme par TDR et/ou microscopie selon les directives nationales

OS3 : Traiter 100% des cas confirmés de paludisme selon les directives nationales avec des médicaments antipaludiques sûrs et efficaces, au niveau des structures de santé

OS4 : Traiter 100% des cas confirmés de paludisme selon les directives nationales avec des médicaments antipaludiques sûrs et efficaces au niveau communautaire.

❖ Prévention médicamenteuse : TPI/FE, CPS et chimioprophylaxie du voyageur

OS1 : Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le TPI à la SP 3 conformément aux directives nationales

OS2 : Assurer une couverture en CPS de 95% des enfants de 3 à 120 mois dans les zones ciblées par saison de transmission

OS3 : Assurer une couverture en MDA de 95% de la population cible dans les zones concernées

OS4 : Amener au moins 80 % des agents des ambassades, aéroports, hôtels et ports, à partager selon les directives du PNLP, les aspects de la chimioprophylaxie du paludisme du voyageur

❖ Lutte Anti Vectorielle :

OS1 : Assurer la mise à jour des 3 documents cadre de la lutte antivectorielle au Sénégal, d'ici fin 2021.

OS2 : Amener au moins 80% de la population à dormir sous MILDA

OS3 : Protéger au moins 98% de la population par les AID au niveau des zones ciblées

OS4 : Traiter au moins 95% des gîtes larvaires productifs dans les zones ciblées

❖ IEC/CCC et Promotion de la santé

OS1 : Amener 80% de la population à adopter des comportements favorables à la prévention du paludisme

OS2 : Augmenter de 33% à 80% (exécution brute des activités planifiées) la communication institutionnelle, pour une meilleure visibilité du PNLP

❖ Suivi Evaluation et Recherche Opérationnelle

OS1 : Assurer 100% de promptitude et 100% de complétude des données sur le paludisme, à tous les niveaux (public et privé)

OS2 : Assurer 100% des activités de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du PSN

OS3 : Augmenter de 26% à 60% la promotion et la mise en œuvre d'activités (exécution brute des activités planifiées) de recherche opérationnelle

❖ Surveillance et Riposte

OS1 : Détecter, dans la semaine, 100% des épidémies et situations d'urgence avec un système d'alerte précoce.

OS2 : Contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence dans la semaine suivant leur détection.

OS3 : Assurer l'exécution de 100% des activités planifiées de suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides.

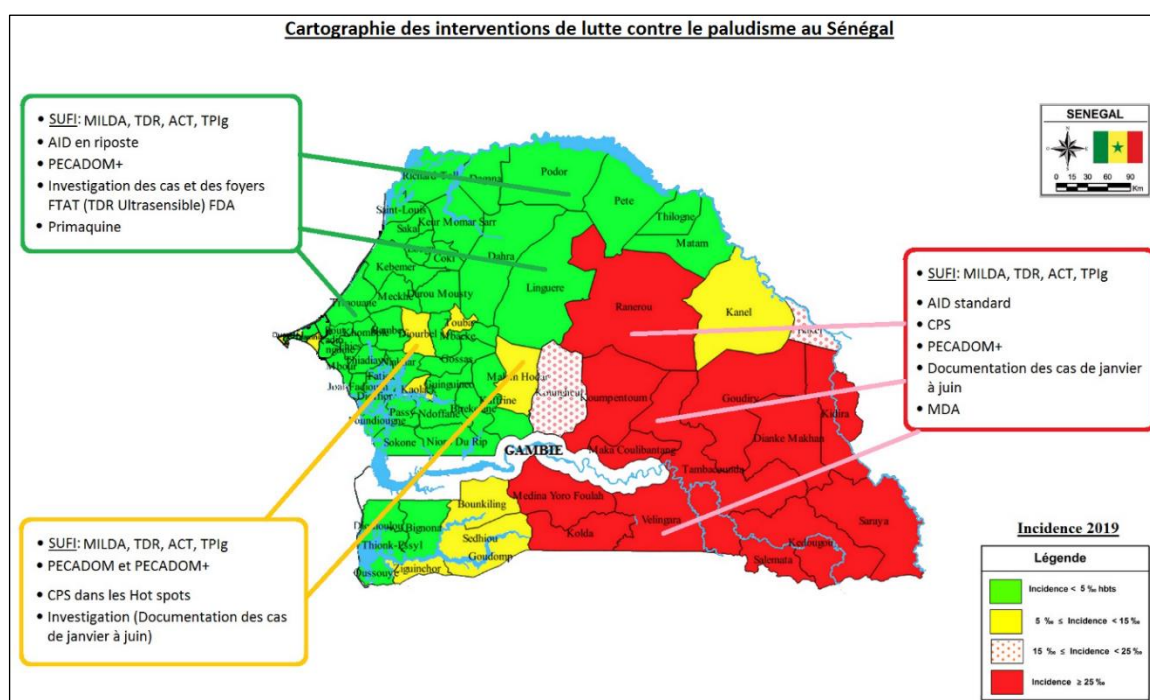
3.5 Principales priorités et stratégies de lutte

L'analyse du profil épidémiologique a permis de distinguer 3 zones distinctes où seront menées les interventions de base à efficacité prouvée (**voir carte ci-dessous**)

Cependant, il existe deux zones prioritaires avec des interventions spécifiques :

- Zones sud ou zone de forte transmission avec la mise en œuvre de la CPS, MDA, MILDA PBO, AID, PECADOM plus.
- Zones nord et une partie du centre ou zone de très faible transmission avec la mise en œuvre des investigations des cas, AID dans les villages hot spot, l'administration de la primaquine en prise unique et à faible dose dans la PEC des cas de paludisme.

Pour une bonne implémentation et une meilleure appropriation de ces stratégies, le PNLP a mis en place des Unités de coordination avancées, calquées sur les strates.



Carte 10: Cartographie des interventions de lutte contre le paludisme en 2019, au Sénégal

3.6 Description des stratégies/interventions de lutte requises par domaine d'interventions.

Les différents domaines d'intervention du PSN sont :

1. Gestion du programme
2. IEC/CCC et promotion de la santé

3. Lutte anti vectorielle
4. Prise en charge
5. Prévention médicamenteuse
6. Gestion des approvisionnements et stocks
7. Suivi & Évaluation et Recherche Opérationnelle
8. Surveillance et riposte

3.6.1 Gestion 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 décentralisation de la coordination, de renforcement 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 plaidoyer pour la mobilisation des ressources afin d'atteindre les objectifs.

Les interventions retenues pour une meilleure gestion du programme, à tous les niveaux sont les suivantes :

- **Intervention 1** : Amélioration du cadre de pilotage du programme
- **Intervention 2** : Renforcement de la coordination du programme
- **Intervention 3** : Renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux
- **Intervention 4** : Déconcentration / Décentralisation de la lutte contre le paludisme
- **Intervention 5** : Renforcement du Partenariat
- **Intervention 6** : Gestion du programme au niveau des zones transfrontalières
- **Intervention 7** : Amélioration du financement domestique dans la lutte contre le paludisme
- **Intervention 8** : Apprentissage organisationnel
- **Intervention 9** : Fonctionnement de l'unité de coordination centrale

Objectif spécifique 1 : Augmenter de 41% à 80% (exécution brute des activités planifiées) la gouvernance, les capacités managériales et opérationnelles à tous les niveaux

- **Intervention 1 : Amélioration du cadre de pilotage du programme**

Cette intervention vise à asseoir un cadre de pilotage permettant d'orienter l'unité centrale dans ses prises de décisions pour une gestion harmonieuse et efficace du programme. Elle permet particulièrement à l'unité centrale de mieux suivre la mise en œuvre du PSN de façon régulière et en termes d'interventions à dérouler, de coûts de délais et de qualité.

Pour ce faire, un atelier de réflexion sera organisé pour définir le cadre de pilotage le plus approprié pour améliorer la gouvernance de la lutte contre le paludisme. Ce cadre qui se veut inclusif, devra être fonctionnel et reconnu par un arrêté ministériel. Son caractère inclusif en fait un cadre multisectoriel permettant la participation et l'implication de tous les acteurs concernés par la lutte contre le paludisme.

Les membres dudit cadre seront installés au cours d'une cérémonie présidée par le ministre ou son représentant.

Le fonctionnement du cadre pourra alors être facilité par la tenue régulière des réunions de ses instances selon la périodicité définie par l'arrêté ministériel.

▪ **Intervention 2 : Renforcement de la coordination du programme**

La lutte contre le paludisme fait intervenir plusieurs catégories d'acteurs. Pour plus d'efficacité, elle nécessite une bonne coordination des interventions au sein de l'unité centrale mais également entre celle-ci et toutes les autres structures intervenant dans la lutte.

Ce rapprochement entre le PNLP et les structures périphériques que sont les régions médicales, les DS, les acteurs communautaires et les collectivités territoriales fait partie des missions des unités de coordination avancées (UCA). Il permettra d'améliorer la planification, la coordination, le suivi opérationnel ainsi que le renforcement des capacités des acteurs dans la lutte contre le paludisme au niveau déconcentré.

Après une année de mise en œuvre du projet pilote avec l'UCA de l'axe sud (Kolda, Sédhiou, Ziguinchor) dont l'évaluation a été jugée concluante, le PNLP se doit désormais, conformément aux dispositions de l'arrêté mettant en place les UCA, de passer à l'échelle dans les quatre (4) axes restants que sont :

- **Axe Nord** : St-Louis, Louga et Matam ;
- **Axe Centre** : Kaffrine, Kaolack et Diourbel ;
- **Axe Sud-est** : Tambacounda et Kédougou ;
- **Axe Ouest** : Dakar, Thiès et Fatick.

Au niveau central, l'opérationnalisation du PSN à travers le PTA et le suivi régulier de sa mise en œuvre permettront de s'assurer que les activités exécutées sont en phase avec les interventions déclinées dans le PSN.

Les UCA participent à l'élaboration du PTA du PNLP tout comme elles participent à l'élaboration du PTA des régions Médicales de leur zones de responsabilités où elles sont secondées par un agent du PNLP.

Les revues trimestrielles de suivi de la mise en œuvre du PTA permettent de mesurer le niveau d'exécution trimestrielle des activités planifiées.

A la fin de chaque année, la revue annuelle permet d'évaluer la tendance du programme et sa capacité à exécuter les activités planifiées de façon à pouvoir s'améliorer pour les prochaines années du PSN.

De même, un reporting de l'exécution financière confronté régulièrement à la mise en œuvre des activités permettra une gestion plus rigoureuse des ressources financières à la disposition du programme à travers des indicateurs relatifs aux activités et au financement.

Toujours pour le renforcement de la coordination du programme, la prise en compte de la lutte contre le paludisme dans l'animation des cadres de concertation au niveau régional permettra une meilleure connaissance des spécificités régionales et renforcera l'appropriation des interventions par les différents acteurs . Pour ce faire, les régions médicales seront appuyées dans l'organisation des cadres de concertation régionale pour l'appropriation, la mise en œuvre et le suivi des activités de lutte contre le paludisme.

Ces réunions sont des plateformes de partage d'information et de prise de décision pour une amélioration continue de la performance des unités opérationnelles. Les plans de travail des régions devront prendre plus en compte l'aspect multisectoriel et appuyer les efforts des districts au niveau opérationnel dans l'animation des CDD.

Au niveau de chaque district, la cartographie des différents intervenants dans la lutte contre le paludisme permettra une meilleure coordination des interventions qui pourront être

capitalisées par le District. Cette cartographie permettra aux Districts de disposer d'une base de données des intervenants comme il en sera pour les Régions Médicales qui pourront alors effectuer le suivi des activités des intervenants dans leurs zones de responsabilité.

▪ **Intervention 3 : Renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux**

L'atteinte des objectifs du PSN dépend en grande partie des capacités de gestion à tous les niveaux. Leur renforcement passera nécessairement par la réalisation d'un audit organisationnel et la mise en œuvre de ses recommandations. L'audit organisationnel permettra une meilleure connaissance des besoins quantitatifs et qualitatifs en ressources humaines projetés sur la période du PSN.

En outre, le programme va développer et mettre en œuvre un plan de formation qui sera une des besoins en compétences identifiés par l'audit organisationnel. Le PNLP s'assurera que des conventions annuelles d'objectifs et de moyens seront signées avec les RM pour la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme.

Par ailleurs, pour améliorer la prise de décision, l'audit externe de la subvention du bénéficiaire principal et des sous récipiendaires sera réalisé à l'issue de chaque année de gestion.

Enfin, la contribution du PNLP dans le renforcement du système de santé en général se fera à travers l'appui en équipement de laboratoire, en matériel de réanimation, le renforcement de la plateforme DHIS 2 dans le backup et la surveillance, etc.

▪ **Intervention 4 : Déconcentration/ Décentralisation de la lutte contre le paludisme**

L'installation des UCA sera suivie d'un renforcement de capacités de ses agents dans les domaines de la gestion des projets et les stratégies de lutte contre le paludisme.

Pour une meilleure appropriation du projet UCA, une rencontre de partage de l'objectif et des missions de l'UCA sera organisée entre les représentants du PNLP, l'équipe de l'UCA, les acteurs du niveau déconcentré (RM et DS) et les acteurs territoriaux.

Secondairement, un atelier de plaidoyer réunissant le PNLP, les maires et représentants des organisations faîtières, de la société civile et des partenaires techniques et financier sera organisé pour susciter leur engagement à s'impliquer dans la lutte contre le paludisme. Cet atelier au cours duquel seront partagées les orientations du programme dans la lutte contre le paludisme devrait déboucher à la signature d'un mémorandum par les participants. Enfin, l'enrôlement d'au moins 110 communes en fonction des profils épidémiologiques sera la dernière étape du processus d'implication des acteurs territoriaux dans la lutte contre le paludisme.

▪ **Intervention 5 : Renforcement du Partenariat**

La mobilisation du secteur privé de la santé pour l'adoption des directives de prise en charge et l'intégration de leurs activités dans les données nationales de prise en charge du paludisme a toujours été une préoccupation majeure du PNLP. Les nombreuses initiatives menées dans ce sens ont donné des résultats peu satisfaisants. Dès lors, l'accompagnement de la Direction des Établissements Privés de Santé (DEPS) apparaît comme une alternative pouvant faciliter la collaboration entre les structures privées sanitaires et le PNLP. La tournée de recensement et de sensibilisation organisée avec la DEPS permettra une mise à jour de la cartographie des structures du secteur privé de la santé intervenant à Dakar. Elle servira également une tournée d'information préparatoire à l'élaboration du plan d'action du secteur privé

Une fois le pari de la mobilisation réussi, le renforcement du partenariat pourra être facilité par l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action du secteur privé médical adossé au Mémoire MSAS/Alliance du secteur privé sanitaire (ASPS).

Les mécanismes de collaboration avec les officines, les cabinets et cliniques privés, les infirmeries d'Entreprises pour leur participation au diagnostic et à la prise en charge des cas sera facilité par la mise à leur disposition de TDR, de MILDA. Pour cela, la cartographie des partenaires du secteur privé sera mise à jour.

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.

▪ **Intervention 6 : Gestion du programme au niveau des zones transfrontalières**

En vue de renforcer l'efficacité de la lutte contre le paludisme au niveau sous régional, le PNLN s'inscrit dans une dynamique d'organiser des réunions annuelles de travail avec les PNLN des pays frontaliers. Ces réunions se tiendront à tour de rôle, entre le Sénégal et chacun des pays (la Gambie, la Guinée Bissau, la République de Guinée, le Mali et la Mauritanie) en attendant d'avoir un cadre multilatéral.

Il s'agira aussi d'appuyer chaque semestre, des réunions de travail entre les districts frontaliers et de choisir des districts pilotes afin de documenter les expériences transfrontalières. Ces initiatives transfrontalières sont matérialisées par un protocole d'entente et l'élaboration d'un plan d'action avec la Gambie et le Mali. La même démarche sera poursuivie prioritairement avec la Mauritanie qui est frontalière à la zone nord du Sénégal, déjà en pré élimination.

▪ **Intervention 7 : Amélioration du financement domestique dans la lutte contre le paludisme**

Les politiques, stratégies et feuilles de route opérationnelles développées par le Sénégal dans le secteur de la santé sont de plus en plus motivées par des actions contribuant à l'amélioration du programme de Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Cette dernière demeure indispensable pour l'atteinte de l'objectif du pays à éliminer le paludisme d'ici 2030. A cet effet, la mise en œuvre du PSN 2021-2025 nécessite des stratégies de mobilisation des ressources financières particulièrement celles domestiques. C'est à ce titre que l'élaboration d'un plan national de plaidoyer pour la mobilisation des ressources domestiques dans la lutte contre le paludisme s'impose. La mise en œuvre de ce plan facilitée par la conception d'outils de plaidoyer adaptés aux cibles identifiées permettra une meilleure appropriation des enjeux d'élimination du paludisme dans toutes les sphères tant publiques que privées du pays. Dans cette appropriation, réside tout l'espoir d'obtenir l'augmentation de la contrepartie de l'Etat ainsi que l'implication et la contribution des entreprises privées et celles du secteur parapublic dans le financement de la lutte contre le paludisme.

▪ **Intervention 8 : Apprentissage organisationnel**

L'apprentissage organisationnel est un processus continu de renforcement des compétences d'une organisation. A travers une standardisation des compétences et qualifications, il facilite l'intégration du personnel et l'évaluation de ses compétences. En outre, la documentation des

processus conservés dans une base de données permet de constituer progressivement la mémoire de l'organisation dont les expériences de succès et d'échecs pourront servir à l'amélioration continue de la performance et au partage d'expériences entre l'organisation et son environnement externe. L'objectif d'amélioration continue justifie l'évaluation des processus validés tous les trois ans et leur mise à jour en fonction de l'évolution des pratiques au niveau international.

▪ **Intervention 9 : Fonctionnement de l'unité de coordination centrale**

Elle consiste à assurer les charges récurrentes annuellement à type de réunions et échanges internationaux, de carburant, d'entretien de la logistique et des locaux, de matériels informatiques, de fournitures de bureau, de frais généraux du personnel, frais de gestion etc.

3.6.2 Promotion de la santé

Dans le contexte de pré élimination du paludisme dans certaines régions et du renforcement du contrôle dans d'autres, il est plus que jamais nécessaire, de maintenir les acquis et d'adopter des stratégies novatrices pour atteindre les objectifs fixés dans le PSN 2021-2025. La mobilisation des ressources domestiques et l'inscription de la lutte contre le paludisme dans l'agenda des décideurs politiques restent des impératifs pour le PNLP.

Pour une bonne promotion des activités de lutte contre le paludisme, les interventions suivantes, par objectifs, seront menées :

Objectif spécifique 1 : Amener 80% de la population à adopter des comportements favorables à la prévention du paludisme

- **Intervention 1** : Planification du plaidoyer
- **Intervention 2** : Renforcement des capacités sur le plaidoyer
- **Intervention 3** : Mise en œuvre du plaidoyer
- **Intervention 4** : Suivi du plaidoyer
- **Intervention 5** : Mobilisation sociale, Participation citoyenne et engagement de la société civile
- **Intervention 6** : Planification de campagnes de communication basées sur des évidences
- **Intervention 7** : Renforcement des capacités des chargés de l'éducation et de l'information pour la santé
- **Intervention 8** : Mise en œuvre de la campagne
- **Intervention 9** : Suivi et Évaluation
- **Intervention 10** : Documentation

Objectif spécifique 2 : Augmenter de 33% à 80% (exécution brute des activités planifiées) la communication institutionnelle, pour une meilleure visibilité du PNLP

- **Intervention 1** : Relations presse/publicité
- **Intervention 2** : webmarketing
- **Intervention 3** : identité visuelle/sponsoring

Objectif spécifique 1 : Amener 80% de la population à adopter des comportements favorables à la prévention du paludisme

▪ **Intervention 1 : Planification du plaidoyer**

Le plan stratégique 2021- 2025 a été élaboré sur la base d’une revue finale des performances qui a révélé des gaps financiers qui ont plombé la mise en œuvre de même que la forte dépendance au financement des partenaires. Par ailleurs, l’objectif d’élimination du paludisme en 2030 exige une mobilisation de ressources domestiques qui constitue aujourd’hui une priorité dans le nouveau PSN de lutte contre le paludisme au Sénégal. Dans ce contexte, il sera élaboré un plan de plaidoyer avec une forte composante mobilisation de ressources domestiques qui sera élaboré à tous les niveaux

▪ **Intervention 2 : renforcement des capacités sur le plaidoyer**

Pour atteindre les objectifs, il est prévu de renforcer les capacités des acteurs sur le plaidoyer, la mobilisation de ressources et sur les enjeux de l’élimination du paludisme et cela, à tous les niveaux.

Par ailleurs, il est nécessaire de renforcer l’unité de coordination en spécialiste en fund raising.

▪ **Intervention 3 : mise en œuvre du plaidoyer**

Dans le plan de plaidoyer, dans une perspective d’élimination, l’accent sera mis sur l’engagement de l’Etat au plus haut niveau en particulier le Chef de l’Etat, les autres ministères, les institutions de la République, les collectivités territoriales, le secteur privé. Le plaidoyer sera piloté par des comités de pilotage à tous les niveaux depuis l’identification des thèmes de plaidoyer, des objectifs, des cibles, la mise en œuvre et le suivi évaluation. Au niveau national, le pilotage du plaidoyer sera confié au cadre de concertation des partenaires de la lutte contre le paludisme. Le plaidoyer se fera aussi à travers des alliances fortes avec la société civile notamment les réseaux d’acteurs communautaires de santé qui marqueront de leur empreinte la mise en œuvre pour obtenir l’engagement des autorités politiques, des collectivités territoriales, leaders religieux et du secteur privé.

▪ **Intervention 4 : suivi du plaidoyer**

Le suivi des activités est fondamental et se fera à travers des activités de suivi prévues dans le plan avec notamment les collectivités territoriales et le secteur privé pour mesurer les actions concrètes réalisées allant dans le sens de l’atteinte des objectifs du plaidoyer

▪ **Intervention 5 : Mobilisation sociale, Participation citoyenne et engagement de la société civile**

Le Sénégal avait adopté en 2016 un plan stratégique de lutte contre le paludisme qui avait pour objectif la pré élimination du paludisme. La promotion de la santé occupe une place importante parmi d’autres interventions de soutien pour atteindre les objectifs.

La revue des performances du PSN (2016-2020) a montré une mobilisation citoyenne insuffisante pour l’appropriation de la lutte contre le paludisme par les communautés.

Le PSN 2021-2025 est inscrit dans une perspective de l’élimination du paludisme en 2030 conformément au plan mondial de lutte contre le paludisme.

Dans cette optique, il est prévu de renforcer l'engagement citoyen à la lutte contre le paludisme ciblant tous les segments de la société sénégalaise à travers une large mobilisation tournée vers l'action.

Pour ce faire, des actions seront développées en particulier avec les organisations de la société civile, les associations leaders, les mouvements volontaires, les artistes, les associations religieuses. Un accent particulier sera mis sur la participation des réseaux d'acteurs communautaires de santé au niveau opérationnel et les ONG.

Pour mobiliser ces différents acteurs, il est prévu de partager les enjeux de l'élimination du paludisme au Sénégal et les orientations stratégiques retenues pour y arriver. Il est aussi prévu d'élaborer et de mettre à leur disposition les outils et appuis financiers pour la mise en œuvre de leurs plans d'action avec une participation forte des communautés et collectivités territoriales en termes de ressources.

Dans le cadre de l'utilisation des services de prévention et de prise en charge il est prévu à travers une contractualisation avec les districts sanitaires de s'appuyer sur les réseaux d'acteurs communautaires de santé et les ONG pour la mise en œuvre de paquets d'activités de communication sur le paludisme centrées sur les spécificités des districts en termes d'incidence. Les zones rouges notamment les régions de Kédougou, Tamba et Kolda vont bénéficier d'un appui plus conséquent en termes de volume d'activités, d'OCB et d'ONG pour une saturation.

Par ailleurs, dans l'approche, les dialogues communautaires vont figurer en bonne place dans les plans de communication des districts et d'autres stratégies novatrices (stratégies, grand-mère, école des maris) de même que le suivi et l'évaluation des activités avec les communautés et les collectivités territoriales.

Pour la qualité des interventions communautaires, un manuel de procédures administratives et financières sera élaboré pour orienter les activités des acteurs et renforcer l'organisation des réseaux d'acteurs communautaires.

La valorisation de la participation communautaire se fera à travers la mise en place d'une stratégie d'émulation (« *Jambar* communautaires, déclarations d'engagement médiatisées), les cérémonies des « *Jambar* » au niveau régional, la documentation et le partage des bonnes pratiques. Des actions synergiques seront recherchées avec certaines agences d'exécution par l'organisation de rencontres périodiques avec les partenaires.

Le suivi et l'évaluation de ces activités seront de mise pour en garantir la qualité et l'efficacité. La gestion et l'utilisation des données seront d'une importance capitale dans la planification et la mobilisation des communautés et des partenaires.

- **Intervention 6 : planification de campagnes de communication basées sur des évidences**

Dans un contexte de mise à l'échelle de toutes les interventions à efficacité prouvée, l'objectif est d'assurer l'utilisation par les communautés des services promus par le PNLP (MILDA, TPI, recours précoce aux soins, CPS, LAL et AID). Pour ce faire, il sera nécessaire de développer une stratégie nationale de communication sur le paludisme, basée sur des évidences. Il s'agira plus particulièrement de mener une recherche formative incluant les différents axes du PNLP et de mettre en œuvre les campagnes de communication

La 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. Elle prendra également en compte les spécificités

des grandes régions géographiques et sera articulée avec les réalités épidémiologiques actuelles

Les résultats de la recherche seront essentiels dans la planification et la mise en œuvre des activités de communication.

Pour le PSN 2016-2020, l'approche est de concevoir une stratégie de communication qui intègre le plaidoyer, la communication pour le changement social et de comportement (CCSC), la mobilisation sociale et la communication institutionnelle. L'élaboration de la stratégie de communication se fera de manière inclusive avec les partenaires et le niveau opérationnel pour fixer les objectifs, identifier les cibles, déterminer les approches de communication, identifier les canaux, définir le positionnement de la campagne.

Cette stratégie nationale de communication devra dans le design comporter un slogan et une identité visuelle fédérateurs. Elle tiendra compte des réalités épidémiologiques et des niveaux d'incidence des zones de transmission identifiées. La communication prendra en charge de manière cohérente les niveaux national, régional, district et communautaire. La conception et la mise en œuvre seront effectuées de sorte qu'il y ait une cohérence et une complémentarité entre les différents niveaux.

- **Intervention 7 : renforcement des capacités des chargés de l'éducation et de l'information pour la santé**

Dans ce PSN, il a été prévu de renforcer les capacités des chargés de l'Éducation et de l'Information pour la Santé des régions médicales sur les différentes interventions de lutte contre le paludisme et de partager avec eux les enjeux de l'élimination du paludisme. L'objectif est de renforcer leur rôle d'encadrement pour assurer une bonne planification, une mise en œuvre et un suivi de plans de communication en perspective de l'élimination,

Par ailleurs, au niveau national, des supports de communication seront élaborés au cours d'un atelier national d'élaboration avec les partenaires, les RM et DS.

- **Intervention 8 : Mise en œuvre de la campagne**

Pour la CCSC, des plans de communication annuels sur le paludisme seront déroulés à tous les niveaux pour l'utilisation des services de prévention et de prise en charge.

Les plans de communication feront l'objet d'un suivi et seront évalués chaque année pour maintenir les acquis ou rectifier au besoin concernant les cibles, les canaux, les activités, les messages par rapport aux différents groupes de participants identifiés.

Les plans de lutte contre le paludisme des districts et régions intègrent les activités de communication pour toucher les groupes de participants ciblés sur la base d'une analyse situationnelle et l'analyse des déterminants comportementaux sur lesquels il faudrait agir.

Pour obtenir des résultats en termes d'utilisation des services de prévention et de prise en charge du paludisme, le focus sera mis sur la communication de proximité, le renforcement de la mobilisation sociale autour de la lutte contre le paludisme, la communication et l'information du public (télé, radios nationales et communautaires, médias non traditionnels notamment les NTIC et les panneaux LED).

Les régions de forte incidence seront appuyées techniquement et financièrement pour élaborer et mettre en œuvre des plans de communication spécifiques et des supports spécifiques. IL s'agira aussi dans ces régions, pour obtenir des résultats en termes d'utilisation des services de prévention et de prise en charge du paludisme, de mettre le focus

sur la communication de proximité, le renforcement de la mobilisation sociale autour de la lutte contre le paludisme, la communication et l'information du public avec des canaux locaux traditionnels ou modernes qui permettent de toucher les groupes de participants.

Dans les zones à faible incidence du paludisme, il s'agira de faire du maintien et de prendre en compte dans les messages le contexte de pré élimination dans les groupes de participants à cibler dans le cadre du plaidoyer et la CCSC.

Dans ces zones les plans de communication à élaborer et à mettre en œuvre prendront en compte les interventions déroulées y compris la surveillance.

Les supports de communication mis à disposition seront aussi articulés à l'élimination.

Par ailleurs, la stratégie école sera renforcée en partenariat avec le Ministère de l'Education Nationale avec des stratégies mettant les élèves au centre (journées faire reculer le paludisme, concours de poèmes ou de dessins sur le paludisme) et en intégration avec d'autres interventions telles que la PECADOM École surtout dans les zones de forte incidence.

Des stratégies spécifiques qui ont fait leurs preuves à travers l'intervention des partenaires seront aussi utilisées : il s'agit de la stratégie grand-mère et « l'école des maris ».

La stratégie grand-mère est une approche basée sur les valeurs, la place occupée par les grands-mères dans la prise de décision dans une bonne partie de nos communautés pour la recherche de soins et de suivi de la prévention de la maladie. Cette stratégie consiste à renforcer la capacité des grands- mères et ainsi orienter leurs conseils et pratiques sur la promotion de la lutte contre le paludisme aux niveaux familial et communautaire.

La stratégie « Ecole des Maris » basée sur un esprit d'adhésion volontaire et d'implication communautaire des hommes mariés et plus ouverts au suivi sanitaire de leur famille. Les données de recherche et rapport des acteurs communautaires ont démontré la faible participation des hommes aux activités de prévention de paludisme, de promotion de la lutte contre le paludisme et de recherche de soins. Cette intervention nouvelle est proposée pour renforcer la participation et l'appropriation de la lutte contre le paludisme par les hommes au sein de leurs familles et communautés.

Par ailleurs, la stratégie école sera renforcée en partenariat avec le Ministère de l'Education Nationale avec des stratégies mettant les élèves au centre (journées faire reculer le paludisme, concours de poèmes ou de dessins sur le paludisme)

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.

▪ **Intervention 9 : Suivi et Évaluation**

La revue des performances du programme a montré une insuffisance du suivi et de l'évaluation des activités de communication à tous les niveaux.

Dans le nouveau PSN 2021- 2025, le suivi sera intensifié et adossé au système de santé avec l'appui des réseaux des acteurs communautaires de santé, les ONG. Il 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 communautaire. La supervision des activités de communication du niveau communautaire se fera en collaboration avec le SNEIPS, les DS/RM, les réseaux des acteurs communautaires de santé et les ONG partenaires.

La disponibilité et la qualité des données communautaires en relation avec la promotion de la santé est primordiale. L'utilisation de la plateforme DHIS 2 pour la transmission des données sera de mise.

Le suivi se fera aussi avec l'utilisation des indicateurs de suivi partagés avec les acteurs.

L'évaluation du processus se fera systématiquement à travers une revue aux niveaux régional et central avec tous les acteurs concernés.

Une évaluation à mi-parcours externalisée de même qu'une évaluation finale de la mise en œuvre de la communication sur le paludisme seront organisées.

Les indicateurs retenus seront intégrés aux cadres de suivi /évaluation du PNLP. La mesure de ces indicateurs se fera à travers des enquêtes.

▪ **Intervention 10 : Documentation**

Il s'agira de documenter les expériences communautaires réussies et les autres interventions du PNLP spécifiques qui pourraient être partagées, répliquées au besoin.

Ces expériences feront l'objet d'un partage à tous les niveaux selon des supports appropriés (publications, abstracts, supports audiovisuels, ...).

Les expériences communautaires réussies seront aussi partagées avec les réseaux d'acteurs communautaires, les autorités sanitaires, locales et autres acteurs de la lutte contre le paludisme au Sénégal et avec les pays frontaliers.

Objectif spécifique 2 : Augmenter de 33% à 80% (exécution brute des activités planifiées) la communication institutionnelle, pour une meilleure visibilité du PNLP

▪ **Intervention 1 : Relations presse/publicité**

La communication institutionnelle sera renforcée pour valoriser les efforts du PNLP et de ses partenaires et rehausser l'image de marque du PNLP en mettant en avant les progrès réalisés, l'engagement des acteurs, les défis. Pour ce faire, l'accent sera mis sur les relations presse et la publicité, le webmarketing, l'identité visuelle et le sponsoring. La consolidation de relations avec la presse à travers la diffusion de communiqués de presse, de rencontres périodiques et des activités média (publireportages sur le terrain, documentaires, émissions, interviews).

La communication événementielle sera aussi de mise en maximisant les plateformes existantes telles que la JMP, Journée mondiale de la Santé, Journée de la Femme etc.

La participation aux réunions internationales (ASTMH, Réunions RBM, OMS, OOAS etc.) sera de mise pour mettre en avant les progrès, réalisations ou initiatives du Sénégal dans la lutte contre le paludisme.

Enfin la production régulière du journal « palu infos » en partenariat avec le réseau des journalistes en santé et sa vulgarisation aux niveaux national, opérationnel et international seront aussi mises en œuvre.

▪ **Intervention 2 : webmarketing**

Le site web du MSAS, du PNLP, des partenaires et les réseaux sociaux seront également utilisés avec des campagnes web pendant avant, pendant et après la période de forte transmission.

▪ **Intervention 3 : identité visuelle/sponsoring**

Le sponsoring sera aussi utilisé pour participer à l'image positive du programme au niveau des populations bénéficiaires lors d'événements nationaux majeurs (finales coupes du Sénégal, journée de la femme, rassemblements religieux confrériques, fête de l'indépendance)

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.

Une identité visuelle (slogan et logo) pour l'élimination du paludisme au Sénégal contribuera aussi à la visibilité du PNLP.

3.6.3 Lutte anti vectorielle

La lutte anti vectorielle, est un domaine essentiel dans la lutte contre le paludisme. Elle s'articule autour des éléments suivants :

- L'amélioration du cadre normatif, passera par le renforcement du comité de pilotage de la LAV ; l'analyse des données pour la mise à jour du profil entomologique et la gestion de la résistance.
- La distribution massive et gratuite des moustiquaires imprégnées constitue l'une des principales stratégies de prévention de masse que le PNLP met en œuvre depuis plusieurs années sur tout le territoire national. A partir de 2021, une nouvelle approche, avec une campagne annuelle tous les 3 (trois) ans couvrant les 14 régions du pays sera menée.
- La dévolution des activités de mise en œuvre des AID au système de santé, sous le lead du PNLP et ses agents d'exécution, constitue une orientation du programme. Ce processus prend en compte l'ensemble des domaines techniques et secteurs impliqués et d'autre part les différents niveaux (central, régional et district). Cette autonomisation se poursuit avec l'accompagnement de l'agence technique d'exécution 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.
- Concernant la lutte anti larvaire, la redynamisation des interventions passera par la révision du document de plaidoyer pour le financement de la LAL, la mise en œuvre de la LAV et le Suivi évaluation

Les différentes interventions par objectif sont :

Objectif spécifique 1 : Assurer la mise à jour des 3 documents cadre de la lutte antivectorielle au Sénégal, d'ici fin 2021.

- **Intervention 1** : Réactualisation du plan LAV (PM)
- **Intervention 2** : Mise à jour du profil entomologique
- **Intervention 3** : Mise à jour du plan de gestion de la résistance

Objectif spécifique 2 : Amener au moins 80% de la population à dormir sous MILDA

- **Intervention 1** Renforcement de la disponibilité des MILDA
- **Intervention 2** : Promotion de l'utilisation de la MILDA

Objectif spécifique 3 : Protéger au moins 90% de la population par les AID au niveau des zones ciblées

- **Intervention 1** : Choix des districts
- **Intervention 2** : Renforcement des capacités
- **Intervention 3** : Mise en œuvre de l'AID
- **Intervention 4** : Gestion de l'environnement
- **Intervention 5** : Suivi Evaluation
- **Intervention 6** : Renforcement à la préparation et à la mise en œuvre des activités de riposte
- **Intervention 7** : Plaidoyer auprès des autorités pour le cofinancement des AID

Objectif spécifique 4 : Traiter au moins 95% des gîtes larvaires productifs dans les zones ciblées d'ici 2025
--

- **Intervention 1** : Révision du document de plaidoyer pour le financement de la LAL
- **Intervention 2** : Mise en œuvre de la LAL
- **Intervention 3** : Suivi évaluation

Objectif spécifique 1 : Assurer la mise à jour des 3 documents cadre de la lutte antivectorielle au Sénégal, d'ici fin 2021.

- **Intervention 1 : Réactualisation du plan LAV (PM)**

Un comité de pilotage de la LAV au niveau central sera mis en place pour la coordination de toutes les activités de lutte anti vectorielle mises en œuvre par le PNLP. Pour la prise en compte de toutes les mesures de LAV recommandées dans les zones où elles peuvent être efficaces ; le document de référence sera actualisé. Ce plan décrira notamment :

- Les modalités de mise en œuvre de l'aspersion intra-domiciliaire en prenant en compte les zones à incidence supérieure à 6 cas pour mille »
- 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.
- Les approches de distribution des MILDA avec un accent particulier sur la promotion de l'utilisation des MILDA.
- Le dispositif de gestion de la résistance des vecteurs aux insecticides

Il se fera à travers des ateliers de révision et de validation du document de politique sur la LAV.

- **Intervention 2 : Mise à jour du profil entomologique**

Un consultant fera l'analyse des données pour la mise à jour du profil entomologique.

Un atelier de révision du profil entomologique sera organisé et le document validé mis à jour sera produit et partagé

- **Intervention 3 : Mise à jour du plan de gestion de la résistance**

L'évaluation et la révision se feront en atelier.

Après la révision, ce document validé sera reproduit et partagé avec l'ensemble des partenaires.

Objectif spécifique 2 : Amener au moins 80% de la population à dormir sous MILDA

- **Intervention 1 Renforcement de la disponibilité des MILDA**

Le renforcement de la disponibilité des MILDA se fera à travers les distributions de masse et de routine.

- 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 2022 sur une période courte de 4 mois. En ce qui concerne la quantification, le principe d'estimation basé sur une MILDA pour 1,8 personne sera maintenu. La campagne de distribution synchronisée réussie avec la Gambie en 2019 sera élargie aux autres pays transfrontaliers.

En 2022, et 2025, il est envisagé une synchronisation avec la Guinée Bissau, Gambie, le Mali et la Mauritanie

- Distribution de moustiquaires en routine

Pour permettre à la population de disposer des MILDA entre les campagnes de distribution de masse. En sus du canal sanitaire plus fonctionnel, le guide méthodologique sur les MILDA routine proposera des stratégies d'amélioration des autres circuits (écoles, communautaires et marketing social). L'évaluation de la stratégie de distribution de routine a fait ressortir des difficultés dans le transport et mise en place des MILDA du niveau régional vers les districts et puis vers les structures les plus décentralisées (Postes, cases de santé et DSDOM). La faiblesse du système de reporting au niveau district et poste a été aussi identifiée. La mise à jour du guide de la routine prendra en compte les recommandations de l'évaluation.

- **Intervention 2 Promotion de l'utilisation des MILDA (PM/ Promotion)**

La promotion de l'utilisation des moustiquaires se fera à travers la mise en œuvre de plans annuels de communication à travers le niveau central et aussi la mise en œuvre des plans de gestion de lutte contre le paludisme des districts avec une forte composante communication. Les cibles, les messages et canaux seront identifiés à travers les résultats de recherche qui seront utilisés lors de la stratégie nationale de communications sur le paludisme qui va donner les grandes orientations pour la communication sur le paludisme pour toutes les interventions.

Dans la mise en œuvre, la promotion des MILDA en routine et pour la distribution de masse se fera au niveau opérationnel avec un appui technique et financier aux plans de districts. Des campagnes de communication spécifiques et soutenues seront déroulées dans les régions à faible utilisation des MILDA.

Objectif spécifique 3 : Protéger au moins 90% de la population par les AID au niveau des zones ciblées

- **Intervention 1 : Choix des districts**

Le choix sera déterminé selon les objectifs de réduire l'incidence dans la zone stable et d'empêcher la recrudescence dans les zones de paludisme instable.

Le choix des foyers chauds au sein des districts cibles pour l'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.

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.

La cartographie des zones AID et collecte 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.

La collecte des 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 d'un an selon les districts. La collecte concerne les données entomologiques, parasitologiques et cliniques classiques, au rythme de deux passages par an en saison sèche et pluvieuse.

L'étude entomologique sur le comportement du vecteur dans les zones ciblées sera faite en tenant compte de leur position géographique, de leurs particularités écologiques et des activités agricoles. Les données entomologiques de base seront collectées et analysées pour disposer d'informations sur la composition spécifique des vecteurs, leurs comportements trophiques et de repos ainsi que leur statut vis-à-vis des insecticides.

L'enrôlement se fera en fonction des ressources disponibles et des priorités identifiées par le PNL

▪ **Intervention 2 : Renforcement des capacités**

Le renforcement des capacités se fera à tous les niveaux (central, régional et district). Il s'agira de réactualiser les directives pour une approche d'AID communautaire. Des sessions d'orientation seront organisées pour le pool de formateurs. Les opérateurs et personnel de soutien au niveau de chaque site opérationnels/poste de santé seront formés sur les aspects pratiques de mise en œuvre.

Pour les situations d'urgence (épidémie), les capacités opérationnelles seront disponibles pour assurer la riposte.

▪ **Intervention 3 : Mise en œuvre de l'AID**

Le processus de la mise en œuvre des AID va démarrer par l'organisation d'un atelier national de planification.

Chaque district enrôlé va produire un plan opérationnel adapté aux réalités de la zone à l'issue d'un atelier avec les différents acteurs impliqués dans cette activité. Sous la coordination du district, ce travail verra la participation des acteurs de santé mais également des élus locaux, de la communauté ou tout autre organisme ou association impliqué dans des activités du système de santé.

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 10 à 20 jours par district en tenant compte du nombre et de la taille des zones ciblées.

Les supervisions des activités seront effectuées à tous les niveaux avant pendant et après les opérations dans leurs diverses composantes.

L'organisation 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 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.

▪ **Intervention 4 : Gestion de l'environnement**

Un plan de gestion des déchets sera mis en place en coordination avec les services de l'environnement et du Centre anti poison. Les déchets liquides issus du rinçage des pompes seront versés dans les puisards. Les déchets solides (contaminés non recyclables) seront détruits suivant les règles strictes du plan de gestion des déchets.

Le dispositif d'incinérateurs existant au niveau des RM sera utilisé avec un appui au fonctionnement.

▪ **Intervention 5 : Suivi Evaluation**

Le laboratoire d'écologie vectorielle et parasitaire de l'UCAD partenaire du PNLP assurera le suivi/ évaluation du traitement dans le cadre des AID avec l'appui des partenaires. En ce qui concerne le contrôle, une mission sera organisée une à deux semaines après le traitement pour évaluer la qualité de l'application et l'efficacité du produit. Ce contrôle se fera selon le protocole standard de l'OMS (WHOPES, 2013).

Pour le suivi, la même procédure sera respectée mais donnera des informations sur la rémanence du produit c'est-à-dire la durée d'efficacité du traitement. Il se fera de manière mensuelle et continue jusqu'à ce que le niveau d'efficacité soit au-dessous du seuil fixé par l'OMS (70%).

L'étude de la sensibilité des vecteurs aux différentes classes d'insecticides homologués par l'OMS sera également réalisée. Elle consiste à élever des populations de vecteurs de chaque zone et à les exposer à des doses spécifiques des différentes molécules. Les résultats donneront une idée de la sensibilité des vecteurs par rapport à chaque molécule.

Des réunions de restitution des résultats de la campagne AID seront organisées à tous les niveaux (postes, districts et central)

▪ **Intervention 6 : Renforcement à la préparation et à la mise en œuvre des activités de riposte**

La mise à jour du document LAV va intégrer les stratégies de riposte contre les vecteurs. Un plan d'action intégrant les zones ciblées et les acteurs responsables sera élaboré. Les besoins en matériel de riposte seront évalués et le gap comblé. Des lieux de stockage du matériel seront identifiés dans chaque région en zone de pré-élimination. Un comité de veille sera mis en place dans chaque Région Médicale et leur personnel formé sur les interventions de ripostes.

▪ **Intervention 7 : Plaidoyer auprès des autorités pour le cofinancement des AID**

Après recensement de toutes les phases où un appui est attendu des autorités et des collectivités, un document de plaidoyer sera élaboré et utilisé lors des visites de terrain. Un système de capitalisation de la contribution des autorités et de la population sera mis en place.

Objectif spécifique 4 : Traiter au moins 95% des gîtes larvaires productifs dans les zones ciblées d'ici 2025

▪ **Intervention 1 : Révision du document de plaidoyer pour le financement de la LAL**

Un atelier de partage des résultats des études effectués sur la lutte anti larvaire à Dakar (banlieue) Diourbel, Touba et Kaolack. Le document de plaidoyer pour le financement de la LAL sera révisé au cours d'un atelier de 2 jours.

▪ **Intervention 2 : Mise en œuvre de la LAL**

Des prospections seront effectuées dans les zones concernées pour identifier les gîtes potentiels et les géo référencer. L'atelier regroupera des éléments du PNLP, SNH, SLAP, UCAD, DEEC, DPV, CSE, ANACIM et LNERV pour assurer la capacitation des formateurs et superviseurs choisis.

L'atelier sera par la suite décentralisé pour former les opérateurs et personnel de soutien responsables du déroulement des activités.

Les gîtes larvaires ciblés seront traités/détruits

▪ **Intervention 3 : Suivi évaluation**

Des superviseurs communautaires accompagneront les équipes d'application sur le terrain pour s'assurer de la qualité des interventions. Ils seront à leur tour contrôlés par des agents du service de l'hygiène du niveau district.

Une dernière forme de supervision du niveau régional appuyé par le niveau central évaluera le travail sur toute la chaîne.

L'évaluation de l'efficacité du traitement et de l'impact environnemental se fera sur un échantillon de gîtes représentatifs deux jours après traitement.

A la fin de chaque campagne, il sera organisé un atelier d'évaluation qui comportera deux volets essentiels :

- la présentation des données de terrain
- la qualité et l'efficacité du traitement.

3.6.4 Prise en charge

La prise en charge des patients malades est un axe fondamental de tout programme de lutte contre la maladie. Au Sénégal des approches innovantes dans le domaine communautaire sont menées et doivent être renforcées vu les résultats importants qu'elles ont apportés. Par ailleurs l'évolution de la situation épidémiologique impose, comme le recommande l'OMS, l'utilisation de la biologie moléculaire et de la Primaquine pour interrompre la transmission dans les zones éligibles. Tout ceci nécessite un personnel formé et motivé.

Ci-dessous, seront décrites, pour chaque sous domaine, les interventions par objectifs spécifiques.

3.6.4.1 Diagnostic

Objectif spécifique 1 : Introduire la biologie moléculaire dans les investigations, de tous les districts, en zone de pré-élimination

- **Intervention 1 :** Renforcement des capacités
- **Intervention 2 :** Acquisition de matériel et de consommables
- **Intervention 3 :** Mise en œuvre

Objectif spécifique 2 : Diagnostiquer 100% des cas de paludisme par TDR et/ou microscopie selon les directives nationales

- **Intervention 1 : Renforcement des capacités**
- **Intervention 2 : Equipement consommables de laboratoire et intrants**
- **Intervention 3 : Mise en œuvre**

Objectif spécifique 1 : Introduire la biologie moléculaire dans les investigations en zones de pré-élimination

- **Intervention 1 : Renforcement des capacités**

Le renforcement de capacités des acteurs reste une étape importante pour la mise en place et l'utilisation de nouveaux outils diagnostiques plus adaptés dans ces zones de pré-élimination où on a tendance à avoir des parasitémiées faibles.

- **Intervention 2 : Acquisition de matériel et de consommables**

L'acquisition des appareils « LAMP » et les consommables pour la biologie moléculaire ainsi que la maintenance constituent des étapes importantes de la mise en application de cet intervention (cf. GAS).

- **Intervention 3 : Mise en œuvre**

La mise en œuvre de l'introduction de la biologie moléculaire dans les zones de pré-élimination permet de détecter les parasitémiées submicroscopiques et d'assurer le suivi biologique des cas de paludisme. Ainsi, une supervision post formative sera organisée pour renforcer les acteurs par un coaching sur site et de mener une étude d'évaluation de la biologie moléculaire dans les investigations.

Objectif spécifique 2 : Diagnostiquer 100% des cas de paludisme par TDR et/ou microscopie selon les directives nationales

- **Intervention 1 : Renforcement des capacités**

La formation et le recyclage des techniciens de laboratoire entrent dans le cadre du renforcement des capacités qui permet de maintenir un niveau de compétence permettant d'assurer une qualité du diagnostic. Dans ce cadre, les techniciens des services de diagnostic parapublics et privés, seront pris en compte.

- **Intervention 2 : Équipement consommables de laboratoire et intrants**

Il s'agira d'acquérir tous les 2 ans des microscopes et compteurs pour appuyer les districts et hôpitaux pour le diagnostic microscopique du paludisme. En outre chaque année des consommables pour le diagnostic microscopique seront acquis pour appuyer les districts et hôpitaux dans le cadre du respect du prix officiel de la goutte épaisse et frottis mince à 250 francs CFA.

- **Intervention 3 : Mise en œuvre`**

Pour assurer une qualité du diagnostic biologique les TDR sont contrôlés systématiquement à la réception et deux fois par an au niveau opérationnel. Un contrôle de la qualité du microscopique est également effectué.

3.6.4.2 Traitement

Objectif Spécifique 1 : Traiter 100% des cas confirmés de paludisme selon les directives nationales avec des médicaments antipaludiques sûrs et efficaces, au niveau des structures sanitaires

- **Intervention 1** : Disponibilisation des documents et outils d'aide à la PEC
- **Intervention 2** : Renforcement des capacités des acteurs des secteurs public et privé

Objectif Spécifique 2 : Traiter 100% des cas confirmés de paludisme selon les directives nationales avec des médicaments antipaludiques sûrs et efficaces au niveau communautaire

- **Intervention 1** : Renforcement de capacités
- **Intervention 2** : Mise en œuvre
- **Intervention 3** : Suivi et recherche action

Objectif Spécifique 1 : Traiter 100% des cas confirmés de paludisme selon les directives nationales avec des médicaments antipaludiques sûrs et efficaces, au niveau des structures sanitaires

- **Intervention 1 : Disponibilisation des documents et outils d'aide à la PEC**

La mise à jour des directives de PEC reste importante pour une harmonisation de l'approche de diagnostic et de traitement aux standards internationaux.

Elle passera par un atelier d'intégration des dernières recommandations de l'OMS et la reproduction des documents issus de cette activité.

- **Intervention 2 : Renforcement des capacités des acteurs des secteurs public et privé**

Le renforcement de capacités des acteurs reste une étape critique pour l'application correcte des directives de prévention médicamenteuse et de prise en charge du paludisme ; pour ce PSN 2021-2025, le focus sera mis sur les acteurs du secteur privé et des forces de défense et de sécurité où des gaps importants en termes de formation ont été notés.

Un plan de formation spécifique sera élaboré dans ce sens pour un suivi rigoureux de la mise en œuvre

Objectif Spécifique 2 : Traiter 100% des cas confirmés de paludisme selon les directives nationales avec des médicaments antipaludiques sûrs et efficaces au niveau communautaire

- **Intervention 1 : Renforcement de capacités**

Le PSN 2021-2025 a comme principe l'équité dans l'accès aux soins de qualité pour tous et s'est orienté vers le renforcement de l'approche communautaire. Ceci nécessite une formation/recyclage des acteurs communautaire de santé (acteurs communautaires de soins (Acs) et ceux de promotion et de prévention (APP), une disponibilité permanente des intrants, un suivi rapproché, des équipements adéquats et une motivation des acteurs pour une réussite. Le suivi de cette activité à tous les niveaux permet de garantir une atteinte des objectifs fixés.

▪ **Intervention 2 : Mise en œuvre**

La PECADOM Plus cible les populations vivant dans des zones inaccessibles, et/ou dépourvues de structures sanitaires. Les DSDOM effectuent des visites hebdomadaires au niveau de chaque concession dans le village pour tester, traiter et/ou référer tout cas suspect identifié. Ainsi, les DSDOM offrent au sein de leur communauté des soins intégrés (prise en charge du paludisme, des infections respiratoires aiguës et de la diarrhée couplée à la recherche des enfants irréguliers à la vaccination, au déparasitage et à la supplémentation en vitamine A) gratuits à domicile, permettant ainsi de lever les barrières géographiques et financières.

▪ **Intervention 3 : Suivi et recherche action**

Dans les régions de Kolda, Tambacounda et Kédougou qui portent l'essentiel de la charge de morbidité et de mortalité du paludisme la recherche active sera annualisée et intensifiée les deux premières années du PSN pour permettre une prise en charge précoce et correcte des cas, indispensable pour une baisse ultérieure de l'incidence. Dans la zone du Ferlo qui constitue le couloir des transhumants entre la zone Nord de faible transmission et la zone Sud est de forte transmission, la PECADOM plus sera mise en œuvre dans les districts de Kanel, Ranérou, Linguère et Dahra.

3.6.5 Prévention médicamenteuse

La chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) cible les enfants de 3 mois à 10 ans dans les régions de forte transmission éligibles. 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. L'approche TDO durant 3 jours a été piloté et adopté pour la mise en œuvre.

La protection de la femme enceinte demeure encore une intervention majeure dans notre politique de santé vu les risques encourus aussi bien par elle-même que par l'enfant qu'elle porte d'autant plus que la grossesse est un facteur qui joue défavorablement sur son système immunitaire.

L'OMS recommande que toutes les femmes enceintes reçoivent au moins trois doses de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) (lors de chaque contact après le 1er trimestre) après l'apparition des mouvements actifs du fœtus. Des doses supplémentaires peuvent être administrées jusqu'à l'accouchement en respectant l'intervalle d'au moins un mois entre deux prises. L'OMS ne recommande pas un nombre maximal de dose de TPI-SP. Chaque dose supplémentaire protège d'avantage la femme enceinte et le fœtus. Le gouvernement du Sénégal a adopté une politique de gratuité de la SP.

Objectif Spécifique 1 : Assurer une couverture en CPS de 95% des enfants de 3 à 120 mois dans les zones ciblées par saison de transmission

- **Intervention 1 :** Renforcement de capacités
- **Intervention 2 :** Mise en œuvre
- **Intervention 3 :** Suivi et recherche action

Objectif Spécifique 2 : Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le TPI à la SP 3 conformément aux directives nationales

- **Intervention 1 :** Disponibilité des intrants et du matériel TDO
- **Intervention 2 :** Mise en œuvre du TPI
- **Intervention 3 :** Suivi/ évaluation du TPI

Objectif spécifique 3 : Amener au moins 80 % des agents des ambassades, aéroports, hôtels et ports, à partager selon les directives du PNLP, les aspects de la chimioprophylaxie du paludisme du voyageur

- **Intervention 1 :** Renforcement des capacités
- **Intervention 2 :** Disponibilité des documents
- **Intervention 3 :** Suivi de la Mise en œuvre

Objectif spécifique 4 : Assurer une couverture en MDA de 95% de la population cible dans les zones concernées

- **Intervention 1 :** Phase pilote
- **Intervention 2 :** Extension de la MDA

Objectif Spécifique 1 : Assurer une couverture en CPS de 95% des enfants de 3 à 120 mois dans les zones ciblées par saison de transmission

- **Intervention 1 : Renforcement de capacités**

Les formations se feront en cascade avec une orientation des ECR/ECR pendant 1 jour. Ces équipes formeront à leur tour dès le lendemain les ICP qui eux se chargeront de la formation des relais (2jours) et des superviseurs communautaires (3jours).

Les ECR /ECCD orienteront aussi les acteurs de la communication (journalistes et communicateurs traditionnels) pour que les messages partagés soient adaptés et justes.

- **Intervention 2 : Mise en œuvre**

La CPS sera maintenue au niveau des zones du Sud/Sud-Est sauf la RM de Sédhiou mais aussi des zones centres en mode hotspot. Il est à rappeler que pour 2020 la RM de Sédhiou n'a pas été retenue pour la mise en œuvre et un plan de sortie sera élaboré pour contenir le risque de rebond au niveau de cette zone.

La stratégie TDO 3 jours sera maintenue avec une amélioration des aspects de communication dans les nouvelles zones.

A partir de 2021, il est envisagé une synchronisation avec la Guinée Bissau, Gambie et le Mali.

- **Intervention 3 : Suivi de la mise en œuvre et recherche action**

Certaines évaluations sont prévues pour une amélioration de la prise de décision dans le cadre de la CPS :

- Evaluation d'impact de la CPS
- Etude Coût-Efficacité de la CPS avec TDO sur 3 jours
- Evaluation du plan de retrait de Sédhiou

Objectif Spécifique 2 : Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le TPI à la SP 3 conformément aux directives nationales

- **Intervention 1 : Disponibilité des intrants et du matériel**

La SP et le matériel TDO sont des éléments critiques pour la mise en œuvre de la stratégie TPI. Ainsi, il sera important d'en assurer la disponibilité à travers le plaidoyer auprès des autorités et des partenaires à tous les niveaux.

- **Intervention 2 : Mise en œuvre du TPI**

La mise en œuvre du TPI chez la femme enceinte sera renforcée à travers les plans de relance. Le focus sera mis sur les districts à faible couverture pour atteindre l'indicateur de couverture en SP3 fixe à 80% en 2020. Dans le cadre des plans de 2019, une dizaine de district a eu à mettre en œuvre de façon pilote le TPI au niveau communautaire, avec des résultats très intéressants aussi bien en termes d'amélioration de la couverture en SP mais aussi d'augmentation du taux d'achèvement des consultations prénatales.

- **Intervention 3 : Suivi/ évaluation du TPI**

Pour garantir la qualité de la mise en œuvre du TPI, un dispositif de suivi/ évaluation sera mis en place à travers le suivi semestriel des plans de relance du TPI des districts et la mise en œuvre d'une étude d'évaluation du TPI communautaire.

Objectif spécifique 3 : Amener au moins 80 % des agents des ambassades, aéroports, hôtels et ports, à partager selon les directives du PNLP, les aspects de la chimioprophylaxie du paludisme du voyageur
--

- **Intervention 1 : Renforcement des capacités**

Il se fera sous forme d'EPU avec un nombre limité à 25 agents par EPU soit au total 150 personnes par année provenant des ambassades, aéroports, hôtels et ports. Les EPU se feront essentiellement sous forme de questions et réponses avec peu de présentation power point. Elles consisteront à un partage d'informations utiles sur tous les aspects de la chimioprophylaxie du voyageur mais aussi l'occasion pour distribuer des affiches et flyers.

Les zones touristiques à forte incidence palustre seront très ciblées avec au moins 50 agents à capacité par année.

- **Intervention 2 : Disponibilisation des documents**

Elle consistera à une confection et une reproduction annuelle d'affiches et de flyers avec des images illustrant les bonnes pratiques de chimioprophylaxie du voyageur. Ses documents ou fiches techniques seront distribués au niveau des ambassades, aéroports et aéronefs, les hôtels/auberges et les ports du pays, en raison de 50 affiches et 500 flyers dans chaque site identifié. Une petite orientation sur les bons lieux et endroits à afficher les documents sera faite sur place.

- **Intervention 3 : Suivi de la Mise en œuvre**

Il consistera à une supervision formative au niveau de tous les sites ciblés. Elle se fera tous les 2 ans. Elles porteront sur leurs connaissances, leurs pratiques sur la chimioprophylaxie, mais aussi leurs difficultés et contraintes. Un plan de résolution des problèmes sera fait après chaque supervision de site.

Objectif spécifique 4 : Assurer une couverture en MDA de 95% de la population cible dans les zones concernées

▪ **Intervention 1 : Phase pilote**

Elle se déroulera dans le district de Tambacounda et concerne 20 villages auxquels des villages témoins seront appariés. La primaquine, l'ivermectine seront utilisés avec la DHPQ. Cette phase pilote sera évaluée au bout de 3 ans de mise en œuvre. L'intensification des activités communautaires sera également une composante importante de cette MDA. Cette phase sera conduite par une institution de recherche. La phase d'extension pourra démarrer dès la 2^e année si les premiers résultats sont favorables.

▪ **Intervention 2 : Extension de la MDA**

Elle se fera dans toutes les régions de haute transmission et sous le lead du PNLP en relation avec les RM et les DS. L'intervention sera poursuivie jusqu'au changement de statut de ces DS. Des changements seront apportés dans les modalités de mise en œuvre décrites dans le protocole de recherche en fonctions des résultats de la phase pilote.

3.6.6 Gestion des achats et des stocks

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 :

- **Intervention 1** : Renforcement de capacités
- **Intervention 2** : Suivi et système d'information de gestion logistique
- **Intervention 3** : Quantification des intrants
- **Intervention 4** : Achats/Acquisition d'intrants
- **Intervention 5** : Coordination avec PNA et partenaires
- **Intervention 6** : Renforcement des capacités de stockage et de transport des intrants
- **Intervention 7** : Surveillance de la qualité, de l'efficacité et de l'innocuité des médicaments et produits de la lutte contre le paludisme
- **Intervention 8** : Politique et Documents GAS

Objectif Spécifique : Assurer une disponibilité permanente (0% de rupture) en médicaments (ACT, SP, Primaquine, Artésunate, Rectocaps) et produits de lutte contre le paludisme (MILDA et TDR) pour au moins 99% des structures.

▪ **Intervention 1 : Renforcement de capacités**

Cette intervention vise à renforcer les capacités des acteurs du niveau opérationnel sur la gestion des achats et des stocks avec les manuels révisés. Elle se fera tous les 2 ans en sessions de 2 jours et consistera à i) orienter par axe en 4 sessions de 30 personnes les membres des équipes cadre de région et de district, ii) orienter en 10 sessions de 30 personnes les ICP et SFE iii) et à former en 80 sessions de 30 personnes les gestionnaires de stock (pharmaciens ; dépositaires, secteur privé et parapublic) par les membres des équipes cadre.

Ces ateliers permettront d'améliorer les performances dans la gestion des intrants.

- **Intervention 2 : Suivi et système d'information de gestion logistique**

La mise en place d'un bon système d'information permettra de disposer de données de qualité qui une fois analysées devrait assurer une bonne prise de décisions. Il s'agira de disposer chaque mois du panorama de stock de la PNA, de disposer des résultats de l'inventaire annuel de la PNA, d'organiser des missions d'inventaires trimestriels, de supervisions semestrielles et une mission d'audit annuel de la qualité des données. Également il est prévu l'extension de l'ERP3 au niveau des 79 dépôts de districts. Enfin d'organiser un atelier de révision de la convention liant la PNA au MSAS. L'interconnexion du système d'information va permettre d'avoir un seul point d'entrée des données réduisant ainsi les erreurs de saisie. Cette interconnexion améliore la qualité des données et permet aux décideurs d'avoir accès à toute l'information qui innervent le système d'approvisionnement pour des prises de décisions éclairées.

- **Intervention 3 : Quantification des intrants**

Elle permet d'assurer la sécurisation des stocks. Elle consistera à estimer les besoins du pays pour les 5 ans de ce présent PSN sur la base des données disponibles au niveau central et des hypothèses de quantification avec l'appui des partenaires. Elle consistera également à élaborer des plans d'approvisionnement, à les suivre trimestriellement et à faire au besoin des réajustements. Les besoins seront par la suite soumis aux partenaires pour leur acquisition.

- **Intervention 4 : Achats/Acquisition d'intrants**

Après validation des besoins, les partenaires utilisent leurs circuits et procédures d'achats pour mettre les produits à la disposition du programme aux dates de livraison fixées sur le plan d'approvisionnement. Une fois achetés et livrés, les produits sont réceptionnés et stockés à la PNA qui a en charge la distribution et la gestion dans le cadre du respect de la convention.

Le PNLN prévoit l'achat de MILDA PBO dans les zones éligibles à partir de 2021 et organiser la campagne de masse en 2022 et 2025. L'achat de MILDA de routine sera maintenu chaque année pour renforcer les différents canaux de distribution.

Le PNLN envisage la mise en place des intrants de prise en charge et de prévention du paludisme dans les structures médicales privées. Pour cela, le programme compte s'appuyer sur les régions et districts pour le respect des politiques (PEC et gratuité des intrants), la mise en place d'un système de traçabilité des intrants et de remontée des données.

- **Intervention 5 : Coordination avec PNA et partenaires**

Une instance de coordination regroupant les logisticiens des différents services du ministère de la santé et de l'action sociale avec l'appui des partenaires se réunit périodiquement pour faire l'analyse des données collectées. Cette activité a pour but d'évaluer le niveau de couverture des intrants, les risques de rupture ou de péremption et de réajuster au besoin les prochaines commandes.

- **Intervention 6 : Renforcement des capacités de stockage et de transport des intrants**

Cette intervention vise à sécuriser les intrants en augmentant les capacités de stockage des dépôts du niveau central.

Pour pallier aux difficultés liées à la faiblesse des capacités de stockage du niveau central, il faudrait envisager dans le court terme la location d'entrepôts répondant aux normes de stockage et dans le long terme un appui pour la construction et l'équipement d'un entrepôt de stockage des intrants.

Elle vise aussi à renforcer la distribution des intrants vers les structures périphériques par l'achat de véhicules de livraison.

- **Intervention 7 : Surveillance de la qualité, de l'efficacité et de l'innocuité des médicaments et produits de la lutte contre le paludisme**

Dans cette intervention, le PNLP accorde une importance pour la surveillance de la qualité, de l'innocuité, de la tolérance ainsi que de l'efficacité des produits de lutte contre le paludisme.

Pour cela le PNLP s'appuie sur la DPM pour l'amélioration du système d'enregistrement, le LNCM pour les contrôles de qualité des médicaments à la réception et au niveau opérationnel, le CAP pour le suivi de la pharmacovigilance et les laboratoires de parasitologie de l'UCAD pour le suivi de l'efficacité des antipaludiques.

- **Intervention 8 : Politique et Documents GAS**

Le PNLP en collaboration avec l'ensemble des acteurs du MSAS et avec l'appui des partenaires envisage d'organiser un atelier national de révision du plan GAS et des manuels de procédure de formation et des fiches techniques tenant compte des nouvelles orientations du programme dans le contexte actuel de la lutte contre le paludisme. Ces documents une fois élaborés, seront reproduits et disséminés à tous les niveaux.

3.6.7 Suivi évaluation et recherche opérationnelle

Dans ce nouveau PSN, le système de suivi/évaluation sera renforcé afin que le dispositif global soit à même de fournir des informations pour l'amélioration des performances et l'obligation de rendre compte sur les progrès accomplis pour l'atteinte des objectifs. Le PNLP, conjointement avec le DSISS, renforcera la mise en place du système qui va générer des données de qualité. Aussi, une priorité sera accordée à l'amélioration de la qualité des données et l'évaluation périodique des indicateurs. La stabilisation et l'utilisation des données du PNLP dans le nouveau logiciel (DHIS2) du Ministère de la Santé permettra une meilleure organisation de la collecte à tous les niveaux.

Ce plan mettra aussi le focus sur l'optimisation de la recherche opérationnelle et la supervision des prestataires à tous les niveaux y compris le niveau communautaire.

Les principales interventions suivantes seront décrites selon leurs objectifs :

Objectif spécifique 1 : Assurer 100% de promptitude, 100% de complétude des données sur le paludisme, à tous les niveaux (public et privé)

- **Intervention 1 :** Renforcement de capacité des prestataires sur le suivi évaluation
- **Intervention 2 :** Renforcement du système d'information de routine (Collecte et la dissémination de l'information)

Objectif spécifique 2 : Assurer 100% des activités de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du PSN

- **Intervention 1 :** Etude et Planification stratégique
- **Intervention 2 :** Suivi et coordination de la mise en œuvre des activités du PSN

- **Intervention 3** : Suivi de l'introduction de l'Artésunate au niveau des PPS
- **Intervention 4** : Suivi de la mise en œuvre du TPI
- **Intervention 5** : Suivi et Evaluation des activités de promotion de la santé

Objectif spécifique 3 : Augmenter de 26% à 60% (exécution brute des activités planifiées) la promotion et la mise en œuvre d'activités de recherche opérationnelle

- **Intervention 1** : Promotion de la Recherche opérationnelle
- **Intervention 2** : Développement de sujets de recherche opérationnelle d'intérêt national
- **Intervention 3** : Mise en œuvre de sujets de recherche opérationnelle d'intérêt national

Objectif spécifique 1 : Assurer 100% de promptitude, 100% de complétude des données sur le paludisme, à tous les niveaux (public et privé)

- **Intervention 1 : Renforcement de capacité des prestataires sur le suivi évaluation**

Cette intervention permettra d'améliorer les connaissances des acteurs (cadres supérieurs, intermédiaires et ICP) en suivi évaluation.

Les formations sur le DHIS2 et les documents normatifs du PNLP pourront contribuer à améliorer les capacités managériales des prestataires à tous les niveaux où ils évoluent.

- **Intervention 2 : Renforcement du système d'information de routine (Collecte et la dissémination de l'information)**

Le renforcement du système d'information de routine permettra une meilleure harmonisation et intégration des données dans la plateforme DHIS2 à tous les niveaux. Cette intervention nécessitera une adaptation des outils de collecte du MSAS/PNLP, une formation des prestataires sur les différents supports de collecte et la mise à disposition d'outils informatisés. Ainsi, toutes les données seront saisies conformément aux formulaires de collecte validés par le PNLP et assignés à toutes les structures sanitaires quel que soit le statut. L'implication du secteur privé, des centres médicaux de garnison et structures paramilitaires demeure nécessaire dans cette intervention avec l'appui de la Direction Générale des Établissements de Santé.

La promptitude de la saisie des données dans le DHIS 2 sera évaluée selon une périodicité définie au niveau de la DSISS. La qualité des données sera vérifiée initialement à partir du DHIS2 puis à l'occasion des supervisions qui seront axées sur la qualité des données. L'utilisation du DHIS 2 pendant les revues permettra de prendre des décisions fondées sur l'information sanitaire pour l'amélioration de la gestion du programme à tous les niveaux.

- **Intervention 3 : Renforcement de la qualité des données**

La qualité des données du paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire permettra de prendre des décisions afin de rendre plus efficaces les stratégies mises en œuvre.

A travers le DHIS2 les éléments d'appréciation de la qualité des données du paludisme sont la complétude, la promptitude et la cohérence. Les missions d'audit de la qualité des données, les revues et supervisions seront effectuées tous les trimestres au niveau des régions médicales pour évaluer la conformité des données.

Objectif spécifique 2 : Assurer 100% des activités de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du PSN

- **Intervention 1 : Evaluation et Planification stratégique**

Cette intervention permettra de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs à travers l'appréciation des indicateurs au niveau national. Les évaluations à mi-parcours et finale se feront à travers des revues interne et externe pour ressortir la performance du programme en termes de réalisation, de résultats et d'impact. Les résultats d'enquête, les bonnes pratiques, les enseignements, les questions critiques, les problèmes et leurs causes permettront d'apporter des actions correctives. L'évaluation finale du PSN 2021-2025 servira de base de travail pour l'élaboration du PSN 2026-2030.

La redynamisation du CCLP contribuera à renforcer la coordination et le suivi de la mise en œuvre du PSN

- **Intervention 2 : Suivi et coordination de la mise en œuvre des activités du PSN**

Cette intervention permettra au bureau suivi évaluation de mettre en place un mécanisme de coordination et de suivi dynamique des activités du PSN. Des outils adaptés tels que les plans de travail annuels et trimestriels, les instances de coordination et de concertation permettront de suivre régulièrement le niveau de mise en œuvre des activités et de s'assurer de leur cohérence avec le PSN.

Cette intervention facilitera l'évaluation des performances du programme (PNLP) annuellement pour un meilleur suivi stratégique et à la fin de la période de mise en œuvre du PSN pour une performance globale.

- **Intervention 3 : Suivi de l'introduction de l'Artésunate au niveau des PPS**

Le suivi de l'introduction de l'Artésunate au niveau des PPS se fera à travers l'organisation en 2021, 2022 et 2023 des sorties trimestrielles (niveau des districts) pour l'effectivité de la mise en œuvre de l'utilisation de l'artésunate au niveau des PPS.

- **Intervention 4 : Suivi de la mise en œuvre du TPI**

Le suivi de la mise en œuvre du TPI, se fera à travers une étude d'évaluation du TPI communautaire en 2021 et l'organisation chaque année de supervisions semestrielles des activités de relance TPI dans 37 districts ciblés.

- **Intervention 5 : Suivi et Evaluation des activités de promotion de la santé**

Le suivi des activités de promotion de la santé se fera, trimestriellement, sous forme de réunions avec les réseaux communautaires de DS/ONG contractuels, de supervision conjointe des OCB contractuelles, et mensuellement, sous forme de supervisions des OCB par les réseaux communautaires des districts, de revues avec les ONG SR, le réseau national des ACS, MCD, BREIPS, EIPS, partenaires.

L'évaluation se fera à travers des réunions annuelles d'évaluation des activités communautaires de lutte contre le paludisme avec les 14 Réseaux régionaux, MCR, BREIPS, partenaires et le PNL. Concernant, la campagne de communication du PNL, une évaluation à mi-parcours en prévue en 2022 et celle externe finale en 2025.

Un appui financier annuel est prévu pour la réalisation des revues semestrielles du SNEIPS, et pour la reproduction des outils de collecte des données sur la communication.

Objectif spécifique 3 : Augmenter de 26% à 60% (exécution brute des activités planifiées) la promotion et la mise en œuvre d'activités de recherche opérationnelle

- **Intervention 1 : Promotion de la Recherche opérationnelle**

Cette intervention consiste à regrouper les acteurs de la recherche sur le paludisme pour le partage des résultats issus de leurs travaux. Elle permet aussi de redynamiser la commission recherche du CCPLP à travers des réunions périodiques.

- **Intervention 2 : Développement de sujets de recherche opérationnelle d'intérêt national**

Elle permet une meilleure prise en compte des résultats de la recherche dans les activités de lutte contre le paludisme mais aussi de renforcer la collaboration avec les structures de recherche pour une meilleure définition des questions de recherche du Programme.

Elle permet aussi la mise en œuvre d'activités de recherche opérationnelles pour apporter des réponses aux questions de recherche pertinentes identifiées.

Convier tous les acteurs du paludisme pour partager les sujets de RO en cours et en perspective.

Aligner les sujets avec les priorités/orientations du programme pour un impact national.

- **Intervention 3 : Mise en œuvre de sujets de recherche opérationnelle d'intérêt national**

Dans cette intervention il s'agira de mettre en œuvre des sujets de recherche afin d'obtenir des évidences relatives aux aspects parasitologiques, épidémiologiques, entomologiques, anthropologiques, environnementaux, génomiques et climatiques.

Une étude pilote sur le MDA dans le DS de Tambacounda permettra d'évaluer la pertinence de cette stratégie dans la réduction de la transmission.

3.6.8 Surveillance et riposte

Avec la surveillance sentinelle intégrée mise en place dans plusieurs districts sanitaires représentatifs des différents faciès épidémiologiques du Sénégal, le PNLP dispose d'un système d'alerte aux épidémies et aux situations d'urgence.

Pour rendre plus sensible et plus efficace ce système de surveillance et d'alerte, le PNLP a, ces dernières années, accordé une place importante au renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux dans plusieurs domaines intéressant la surveillance intégrée. Il a en outre procédé à l'équipement de ces sites sentinelles. Le PNLP procède à un large partage des informations des sites sentinelles à travers un bulletin électronique hebdomadaire. Dans ce présent plan stratégique, le PNLP renforcera tous ses acquis.

Il faut noter qu'en plus de cette surveillance sentinelle le PNLP a opté, conformément aux directives nationales, de mettre en place de façon progressive une surveillance renforcée du paludisme dans tous les districts du pays, à travers les structures sanitaires avec une notification hebdomadaire.

Selon les objectifs, les interventions suivantes seront décrites :

Objectif spécifique 1 : Détecter, dans la semaine, 100% des épidémies et situations d'urgence avec un système d'alerte précoce

- **Intervention 1 :** Renforcement de la prédiction des épidémies et de leur détection précoce
- **Intervention 2 :** Mise en œuvre de la surveillance communautaire

Objectif spécifique 2 : Contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence dans la semaine suivant leur détection,

- **Intervention 1 :** Renforcement de la documentation des cas index et de l'investigation des cas et des situations épidémiques dans les zones de pré élimination
- **Intervention 2 :** Investigation des cas et des situations épidémiques dans les zones de pré élimination
- **Intervention 3 :** Renforcement à la préparation et la mise en œuvre des activités de riposte

Objectif spécifique 3 : Assurer l'exécution de 100% des activités planifiées de suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides

- **Intervention 1 :** Renforcement de la surveillance entomologique
- **Intervention 2 :** Suivi de l'efficacité des insecticides

Objectif spécifique 1 : Détecter dans la semaine 100% des épidémies et situations d'urgence avec un système d'alerte précoce

- **Intervention 1 : Renforcement de la prédiction des épidémies et de leur détection précoce**

La mise en œuvre de cette intervention permettra d'intensifier la surveillance du paludisme avec une meilleure intégration de tous les aspects de la lutte dans la surveillance dans tous les districts tout en maintenant les 24 sites sentinelle. L'existence des données épidémiologiques, parasitologiques, entomologiques, anthropologiques, environnementaux, génomiques et climatiques renforcera l'élaboration du profil épidémiologique. La combinaison de ces éléments permettra de développer un modèle prédictif aboutissant à une cartographie de la vulnérabilité des districts.

Un comité multisectoriel et pluridisciplinaire pour le traitement et l'analyse des données de prédiction des risques d'épidémies sera mis en place en vue de faciliter l'échange d'informations et améliorer la qualité de l'analyse. Les différentes activités déclinées contribueront à une disponibilité du profil épidémiologique réactualisé et la classification des foyers.

- **Intervention 2 : Mise en œuvre de la surveillance communautaire**

La surveillance du paludisme sera renforcée par sa décentralisation au niveau communautaire. Il s'agira dans cette intervention, d'intégrer le paludisme dans le guide de surveillance communautaire et de renforcer les capacités des acteurs communautaires à travers les CVACi en collaboration avec la cellule santé communautaire et la division de la surveillance épidémiologique.

Un système de notification des données communautaires sera mis en place avec la transmission des informations au poste de santé pour avoir l'exhaustivité des données de manière hebdomadaire. Dans ce domaine, les nouvelles technologies seront utilisées pour faciliter le rapportage.

Dans les districts en pré-élimination, la surveillance communautaire prendra également en compte les mouvements de population en identifiant des voyageurs nouvellement arrivés dans la zone.

Objectif spécifique 2 : Contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence dans la semaine suivant leur détection,

▪ **Intervention 1 : Renforcement de la documentation des cas index**

Le PNLP a opté pour un renforcement du contrôle des épidémies et situations d'urgence. Cela passera nécessairement par un développement d'activités de documentation et d'investigations systématiques.

Suivant le profil épidémiologique, la documentation des cas de paludisme sera effectuée de janvier à juin dans les districts à moyenne et forte transmission et pendant toute l'année dans les districts en pré élimination.

Tous les cas de paludisme documentés seront saisis dans le DHIS 2 dans un délai de 72 heures dans les zones de pré élimination et d'une semaine en zone de contrôle.

▪ **Intervention 2 : Investigation des cas et des situations épidémiques dans les zones de pré élimination**

Tous les cas de paludisme seront investigués dans les 72 au niveau des districts de pré élimination.

A partir du cas index, les stratégies FTAT et FSTAT seront mises en œuvre.

Des outils de gestion (registre national de paludisme, registre foyer) seront mis en place au niveau des zones de pré élimination.

▪ **Intervention 3 : Renforcement à la préparation et la mise en œuvre des activités de riposte**

Cette intervention consiste à organiser et encadrer la riposte aux flambées et épidémies pour une réduction du fardeau du paludisme. Elle va intégrer le COUS qui a une bonne expertise dans le domaine. Cette intervention contribuera aussi à mettre à jour la cartographie des zones de flambées et des foyers.

Objectif spécifique 3 : Assurer le suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides

▪ **Intervention 1 : Renforcement de la surveillance entomologique**

Elle se fera à travers la surveillance entomologique, y compris le suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides.

CHAPITRE IV : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PSN

4.1 Administration et Gestion du Plan Stratégique

4.2 Organigramme PNL

4.3 Mécanismes de coordination

4.4 Mobilisation des ressources

4.5 Budget et Plan de mobilisation des ressources

CHAPITRE IV : CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PSN

4.1 Administration et Gestion du Plan Stratégique

Le PNLP à travers ses 6 bureaux assure la direction de la lutte contre le paludisme au Sénégal depuis la conception jusqu'à l'évaluation.

Au niveau interne, l'élaboration d'un rapport trimestriel d'exécution permettra d'assurer le suivi de la mise en œuvre des activités prévues dans le PTA tant dans son volet programmatique que financier. A la fin de chaque année, un rapport annuel permettra de décliner la performance annuelle dans la mise en œuvre du PSN.

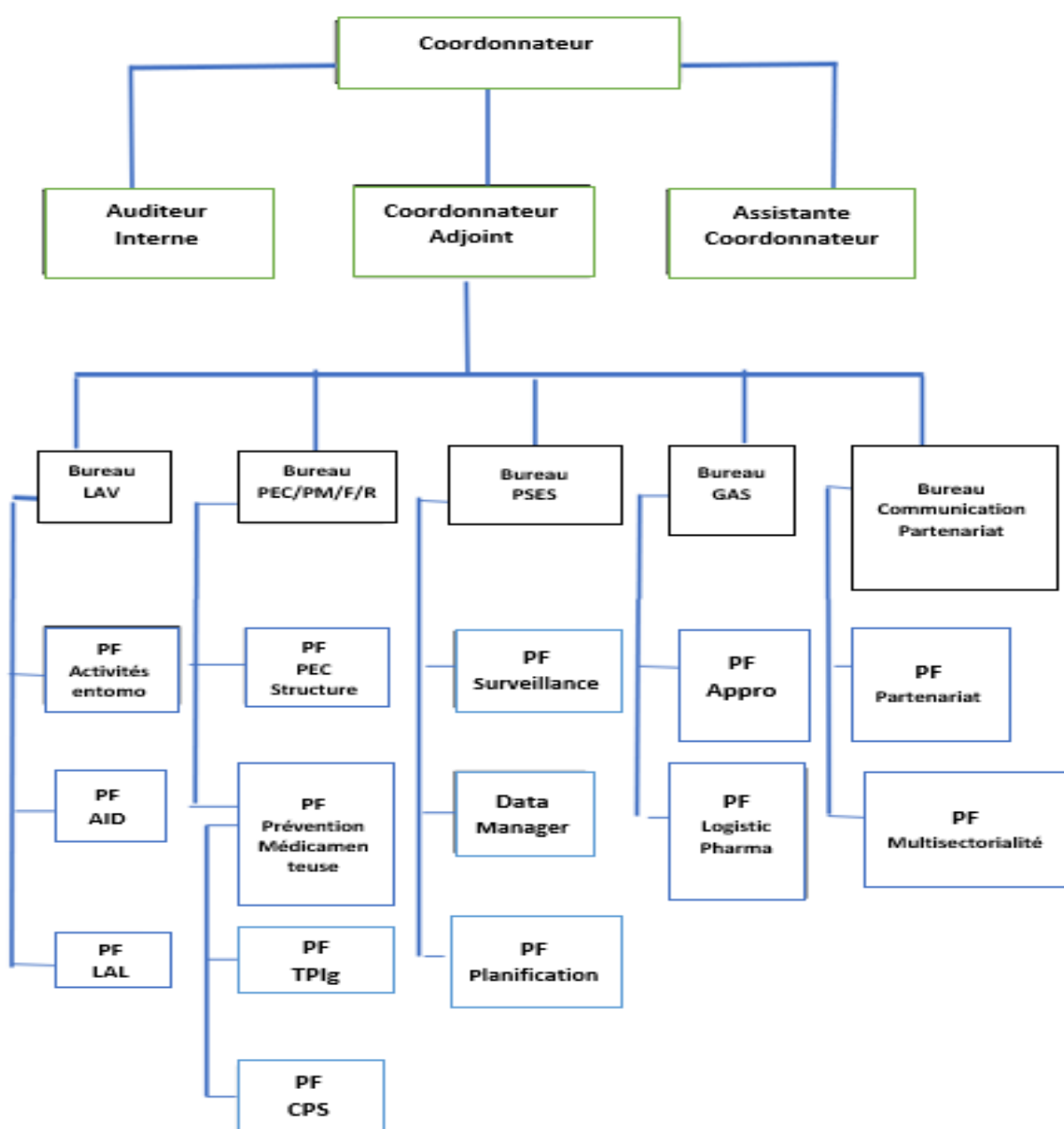


Figure 6: organigramme du PNLP

La mise en œuvre des interventions de ce plan 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 ainsi que ceux alloués par les partenaires techniques et financiers utilisant les procédures pays, le PNLP veillera à leur utilisation conformément aux procédures décrites dans le PNDS 2019-2028

Pour sa mise en œuvre, les activités prévues dans le Plan stratégique seront déclinées annuellement dans le Plan de travail annuel du PNLP qui lui-même sera intégré dans le Plan de travail annuel global de la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM). Un cadre de performance sera adjoint au PTA du PNLP qui servira à alimenter le projet annuel de performance (PAP) du programme *Pilotage, coordination et gestion administrative du secteur* auquel il est rattaché.

Relativement aux activités de lutte contre le paludisme menées au niveau des Régions Médicales, elles sont inscrites dans le PTA du PNLP et dans celui des RM éligibles qui en sont les maîtres d'œuvre.

Pour une mise en cohérence de ces activités inscrites à la fois dans les PTA du PNLP et des RM, il est prévu la participation du PNLP aux activités d'élaboration du PTA des RM. En outre, le transfert de ressources du PNLP vers les RM pour la mise en œuvre des activités planifiées au niveau des RM et Districts sanitaires amène à explorer les voies d'une signature de convention de partenariat ou de contrats d'objectifs et de moyens avec les régions bénéficiaires pour formaliser le devoir de redevabilité qui pèse sur celles-ci. Pour cela, n'étant pas habilité à contractualiser avec les structures publiques, le PNLP fera recours à la couverture institutionnelle du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

Par ailleurs, le MSAS 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.

4.2 Mécanismes de coordination

Les mécanismes de coordination du plan stratégique 2016-2020 comprennent les mécanismes internes au PNLP, les mécanismes de coordination du niveau central et les mécanismes de coordination au niveau régional.

Au niveau interne des réunions hebdomadaires sont organisées réunissant les chefs de bureau et les responsables de projets spécifiques. Ces réunions permettent d'assurer un suivi rapproché de la mise en œuvre. Tous les mois ces réunions sont élargies à l'ensemble des agents du PNLP.

Au niveau central, le PNLP s'intègre dans le dispositif de coordination mis en place par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Ce dispositif comprend la revue annuelle conjointe, le comité interne de suivi et d'évaluation au niveau central et la revue annuelle du niveau régional.

La revue annuelle conjointe est centrée sur l'examen du rapport de performance du DPPD. Elle 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.

Enfin, 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).

4.3 Mobilisation des ressources

L'atteinte des objectifs du plan 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 plan 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 œuvre 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.^[17] 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.

4.5 Budget et Plan de mobilisation des ressources

4.5.1 Résumé du budget du PSN 2021-2025

❖ Résumé du budget par année

Le budget global de ce PSN s'élève à 204 319 298 440 F CFA sur la période de 2021-2025, soit un investissement moyen annuel de 2 239 FCFA/habitants et par an. Les années 2021 et 2024 ont respectivement 24,80% et 25,73% du budget global car correspondant aux années de positionnement des achats de MILDA pour la mise en œuvre des campagnes CU en MILDA de 2022 et 2025.

Tableau X : Répartition annuelle du budget global

TOTAL BUDGET (F CFA)		
Année	Montant	%
2021	50 674 853 714	24,80%
2022	29 566 521 196	14,47%
2023	33 552 535 779	16,42%
2024	52 576 234 755	25,73%
2025	37 949 152 996	18,57%
TOTAL	204 319 298 440	100,00%

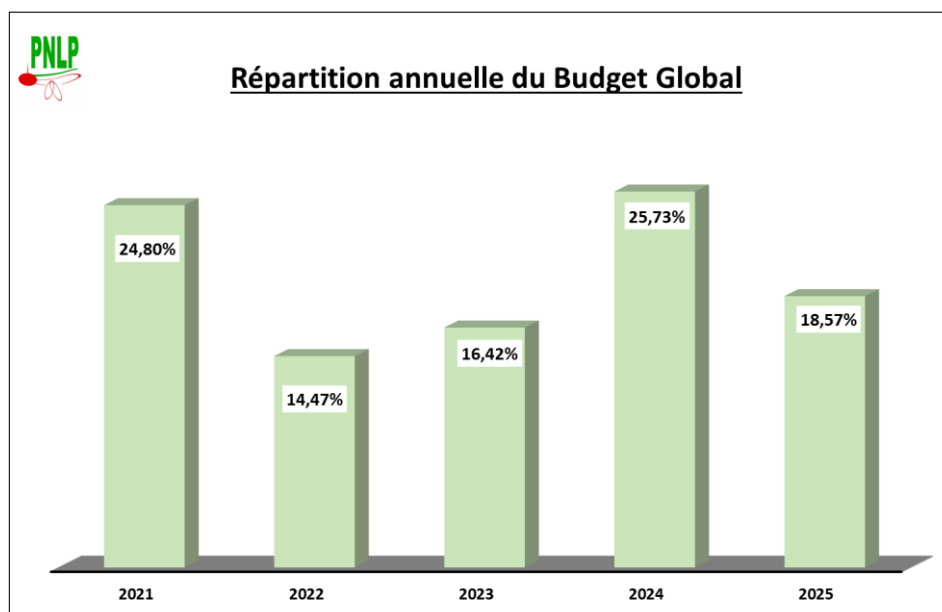


Figure 7: répartition annuelle du budget global

❖ Répartition du budget par année selon les interventions et les intrants

Selon les années, le coût des intrants est plus important en 2021 avec 52,42% et en 2024 avec 58,73%. Ces budgets conséquents à mobiliser en 2021 et 2024 seraient liés à l'achat de MILDA pour préparer les campagnes de couverture universelle des années suivantes.

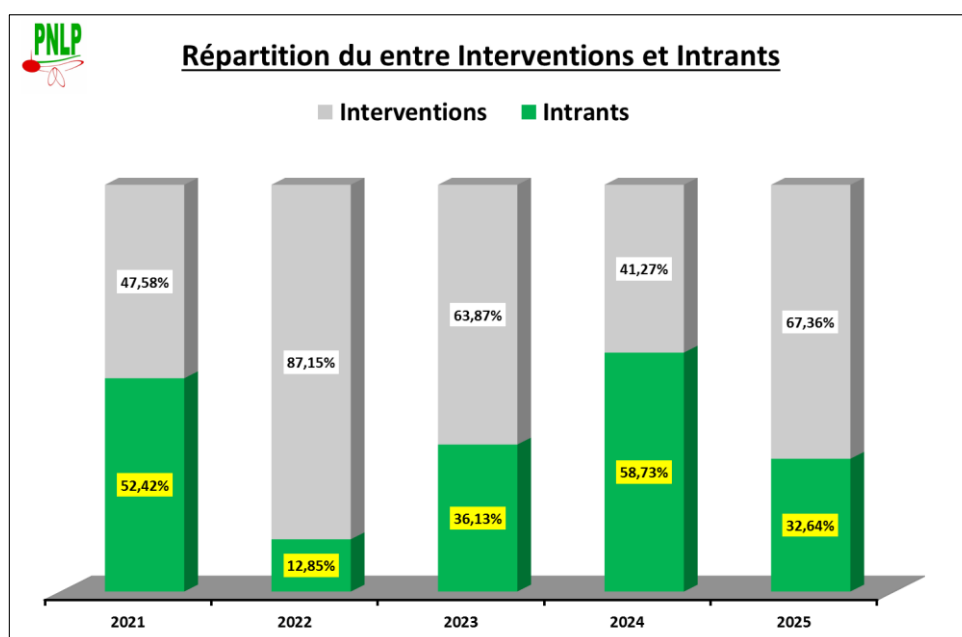


Figure 8 : Répartition du budget par année selon les interventions et les intrants

❖ Répartition du budget par domaine d'intervention (Hors intrants)

La structuration du budget par domaine d'intervention répond aux exigences du PNLP et de ses partenaires en termes de bonne planification et de répartition des ressources. Ainsi, la plus grande partie du budget en dehors de l'acquisition des intrants est consacrée à la prise en charge des cas de paludisme (diagnostic et traitement) avec 30,59%, à la lutte antivectorielle avec 20,60%, à l'IEC/CCC et promotion de la santé avec 16,80%.

Les budgets du suivi/évaluation et de la surveillance/riposte représentent respectivement 11,14% et 5,64% rapporté au budget total hors intrant.

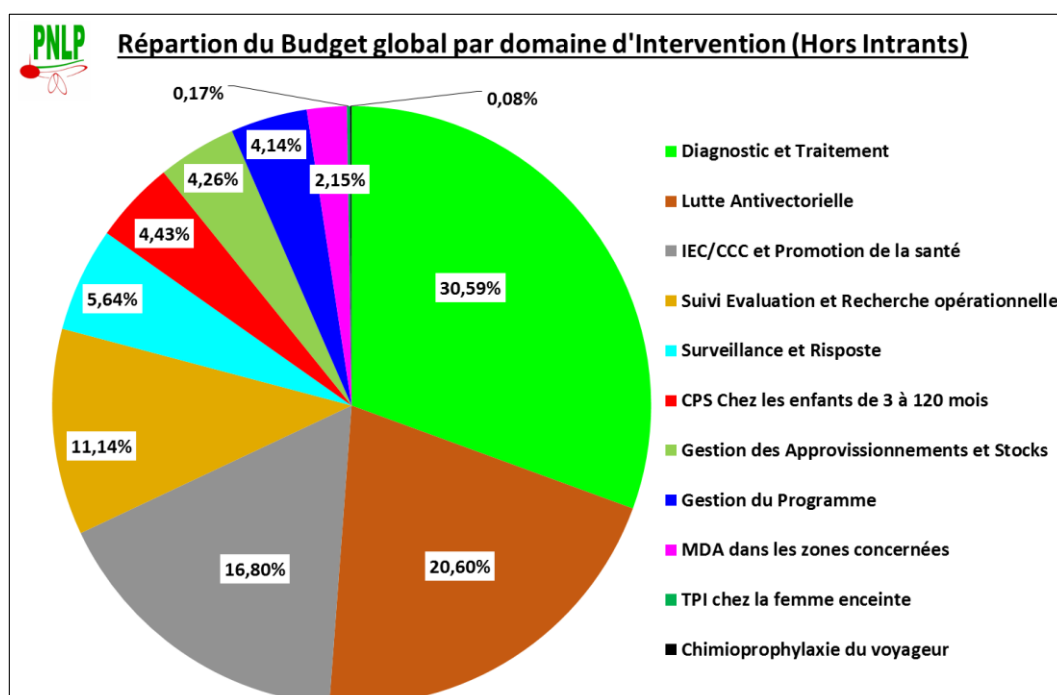


Figure 9 : Répartition du budget par domaine d'intervention (Hors intrants)

❖ Répartition du budget par intrants

En termes d'acquisition d'intrants, les MILDA occupent 54,7% du budget prévu pour l'achat des intrants du fait des deux campagnes de CU prévues dans les cinq années couvertes par le présent PSN. L'achat de Di hydro Artémisinine/Pipéraquine pour le MDA et la FDA dans l'investigation des cas dans les zones de pré élimination occupe 17,1%. L'achat d'insecticide pour les campagnes AID 7,6% et l'achat de SP/AQ pour les campagnes CPS 5,6%.

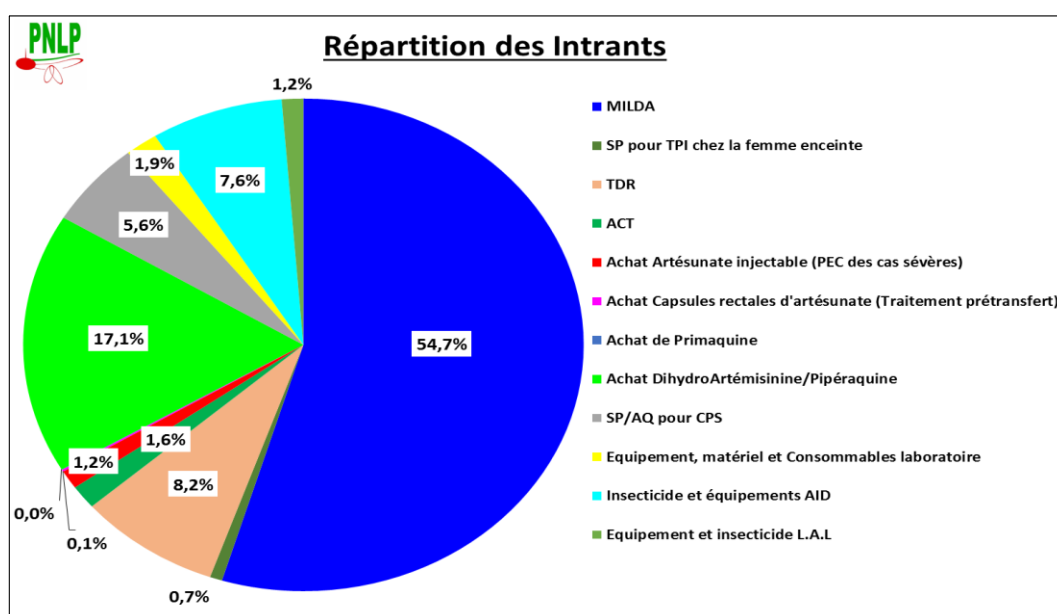


Figure 10 : Répartition du budget par intrants

Tableau XI : Résumé du budget par intrants et par année

Résumé du budget par intrants et par année							
INTRANTS	2021	2022	2023	2024	2025	Total Budget	%
MILDA	21 409 393 740	0	2 100 000 000	21 296 820 180	2 100 000 000	46 906 213 920	54,7%
SP pour TPI chez la femme enceinte	114 956 520	118 395 800	121 979 600	125 600 200	129 421 480	610 353 600	0,7%
TDR	1 347 500 000	1 377 600 000	1 407 700 000	1 437 800 000	1 467 900 000	7 038 500 000	8,2%
ACT	262 500 000	264 600 000	266 700 000	268 800 000	270 900 000	1 333 500 000	1,6%
Achat Artésunate injectable (PEC des cas sévères)	216 092 925	213 731 775	211 370 625	209 009 475	206 648 325	1 056 853 125	1,2%
Achat Capsules rectales d'artésunate (Traitement pré transfert)	21 656 250	21 656 250	21 656 250	21 656 250	21 656 250	108 281 250	0,1%
Achat de Primaquine	3 050 220	3 284 820	3 531 480	3 660 240	3 754 080	17 280 840	0,0%
Achat Di hydro Artémisinine /Pipéraquine	73 205 000	78 836 000	4 704 929 000	4 833 059 000	4 963 433 000	14 653 462 000	17,1%
SP/AQ pour CPS	909 546 120	934 103 730	959 324 520	985 226 340	1 011 827 460	4 800 028 170	5,6%
Equipeement, matériel et Consommables laboratoire	324 978 980	26 238 980	669 978 980	37 478 980	554 978 980	1 613 654 900	1,9%
Insecticide et équipements AID	1 669 058 000	548 700 000	1 444 058 000	1 444 058 000	1 444 058 000	6 549 932 000	7,6%
Equipeement et insecticide L.A. L	212 910 000	212 910 000	212 910 000	212 910 000	212 910 000	1 064 550 000	1,2%
Total Budget intrants	26 564 847 755	3 800 057 355	12 124 138 455	30 876 078 665	12 387 487 575	85 752 609 805	100%
Total Budget intrants (%)	30,98%	4,43%	14,14%	36,01%	14,45%	100 %	

Les principaux intrants qui consomment plus le budget sont les MILDA (54,7%), les Dihydroartémisinine/Pipéraquine (17%) et les TDR (8,2%). Et selon les années, 2021 et 2025 viennent en tête avec respectivement 30,98% et 36,01% du budget des intrants.

Tableau XII : Résumé du budget du PSN par DPS

BUDGET Activités PSN 2012-2025 par DPS							
DOMAINE DE PRESTATION DE SERVICE (DPS)	2021	2022	2023	2024	2025	Total Budget	%
Gestion du Programme	1 208 866 702	904 162 053	939 540 601	929 531 757	925 202 187	4 907 303 301	2%
Gestion des Approvisionnements et Stocks	28 046 585 317	5 204 570 861	12 872 697 711	31 407 994 571	13 266 703 481	90 798 551 941	44%
Diagnostic et Traitement	7 400 909 364	6 749 775 106	7 433 083 194	7 626 121 956	7 053 755 888	36 263 645 508	18%
TPI chez la femme enceinte	65 966 500	20 966 500	45 966 500	35 966 500	35 966 500	204 832 500	0,10%
CPS Chez les enfants de 3 à 120 mois	1 125 757 430	1 020 596 785	1 068 402 285	1 020 596 785	1 020 596 785	5 255 950 070	3%
MDA dans les zones concernées	0	0	750 000 000	850 000 000	950 000 000	2 550 000 000	1%
Chimioprophylaxie du voyageur	22 019 100	13 500 000	22 019 100	13 500 000	22 019 100	93 057 300	0,05%
Lutte Antivectorielle	3 171 808 437	7 871 710 317	2 838 949 043	2 905 532 587	7 641 424 736	24 429 425 120	12%
IEC/CCC et Promotion de la santé	4 253 156 017	4 018 495 272	3 853 893 772	3 841 893 772	3 956 111 772	19 923 550 605	10%
Suivi Evaluation et Recherche opérationnelle	3 464 583 420	2 558 331 562	2 529 507 462	2 752 557 346	1 906 385 066	13 211 364 856	6%
Surveillance et Riposte	1 915 201 428	1 204 412 740	1 198 476 110	1 192 539 480	1 170 987 480	6 681 617 240	3%
Total Budget PSN	50 674 853 714	29 566 521 196	33 552 535 779	52 576 234 755	37 949 152 996	204 319 298 440	
Total Budget PSN (%)	24,80%	14,47%	16,42%	25,73%	18,57%		

Selon les DPS, la GAS vient au 1^{er} rang avec 44% du budget, suivie par le diagnostic et le traitement avec 18% puis par la LAV avec 12%.

Tableau XIII : Résumé du budget du PSN par objectifs spécifique des DPS

BUDGET du PSN 2021-2025 par Objectifs Spécifiques des DPS							
OBJECTIF SPÉCIFIQUE	2021	2022	2023	2024	2025	Total Budget PSN	%
GESTION DU PROGRAMME							
OS : Augmenter de 41% à 80% la gouvernance, les capacités managériales et opérationnelles	1 208 866 702	904 162 053	939 540 601	929 531 757	925 202 187	4 907 303 301	2,40%
Budget	1 208 866 702	904 162 053	939 540 601	929 531 757	925 202 187	4 907 303 301	2,40%
GESTION DES APPROVISIONNEMENTS ET STOCKS							
OS : Assurer une disponibilité permanente (0% de rupture) en médicaments (ACT, SP, Primaquine, Artésunate, Rectocaps) et produits de lutte contre le paludisme (MILDA et TDR) pour au moins 99% des structures.	28 046 585 317	5 204 570 861	12 872 697 711	31 407 994 571	13 266 703 481	90 798 551 941	44,44%
Budget	28 046 585 317	5 204 570 861	12 872 697 711	31 407 994 571	13 266 703 481	90 798 551 941	44,44%
DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT							
OS1 : Introduire la biologie moléculaire dans les investigations en zones de pré-élimination	515 662 318	113 472 506	888 162 318	798 472 506	804 035 012	3 119 804 660	1,53%
OS2 : Diagnostiquer 100% des cas de paludisme par TDR et/ou microscopie	134 535 766	122 404 310	134 535 766	122 404 310	134 535 766	648 415 918	0,32%
OS3 : Traiter 100% des cas confirmés de paludisme selon les directives nationales avec des médicaments antipaludiques sûrs et efficaces (SS et communautaire)	6 750 711 280	6 513 898 290	6 410 385 110	6 705 245 140	6 115 185 110	32 495 424 930	15,90%
Budget	7 400 909 364	6 749 775 106	7 433 083 194	7 626 121 956	7 053 755 888	36 263 645 508	17,75%
PRÉVENTION MÉDICAMENTEUSE : TPIFE, CPS ET CHIMIOPROPHYLAXIE DU VOYAGEUR							
OS1 : Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le TPI à la SP 3 conformément aux directives nationales	65 966 500	20 966 500	45 966 500	35 966 500	35 966 500	204 832 500	0,10%
OS2 : Assurer une couverture en CPS de 95% des enfants de 3 à 120 mois dans les zones ciblées par saison de transmission (couverture théorique)	1 125 757 430	1 020 596 785	1 068 402 285	1 020 596 785	1 020 596 785	5 255 950 070	2,57%
OS3 : Assurer une couverture en MDA de 95% de la population cible dans les zones concernées	0	0	750 000 000	850 000 000	950 000 000	2 550 000 000	1,25%
OS4 : Amener au moins 80 % des agents des ambassades, aéroports, hôtels et ports, à partager selon les directives du PNLP, les aspects de la chimioprophylaxie du paludisme du voyageur	22 019 100	13 500 000	22 019 100	13 500 000	22 019 100	93 057 300	0,05%
Budget	1 213 743 030	1 055 063 285	1 886 387 885	1 920 063 285	2 028 582 385	8 103 839 870	3,97%
LUTTE ANTIVECTORIELLE							
OS1 : Assurer la mise à jour des 3 documents cadre de la lutte antivectorielle au Sénégal, d'ici fin 2021	34 032 800	0	0	0	0	34 032 800	0,02%
OS2 : Amener au moins 80% de la population à dormir sous MILDA	78 783 350	5 028 392 149	61 500 000	64 500 000	4 800 392 149	10 033 567 648	4,91%

BUDGET du PSN 2021-2025 par Objectifs Spécifiques des DPS							
OBJECTIF SPÉCIFIQUE	2021	2022	2023	2024	2025	Total Budget PSN	%
OS3 : Protéger au moins 98% de la population par les AID au niveau des zones ciblées	2 698 588 918	2 447 759 498	2 339 788 373	2 339 788 373	2 339 788 373	12 165 713 535	5,95%
OS4 : Traiter au moins 95% des gîtes larvaires productifs dans les zones ciblées d'ici 2025	360 403 369	395 558 670	437 660 670	501 244 214	501 244 214	2 196 111 137	1,07%
Budget	3 171 808 437	7 871 710 317	2 838 949 043	2 905 532 587	7 641 424 736	24 429 425 120	11,96%
IEC/CCC ET PROMOTION DE LA SANTÉ							
OS1 : Amener 80% de la population à adopter des comportements favorables à la prévention du paludisme	4 181 709 297	3 947 548 552	3 782 947 052	3 782 947 052	3 897 165 052	19 592 317 005	9,59%
OS2 : Augmenter de 33% à 80% la communication institutionnelle, pour une meilleure visibilité du PNL	71 446 720	70 946 720	70 946 720	58 946 720	58 946 720	331 233 600	0,16%
Budget	4 253 156 017	4 018 495 272	3 853 893 772	3 841 893 772	3 956 111 772	19 923 550 605	9,75%
SUIVI EVALUATION ET RECHERCHE OPERATIONNELLE							
OS1 : Assurer 100% de promptitude, 100% de complétude, à tous les niveaux (public et privé)	2 018 341 130	1 009 488 130	972 208 130	1 420 333 130	723 633 130	6 144 003 650	3,01%
OS2 : Assurer 100% des activités de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du PSN	462 088 956	579 475 911	877 434 332	602 359 216	468 751 936	2 990 110 351	1,46%
OS3 : Augmenter de 26% à 60% la promotion et la mise en œuvre d'activités de recherche opérationnelle	984 153 334	969 367 521	679 865 000	729 865 000	714 000 000	4 077 250 855	2,00%
Budget	3 464 583 420	2 558 331 562	2 529 507 462	2 752 557 346	1 906 385 066	13 211 364 856	6,47%
SURVEILLANCE ET RIPOSTE							
OS1 : Détecter dans la semaine 100% des épidémies et situations d'urgence avec un système d'alerte précoce.	716 448 188	265 428 740	282 580 110	299 731 480	299 731 480	1 863 920 000	0,91%
OS2 : Contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence dans la semaine suivant leur détection.	896 253 240	636 484 000	613 396 000	590 308 000	568 756 000	3 305 197 240	1,62%
OS3 : Assurer l'exécution de 100% des activités planifiées de suivi de la résistance des vecteurs aux insecticides	302 500 000	302 500 000	302 500 000	302 500 000	302 500 000	1 512 500 000	0,74%
Budget	1 915 201 428	1 204 412 740	1 198 476 110	1 192 539 480	1 170 987 480	6 681 617 240	3,27%
Total Budget PSN	50 674 853 714	29 566 521 196	33 552 535 779	52 576 234 755	37 949 152 996	204 319 298 440	100 %
Total Budget PSN (%)	24,80%	14,47%	16,42%	25,73%	18,57%	100%	

Les objectifs spécifiques qui vont mobiliser plus de finances portent essentiellement : sur la disponibilité permanente en médicaments et produits de lutte contre le paludisme avec 44% ; sur le traitement de tous les cas confirmés de paludisme avec 15,9% ; sur l'adoption par la population de comportements favorables à la prévention du paludisme (9,59%).

b) - Résumé du budget du PSN par catégories de coûts

Tableau XIV : Résumé du budget du PSN par catégories de coûts

CATÉGORIE DE COÛTS	2021	2022	2023	2024	2025	TOTAL	TOTAL (Hors intrants)	%
Diagnostic et Traitement	7 400 909 364	6 749 775 106	7 433 083 194	7 626 121 956	7 053 755 888	36 263 645 508	36 263 645 508	30,59 %
Lutte Antivectorielle	3 171 808 437	7 871 710 317	2 838 949 043	2 905 532 587	7 641 424 736	24 429 425 120	24 429 425 120	20,60 %
IEC/CCC et Promotion de la santé	4 253 156 017	4 018 495 272	3 853 893 772	3 841 893 772	3 956 111 772	19 923 550 605	19 923 550 605	16,80 %
Suivi Evaluation et Recherche opérationnelle	3 464 583 420	2 558 331 562	2 529 507 462	2 752 557 346	1 906 385 066	13 211 364 856	13 211 364 856	11,14 %
Surveillance et Riposte	1 915 201 428	1 204 412 740	1 198 476 110	1 192 539 480	1 170 987 480	6 681 617 240	6 681 617 240	5,64%
CPS Chez les enfants de 3 à 120 mois	1 125 757 430	1 020 596 785	1 068 402 285	1 020 596 785	1 020 596 785	5 255 950 070	5 255 950 070	4,43%
Gestion des Approvisionnements et Stocks	28 046 585 317	5 204 570 861	12 872 697 711	31 407 994 571	13 266 703 481	90 798 551 941	5 045 942 136	4,26%
Gestion du Programme	1 208 866 702	904 162 053	939 540 601	929 531 757	925 202 187	4 907 303 301	4 907 303 301	4,14%
MDA dans les zones concernées	0	0	750 000 000	850 000 000	950 000 000	2 550 000 000	2 550 000 000	2,15%
TPI chez la femme enceinte	65 966 500	20 966 500	45 966 500	35 966 500	35 966 500	204 832 500	204 832 500	0,17%
Chimioprophylaxie du voyageur	22 019 100	13 500 000	22 019 100	13 500 000	22 019 100	93 057 300	93 057 300	0,08%
TOTAL BUDGET	50 674 853 714	29 566 521 196	33 552 535 779	52 576 234 755	37 949 152 996	204 319 298 440	118 566 688 635	100 %
TOTAL BUDGET (%)	24,80%	14,47%	16,42%	25,73%	18,57%	100,00%		

Concernant les catégories de coûts, le diagnostic et traitement enregistrent la plus grande part du budget avec 30,59% suivis par la Lutte Antivectorielle (20,60%) puis l'IEC/CCC et Promotion de la santé (16,80%) ensuite vient le Suivi Evaluation et Recherche opérationnelle (11,14%).

4.5.2 Plan de mobilisation de ressources

En termes de mobilisation des ressources basée sur une estimation des contributions de l'état, du Fonds mondial (Paludisme, Tuberculose et VIH) et du PMI, on peut considérer que pour la mise en œuvre du présent PSN, 27,10% du budget est disponible. Ce disponible d'un montant estimé de 36 55 364 272 000 F CFA concerne seulement les années 1, 2 et 3 du PSN. De grands efforts de recherche de financement devront être fournis pour recouvrer les 72,90% restant du budget global du PSN.

❖ Analyse des écarts budgétaires du PSN de 2021-2025

Tableau XV : Analyse des écarts budgétaires du PSN de 2021-2025

Années	Budget en FCFA	ETAT *	PMI	FM	Total disponible	GAP
2021	50 674 853 714	6 225 436 000	12 375 000 000	10 632 117 030	29 232 553 030	21 442 300 684
2022	29 566 521 196	5 015 436 000	12 375 000 000	5 768 784 970	23 159 220 970	6 407 300 226
2023	33 552 535 779	0	0	2 972 498 000	2 972 498 000	30 580 037 779
2024	52 576 234 755	0	0	0	0	52 576 234 755
2025	37 949 152 996	0	0	0	0	37 949 152 996
TOTAL	204 319 298 440	11 240 872 000	24 750 000 000	19 373 400 000	55 364 272 000	148 955 026 440
		5,50%	12,11%	9,48%	27,10%	72,90%

*La contribution de l'état intègre la contrepartie Etat.

Sur les 204 319 298 440 F CFA du budget total du PSN, 5,5% constituent la contribution de l'Etat intègre la contrepartie Etat du Sénégal ; 12,52% viendront du PMI soit 18,02% de budget disponible. Ainsi, 81,98% du budget du PSN sont à rechercher à cette date.

CHAPITRE V : CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION DU PSN

- 5.1- Système d'Information Sanitaire de Routine : organisation du rapportage des données sur le paludisme**
- 5.2- Cadre de Suivi-Evaluation**
- 5.3- Suivi des données de routine**
- 5.4- Evaluation des effets et impact des interventions**
- 5.5- Cadre de performance**
- 5.6- Dissémination et utilisation des informations sur le paludisme**

CHAPITRE V : CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION DU PSN

Le cadre de suivi et d'évaluation se compose des éléments suivants : cadre de performance, système de gestion des données et mécanismes de coordination du suivi et de l'évaluation.

Le suivi-évaluation est un volet important dans la mise en œuvre de ce présent plan stratégique. Il permet de garantir la qualité des activités réalisées, d'améliorer la coordination, de suivre régulièrement les interventions à tous les niveaux (central, régional, district et communautaire), d'apprécier leur effet et de partager les informations. Il offre aux différents acteurs l'opportunité d'identifier les problèmes et de proposer des stratégies correctrices.

Le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique sera inscrit dans un processus continu de collecte et d'utilisation de données dans le but de s'assurer que les activités à tous les niveaux se déroulent de manière satisfaisante. L'analyse systématique des données permettra à tous les niveaux de faire des ajustements si nécessaire.

L'évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique se fera à mi-parcours (en 2023) et à la fin (en 2024) et l'accent sera mis à chaque fois sur les résultats obtenus et les ajustements stratégiques nécessaires pour l'atteinte des objectifs.

Il est décrit ci-dessous le cadre de suivi évaluation, l'organisation globale du système de suivi évaluation, les indicateurs de résultat et de performance et les principes de base et procédures opérationnelles.

5.1 Système d'Information Sanitaire de Routine : organisation du rapportage des données sur le paludisme

Le tableau ci-dessous schématise le circuit de rapportage du système d'information de santé de routine du Sénégal qui incluent les données du paludisme. Ce système comprend le Système d'Information Sanitaire et Social (SISS), et le système intégré de surveillance et de riposte aux maladies, la Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte (SIMR).

Dans ce système global de Surveillance, Suivi et Evaluation (SSE) il est important de noter que la surveillance est une intervention à part entière à côté du Suivi-Evaluation.

Au Sénégal le système de Suivi évaluation et le système Surveillance utilisent tous les deux comme moyen de rapportage de routine la plate-forme Système d'information sanitaire DHIS2.

Tableau XVI : Organisation par niveau, du rapportage des données sur le paludisme

Organisation du rapportage des données sur le paludisme Périodicité, Rôle et responsabilités des différents niveaux		
Niveaux	Données de routine	Données de Surveillance
National Services centraux	Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 Géré par : PNLP et DSISS Périodicité : Trimestrielle, Mensuelle Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données districts, analyse des données retro information et recommandations aux niveaux opérationnel. Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires	Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 Géré par : PNLP et DSISS Périodicité : Mensuelle, Hebdomadaire Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données des districts , analyse des données retro information et recommandations aux niveaux opérationnel. Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires
Régional Districts Hôpitaux	Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 Géré par : Equipes cadre de régions Périodicité : Mensuelle Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données districts , analyse des données retro information et recommandations aux niveaux opérationnel. Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires	Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 Géré par : Equipes cadre de régions Périodicité : Hebdomadaire Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données districts , analyse des données retro information et recommandations aux niveaux opérationnel. Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires
District Centres de santé Poste de santé (Structures publiques et privées)	Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 Géré par : Equipes cadre de districts Périodicité : Mensuelle Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données des Centres de santé et des postes de santé ainsi que les informations du niveau communautaire , analyse des données prise de décision et transmission au niveau régional ; validation des données DHIS2 (Avant le 15 du mois). Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires	Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 Géré par : Equipes cadre de districts Périodicité : Hebdomadaire, Journalière Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données des Centres de santé et des postes de santé ainsi que les informations du niveau communautaire , analyse des données prise de décision (Réaction/Action) et transmission au niveau régional ; validation des données DHIS2. Diffusion : Avec tous les acteurs, partenaires et communautés.
Structures de santé : Centre de santé	Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 Géré par : Major / infirmière de chef de poste	Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 Géré par : Major / infirmière de chef de poste

Organisation du rapportage des données sur le paludisme

Périodicité, Rôle et responsabilités des différents niveaux

Niveaux	Données de routine	Données de Surveillance
Poste de Santé Niveau Communautaire	Périodicité : Mensuelle Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des <i>données du niveau communautaire</i> , analyse des données prise de décision (Action) et saisie des données dans le DHIS2 (5 du mois). Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires	Périodicité : Journalière Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des <i>données du niveau communautaire</i> , analyse des données prise de décision (Réaction/Action) et saisie des données dans le DHIS2 (Journalière). Diffusion : Avec tous les acteurs, partenaires et <i>communautés</i> .

5.2 Cadre de Suivi-Evaluation

Le plan de suivi évaluation reposera essentiellement sur le modèle logique ci-dessous :

Tableau XVII: Modèle logique du PSN

INTRANTS	PROCESSUS	PRODUITS	EFFETS	IMPACT
<ul style="list-style-type: none"> Ressources humaines Finances Logistique 	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des sessions de formation des DSDOM sur la prise en charge du paludisme à domicile (PECADOM). Supervision formative des agents de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> DSDOM formés sur la prise en charge des cas de paludisme (PECADOM) 	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge correcte des cas de paludisme suivant les directives. 	<ul style="list-style-type: none"> Baisse de l'incidence du paludisme (< 5‰)
<ul style="list-style-type: none"> Ressources humaines Finances Logistique Matériels IEC 	<ul style="list-style-type: none"> Former les acteurs sur l'IEC Doter les acteurs de matériels IEC Sensibiliser la population sur les conséquences néfastes du paludisme 	<ul style="list-style-type: none"> Population sensibilisée 		
<ul style="list-style-type: none"> ACT Quinine orale SP Quinine et artésunate injectable Rectocaps Primaquine TDR Ressources : humaines et financières 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place la SP, les ACT, quinine, artésunate injectable, Rectocaps, la primaquine et les TDR dans les points de prestation Former les agents sur la gestion des stocks Doter les structures en médicament et TDR et Mettre en place les ACT et les TDR dans les sites choisis pour la PECADOM 	<ul style="list-style-type: none"> TDR, SP, quinine orale, artésunate injectable, Rectocaps ACT mis en place 		
<ul style="list-style-type: none"> Matériels pour TDO pour le TPI SP/AQ Ressources humaines 	<ul style="list-style-type: none"> Orienter les acteurs sur le paludisme et grossesse Orienter les acteurs sur la SMC Doter les structures sanitaires en matériels et SP pour le TDO 	<ul style="list-style-type: none"> Matériels distribués 	<ul style="list-style-type: none"> SP administrée sous TDO aux FE SP/AQ administrée aux 3mois-120mois 	<ul style="list-style-type: none"> Baisse de 75% de la mortalité du paludisme. (125 décès liés au paludisme)
<ul style="list-style-type: none"> Ressources humaines Finances Logistique MILDA Supports IEC 	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des activités IEC/CCC sur l'utilisation du MILDA Doter les structures de MILDA 	<ul style="list-style-type: none"> Population sensibilisée sur l'importance de dormir sous MILDA. 	<ul style="list-style-type: none"> Population dort sous MILDA. 	

INTRANTS	PROCESSUS	PRODUITS	EFFETS	IMPACT
<ul style="list-style-type: none"> • MILDA • Ressources humaines • Finances • Logistique 	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter les acteurs sur la stratégie de CU/MILDA • Acquérir des MILDA 	<ul style="list-style-type: none"> • MILDA distribuées 		
<ul style="list-style-type: none"> • Matériels AID • Produits AID • Ressources Humaines • Finances • Logistique 	<ul style="list-style-type: none"> • Etendre l'AID dans les zones éligibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Concessions traitées 	Diminution de la transmission.	

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.

5.3 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 (Cf. Tableau XVI : organisation du rapportage des données sur le paludisme).

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.

5.4 Evaluation des effets et impact des interventions

Le gouvernement du Sénégal s'est engagé depuis mars 2010 avec ses partenaires à mener des évaluations périodiques complètes de la performance de son programme paludisme. Ces évaluations sous forme de revues à mi-parcours ou finale visent une meilleure planification et la mobilisation des ressources nécessaires adaptées au contexte épidémiologique national. Le but de la Revue du Programme Paludisme (RPP ou MPR) est d'évaluer les stratégies d'intervention et la mise en œuvre des activités de lutte contre le paludisme au Sénégal en vue de dégager la vision stratégique pour 2026-2030 conformément aux orientations techniques de l'OMS et aux stratégies recommandées dans le « Plan Mondial de Lutte contre le Paludisme 2016-2030 » et de renforcer la performance du programme en vue d'une meilleure efficacité des interventions.

L'évaluation à mi-parcours du Plan Stratégique : Elle sera réalisée en T3 de 2023 et se fera suivant une double approche Revue Interne et Revue Externe selon les recommandations et les outils de l'OMS.

L'évaluation finale du plan stratégique : Elle sera réalisée en T1 de 2025. Il s'agira d'une évaluation globale de l'impact, sur l'ensembles des 4 années de mise en œuvre.

L'évaluation portera sur l'atteinte des objectifs du plan stratégique, et servira à fixer le prochain plan.

La revue finale de 2025 va constituer une étape indispensable à la formulation du nouveau Plan Stratégique National 2026-2030, avec comme objectifs de :

- effectuer la revue de l'épidémiologie du paludisme au Sénégal
- passer en revue la structure, l'organisation et la gestion du programme, les directives politiques dans le système de santé
- évaluer les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs nationaux dans le domaine de la lutte contre le paludisme au Sénégal
- effectuer la revue de la performance du programme par domaine thématique et à tous les niveaux du système de santé
- définir les prochaines étapes pour l'amélioration de la performance du programme et y compris la révision des politiques et directives de lutte contre le paludisme
- Les mécanismes et modalités d'évaluation du plan stratégique reposeront sur les différentes enquêtes menées au niveau national et qui ont un haut niveau de validité et de représentativité. Il s'agit notamment de :

Les mécanismes et modalités d'évaluation du PSN reposeront sur les différentes enquêtes menées au niveau national et qui ont un haut niveau de validité et de représentativité. Il s'agit notamment de :

- ***L'Enquête démographique et de santé :*** Elle fournira au besoin des informations sur la prévalence parasitaire.

- ***L'enquête sur les indicateurs du paludisme (ESIP)*** : est réalisée auprès des ménages, sur un échantillon représentatif de la population générale du Sénégal, sur le même mode que les EDS, tous les 2 ans. Il servira de référence pour ce qui concerne les indicateurs sur le paludisme.
- **Les articles scientifiques, etc.**

5.5 Cadre de performance

Tableau XVIII: Cadre de performance pour le suivi du PSN

Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence de collecte	Responsable
	Baseline	2021	2022	2023	2024	2025				
	Indicateurs d'impact									
Taux d'incidence	21.9‰ 2019	18‰	15‰	10‰	7‰	4,75‰	Rapport statistique PNLP/DSIS	Routine	Annuelle	PNLP DSIS
Prévalence parasitaire	0,4% 2018	0,4%			0,2%	0,2%	DESC ENP	Enquête	Annuelle 2ans	ANSD PNLP
Nombre de Décès dû au paludisme	260 2019	110	90	80	70	65	Rapport statistique PNLP/DSIS	Routine	Annuelle	PNLP
	Indicateurs d'effet et de résultats									
Pourcentage de ménages disposant au moins d'une MILDA pour deux personnes	56,8% 2019	80%	85%	85%	85%	85%	EDSC ENP	Enquête	Annuelle 2ans	ANSD PNLP
Proportion de la population qui a dormi sous MII	62,5% 2019	70%	80%	85%	85%	85%	EDSC ENP	Enquête	Annuelle 2ans	ANSD PNLP
Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	65,4% 2019	70%	80%	85%	85%	85%	EDSC ENP	Enquête	Annuelle 2ans	ANSD PNLP
Proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide* la nuit précédente	53,60% 2019	70%	80%	85%	85%	85%	EDSC ENP	Enquête	Annuelle 2ans	ANSD/PNLP
Proportion de la population protégée par l'AID dans les zones ciblées	97 % 2019	98%	98%	98%	98%	98%	Rapport AID	Routine	Annuelle	Agence d'exécution PNLP
Pourcentage de gites larvaires productifs traités dans les zones ciblées	ND 2019	95%	95%	95%	95%	95%	Rapport LAL	Routine	Annuelle	PNLP
Proportion de femmes enceintes ayant pris trois doses de SP conformément aux directives	22% 2018	50%	55%	70%	75%	80%	EDSC ENP	Enquête	Annuelle 2ans	ANSD PNLP

Pourcentage d'enfants de 3mois à 10 ans ayant bénéficié de tous les passages de CPS par rapport à la cible théorique (couverture théorique)	79,95% 2019	95%	95%	95%	95%	95%	Rapport CPS_PNLP	Routine	Annuelle	PNLP
Pourcentage de population couverte en MDA dans les zones concernées	NA (2019)	NA (Pilote)	95%	95 %	95 %	95 %	Rapport MDA_PNLP	Routine	Annuelle	PNLP
Taux de réalisation de test des cas suspects de paludisme	99,8% 2019	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Routine	Annuelle	PNLP
Proportion de cas de paludisme confirmés ayant reçu un traitement antipaludique de première intention, conformément à la politique nationale, dans des établissements de santé du secteur public	99% 2019	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP Rapport Supervision	Routine	Annuelle Semestrielle	PNLP
Pourcentage de cas de paludisme chez les femmes enceintes vues dans les structures sanitaires et traités conformément aux directives nationales	100% 2019	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Routine	Annuelle	PNLP
Proportion de structures sanitaires n'ayant pas connu une rupture d'ACT supérieure à 7 j au cours des 3 derniers mois	96.% 2019	99%	99%	99%	100%	100%	Rapport PNLP	Routine	Annuelle	PNLP
Proportion de structures sanitaires n'ayant pas connu une rupture de TDR supérieure à 7 j au cours des 3 derniers mois	97,6 2019	99%	99%	99%	99%	99%	Rapport PNLP	Routine	Annuelle	PNLP
Proportion de personnes se considérant comme à risque de paludisme (vulnérabilité perçue)	ND	50%	70%	80%	85%	90%	EDS, ENP, rapport recherche formative	Enquête	Annuelle	PNLP ANSD
Proportion de personnes convaincues que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque	ND	70%	75%	80%	85%	90%	EDS, ENP, rapport recherche formative	Enquête	Annuelle	PNLP ANSD

% de structures ayant transmis les rapports (Taux de complétude)	89,6%	100%	100%	100%	100%	100%	Rapports PNLP DHIS2	Routine	Annuelle	PNLP
% de structures ayant transmis les rapports à temps (Taux de promptitude)	53%	80%	85%	90%	95%	100%	Rapports PNLP DHIS2	Routine	Annuelle	PNLP
Taux de détection des épidémies au niveau des zones vertes selon les directives nationales	NA 2019	100%	100%	100%	100%	100%	Rapports PNLP	Routine	Annuelle	PNLP
La densité agressive sur homme des vecteurs du paludisme (Nombre de piqûres/homme par nuit)	6,59 (2019)	4,22	3,37	2,70	1,896	1	Rapports PNLP	Enquête	Annuelle	PNLP
Le taux de parturité des vecteurs du paludisme (% de femelles pares)	0,59 (2019)	0,35	0,32	0,32	0,25	0,25	Rapports PNLP	Enquête	Annuelle	PNLP
Le taux d'infection des vecteurs du paludisme (% de femelles infectées)	0,02 (2019)	0,005	0,005	0,0025	0,002	0,002	Rapports PNLP	Enquête	Annuelle	PNLP
Pourcentage d'épidémies maîtrisées dans les deux semaines suivant leur détection	NA 2019	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Routine	Annuelle	PNLP
Pourcentage de cas de paludisme investigués dans les 3 jours (72 heures) parmi (cas investigables)	76% 2019	80%	80%	80%	85%	85%	Rapport annuel PNLP	Routine	Annuelle	PNLP MACEPA
Taux d'absorption des ressources mobilisées	41% 2019	80	83	75	85	90	Rapports annuel PNLP	Routine	Annuelle	PNLP
Taux de réalisation des activités	40% 2019	90	90	90	90	90	Rapports annuel PNLP	Routine	Annuelle	PNLP

5.6 Dissémination et utilisation des informations sur le paludisme

Les informations générées par le suivi/évaluation seront diffusées régulièrement aux acteurs, décideurs et partenaires. Les supports de diffusion retenus sont :

- les présentations trimestrielles de la synthèse des données de routine
- les bulletins hebdomadaires de surveillance sentinelle
- Le bulletin annuel épidémiologique du PNLP
- le site web du PNLP
- le remplissage des DHIS2 national et de l'OMS
- le rapport annuel d'activités
- les rapports d'évaluation
- les conférences et rencontres internationales

ANNEXES

MATRICE DES INDICATEURS IMPACT

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
But : Réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme			
Morbidité proportionnelle palustre (tous âges)	Numérateur : Nombre de cas de paludisme simple/grave enregistrés par an dans les formations sanitaires. Dénominateur : Nombre total de malades vus en consultations externes dans les formations sanitaires	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Morbidité proportionnelle palustre (moins de 5 ans)	Numérateur : Nombre de cas de paludisme simple ou grave chez les enfants de moins de 5 ans enregistrés par an dans les formations sanitaires. Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans vus en consultations externes dans les formations sanitaires	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Incidence paludisme grave pour 1000 habitants (tous âges)	Numérateur : Nombre de cas de paludisme parmi les personnes hospitalisées par an. (Selon la directive nationale seuls les cas de paludisme grave sont hospitalisés) x 1000 Dénominateur : Population totale.	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Incidence paludisme simple dans la tranche 0-120 mois (dans les zones CPS)	Numérateur : Nombre de cas de paludisme simple parmi les enfants de 0 à 120 mois par an x 1000 (dans les zones CPS) Dénominateur : Population âgée de 0 à 120 mois (dans les zones CPS)	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Incidence paludisme grave dans la tranche 0-120 mois (dans les zones CPS)	Numérateur : Nombre de cas de paludisme grave parmi les enfants de 0 mois à 120 mois par an x 1000 (dans les zones CPS) Dénominateur : Population âgée de 0 à 120 mois (dans les zones CPS)	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Taux d'incidence du paludisme	Numérateur : Nombre de cas de paludisme confirmés (microscopie ou TDR) par an x 1000. Dénominateur : Population totale.	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
But : Réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme			
Morbidité proportionnelle palustre chez la femme enceinte	<p>Numérateur : Nombre de cas de paludisme chez les femmes enceintes enregistrés par an dans les formations sanitaires.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes vues en consultations externes (et les cas graves), y compris les CPN, dans les formations sanitaires</p>	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Mortalité palustre proportionnelle (tous âges)	<p>Numérateur : Nombre de décès dus au paludisme enregistrés par an dans les formations sanitaires.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de décès de population (tous âges) enregistrés dans les formations sanitaires</p>	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Mortalité palustre proportionnelle (moins de 5 ans)	<p>Numérateur : Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans dus au paludisme enregistrés par an dans les formations sanitaires</p> <p>Dénominateur : Nombre total de décès de malades de moins de 5 ans hospitalisés enregistrés dans les formations sanitaires.</p>	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Mortalité palustre dans la tranche 0-120 mois (dans les zones CPS)	<p>Numérateur : Nombre de décès d'enfants de moins de 0 à 120 mois dus au paludisme enregistrés par an dans les formations sanitaires</p> <p>Dénominateur : Nombre total de décès de malades de moins de 0 mois à 120 mois ans hospitalisés enregistrés dans les formations sanitaires (dans les zones CPS)</p>	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Mortalité proportionnelle palustre chez les femmes enceintes	<p>Numérateur : Nombre de décès de femmes enceintes dus au paludisme enregistrés par an dans les formations sanitaires</p> <p>Dénominateur : Nombre total de décès de femmes enceintes hospitalisées enregistrés dans les formations sanitaires</p>	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Taux de létalité (moins de 5 ans)	<p>Numérateur : Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour paludisme dans les formations sanitaires.</p> <p>Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour paludisme dans les formations sanitaires.</p>	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
But : Réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme			
Taux de létalité (tous âges)	Numérateur : Nombre de décès de malades hospitalisés (tous âges) dus au paludisme. Dénominateur : Nombre total de malades hospitalisés pour paludisme enregistrés dans les formations sanitaires.	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Prévalence parasitaire chez les 6-59 mois.	Numérateur : Nombre d'enfants de 6-59 mois testés positifs par microscopie. Dénominateur : Nombre total d'enfants de 6-59 mois testés par microscopie.	Rapport d'évaluation des partenaires : MICS, EDS.	Tous les 2 ans.

RESULTATS

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
Assurer la disponibilité et l'utilisation des ACT, SP-AQ, TDR et MILDA et autres produits				
Traitement antipaludique rapide/efficace	Nombre et pourcentage de structures sanitaires (postes de santé et centres de santé) ne signalant aucune rupture d'ACT pendant une semaine au cours des trois derniers mois	Numérateur : Nombre de structures sanitaires (postes et centre) sans rupture du médicament recommandé par la politique nationale pendant une semaine continue et au cours des 3 derniers mois Dénominateur : Nombre total des formations sanitaires (postes et centre) visitées Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de supervision des formations sanitaires DSISS	Mensuelle Annuelle
	Nombre et pourcentage de cases de santé sans rupture continue du médicament recommandé par la politique nationale pendant une semaine au cours des trois derniers mois	Numérateur : Nombre de cases de santé sans rupture du médicament recommandé par la politique nationale pendant une semaine continue et au cours des trois derniers mois Dénominateur : Nombre total des cases de santé visitées	Rapports de supervision des formations sanitaires DSISS	Mensuelle Annuelle

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
Assurer la disponibilité et l'utilisation des ACT, SP-AQ, TDR et MILDA et autres produits				
	Pourcentage de structures sanitaires sans rupture continue de TDR pendant une semaine au cours des trois derniers mois dans leur stock médicaments	<p>Numérateur : Nombre de structures sanitaires (postes et centres) sans rupture de TDR pendant une semaine continue et au cours des trois derniers mois</p> <p>Dénominateur : Nombre total des formations sanitaires (postes et centres) visitées</p>	Rapports de supervision des formations sanitaires DSISS	<p>Mensuelle</p> <p>Annuelle</p>
Traitement antipaludique rapide / efficace	Pourcentage de cas de paludisme vus en consultation externe qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale dans les formations sanitaires.	<p>Numérateur : Nombre de patients atteints de paludisme simple qui ont bénéficiés d'une prescription correcte d'ACT conformément aux directives nationales.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de patient atteints de paludisme simple.</p> <p>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région et par district.</p>	Rapports d'activités/supervision des formations sanitaires DSISS	<p>Trimestrielle</p> <p>Annuelle</p>
	Pourcentage de cas de paludisme vus en consultation externe qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale aux niveaux des formations sanitaires et communautaire.	<p>Numérateur : Nombre total de cas de paludisme vus en consultation enregistrés sur la période qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale aux niveaux des formations sanitaires et communautaire (cases et PECADOM).</p> <p>Dénominateur : Nombre total de cas paludisme vus en consultation externe enregistrés sur la période aux niveaux des formations sanitaires et communautaire (cases et PECADOM)</p>	Rapports d'activités/supervision des formations sanitaires DSISS	<p>Trimestrielle</p> <p>Annuelle</p>
	Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple et pris en charge correctement dans les formations sanitaires	<p>Nombre total</p> <p>Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</p>	Rapports d'activités/supervision des formations sanitaires DSIS	<p>Mensuelle</p> <p>Annuelle</p>

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
Assurer la disponibilité et l'utilisation des ACT, SP-AQ, TDR et MILDA et autres produits				
	Pourcentage d'enfants de 3 à 11 mois ayant bénéficié de tous les passages CPS au cours de l'année	Numérateur : Nombre d'enfants âgés de 3 mois à 11 mois qui ont bénéficiés de tous les passages CPS Dénominateur : Nombre total d'enfants de 3 à 11 mois	Rapport d'activités Enquête	Annuelle
	Pourcentage d'enfants de 12 à 59 mois ayant bénéficié de tous les passages CPS au cours de l'année.	Numérateur : Nombre d'enfants âgés de 12 à 59 mois qui ont bénéficiés de tous les passages CPS Dénominateur : Nombre total d'enfants de 12 à 59 mois	Rapport d'activités Enquête	Annuelle
	Pourcentage d'enfants de 60 à 120 mois ayant bénéficié de tous les passages CPS au cours de l'année	Numérateur : Nombre d'enfants âgés de 60 mois à 120 mois qui ont bénéficiés de tous les passages CPS Dénominateur : Nombre total d'enfants de 60 à 120 mois	Rapport d'activités Enquête	Annuelle
	Nombre de cas de paludisme pris en charge correctement au niveau communautaire.	Nombre total Note : Considérer les cas de paludisme confirmés par TDR et traités par ACT. Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports d'activités/supervision des formations sanitaires DSIS	Mensuelle Annuelle
	Pourcentage de personnes qui connaissent les signes de paludisme grave	Numérateur : Nombre de personnes interviewées qui connaissent les signes de paludisme grave. Dénominateur : Nombre total de personnes interviewées.	Rapports d'évaluation ou d'enquête	Tous les 2 ans
	Nombre de cas de paludisme confirmés dans les structures sanitaires et au niveau communautaire	Nombre total Note : Il est recommandé de faire l'analyse par type de confirmation (goutte épaisse ou TDR) par région, par district et par zone (rurale et urbaine).	Rapports d'activités/supervision des formations sanitaires DSIS	Mensuelle Annuelle

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
Assurer la disponibilité et l'utilisation des ACT, SP-AQ, TDR et MILDA et autres produits				
	Nombre de sites sentinelles fonctionnels pour le suivi de la résistance aux médicaments antipaludiques	Nombre total	Rapports d'activités	Rapports d'activités
	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans avec fièvre simple dans les deux dernières semaines pris en charge dans les 24 heures selon la politique nationale	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans qui ont la fièvre au cours des deux dernières semaines et qui ont reçu le médicament recommandé par la politique nationale dans les 24 heures après l'apparition de la fièvre. Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu la fièvre au cours des deux dernières semaines Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, enquête EDS)	Tous les 2 ans Annuel
	Pourcentage de patients hospitalisés pour paludisme grave et correctement traités selon la politique nationale dans les formations sanitaires.	Numérateur : Nombre de patients hospitalisés pour paludisme grave dans les formations sanitaires et correctement traités selon la politique nationale Dénominateur : Nombre total de patients hospitalisés pour paludisme grave dans les formations sanitaires.	Rapports de supervision des formations sanitaires Evaluation des formations sanitaires	Annuelle 2-3 ans
	Pourcentage de cas graves référés ayant reçu un traitement pré-transfert par les Rectocaps d'artésunate (PS)	Numérateur : Nombre de cas graves de paludisme référés vers les centres de santé et hôpitaux et ayant bénéficié d'un traitement pré transfert par les Rectocaps Dénominateur : Nombre total de cas graves référés vers les centres de santé et les hôpitaux.	Rapport d'activité annuel (à partir rapport des PS)	Annuelle

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
Assurer la disponibilité et l'utilisation des ACT, SP-AQ, TDR et MILDA et autres produits				
	Nombre et pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (par goutte épaisse ou TDR) dans les structures sanitaires.	Numérateur : Nombre de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (TDR ou GE) Dénominateur : Nombre total de cas suspects de paludisme vus dans les FS.	Rapports de supervision des formations sanitaires	Annuelle
	Pourcentage de cas de paludisme correctement traité par les Dispensateur de Soins à Domicile (DSDOM).	Numérateur : Nombre de cas de paludisme correctement traités conformément aux directives par les DSDOM Dénominateur : Nombre total de cas de paludisme vus par les DSDOM.	Rapports des districts	Annuelle
Moustiquaires traitées aux insecticides	Pourcentage de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée	Numérateur : Nombre de ménages visités avec au moins une moustiquaire traitée par un insecticide approuvé par la politique nationale Dénominateur : Nombre total de ménages visités <i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Enquête de couverture annuelle Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, Enquête EDS)	Tous les 2 ans
	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)	Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous MII la nuit dernière Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi la nuit dernière dans les ménages visités Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Enquête de couverture annuelle Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, enquête EDS)	Tous les 2 ans

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
Assurer la disponibilité et l'utilisation des ACT, SP-AQ, TDR et MILDA et autres produits				
	Pourcentage de femmes enceintes dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)	Numérateur : Nombre de femmes enceintes qui ont dormi sous MII la nuit dernière Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes qui résident dans les ménages visités Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Enquête de couverture annuelle Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, Enquête EDS)	Tous les 2 ans
	Pourcentage de ménage disposant au moins d'une MII pour deux personnes	Numérateur : Nombre de ménage disposant au moins d'une MII pour deux personnes Dénominateur : Nombre total de ménage	Enquête de couverture annuelle Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, Enquête EDS)	Tous les ans
	Pourcentage de la population (tous âges) ayant dormi sous moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'Action (MILDA) la nuit dernière.	Numérateur : Nombre de personne qui ont dormi sous MILDA la nuit dernière Dénominateur : Population totale interrogée Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Enquête de couverture annuelle Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, Enquête EDS)	Tous les 2 ans
Paludisme pendant la grossesse	Nombre de prestataires de service formés sur le TPI	Nombre total Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de formation	Ponctuel
	Couverture des femmes enceintes en TPI3	Numérateur : Nombre de femmes enceintes qui ont reçu au moins trois doses de SP (TPI3) Dénominateur : Nombre total de femmes ayant accouché au cours des deux dernières années.	- Données d'enquêtes Monitoring -ENP et EDS	Annuelle

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
Assurer la disponibilité et l'utilisation des ACT, SP-AQ, TDR et MILDA et autres produits				
	Le pourcentage de femmes enceintes s'étant rendu à des consultations prénatales et ayant reçu le TPI3 sous observation directe	<u>Numérateur</u> : Nombre de femmes enceintes qui ont reçu au moins trois doses de SP (TPI3) en TDO au cours de la CPN <u>Dénominateur</u> : Nombre total de premier contact	Rapports de supervision des formations sanitaires - DSISS - Données de Monitoring	Annuelle
	Proportion de personnes se considérant comme à risque de paludisme (vulnérabilité perçue)	<u>Numérateur</u> : Nombre de personnes enquêtés se considérant à risque <u>Dénominateur</u> : Nombre total de personne interrogées	Rapport d'enquête	Annuelle
	Proportion de personnes convaincues que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque	<u>Numérateur</u> : Nombre de personnes enquêtés convaincus que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque <u>Dénominateur</u> : Nombre total de personne interrogées		

PROCESSUS

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
Assurer la disponibilité des MI pour faire face aux besoins nationaux (enfants 0- 5 ans et femmes enceintes)				
Moustiquaires traitées aux Insecticides	Nombre de moustiquaires « long lasting » distribuées	Nombre total de Moustiquaires imprégnées distribuées <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine))	Rapport de supervision et de monitoring	Mensuelle et semestrielle
	Nombre de MILDA distribuées en routine	Nombre MILDA distribuées en routine <i>Note</i> : Il est recommandé de faire le calcul par cible et par canaux	Rapport d'activités	Tous les ans
	Pourcentage de couchage disposant de MILDA	Numérateur : Nombre total couchage avec MILDA Dénominateur : Nombre total de couchage <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapport de campagne CU	Après chaque campagne
Assurer le renforcement de capacité des acteurs à tous les niveaux				
Formation	Nombre de prestataires de soins formés sur la PEC du paludisme au niveau des formations sanitaires	Nombre total de prestataires formés <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de formation	Ponctuel
	Nombre d'agents de santé formés sur les procédures de suivi /évaluation.	Nombre total d'agents formés <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district	Rapports de formation	Ponctuel

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
	Nombre de prestataires formés en PEC du paludisme au niveau communautaire	Nombre total de prestataires formés <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de formation	Ponctuel
	Nombre de membres d'OCB formés sur le suivi des activités communautaires	Nombre total de membres d'OCB formés <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de formation	Routine
	Nombre de relais formés pour appuyer les activités IEC au niveau communautaire	Nombre total de relais formés <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de formation	Ponctuel
SUIVI - EVALUATION				
Traitement antipaludique efficace rapide	Nombre de sites sentinelles créés pour le suivi de la résistance aux médicaments antipaludiques	Nombre total de sites sentinelles créés <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région et par district	Rapports d'étude de la résistance des médicaments de chaque site	Annuel
Supervision	Proportion de districts appuyés pour le suivi des activités	Nombre appuyé / Nombre prévu	Rapports d'activités	Trimestriel
	Proportion de cases de santé équipées et rendues fonctionnelles	Nombre fonctionnel / Nombre prévu	Rapports d'activités	Trimestriel
	Pourcentage d'équipes médicales ayant reçu une visite de supervision durant la période rapportée.	Nombre visité / Nombre prévu <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district	Rapports d'activités	Semestriel

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
	Nombre et pourcentage d'agents de santé communautaires formés ayant reçu une visite de supervision durant la période rapportée.	Nombre total d'agents visités Nombre visité / Nombre prévu <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district	Rapports d'activités	Trimestriel
Communication	Nombre de mères sensibilisées sur la prise en charge du paludisme	Nombre total <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapport de séances de sensibilisation	Ponctuel
	Nombre de zones visées par les services IEC et ayant bénéficié des séances IEC	Nombre total <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de séances de sensibilisation	Ponctuel
Evaluation	Nombre d'enquêtes de couverture menées	Nombre total	Rapport d'enquêtes	Ponctuel
	Pourcentage de sites sentinelles ayant transmis l'ensemble de leur rapport conformément aux directives.	Nombre de sites ayant rapporté / Nombre total de sites <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par district	Bulletins de surveillance sentinelle	Semestriel
Partenariat	Nombre d'ONG ayant reçu un financement pour la lutte contre le paludisme au niveau communautaire	Nombre total <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région	Rapports d'activités des réseaux/partenaires	Annuel
Gestion financière	Pourcentage du budget mobilisé consacré au suivi/évaluation	Numérateur : Montant du budget de S/E mobilisé Dénominateur : Montant total du budget mobilisé <i>Note</i> : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapport annuel	Annuel