



PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



**PLAN STRATEGIQUE
NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME
AU SENEGAL
2016 - 2020**

Octobre 2015

TABLES DES MATIERES

Préface.....	6
<u>Contexte</u>	7
<u>Chapitre I : Profil du Sénégal</u>	8
A. <u>Politique de Développement</u>	9
B. <u>Aspects Environnementaux</u>	11
C. <u>Aspect sociaux et démographiques</u>	13
D. <u>Système de Santé et Situation Sanitaire</u>	14
<u>Chapitre II : Analyse de la situation</u>	18
A. <u>Epidémiologie et Fardeau du Paludisme</u>	18
B. <u>Financement de la Lutte</u>	29
C. <u>Performances du Programme</u>	31
<u>Chapitre III : Cadre Stratégique</u>	39
A. <u>Vision</u>	40
B. <u>Mission</u>	40
C. <u>Principes et Valeurs</u>	40
D. <u>Orientations stratégiques</u>	42
E. <u>But</u>	44
F. <u>Objectifs</u>	44
G. <u>Résultats attendus</u>	44
<u>Chapitre IV : Domaines et Stratégies d'intervention</u>	46
A. <u>Domaine d'Intervention 1 : Gestion et coordination du programme</u>	47
B. <u>Domaine d'Intervention 2 : Lutte Anti Vectorielle</u>	51
C. <u>Domaine d'intervention 3 : Gestion des Approvisionnements et des Stocks</u>	62
D. <u>Domaine d'intervention 4 : Promotion de la santé</u>	68
E. <u>Domaine d'intervention 5: Prise en charge des cas</u>	75
F. <u>Domaine d'intervention 6 : Prévention du paludisme chez la femme enceinte</u>	80
G. <u>Domaine d'intervention 7 : Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS)</u>	82
H. <u>Domaine d'intervention 9 : Surveillance et Riposte</u>	85
I. <u>Domaine d'intervention 10 : Suivi Evaluation et Recherche</u>	90
<u>Chapitre V : Cadre de mise en œuvre</u>	96
A. <u>Administration et Gestion du Plan Stratégique</u>	97
B. <u>Mécanismes de coordination</u>	97
C. <u>Mobilisation des ressources</u>	97
D. <u>Récapitulatif du budget</u>	100
<u>Chapitre VI : Mécanismes de Suivi Evaluation</u>	103
A. <u>Les Cadre de Suivi-Evaluation</u>	104
B. <u>Le système de gestion des données</u>	107
C. <u>Les mécanismes de coordination du S&E</u>	108

Sigles et Abréviations

ACT :	Combinaison Thérapeutique à base de dérivé d'Artémésinine
AQ :	Amodiaquine
AID :	Aspersion Intra Domiciliaire
ANSD :	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ASC :	Agent de Santé Communautaire
BREIPS :	Bureau Régional de l'Education et de l'Information pour la santé
BRH :	Brigade Régionale d'Hygiène
CAP :	Comportement Attitudes et Pratiques
CDC:	Centers for Disease Control and Prevention
CDD :	Comité Départemental de Développement
CDSMT :	Cadre des dépenses sectorielles à Moyen Terme
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CHN :	Centre Hospitalier National
CLD :	Comité Local de Développement
CPN :	Consultation prénatale
CPS :	Chimio Prévention du paludisme Saisonnier
CQ	Contrôle Qualité
CRD :	Comité Régional de Développement
CS :	Centre de Santé
CSE	Centre de Suivi Ecologique
CTA	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémésinine
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CU:	Couverture Universelle
DAGE :	Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
DGS:	Direction Générale de la santé
DLM:	Direction de Lutte contre la Maladie
DPRS :	Direction de la Planification de la Recherche et de la Statistique
DPL:	Direction des Pharmacies et Laboratoires
DPPD :	Document de Programmation Pluriannuel de Dépenses
DPES :	Document de Politique Economique et Social
DPV :	Direction de la Protection des Végétaux
DSDOM:	Dispensateur de soins à domicile
DSISS :	Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale
DREEC :	Division Régional de l'Environnement et des Etablissements Classés
DSRSE:	Direction de la Santé de Reproduction et de la survie de l'Enfant
DSRP:	Document de Stratégie de la Réduction de la Pauvreté
DRH:	Direction des Ressources Humaines
ECD :	Equipe Cadre de District
ECR :	Equipe Cadre de Région
EPS :	Etablissement Public de Santé
EDS :	Enquête Démographique et Sanitaire
EDSc:	Enquête Démographique et Sanitaire continue
ENP:	Enquête Nationale sur le Paludisme
FDA :	Focal Mass Drug Administration
GAS :	Gestion des Achats et des Stocks
IBC :	Interventions à base Communautaire

ICP :	Infirmier Chef de Poste
IEC /CCC:	Information, Education, Communication/communication pour un Changement de Comportement
IRA :	Infection Respiratoire Aigüe
JMP:	Journée Mondiale du Paludisme
LAL:	Lutte anti Larvaire
LAMP	Loop Mediated Isothermal Amplification
LAV :	Lutte AntiVectorielle
LEVP:	Laboratoire d'Ecologie Vectorielle et Parasitaire
LNCM:	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
LPA	Laboratoire Physique de l'Atmosphère
LPM:	Laboratoire de Parasitologie Médicale
MACEPA:	Malaria Control and Evaluation Partnership in Africa
MCD :	Médecin - Chef de District
MCR:	Médecin - Chef de Région
MII :	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILDA:	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MIS:	Malaria Indicator Survey (Enquête sur les indicateurs du paludisme)
MSAS:	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
OCB :	Organisation Communautaire de Base
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OMVS :	Organisation pour la Mise en Valeur du Fleuve Sénégal
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ORSEC :	Organisation des Secours en cas de Catastrophe
PAP	Programme d'Actions Prioritaires
PECADOM:	Prise en Charge à Domicile
PCR :	Polymerase Chain Reaction
PEC :	Prise En Charge
PMI:	President's Malaria Initiative
PNA :	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP :	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PPI	Plan Pluriannuel d'investissement
PPS:	Points de Prestation de Soins
PRA :	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
Projet « ABCD » :	Projet « Atteindre les Bénéficiaires Communautaires à travers les Districts »
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
SE:	Suivi/ Evaluation
SEDA	Système d'Echange Automatique de Données
SLAP :	Section de Lutte Anti-Parasitaire
SNEIPS :	National de l'Education et de l'Information Pour la Santé

SNDES :	Stratégie Nationale de Développement Economique et Social
SNH :	Service National de L'Hygiène
SP :	Sulfadoxine Pyriméthamine
SSP :	Soins de Santé Primaires
TDO :	Traitement Directement Observé
TPI :	Traitement Préventif Intermittent
TDR:	Test de Diagnostic Rapide
UCA :	Unité de Coordination Avancée
UCAD :	Université Cheikh Anta Diop de Dakar
UFR :	Unités de Formation et de Recherches
UEMOA :	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF :	Fonds de Nations Unies pour L'Enfance
USAID :	Agence Internationale pour le Développement / Etats Unis d'Amérique

Préface

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

L'élaboration de ce Plan Stratégique National (PSN) 2016-2020 a suivi le même processus, tirant sa substance des recommandations de la revue finale du PSN 2011-2015, tout en restant arrimé au cadre stratégique 2014 - 2018.

Il se veut un plan de consolidation des acquis de la mise en œuvre du plan décennal de développement sanitaire et social et entend accorder la priorité au renforcement des capacités en matière d'offres de services et de création de la demande. Ainsi, il est le cadre de référence pour les interventions de tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme pour les cinq années à venir.

Ce PSN qui participe à donner corps à la vision de la politique de santé dans le cadre du Plan Sénégal Emergent, réaffirme l'ambition du Sénégal d'aller à l'élimination du paludisme et à la réduction de la mortalité palustre à un niveau proche de zéro en adaptant les interventions de lutte aux différents faciès épidémiologiques, mais aussi, en adoptant des interventions innovantes à haut impact.

L'approche inclusive de l'élaboration de ce document est un gage de succès à la mobilisation des ressources nécessaires à son financement afin d'atteindre les objectifs ambitieux que le Sénégal s'est fixé. L'engagement des acteurs de mise en œuvre s'en trouvera également renforcé.

Il me plaît ici d'inviter l'ensemble des acteurs, notamment ceux des services publics, de la société civile, du secteur privé et les partenaires techniques et financiers à s'approprier le contenu du présent plan et à inscrire leurs interventions dans les orientations stratégiques retenues pour une meilleure synergie et une efficacité dans l'action.

Je réaffirme aussi le caractère prioritaire de la lutte contre le paludisme dans l'amélioration de la santé des populations pour un Sénégal émergent sans paludisme et pour son développement durable.

Le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale

Contexte

L'évolution de la prévalence parasitaire de 2009 à 2015, classe toujours le Sénégal parmi les pays de l'Afrique Sub-saharienne (ASS) où le paludisme est endémique et constitue un problème de santé. Toutefois ce fardeau a connu une régression significative de plus de 50% entre 2009 et 2015. En effet, la prévalence parasitaire est passée de 3% à 1,2% et la mortalité toutes causes confondues de 72‰ naissances vivantes à 33 ‰ naissances vivantes chez les moins de 5 ans entre 2009 et 2014. Ces résultats probants ont permis au Sénégal d'atteindre les objectifs de *Roll Back Malaria* (RBM) en 2015.

Il faudra toutefois noter que le fardeau de la maladie est toujours lourd dans certaines régions du pays où les décès qui lui sont attribuables persistent. Des défis demeurent encore, notamment ceux en rapport avec l'accès universel aux interventions majeures comme l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) et le traitement par les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) jusqu'au niveau communautaire après un diagnostic avec les tests de diagnostic rapide (TDR).

L'impact des interventions de lutte contre le paludisme, ces dernières années, a fortement modifié la répartition géographique du fardeau de la maladie. Cette nouvelle configuration impose une stratification plus opérationnelle permettant d'adapter les interventions aux caractéristiques épidémiologiques locales. L'approche focalisée des interventions spécifiques par zone devient alors un impératif.

Le présent PSN pour la période 2016 - 2020 clarifie ces nouvelles orientations stratégiques.

Chapitre I: Profil du Sénégal

A. Politique de Développement

B. Aspects environnementaux

C. Aspects sociaux et démographiques

D. Système de Santé et situation sanitaire

A. Politique de développement

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

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

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

Le Sénégal, avec une croissance moyenne de 3,1% entre 2008 et 2012, reste encore en retrait par rapport aux perspectives qui tablent sur une croissance de l'ordre de 6,4% dans l'UEMOA et 7,4% au niveau de la CEDEAO pour les cinq prochaines années.

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

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

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

La « stratégie de croissance accélérée », dans laquelle le pays s'est engagé depuis 2005 et visant à hisser le Sénégal au rang de pays émergent, repose notamment sur la modernisation de l'agriculture et le développement de l'industrie agroalimentaire. Le Sénégal met en œuvre à travers sa stratégie globale de réduction de la pauvreté, des politiques et programmes intégrés de développement. Le

Document de Politique Economique et Social (DPES) est le cadre unique de référence en matière d'intervention pour tous les acteurs du développement. La priorité aux soins de santé primaires donnée au plan national s'est traduite par des mesures qui ont permis l'accès gratuit ou allégé à des prestations de santé et exécutées dans le cadre de divers programmes et de plans d'actions. Le Gouvernement accorde une priorité absolue à la lutte contre le paludisme et le VIH/sida, compte tenu de l'impact de ces fléaux sur le développement humain. Par ailleurs, il faut signaler qu'un Plan Pluriannuel d'investissement (PPI) en infrastructures et équipements pour la période 2011-2015 a été élaboré. Ce plan entre dans le cadre du programme de renforcement des équipements et des infrastructures sanitaires.

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

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

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

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

Indicateurs			Prévu	Réalisé	Cibles						
	2009	2010	2011	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Taux (en %) de croissance du PIB réel (scénario optimiste)	2.10%	4.10%	4.80%	2.60%	3.70%	4.90%	6.50%	6.80%	7.60%	7.7	
Taux d'inflation annuel moyen (en %)	-0.90%	1.20%	=<3%	3.40%	=<3%	=<3%	=<3%	=<3%	=<3%	=<3%	
Pourcentage de pauvreté	National			46.70%	45.35%	43.96%	42.52%	41.03%	39.48%	37.89%	
Part des superficies irriguées sur les superficies irrigables	38.40%	41.06%	42.85%	42.10%	44.71%	46.32%	62.98%	65.48%	67.40%	72.70%	
Taux (en %) de couverture CPN4	ND	75%	80%	50%	53%	55%	60%	63%	70%	75%	
Taux (en %) d'accouchements assistés par du personnel qualifié	67.00%	65.1% (EDS-5)	70%	65%	72%	75%	78%	80%	83%	85%	
Proportion (en %) d'enfants âgés de 0-11 mois complètement vaccinés	74%	62.8% (EDS-5)	85%	-	55%	60%	65%	70%	75%	80%	
Pourcentage d'enfants 0 – 5 ans bénéficiant de service de nutrition					55%	60%	65%	70%	75%	80%	
Prévalence (en %) du VIH/SIDA dans la population	0.70%	0.70%	<1%	0.70%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	
Taux d'exécution du budget de la Santé	titre III*	86.28%	96.43%	95.00%	93.00%	95.00%	95.00%	95.00%	95.00%	95.00%	95.00%
	titre V	53.27%	86.28%	85.00%	43%	85.00%	85.00%	85.00%	85.00%	85.00%	85.00%
Taux (en %) d'accès à l'eau potable	Urbain	97.00%	98.50%	99.00%	98.70%	99.00%	99.00%	99.00%	100.00%	100%	100%
	Rural	73.60%	77.50%	78.50%	80.10%	79.50%	80.00%	85.00%	90.00%	95%	98%
Taux (en %) d'accès des ménages à des systèmes améliorés d'assainissement	Urbain	63.60%	63.10%	70.30%	63.30%	72.20%	74.10%	76.10%	78.00%	80%	85%
	Rural	28.90%	29.60%	49.00%	34.30%	52.00%	57.00%	59.00%	63.00%	65%	70%
Proportion (en %) du budget affecté aux ministères sous CDSMT				<u>72%</u>	<u>50%</u>	<u>60%</u>	<u>75%</u>	<u>85%</u>	<u>85%</u>	<u>85%</u>	

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

B. Aspects Environnementaux

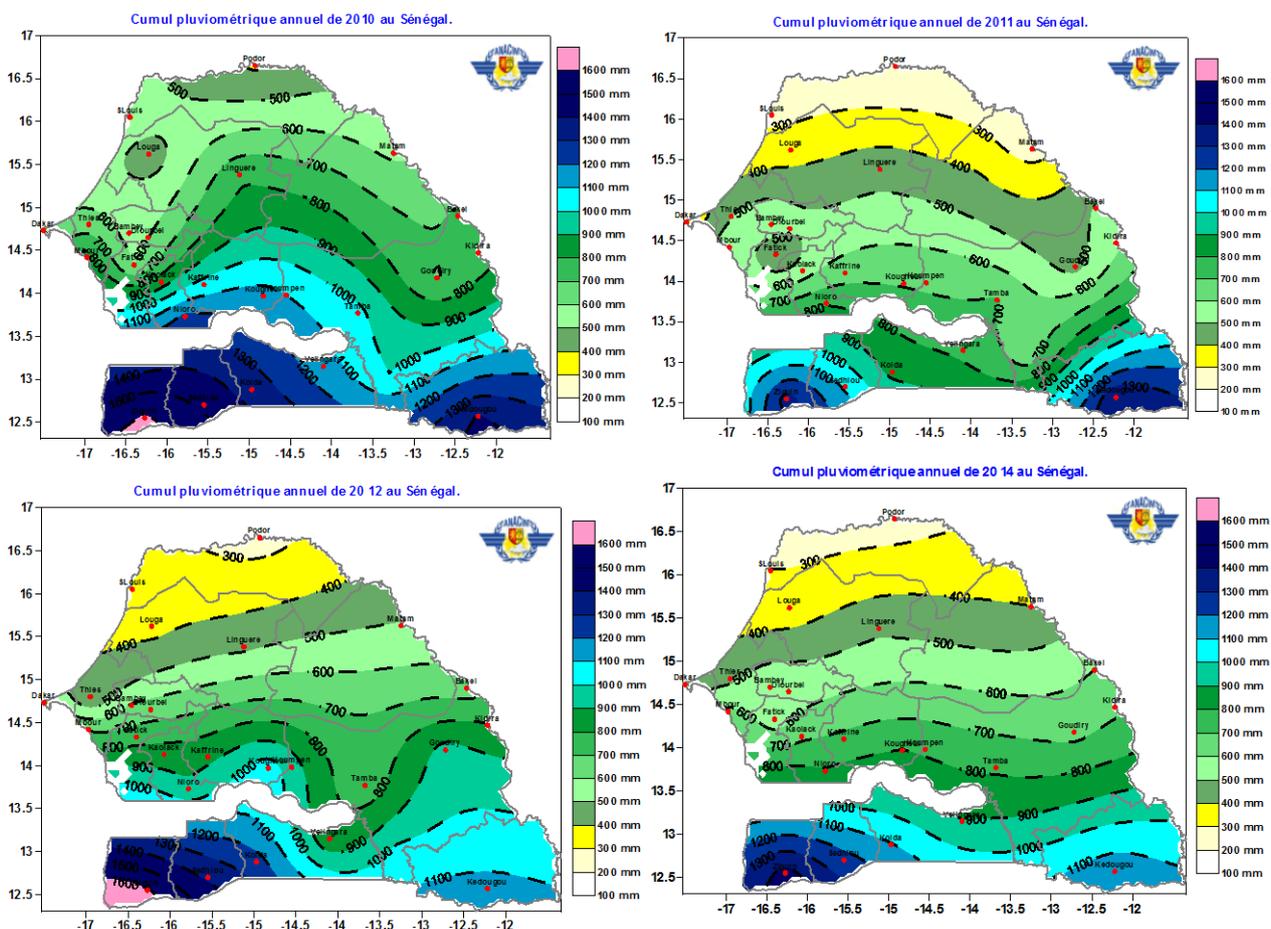
La politique environnementale a toujours été axée sur la gestion rationnelle des ressources naturelles, dans une perspective de développement durable. Malgré les progrès réalisés en matière de conservation de la biodiversité, la situation reste caractérisée par une dégradation avancée des ressources naturelles. Le climat est parmi l'un des nombreux facteurs qui joue un rôle déterminant dans l'état de santé des populations et il est alors nécessaire de comprendre les mécanismes par lesquels les paramètres climatiques peuvent influencer sur la santé humaine.

En effet, les conditions météorologiques, la variabilité du climat et d'autres changements environnementaux induits peuvent influencer sur bon nombre de déterminants de la santé. Principalement, la pluviométrie et la température jouent un rôle important dans la transmission du paludisme. Des études menées par le Laboratoire Physique de l'Atmosphère (LPA) en partenariat avec le Centre de Suivi Ecologique (CSE) et le PNLP ont montré que des températures élevées étaient favorables à une croissance rapide des moustiques alors que la pullulation des moustiques vecteurs dans les gîtes larvaires était modulée par les précipitations. De même, Ndiaye et al. 2001 ont montré

qu'une partie de la mortalité palustre peut être attribuée à la variabilité climatique dans la zone de Niakhar.

L'analyse de la pluviométrie de 2010 à 2014 montre une forte variabilité dans le temps et dans l'espace. Ainsi, les années 2010 et 2012 ont été particulièrement pluvieuses avec des cumuls avoisinant les 500 mm au Nord du Sénégal tandis que 2011 et 2013 étaient généralement sèches dans la plupart du pays. L'année 2014 comparée à la normale se caractérise par une situation pluviométrique normale à déficitaire sur pratiquement tout le pays, sauf la région de Ziguinchor où les conditions étaient au-dessus de la normale (excédentaires). Il est aisé de constater un maintien potentiel des conditions environnementales favorables au paludisme alors que dans le même temps le PNLN signale un recul des cas de paludisme avec une prévalence parasitaire qui passe de 3% en 2012 à 1,2% en 2014. Cette situation met en évidence les efforts significatifs dans la lutte contre le paludisme même s'il existe indéniablement une relation entre les paramètres climatiques et le développement de la maladie. La maîtrise d'un tel système doit permettre de faire de la prospective en intégrant les changements climatiques et les projections dans la planification pour une meilleure anticipation.

Figure 1 : Evolution de la pluviométrie au Sénégal de 2010 à 2014.



C. Aspect sociaux et démographiques

La population du Sénégal est estimée à 13,9 millions¹ d'habitants en 2014 et connaît un taux de croissance annuel de 2,7%. Cette progression devrait se poursuivre d'ici à 2020. Toutefois, le Sénégal se situe dans la troisième phase de sa transition démographique caractérisée par une baisse de la natalité et une poursuite de la baisse de la mortalité entraînant un processus de ralentissement de la croissance démographique.

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

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

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

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

¹ Source : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) / RGPH, 2013

D. Système de santé et situation sanitaire

Le système de santé du Sénégal

Le système de santé du Sénégal est de type pyramidal à trois échelons que sont le niveau central, la région médicale et le district sanitaire.

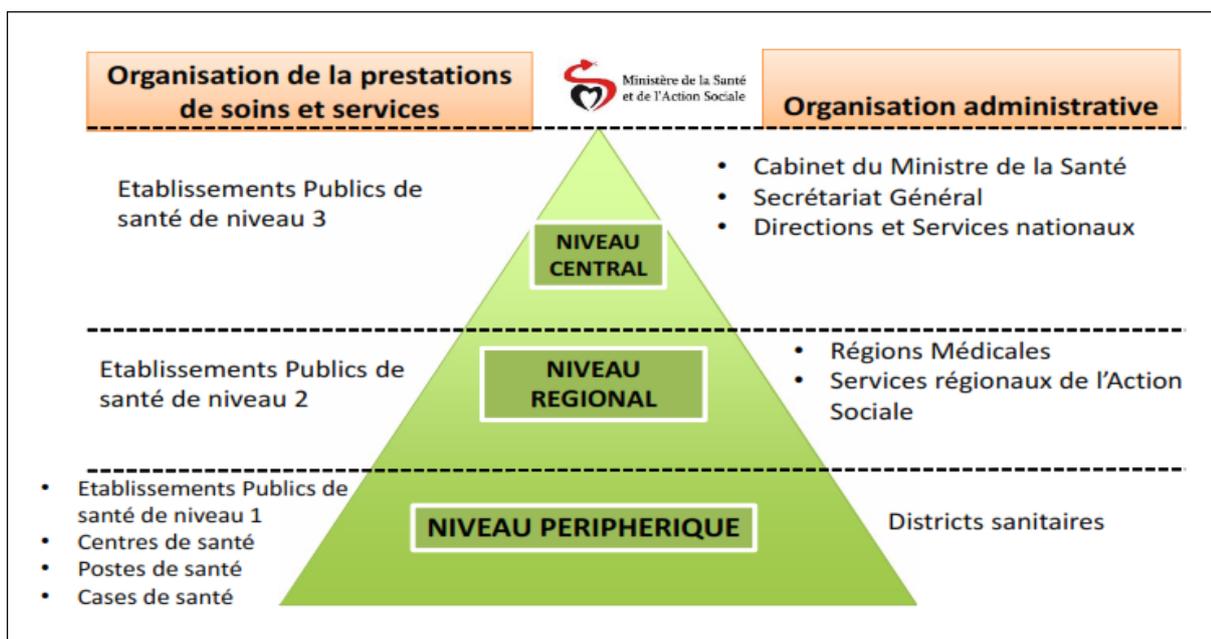
Le niveau Central comprend le cabinet du Ministre, les directions et les services rattachés. C'est à ce niveau que sont définies les orientations générales et les priorités en matière de santé ;

Le niveau régional comprend la région médicale qui correspond à la région administrative. Elle est dirigée par un médecin-chef de région (MCR) qui anime l'équipe cadre de région (ECR) composée des superviseurs des différents programmes de santé. Elle correspond au niveau d'impulsion des politiques de santé et d'encadrement du niveau opérationnel.

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

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

Figure 2: Pyramide sanitaire nationale



Les infrastructures sanitaires

On distingue quatre types d'infrastructures sanitaires :

Le Poste de Santé (PS) qui est le premier niveau de contact des populations avec une structure publique. Il est dirigé par un Infirmier diplômé d'Etat qui occupe la fonction d'Infirmier Chef de Poste (ICP). Son plateau technique lui permet de dispenser des soins de santé de base. Le poste polarise et supervise un ensemble de structures de santé communautaire que sont les cases de santé et maternités rurales situées au niveau villageois et gérées par des Agents de Santé Communautaire (ASC) ou des Matrones. En outre, pour améliorer l'accessibilité des populations aux soins, le PNLP a développé la stratégie PECADOM (Prise en charge des cas à domicile) avec les DSDOM (Dispensateurs de soins à domicile) qui agissent au niveau communautaire. Ces structures communautaires font recours au poste de santé en cas d'urgence. Les postes sont implantés dans les communes, les chefs-lieux de communauté rurale ou les villages relativement peuplés.

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

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

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

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

Tableau 1 : Infrastructures sanitaires au Sénégal entre 2013 et 2015

Désignation	2013		2014		2015	
	Nombre existant	Nombre fonctionnel	Nombre existant	Nombre fonctionnel	Nombre existant	Nombre fonctionnel
<i>Secteur Public</i>						
Région Médicale	14	14	14	14	14	14
Districts Sanitaires	76	76	76	76	76	76
Hôpitaux	25	23	36	35	36	35
Etablissement Publics de Santé non hospitaliers	6	6	7	7	7	7
Centres de santé	89	89	98	98	99	99
Postes de Santé	1247	1237	1237	1237	1237	1237
Cases de Santé	2 162	2162				
Maternité rurales	129	129				
Sites PECADOM	1992	1992	2115	1851	2115	1926
<i>Secteur Privé</i>						
Cliniques	37	37	46	46	46	46
Cabinets médicaux	555	555	389	389	389	389
Cabinets paramédicaux	570	570	570	570	570	570
Structures d'entreprises	23	23	23	23	23	23
Postes de Santé privé	77	77	77	77	77	77

Source : compilations données DSIS 2015

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

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

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

La mission du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) définie dans le Décret n° 2014-867 du 22 juillet 2014 relatif aux attributions du MSAS, est de contribuer au bien-être des populations

en améliorant leur état de santé et en le portant à un niveau socialement productif. A cet effet, les conditions requises sont progressivement mises en place pour la traduction opérationnelle de la politique nationale de santé et d'action sociale. Les changements structurels et organisationnels survenus en son sein depuis 2012, constituent des opportunités pour le PNLP dans la mobilisation des ressources de l'Etat et l'amélioration de leur performance en vue de l'atteinte de ses objectifs. En effet, selon le projet de décret portant organisation du MSAS du 31 juillet 2012, la Direction de la Santé est devenue Direction Générale de la santé (DGS) et la Division de la Lutte contre la Maladie est devenue Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM). Le PNLP est ainsi rattaché à la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM) et a rang de division. La Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale (DSISS) qui a remplacé le SNIS, afin de mieux intégrer le volet social du MSAS, est logé au niveau de la Direction de la Planification de la Recherche et de la Statistique (DPRS). Ce qui permet une meilleure harmonisation des systèmes d'informations et un meilleur partage des informations utiles à la planification

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

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

Chapitre II: Analyse de la situation

A. Epidémiologie et fardeaux du paludisme

B. Financement de la lutte

C. Performance du programme

A. Epidémiologie et fardeau du paludisme

Au Sénégal, les différents paramètres caractérisant le profil épidémiologique n'ont pas connu de changements notables ces cinq dernières années. La transmission du paludisme est toujours étroitement liée au rythme des pluies et s'effectue en général au cours de la saison des pluies et au début de la saison sèche. Cette période correspond à celle de forte densité des populations vectorielles. En général, les pluies commencent en juin et juillet, plus tôt au sud qu'au nord et se poursuivent jusqu'en octobre. Le pic de transmission (les mois chez lesquels la majorité des cas sont diagnostiqués) se trouve en octobre et en novembre.

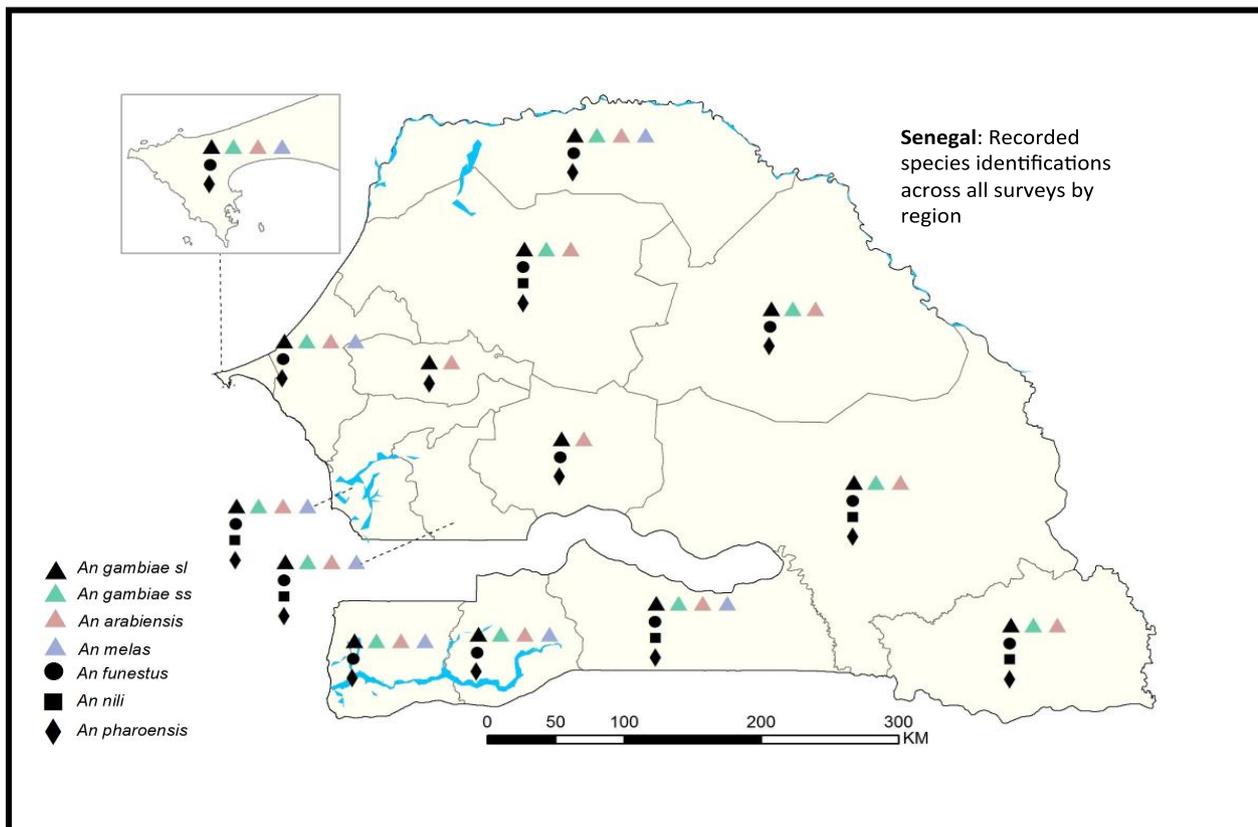
1.1 Les parasites responsables du paludisme

Au Sénégal, les principales espèces plasmodiales présentes sont *Plasmodium falciparum* (99%) et *P. malariae* (1%). Au cours des six dernières années, la prévalence parasitaire est passée de 5,9% (réf ENP 2008) en 2008 à 1,2 % en 2014 (réf. EDSc 2014). Ceci constitue une baisse notable et l'ensemble des zones épidémiologiques sont concernées. Il a été aussi noté que les populations rurales étaient plus exposées à la maladie comparativement aux populations urbaines avec respectivement 1,9% et 0,3% (EDSc 2014).

1.2 Les vecteurs responsables du paludisme

Du point de vue entomologique, la même répartition des vecteurs, tant en terme de prévalence qu'en terme de répartition spatiale, est la même depuis 2009. *An. gambiae s.s* représenté par les formes moléculaires S et M (actuellement *An.gambiae* et *An. coluzzii* respectivement) est présent dans tout le pays mais prédomine dans les zones humides du sud alors que *An. arabiensis* également représenté dans toutes les régions est prédominant dans les zones plus sèches du centre et du nord. L'espèce *An. melas*, est localisée sur le littoral dans la mangrove et le long de certains cours d'eau jusqu'aux limites atteintes par la remontée des eaux salées marines. *An. pharoensis* est surtout abondant dans la basse vallée du fleuve Sénégal au Nord, *An. nili* n'est présent que dans les régions méridionales, à proximité des cours d'eau.

Figure 3 : Espèces identifiées par région au Sénégal



1.3 La cartographie de la stratification et du risque du paludisme

En fonction des conditions climatiques et des facteurs écologiques qui imposent un certain niveau de transmission, on distingue au Sénégal deux principaux faciès épidémiologiques, à savoir, le faciès tropical et le faciès sahélien. La cartographie du risque n'a pas ainsi évolué les cinq dernières années. Il n'existe toujours pas de zone indemne de paludisme. Toute la population est à risque.

Le faciès tropical :

Il couvre les régions situées au sud d'une ligne reliant Mbour et Kidira, correspondant aux zones de savane humide soudanienne et guinéenne dont la pluviométrie annuelle varie entre 800 et 1500 millimètres. Il est caractérisé par une transmission saisonnière longue qui dure 4 à 6 mois, couvrant la saison des pluies et le début de la saison sèche, un niveau de transmission assez élevé (20 à 100 piqûres infectées / homme / an) et une morbidité palustre élevée surtout pendant la période de transmission. Le paludisme y est méso endémique stable, transmis par les vecteurs majeurs ou d'importance locale (*Anopheles gambiae*, *An. arabiensis*, *An. funestus* et *An. nili*). Ce type de faciès est surtout retrouvé dans les régions sud (Ziguinchor, Kolda, Tambacounda et Kédougou), appartenant au domaine soudano-guinéen, (1 250 mm de pluie en moyenne par année). Dans ce faciès tropical, l'essentiel de la transmission s'effectue de juillet à décembre.

Le faciès sahélien

Il couvre les régions situées au nord de la ligne reliant Mbour et Kidira. Il est caractérisé par une transmission saisonnière courte (< 4 mois), un niveau de transmission faible (0 à 20 piqûres infectées/homme/an). Le paludisme y est hypo endémique, de stabilité intermédiaire à instable et est transmis par *Anopheles gambiae*, *An. arabiensis*, *An. funestus*, *An. melas* et *An. pharoensis*.

La morbidité palustre est généralement faible avec des tendances épidémiques observables au cours des années de pluviométrie particulièrement importante. Ce faciès est retrouvé surtout dans les parties nord des régions du centre (Kaolack, Fatick, Diourbel, Dakar et Thiès) et dans les régions du nord (Louga, Saint Louis et Matam). Les régions du centre appartiennent au domaine soudano-sahélien caractérisé par 2 à 3 mois de précipitations. Les pluies sont enregistrées de juillet à octobre et la moyenne pluviométrique annuelle est inférieure à 500 millimètres.

Dans chacun de ces faciès, il peut exister des modifications locales dues à des facteurs naturels ou anthropiques capables d'apporter des variations limitées dans l'espace. 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.

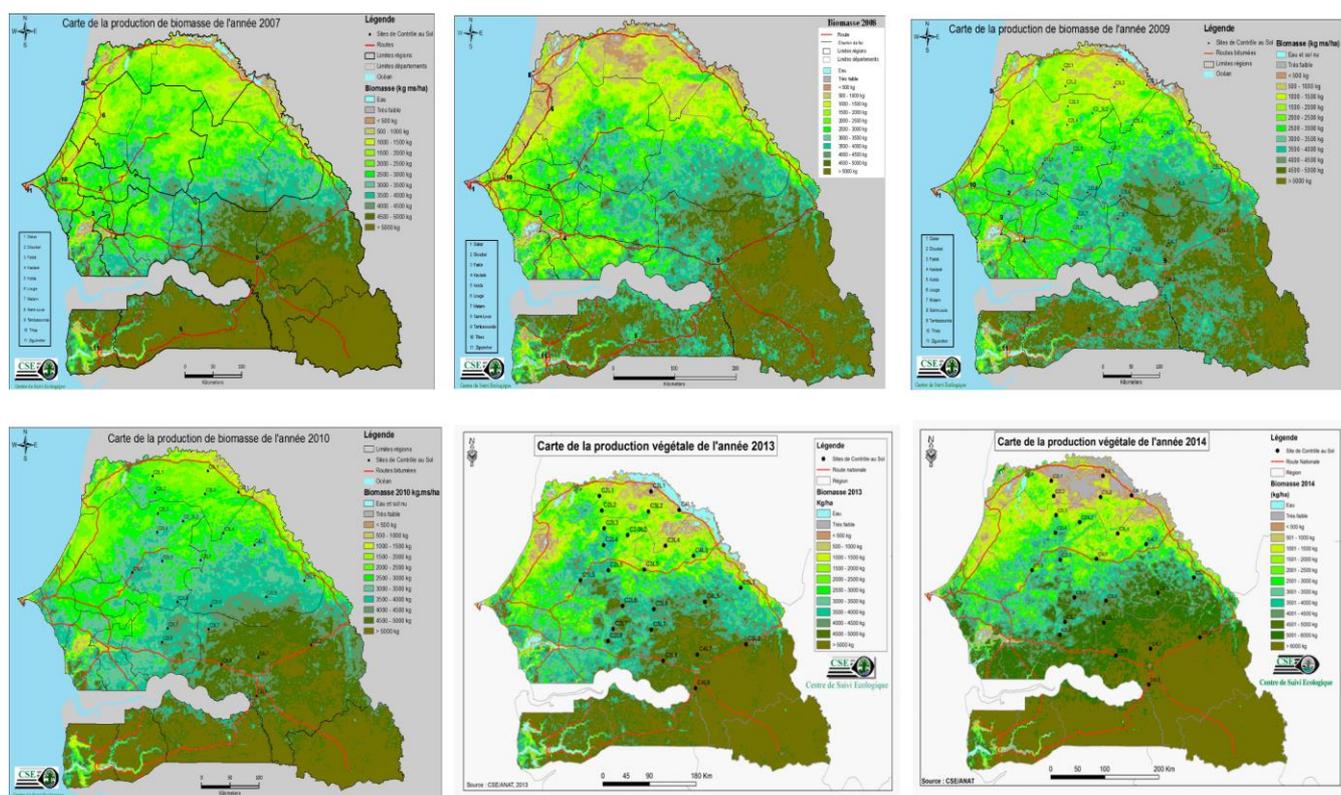
L'étude de la densité de la production végétale ou de la biomasse est un bon indicateur additionnel pour la détection et la compréhension des hot-spots sur un territoire. Les cartes de la production végétale du Sénégal sont réalisées annuellement par le Centre de Suivi Écologique (CSE) à partir de deux types de données. La première donnée est l'indice normalisé de différence de végétation (NDVI: Normalized Difference Vegetation Index) à partir du traitement des images SPOT/VEGETATION intégré sur la période allant de la première décade de mai à la troisième décade 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.

Au-delà de l'analyse des précipitations en relation avec le risque du paludisme, la production végétale est également un paramètre à intégrer pour estimer le risque potentiel lié à cette pathologie. A cet effet, plus la production végétale est présente, plus les hot-spots potentiels pour le paludisme sont importants. Ainsi, la carte de spatialisation de la biomasse (**Figure 3**) doit également servir d'intrant dans la dynamique de lutte contre le paludisme car elle donne des indications sur la production végétale et sa répartition.

L'analyse de la figure 3 permet de faire quelques observations. Sur le plan de l'évolution de la production, il est clair que des 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 enregistrent 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 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.

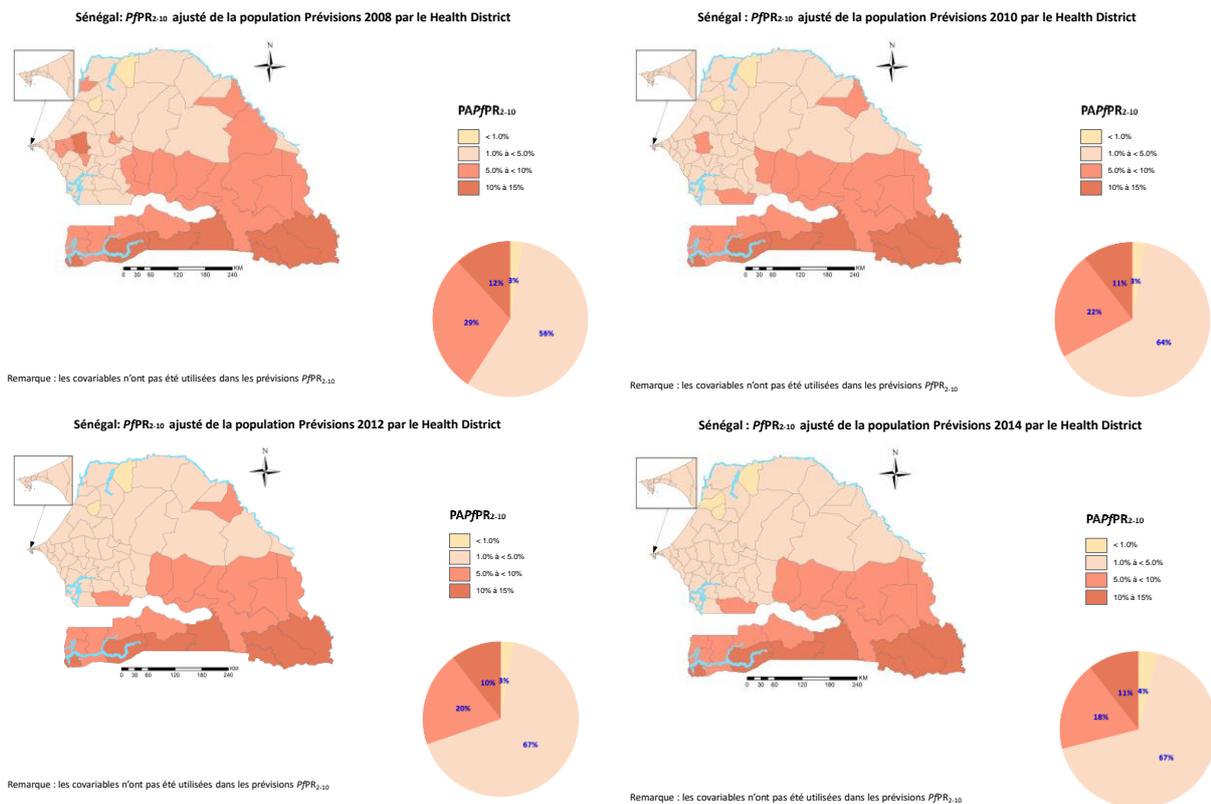
Figure 4 : Evolution de la production végétale de 2007 à 2014



Analyse de l'évolution du risque de paludisme entre 2008 et 2014

La figure ci-dessous montre l'évolution du risque de paludisme de 2008 à 2014, traduit par la prévalence parasitaire du Plasmodium falciparum ajustée à la tranche d'âge des 2-10 ans (PfPR₂₋₁₀). Quant aux diagrammes circulaires qui les accompagnent, ils présentent la proportion de la population vivant dans les différents niveaux de risque de paludisme. On remarque que la proportion de population vivant dans les localités de risque de 1- 5% a augmenté de 56% en 2008 à 67% en 2014, avec une baisse correspondante dans la population des personnes vivant dans localités de niveaux de risque élevés (5-10%). Les localités du sud et certaines du centre sont celles pour lesquelles les niveaux de risques du paludisme restent élevés.

Figure 5 : Risque du paludisme : Prévalence du Plasmodium falciparum ajustée par la Population des 2-10 ans (PAPfPR2-10)



1.4 La morbidité et la mortalité du paludisme

- Evolution de la morbidité et de la mortalité du paludisme

L'évaluation à mi-parcours du plan stratégique 2011-2015, conduite en 2013 avait montré une augmentation des indicateurs de morbidité et de mortalité hospitalière contrairement aux tendances observées les années précédentes. En effet, la morbidité proportionnelle était passée de 3,07 à 4,9%, la létalité hospitalière de 2,9% à 4,2%, et enfin la mortalité proportionnelle de 4,4% à 7,7% entre 2009 et 2012. Ceci pourrait s'expliquer par les difficultés rencontrées entre 2011 et 2012 dans la gestion du paludisme en général et principalement dans le suivi de la disponibilité des intrants (ACT et TDR) à cause de l'insuffisance des financements. A partir de 2012, la tendance a été renversée pour tous ces indicateurs, avec des baisses observées entre 2012 et 2014.

Malgré ces résultats, le paludisme demeure un problème de santé publique au Sénégal avec des niveaux d'ampleur et de gravité différents selon les zones (hétérogénéité spatiale et temporelle).

Tableau 4 : Incidence du paludisme au niveau des PS du DS de Koupentoum région médicale

(2013)

POSTE DE SANTE/CS	INCIDENCE pour 1000 hbts
Bamba Thialene	20,53
Diam Diam	31,63
Kaba	8,22
Kahene	18,03
Kouthiaba	8,89
Kouthiagaidy	30,93
Malem Niani	20,09
Mereto	21,39
Payar	15,08
Cs Koumpentoum	19,15
Total District Koumpentoum	18,53

Ainsi au niveau du district de Koumpentoum qui a une forte incidence nous notons deux postes de santé (Kaba et Kouthiaba) qui ont une incidence modérée. De même au niveau dans chacun des districts sanitaires de Linguère (faible incidence), Kanel (incidence modérée) et Ranerou (incidence forte) les villages sont répartis selon les trois catégories d'incidence comme le montre le tableau ci-dessous

Tableau 5 : Incidence du paludisme par village au niveau des Ranerou et Kanel

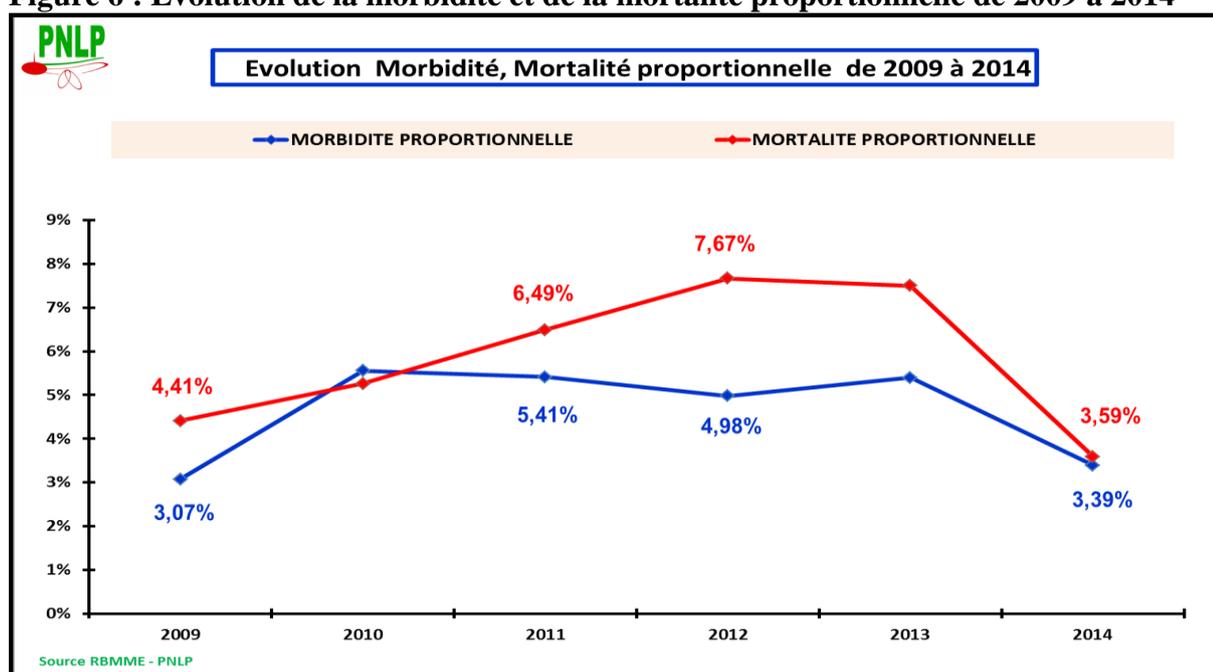
Incidence	District RANEROU		District KANEL	
	Villages	%		%
Faible	19	24%	78	40%
Modérée	10	13%	39	20%
Forte	51	64%	78	40%
Total	80	100%	195	100%

Entre 2011 et 2014, la morbidité et la mortalité proportionnelles enregistrées dans les structures sanitaires sont passées respectivement de 5,3 à 3,4% et de 6,5 à 3,6%. Pendant la même période, la létalité palustre est passée de 3,3 à 3,9%.

Tableau 6 : Evolution de la morbidité et de la mortalité du paludisme

Indicateurs	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Prévalence parasitaire		3%			2,8%	1,2%
Incidence du paludisme	14‰		20,6‰	21‰	27‰	18,9‰
Anémie sévère chez les moins de 5ans		5%		4%		2%
Morbidité proportionnelle	3,07%		5,32%	4,96%	5,40%	3,39%
Létalité hospitalière	2,90%		3,34%	4,16%	3,92%	3,96%
Mortalité proportionnelle	4,41%		6,49%	7,67%	7,50%	3,59%

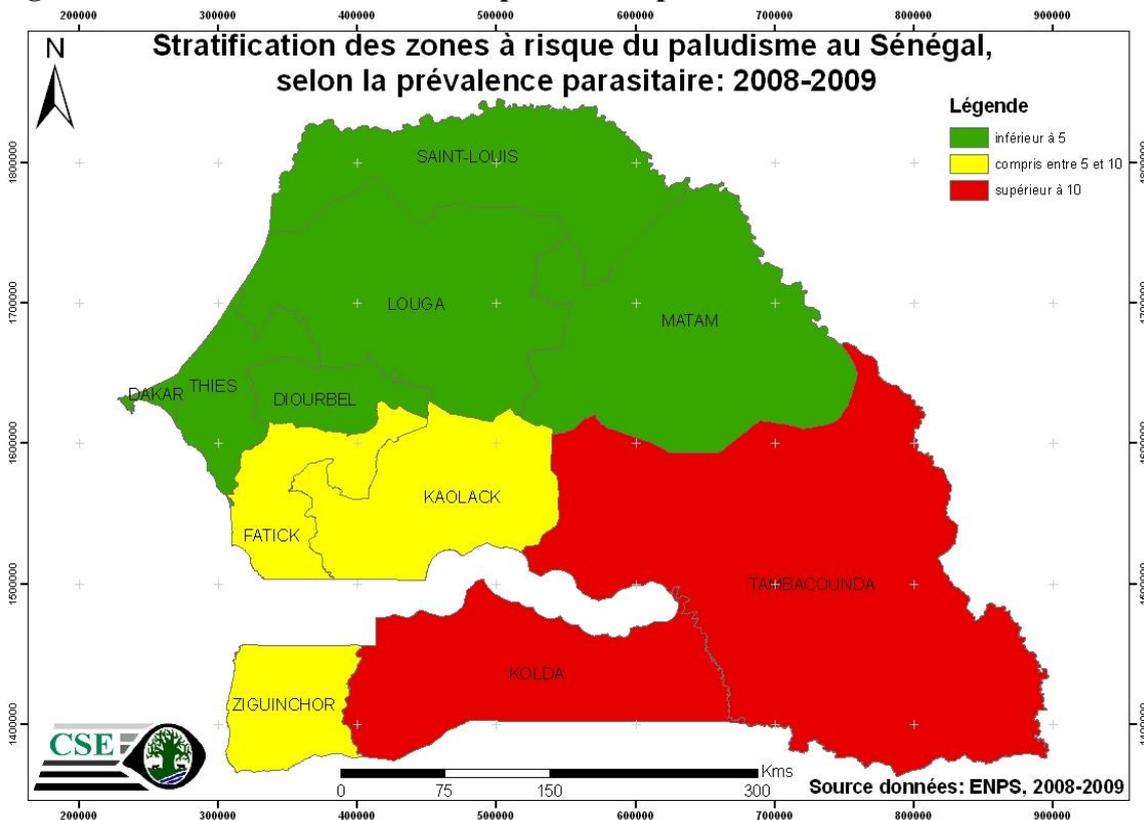
Figure 6 : Evolution de la morbidité et de la mortalité proportionnelle de 2009 à 2014



- Evolution de la stratification basée sur la morbidité

Le Malaria Atlas Project et la stratification donnée par la première enquête nationale sur le paludisme qui a tenu compte de la prévalence parasitaire (ENP 2008) et de l'incidence calculée à partir des données de routine de 2009, ont tous identifié la même stratification du paludisme au Sénégal avec des transmissions plus élevées au sud et à l'est et des transmissions plus faibles au nord et au centre, tout comme la région de Ziguinchor, zone côtière dominée par les mangroves, avec la prédominance du vecteur *Anopheles melas*.

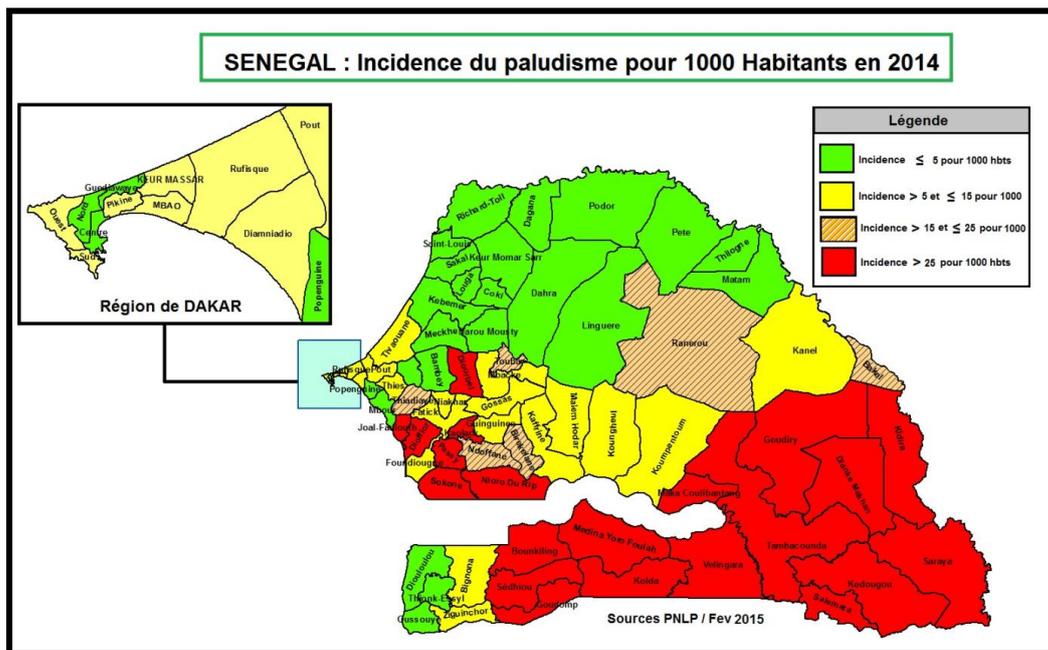
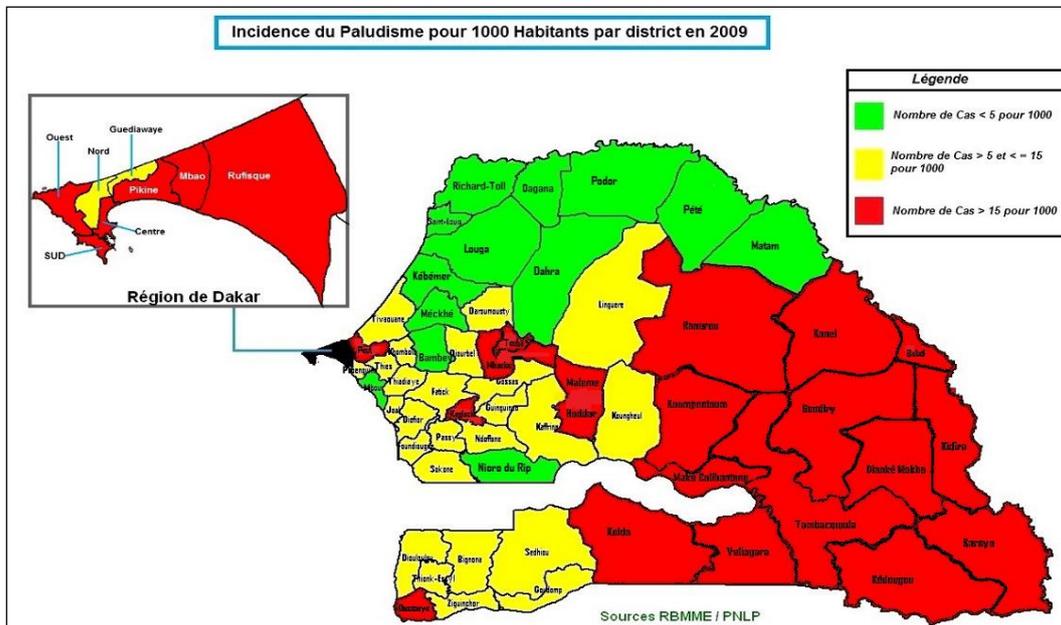
Figure 7 : Stratification basée sur la prévalence parasitaire selon l'ENP 2008



A partir de 2008, on note une diminution progressive de la prévalence parasitaire à l'échelle nationale avec le nombre de régions dans la strate I où la prévalence est inférieure à 5% qui est passé de 6 à 10 régions. Les régions de la strate II avec une prévalence parasitaire entre 5 et 10% sont passées de 4 à 0 car ont toutes migré vers la strate I. Au niveau des 4 régions de la strate III où la prévalence parasitaire est supérieure à 10%, seule une région (Sédhiou) est passée à la strate I en 2012.

Les données de routine montrent que l'incidence du paludisme a augmenté entre 2009 et 2014 allant de 14/1000 à 18,9/1000. Toutefois, cette augmentation au niveau national n'est pas uniforme car certains districts situés au nord et au centre ont enregistré une baisse du nombre de cas durant cette période.

Figure 9-10 : Stratification basée sur l'incidence au niveau des structures publiques de soins



Le nombre de cas de paludisme dans la population générale a diminué au Sénégal passant de 274 119 cas à 265 624 cas de 2011 à 2014. Une légère hausse du nombre cas a été observée en 2013, coïncidant avec l'intensification des activités de la PECADOM. Cette même tendance est observée chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes où le nombre de cas est passé respectivement de 46 930 cas à 41 807 et de 6 672 cas à 6 465.

Cette baisse de l'incidence peut s'expliquer en outre par la mise en œuvre sur l'ensemble du territoire, de toutes les stratégies de contrôle du paludisme mais aussi par une meilleure connaissance de la maladie par les populations. Les pics observés entre 2012 et 2013 pourraient être en rapport avec l'intensification de la recherche des cas et l'extension des stratégies PECADOM. (Voir Figures 11 à 13).

Figure 11 : Nombre de cas de paludisme tous groupes confondus de 2011 à 2014

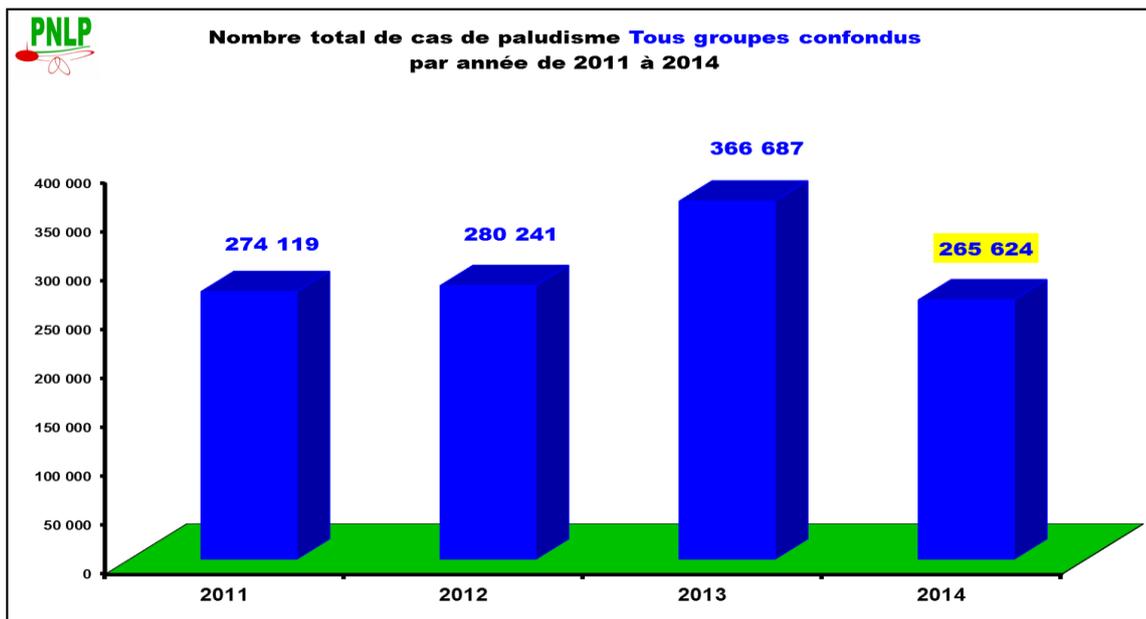


Figure 12 : Nombre de cas de paludisme chez les enfants de moins 5 ans de 2011 à 2014

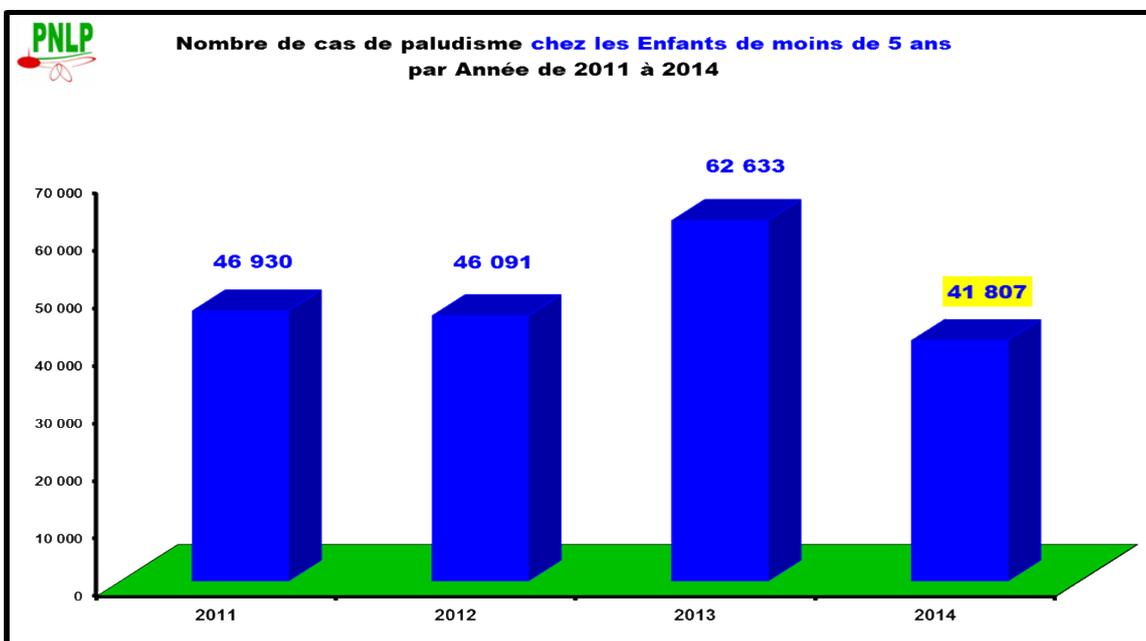
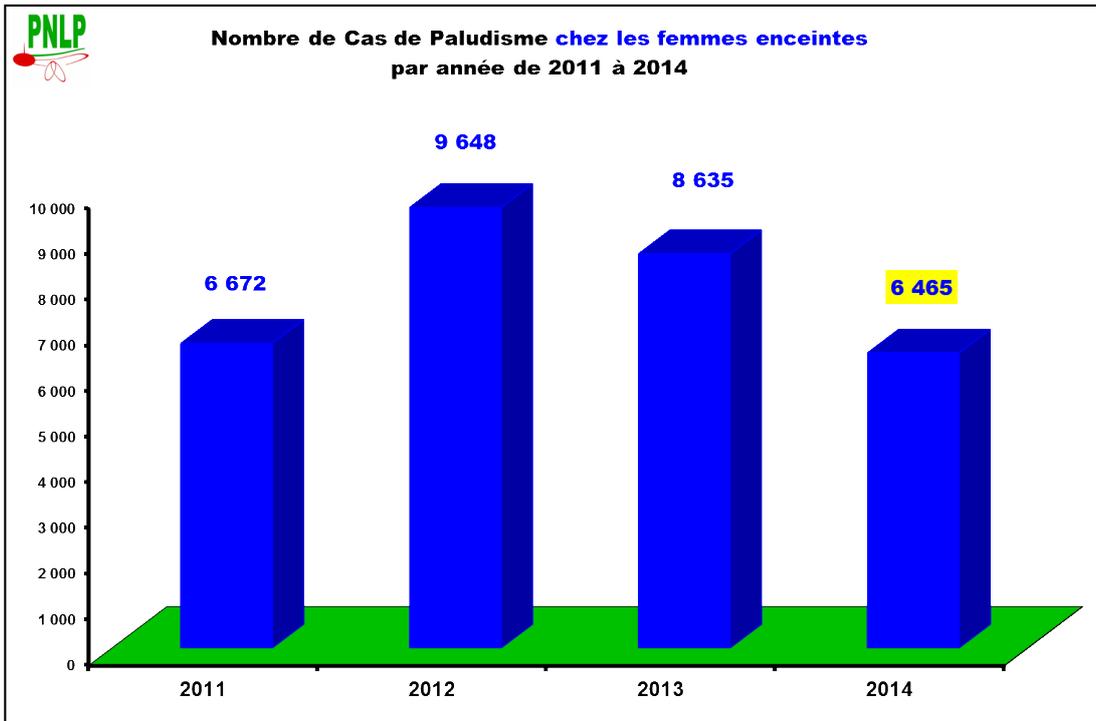
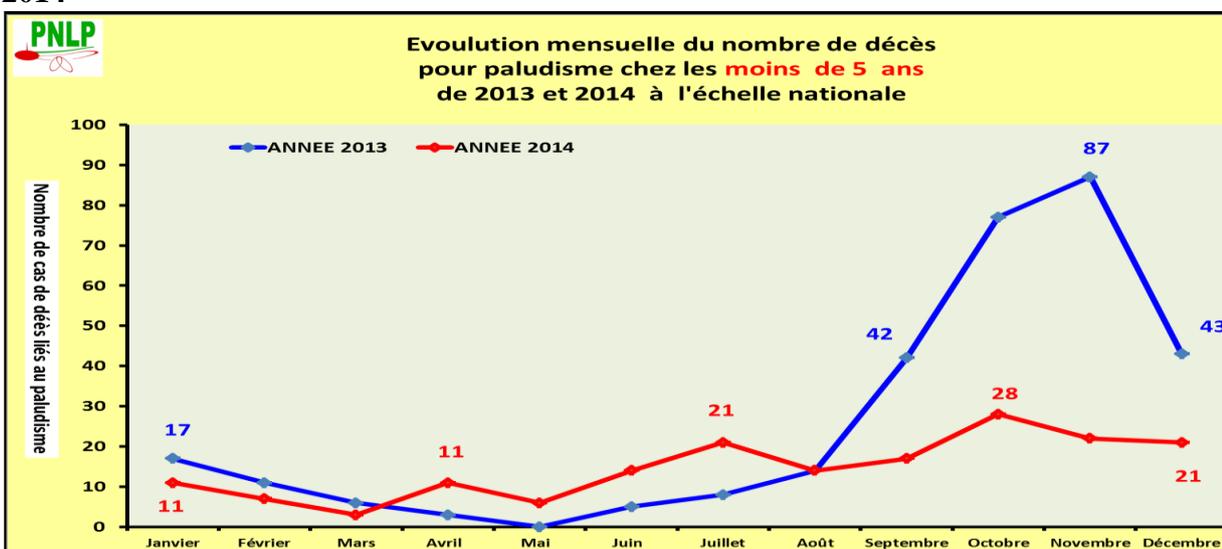


Figure 13 : Nombre de cas de paludisme chez les femmes enceintes de 2011 à 2014



L'évolution de la gravité de la maladie appréciée par l'évolution mensuelle du nombre de décès dûs au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, montre des pics plus élevés entre les mois de juillet et novembre. Ce pic est plus accentué en novembre 2013 où 87 cas de décès ont été enregistrés. En 2014, c'est en octobre que le plus grand nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans a été enregistré, avec 28 cas.

Figure 14 : Evolution mensuelle de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans entre 2013 et 2014



B. Financement de la Lutte

Depuis 2005, le Sénégal a mis en place un programme de lutte efficace, fondé sur des capacités de gestion renforcées et des plans bien définis. La mise en œuvre de bonnes pratiques opérationnelles et programmatiques ont permis d’attirer des ressources financières extérieures accrues. Un partenariat fécond développé de 2005 à 2015 a permis au PNLP de mobiliser des ressources importantes auprès du gouvernement et des partenaires au développement. Ces financements ont permis d’accélérer la mise en œuvre des activités définies dans ses deux plans stratégiques déroulés au cours de cette période. L’Etat contribue à la lutte contre le paludisme en prenant en charge les salaires des fonctionnaires, les gros investissements, les infrastructures et les frais de fonctionnement, ainsi que les exonérations de taxes et droits de douanes sur les intrants.

Les financements de la lutte contre le paludisme au Sénégal ont atteint 21 526 006 264 F CFA en 2014. Ces financements s’élevaient à 8 918 171 633 F CFA en 2010 avant le démarrage du PSN 2011-2015, et ont augmenté au fur et à mesure de la mise en œuvre du programme les années suivantes.

La mobilisation de financements accrus ont permis au PNLP d’intensifier ses activités, et d’élargir ainsi la couverture des interventions clés contre le paludisme notamment : les MILDA, la pulvérisation intra-domiciliaire à effet rémanent, le traitement préventif intermittent (TPI) administré aux femmes enceintes, la PEC (les tests de diagnostic rapide et les combinaisons thérapeutiques à base d’Artémésinine,) et la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de moins de 10 ans. Le Sénégal est parvenu à rendre les moyens de lutte contre le paludisme, accessibles à tous y compris aux personnes vivant dans des zones les plus isolées. C’est un succès que le pays doit en grande partie au programme de soins à domicile, la PECADOM qui s’est renforcé dans le cadre de la collaboration avec le programme survie de l’enfant de la DSRSE avec le volet intégration d’autres composantes pour la prise en charge des maladies de l’enfant.

Tableau 7: évolution des financements de 2009 à 2015

Partenaires	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015

Ligne Budgétaire Paludisme	357 000 000	77 882 138	59 000 000	13706278	78 000 000	16 640 000	25 000 000
USAID/PMI	8 743 580 100	8 664 663 150	10 879 220 000	11 279 800 000	10 584 000 000	11 550 786 170	10 343 129 976
UNICEF	308 556 800	308 556 800	308 556 800	308 556 800	221 678 199	99 999 989	99 999 989
OMS	172 981 350	48 993 589	186 259 177	24 910 054	15 058 731	6 245 437	6 007 600
FMSTP	6 861 933 311	126 632 756	54 357 575	9 490 785 353	1 054 006 139	9 672 188 294	7 501 134 614
B&MG				178 259 595	150 219 401	203 031 811	399 359 741
BID	4 076 140 419						5 000 000 000
Chine			183 450 000		183 450 000		
OMVS/PGIRE			1000 000	1000 000	1000 000		
TOTAL	20 211 635 180	8 918 171 633	11 179 836 752	20 988 461 280	12 103 962 470	21 548 891 701	18 368 624 320

C. Performances du Programme

La couverture et l'accès aux différentes mesures de prévention et prise en charge du paludisme mises en œuvre au Sénégal, ont connu une progression significative entre 2005 et 2014 sur l'étendue du territoire national. Ces progrès ont été rendus possibles grâce à la bonne organisation mise en place par le PNLP, à travers une vision claire et des stratégies de mise en œuvre volontaires et efficaces. Cette bonne organisation a permis, avec l'augmentation substantielle des ressources financières allouées à la lutte antipaludique par les partenaires, la mise à l'échelle des interventions à efficacité prouvée.

Evolution des indicateurs du cadre de performance

La performance globale de la mise en œuvre des interventions de lutte contre le paludisme est suivie à travers les éléments du plan de suivi/ évaluation du PNLP, plus particulièrement, dans le cadre de performance. Les indicateurs de couverture et d'accès des différentes mesures de prévention et de prise en charge du paludisme, sélectionnés pour suivre la performance de la mise en œuvre ont progressé de façon significative entre 2011 et 2014.

Tableau 8 : Evolution de la performance des différentes interventions :

Indicateurs	Valeurs de base		Performances annuelles				Cible finale
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% de ménages disposant au moins d'une MII pour deux personnes *	36	41		30		36	80
% de la population générale ayant dormi sous MII*	34	29		41		40	80
% d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MII*	45	35		46		43	80
% de femmes enceintes ayant dormi sous MII*	49	37		43		38	80
% de femmes enceintes ayant reçu aux moins deux doses de TPI lors de leur dernière grossesse durant les 2 dernières années *		36,8		41		40	80
% de ménages dans les districts cibles ayant été protégés par l'AID**	97			98,4	99,7	97,7	90
% de cas suspects ayant bénéficié d'un test parasitologique ***	85,9	91,7	92,2	83,5	87,5	96,5	95
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 ***		65	71,2	-	95,6	99	100

Sources : *ENP 2009, EDS 2010,2012-13,2104 ; ** Rapport AIRS ; *** Données Routine PNL

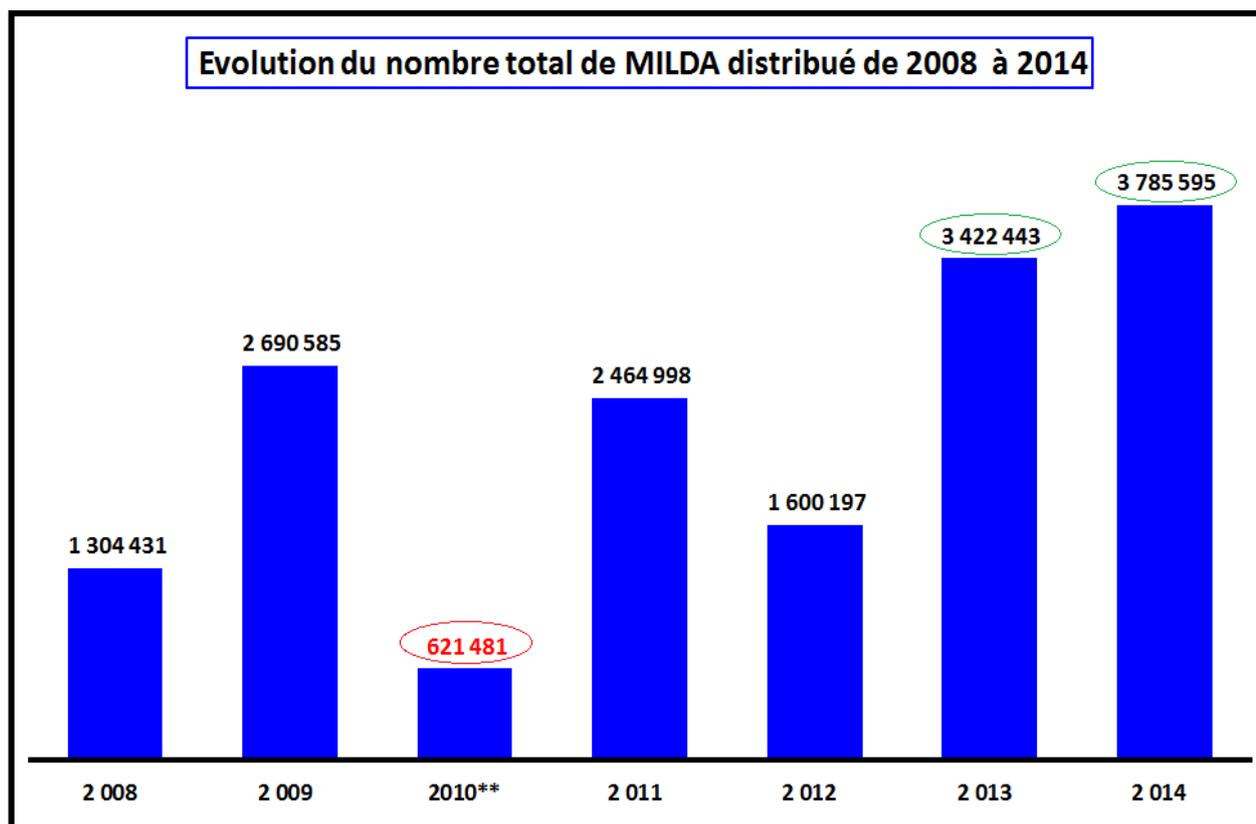
Les niveaux de possession et d'utilisation des MILDA se sont nettement améliorés même si les objectifs des 80%, fixés pour 2015 ne sont pas encore atteints. La couverture en TPI2 a connu une progression entre 2011 et 2014 mais demeure toujours faible. En terme d'accès aux soins, le pourcentage de cas suspects ayant bénéficié d'un test parasitologique est passé de 92 à 97%, dépassant la cible de 95% fixée en 2015, et le pourcentage de cas vus en consultations externe traités par les ACT a augmenté de 65% à 99% en 2014.

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. Ce qui 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 PNL. Les activités se sont traduites au niveau opérationnel par une amélioration de l'accès et de la qualité de la prise en charge et de l'acceptation de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides comme un moyen utile de prévention. Toutefois les gains obtenus restent non seulement insuffisants et fragiles mais aussi fortement assujettis aux financements des partenaires.

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

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

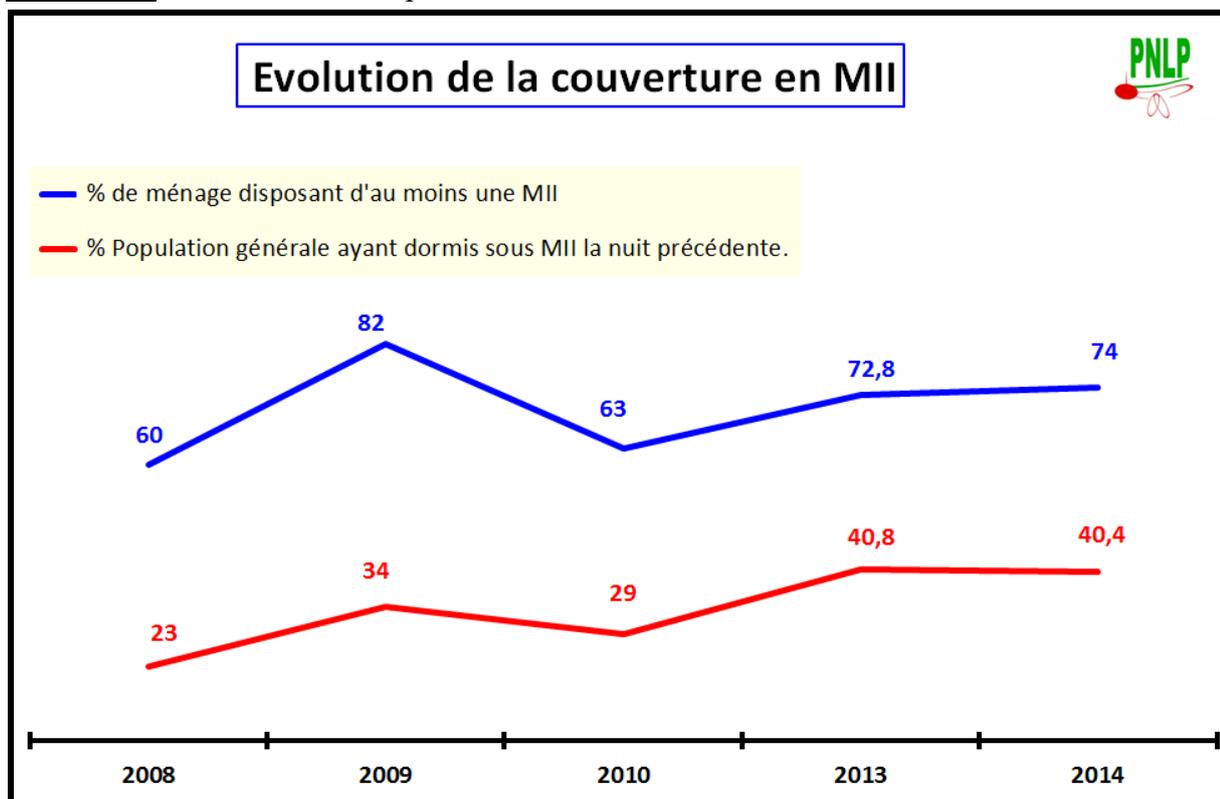
Figure 15 : Evolution du nombre de MII distribuées de 2008 à 2014



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

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

Figure 16 : Evolution de la disponibilité et de l'utilisation des MII de 2008 à 2014



La campagne nationale de distribution ciblant les enfants de moins de 5 ans en 2009 a permis d'atteindre des niveaux élevés de disponibilité des MII dans les ménages. L'approche de mise en œuvre basée sur un enrôlement progressif des régions n'a pas eu cette capacité de booster la disponibilité de façon uniforme à l'échelle nationale. Pour pallier cela, une campagne nationale est prévue pour 2016.

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

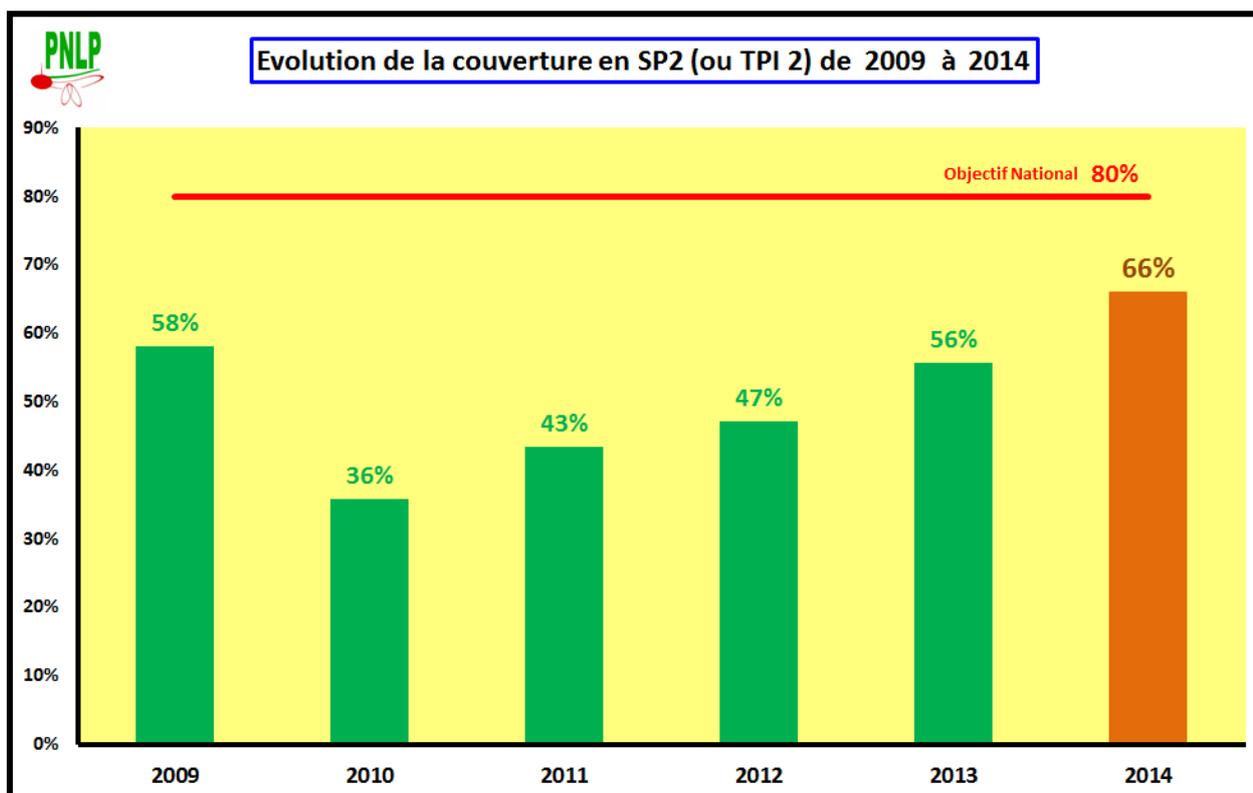
- **Prévention du paludisme chez la femme enceinte**

Globalement, la prévention du paludisme au cours de la grossesse au Sénégal s'est améliorée au cours des cinq dernières années. C'est ainsi que la couverture en TPI2 chez la femme enceinte, est passée de 36% en 2010 à 66% en 2014. Cette couverture TPI2 en routine est calculée en procédant à une division arithmétique des femmes enceintes qui ont reçu deux doses de SP rapportées aux femmes enceintes qui ont utilisées le service de CPN.

De même, l'utilisation de la MII chez les femmes enceintes au Sénégal s'est améliorée passant de 9% en 2005 à 52% en 2014.

Toutefois, des efforts substantiels doivent être faits dans le domaine du TPI compte tenu des faibles niveaux de couverture révélés par les données d'enquête mais aussi les données de routine. Celles-ci font ressortir un gap encore important entre les premiers contacts CPN et la couverture en TPI2. Le retour dans les services après le premier contact qui permet l'administration des doses suivantes de TPI demeure aussi problématique comme le montre l'écart entre le TPI1 et TPI2.

Figure 17 : Evolution de la couverture en TPI de 2009 à 2014



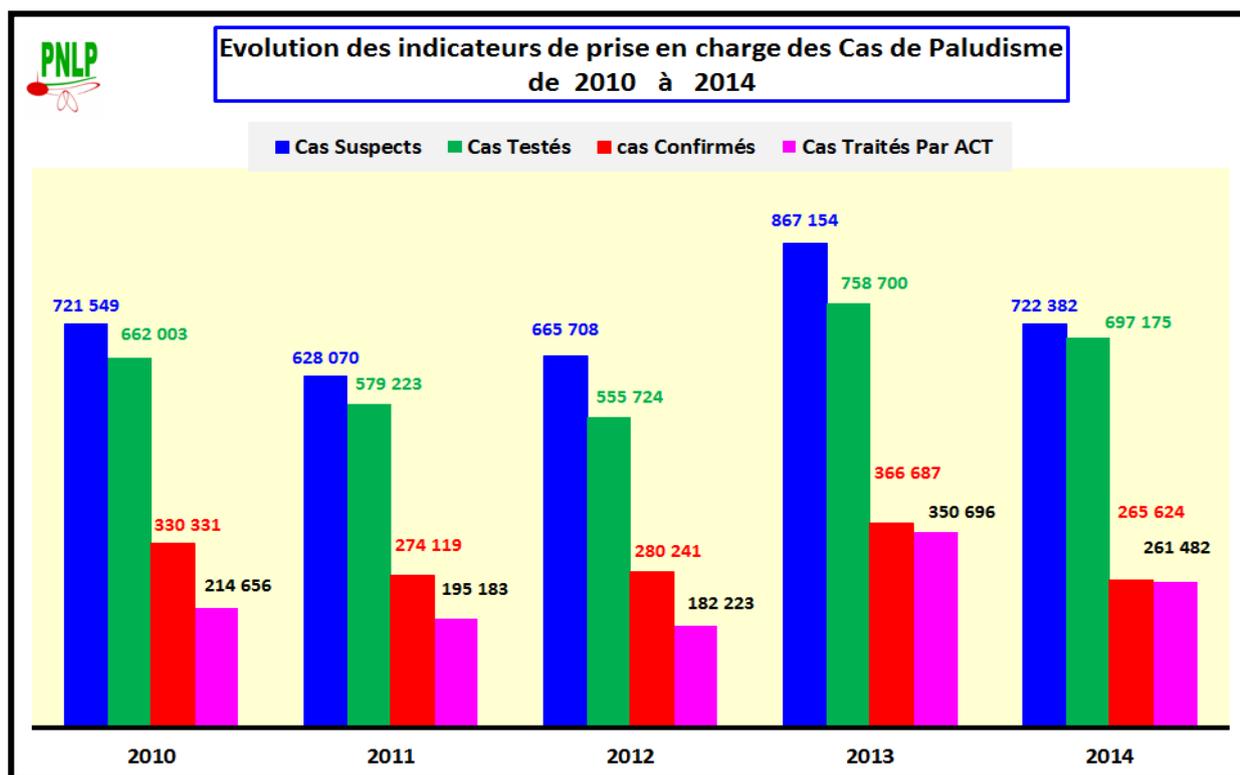
On note une tendance à la reprise de la performance dans le domaine du TPI après une baisse importante en 2010.

- **La prise en charge des cas**

Le Sénégal a adopté les combinaisons thérapeutiques pour le traitement du paludisme depuis 2004. Avec la mise à l'échelle du traitement par les CTA, l'introduction et la mise à l'échelle des TDR, l'introduction des ordinogrammes au niveau des structures de prise en charge, le PNLP est devenu plus efficace et plus efficient en matière de prise en charge des cas. Les performances sont bonnes en 2014 en termes de respect des directives diagnostiques et de traitement par les CTA comme le montrent les données collectées en routine dans les formations sanitaires. Les bonnes pratiques ayant permis ces réalisations seront maintenues. Au niveau communautaire, les CTA et les TDR ont été

introduits en 2008 dans les cases de santé. La mise en place de la PECADOM a permis de diagnostiquer et de prendre en charge 17 721 cas contre 6198 en 2009.

Figure 18: Evolution des indicateurs de prise en charge des cas de paludisme de 2010 à 2014



- **Gestion et Approvisionnement du Stock (GAS)**

La GAS est une des composantes essentielles du programme. Des résultats ont été enregistrés dans la mise en place du cadre politique et réglementaire dans la gestion et l'acquisition des médicaments et produits anti paludiques, comme la conformité des médicaments et produits antipaludiques aux normes internationales OMS/WHOPEs. La mise en place de la plateforme de gestion entre la PNA et les programmes prioritaires a favorisé une gestion rapprochée et plus réactive des produits de lutte contre le paludisme avec une baisse des ruptures dans les points de prestations.

Les acquisitions gérées par le système d'achats groupés ne permettent pas un renforcement local d'approvisionnement à travers la PNA. En ce qui concerne la SP, les structures sanitaires s'approvisionnent en fonction de leurs disponibilités financières, d'où des ruptures fréquentes de SP. Il s'y ajoute que le produit dispensé gratuitement aux bénéficiaires n'apporte pas de bénéfices aux comités de santé.

- **L'IEC/CCC et la promotion de la santé**

La communication a été identifiée comme une activité essentielle de soutien aux différentes interventions identifiées dans le PSN. Diverses prestations ont été délivrées dans le cadre de la

communication et du partenariat, aussi bien par le niveau central que par les régions médicales, les districts et les communautés.

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

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

- **Le Suivi / Evaluation**

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

En rapport avec les objectifs ambitieux du PNLP et de l'importance du S/E pour aider à la mise en œuvre et évaluer les performances, les ressources humaines du bureau S/E de l'unité de coordination sont largement en deçà des besoins. Au niveau central, le PNLP en dehors de la planification, n'utilise pas très souvent les résultats des évaluations par exemple à travers des publications scientifiques. L'irrégularité de la mise à jour du site WEB constitue une insuffisance dans le partage des informations du PNLP.

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

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

- **La surveillance**

La surveillance est encore effectuée selon une périodicité mensuelle sauf dans les sites sentinelles et les districts sanitaires de la zone CPS et l'utilisation des données est beaucoup plus orientée vers la

planification. Toutefois, le partenariat renforcé avec les universités notamment l'UCAD et MACEPA a beaucoup contribué à renforcer la surveillance.

- **Gestion du programme**

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

Chapitre III: Cadre Stratégique

A. Vision

B. Mission

C. Principes et valeurs

D. Orientations stratégiques

E. Résultats attendus

A. Vision

Le plan stratégique 2016 -2020 de lutte contre le paludisme au Sénégal est résolument engagé vers l'accélération du contrôle du paludisme en vue de sa pré-élimination, d'où sa vision :

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

B. Mission

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.

C. Principes et valeurs

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

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

D. Orientations stratégiques

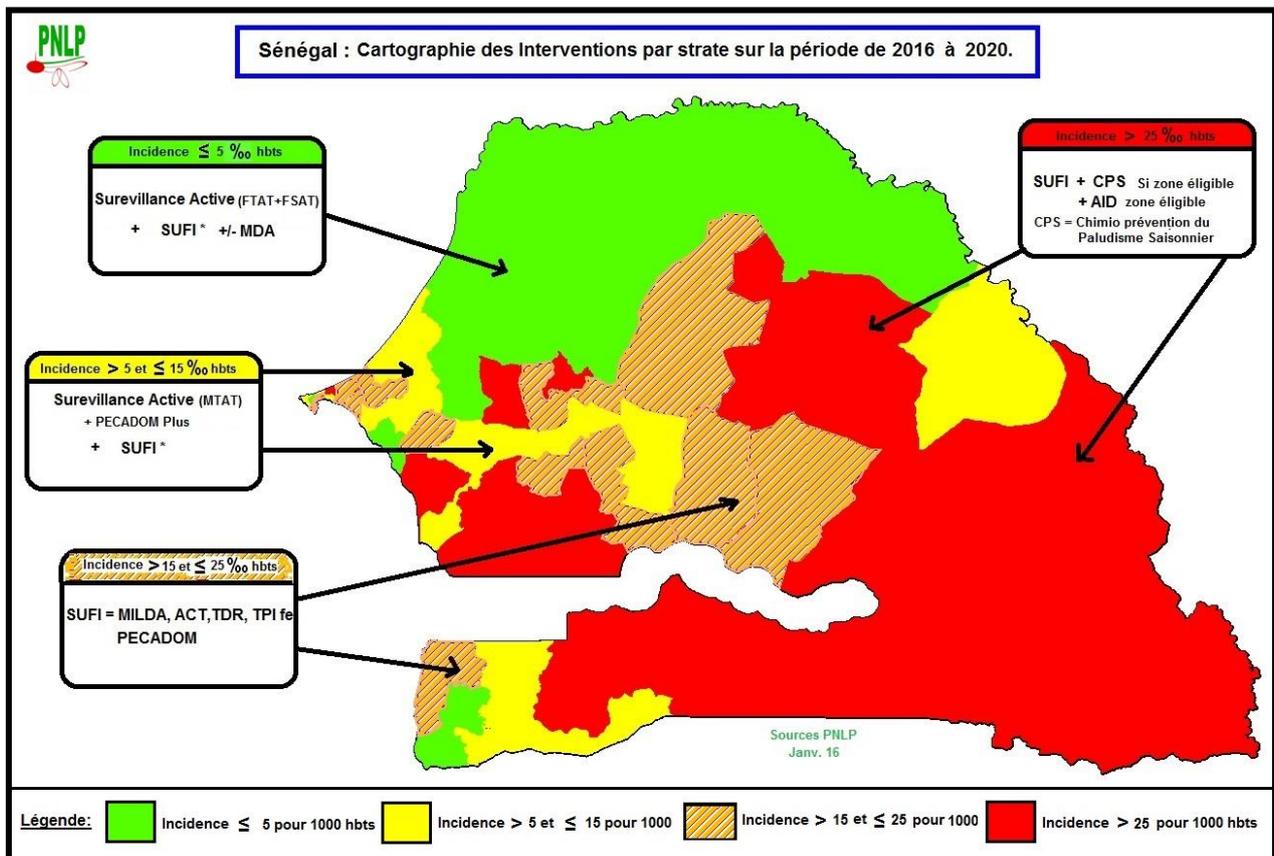
- Cibler les interventions en fonction des caractéristiques épidémiologiques
- Promouvoir l'accès universel à l'ensemble des interventions
- Renforcer l'approche communautaire
- Améliorer les capacités de coordination et de gestion
- Renforcer le partenariat notamment avec le secteur privé
- Développer la multisectorialité
- Contribuer au renforcement durable du système de santé

A travers ce PSN 2016-2020, le PNLP s'inscrit dans l'accélération du contrôle du paludisme en vue de l'atteinte du seuil épidémiologique de pré élimination. Pour ce faire, les actions de lutte vont stratégiquement s'orienter vers *le ciblage des interventions en fonction des caractéristiques épidémiologiques*. Globalement, deux zones à niveaux différents d'endémicité sont identifiées :

- Les zones nord d'endémicité faible où les objectifs visent une consolidation des acquis en vue d'atteindre l'élimination.
- Le reste du pays où l'endémicité est plus importante et où l'intensification de la mise à l'échelle des interventions permettra d'assurer rapidement le renforcement du contrôle de la maladie.

Par ailleurs, le renforcement de la surveillance épidémiologique sera de mise à tous les niveaux.

Figure 19 : Cartographie des interventions mises en œuvre par strate



L'accès universel à l'ensemble des interventions sera promu pour faciliter la protection des groupes vulnérables et des populations défavorisées et leur assurer l'accès à des soins et services de qualité. Les zones à endémicité élevée seront ciblées dans ce sens pour atteindre rapidement les objectifs fixés. La contribution au renforcement durable du système de santé est aussi une priorité. Aussi ce plan sera orienté vers une responsabilisation plus importante des niveaux régional et opérationnel.

L'approche communautaire pourra contribuer à susciter la demande de soins et renforcer l'offre de services par les communautés elles-mêmes. A cet effet, la mise en cohérence des interventions communautaires de ce plan avec celles du plan stratégique de santé communautaire sera recherchée.

L'amélioration des capacités de coordination et de gestion dans le cadre de la lutte contre le paludisme, avec comme principaux piliers, la décentralisation et la gouvernance locale, devrait aussi permettre une forte implication des collectivités locales et communautés dans la planification, la mobilisation des ressources, la promotion et la mise en œuvre des interventions.

Le partenariat notamment avec le secteur privé sera renforcé afin d'optimiser les opportunités de financement et de coordination.

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

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

E. But

Ce plan vise à contribuer à l'élimination des endémies majeures au Sénégal.

F. Objectifs

Les objectifs généraux de ce présent PSN sont :

- Réduire l'incidence du paludisme d'au moins 75% par rapport à 2014
- Réduire la mortalité liée au paludisme d'au moins 75% par rapport à 2014
- Interrompre la transmission locale dans les districts de la zone nord

G. Résultats attendus

Lutte anti – vectorielle :

- Au moins 80% de la population dort sous MILDA
- Au moins 90% de la population est protégé par les AID au niveau des zones ciblées
- Au moins 95% des gîtes larvaires productifs sont traités dans les zones ciblées

Paludisme et grossesse :

- Au moins 80% des femmes enceintes sont protégées par le TPI à la SP conformément aux directives nationales

Chimio prévention du paludisme saisonnier :

- Au moins 95% des enfants de 3 à 120 mois dans les zones ciblées sont couverts par la CPS par saison de transmission.

Prise en charge des cas :

Diagnostic biologique :

- Introduire la biologie moléculaire dans les zones de faible transmission
- Diagnostiquer par TDR ou goutte épaisse 100% des cas suspects selon les directives nationales

Traitement :

- 100% des cas confirmés de paludisme sont traités selon les directives nationales avec des médicaments antipaludiques sûrs et efficaces
- 100% des cas de paludisme grave chez les enfants de moins de 10 ans bénéficient du traitement pré transfert

Gestion des approvisionnements et des stocks

- Une disponibilité permanente en médicaments (ACT, SP, Quinine, Arthésunate, Artemether, Rectocaps) et produits de lutte contre le paludisme (MILDA et TDR) est assurée pour au moins 99% des structures publiques.

Promotion de la santé

- 80% de la population adoptent des comportements favorables à la prévention et à la prise en charge du paludisme

Gestion du programme

- Les capacités managériales et opérationnelles sont renforcées à tous les niveaux

Surveillance et riposte :

- 100% des épidémies et situations d'urgence sont détectées précocement (dans la semaine) avec un système d'alerte précoce
- Au moins 90% des cas font l'objet d'une enquête complète (documentation, investigation) au niveau des zones ciblées et dans les 7 jours
- Au moins 80% des foyers ont fait l'objet d'une enquête complète (documentation, investigation) au niveau des zones ciblées dans les 7 jours
- 100% des épidémies et situations d'urgence sont contrôlées dans les deux semaines suivant leur détection

Suivi /Evaluation et recherche

- La promptitude et la complétude des données sont assurées à 100% à tous les niveaux
- Le renforcement et la mise en œuvre d'activités de recherche opérationnelle sont assurés au niveau opérationnel

Chapitre IV : Domaines et stratégies d'intervention

- A. Coordination et gestion du programme**
- B. Lutte anti vectorielle (LAL, AID, MILDA)**
- C. Gestion des approvisionnements et des stocks**
- D. Promotion de la santé**
- E. Prise en charge des cas**
- F. Prévention du paludisme chez la femme enceinte**
- G. Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS)**
- H. Surveillance et riposte**
- I. Suivi / Evaluation et recherche**

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

Objectif spécifique : Renforcer les capacités managériales et opérationnelles à tous les niveaux

La gestion du programme présente des défis majeurs à relever afin d'améliorer notablement la performance dans la mise en œuvre des interventions. Elle nécessite des actions concrètes notamment en matière de gouvernance, de développement des ressources humaines au niveau opérationnel, de fonctionnalité du partenariat et des instances de coordination, de renforcement des compétences au niveau de l'unité de coordination et de plaider pour la mobilisation des ressources afin d'atteindre les objectifs. Les interventions retenues pour une meilleure gestion du programme, à tous les niveaux sont les suivantes :

Intervention 1	Réactualisation de la politique nationale de lutte contre le paludisme
Intervention 2	Renforcement de la coordination à tous les niveaux
Intervention 3	Renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux
Intervention 4	Décentralisation de la lutte contre le paludisme
Intervention 5	Renforcement du partenariat public privé dans la lutte contre le paludisme
Intervention 6	Gestion du programme au niveau des zones transfrontalières

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

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

2) Renforcement de la coordination à tous les niveaux

Au niveau central, un accent particulier sera mis sur la fonctionnalité des instances de coordination et plus précisément du CCPLP par l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'un plan de travail. Ce cadre qui regroupe tous les partenaires RBM va appuyer le PNLP dans la mise en œuvre et dans les efforts de plaidoyer envers les autorités gouvernementales, le secteur privé et les partenaires au développement. Les documents statutaires du CCPLP seront alors mis à jour avant l'organisation des réunions trimestrielles et la mise en place du comité de suivi.

Sur le plan intra sectoriel, la coordination avec les autres services centraux du Ministère de la Santé, les régions médicales et les autres programmes du Ministère sera renforcée.

Des plans de travail seront élaborés et suivis pour renforcer la synergie avec les autres programmes pour un renforcement durable du système de santé. Une supervision régulière et des revues trimestrielles des données seront menées conjointement avec la Direction des Etablissements de Santé (DES) pour améliorer la gestion du programme dans le secteur hospitalier en matière de prévention et de prise en charge du paludisme. En outre, un épidémiologiste sera recruté au niveau central en vue de compléter l'équipe en place.

Le rôle des régions médicales dans la gestion et la mise en œuvre du PNLP sera renforcé à travers une concertation plus soutenue avec le PNLP au sein des instances de coordination existantes. Des réunions de coordination trimestrielles entre l'unité de gestion centrale et les unités avancées seront organisées. Les 14 régions médicales seront appuyées dans l'animation des cadres de concertation régionale pour une meilleure prise en charge du paludisme. 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 communautaire, le district devra mettre en place un système permettant aux ICP, aux réseaux communautaires, aux ONG locales et aux autres partenaires du district de partager les informations, d'harmoniser et de rationaliser les interventions dans le but d'optimiser les résultats de la lutte. Dans ce cadre, les districts seront appuyés trimestriellement pour l'organisation de réunions au niveau des postes de santé.

Sur le plan intersectoriel, une coordination régulière sera organisée avec les points focaux de la lutte contre le paludisme des autres secteurs pour suivre la mise en œuvre de leurs plans d'actions. La recherche de synergie sera faite avec certains ministères clés comme l'éducation, l'Enseignement supérieur, la Famille, l'Agriculture, la Communication, l'Environnement, les Forces armées et l'Assainissement.

3) Renforcement des capacités technique et de gestion à tous les niveaux

Le renforcement des capacités de gestion passera nécessairement par la mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel du PNLP. Des efforts dans le renforcement des capacités managériales de la lutte contre le paludisme seront maintenus à tous les niveaux. L'unité de coordination sera renforcée par le recrutement d'un spécialiste en communication, de techniciens et spécialistes pour tous les besoins en poste non pourvu.

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

Le cours sur le suivi/ évaluation des programmes de santé sera poursuivi et enrichi par un important volet surveillance. En partenariat avec les instituts de formation, des cours sur la gestion des données seront initiés pour les gestionnaires de données à tous les niveaux du système. Les cours de paludologies seront poursuivis à l'intention des MCR, MCD, MCDA et des superviseurs/SSP.

4) Décentralisation de la lutte contre le paludisme

Pour décentraliser davantage les interventions du PNLP, l'implication des principaux acteurs au niveau régional nécessitera la tenue d'ateliers d'élaboration de plans triennaux de lutte contre le paludisme au niveau régional. En outre, trois (3) unités avancées du PNLP seront mises en place pour couvrir les zones d'interventions qui seront définies par tous les acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme. Ces UCA seront composées d'un médecin de santé publique, d'un technicien supérieur, d'un gestionnaire de données, d'un agent administratif et financier et d'un chauffeur. La coordination à travers ces unités permettra aussi au PNLP de mieux participer à l'élaboration des PTA des 14 régions médicales.

5) Renforcement du partenariat public privé dans la lutte contre le paludisme

Le partenariat avec le secteur privé sera rendu dynamique par la mise en place de mécanismes de collaboration avec les officines, les cabinets et cliniques privés, les infirmeries d'Entreprises pour leur participation au diagnostic et à la prise en charge des cas. Le TDR pourrait être mis en place au niveau des prestataires du privé lucratif. Ce partenariat devra être aussi renforcé et élargi pour la distribution de MILDA. Pour cela, la cartographie des partenaires du secteur privé sera mise à jour. Il sera aussi important d'organiser annuellement un atelier d'élaboration d'un plan d'action intégré avec les partenaires du secteur privé.

Un cadre de rencontre semestrielle entre le CCPLP et les partenaires du secteur privé sera mis en place. Des rencontres sectorielles tout comme des réunions de sensibilisations seront tenues avec les acteurs du secteur privé, en particulier les ordres et syndicats, pour leur meilleure adhésion aux orientations stratégiques et directives du programme.

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.

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 PNLP s'inscrit dans une dynamique d'organiser des réunions annuelles de travail avec les PNLP des pays frontaliers. Ces réunions se tiendront alors à tour de rôle, entre le Sénégal, la Gambie, la Guinée Bissau, la République de Guinée, le Mali et la Mauritanie.

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. La dynamique de lutte transfrontalière sera maintenue par le PNLP en organisant des visites de sites vers les équipes des pays frontaliers.

L'opportunité sera saisie pour mieux contribuer à la protection des voyageurs venant séjourner au Sénégal par la chimioprophylaxie du paludisme. Les directives sur la chimioprophylaxie seront diffusées et vulgarisées surtout au niveau de certains sites stratégiques. Cette diffusion sera précédée de l'élaboration de supports adaptés pour faciliter la maîtrise des informations partagées dans ce domaine.

B. Domaine d'Intervention 2: Lutte Anti Vectorielle

Objectif spécifique 1	Amener au moins 80% de la population à dormir sous MILDA d'ici 2020
Objectif spécifique 2	Protéger au moins 90% de la population par les AID au niveau des zones ciblées d'ici 2020
Objectif spécifique 3	Traiter au moins 95% des gîtes larvaires productifs dans les zones ciblées d'ici 2020

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. Des contraintes autrefois liées à la mobilisation des ressources aussi bien financières qu'humaines, avaient poussé le PNLP à organiser des campagnes en cascade avec un enrôlement progressif des régions. Cette approche avait comme conséquences, des taux de couverture et d'utilisation jugés faibles après des enquêtes nationales. A partir de 2016, une nouvelle approche avec une campagne annuelle tous les 3 (trois) ans couvrant les 14 régions du pays sera retenue.

La dévolution des activités de mise en œuvre des AID au système de santé sous le lead du PNLP 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, l'étude pilote réalisée par le LEVP en 2012 et en 2013, sur la caractérisation des gîtes larvaires dans les districts de Pikine et Guédiawaye a permis de déterminer la nature, la distribution et la productivité des gîtes selon la saison. Les gîtes des vecteurs du paludisme et ceux des culicidés sont géo localisés et leur cartographie dynamique est en cours de réalisation. Par ailleurs, les essais de traitement de gîtes avec des bio larvicides en station expérimentale (semi naturel) et sur le terrain ont montré que les formulations sont efficaces pendant au moins 14 jours et le régulateur de croissance assure une inhibition d'émergence pendant 55 à 61 jours.

Les interventions à mener dans le domaine de la LAV sont les suivantes :

Intervention 1	Réactualisation du plan LAV
Intervention 2	Renforcement de la disponibilité des MILDA
Intervention 3	Suivi /Evaluation de la LAV
Intervention 4	Mise en œuvre de l'AID
Intervention 5	Intensification des opérations d'AID
Intervention 6	Gestion de l'environnement
Intervention 7	Suivi /Evaluation de l'AID
Intervention 8	Identification/ Renforcement des capacités des zones cibles de la LAL
Intervention 9	Implication du secteur privé
Intervention 10	Renforcement des capacités institutionnelles
Intervention 11	Développement du partenariat
Intervention 12	Renforcement de l'IEC et de la participation communautaire
Intervention 13	Suivi /Evaluation de la LAL

1) Réactualisation du plan LAV

Pour la prise en compte de toutes les mesures de LAV recommandées dans les zones où elles peuvent être efficaces un document de référence du plan de la LAV sera élaboré. Ce plan décrira notamment :

- Les modalités de mise en œuvre de l'aspersion intra-domiciliaire en prenant en compte les zones à forte incidence et le ciblage des foyers chauds.
- Les modalités de mise en œuvre de la lutte anti – larvaire dans les zones à risque d'inondations ou dans celles où la transmission du paludisme est essentiellement due à la persistance de gîtes larvaires identifiables et accessibles.

- 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. Un comité de pilotage de la LAV au niveau central sera aussi mis en place pour la coordination de toutes les activités de lutte anti vectorielle mises en œuvre par le PNL.

2) 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 2016 sur une période courte de 4 mois, en lieu et place de la stratégie jusque-là adoptée de distribution progressive par phase avec enrôlement d'une, voire deux à trois régions.

En ce qui concerne la quantification, le principe d'estimation basé sur une MILDA pour 1,8 personne sera maintenu. La distribution va prendre en considération les MILDA existantes sur le terrain.

Pour la faisabilité d'une campagne de masse synchronisée au niveau sous -régionale et dans le cadre de la lutte anti vectorielle, une gestion transfrontalière pourrait aider le Sénégal à maintenir les acquis. C'est ainsi qu'une coordination entre les pays frontaliers sur les campagnes de masse de distribution de MILDA sera suscitée.

▪ **La Distribution de moustiquaires en routine :**

Pour permettre à la population de disposer des MILDA entre les campagnes de distribution de masse, les canaux de distribution en routine qui ont été testés et mises à l'échelle en 2013-2014 seront maintenus et évalués (organisations communautaires de base, écoles, structures sanitaires et marketing social).

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

L'évaluation permettra de comprendre la contribution de chaque canal au maintien de la couverture, et d'évaluer l'équité et l'efficacite des différents canaux. Pour renforcer la routine, il faudra mettre à

l'échelle nationale, tous les canaux de distribution (sanitaire, communautaire et scolaire) pour permettre aux populations d'avoir accès aux MILDA entre les campagnes de masse. Une approche saisonnière peut être préconisée, c'est-à-dire, utiliser l'ensemble des canaux pendant la saison de transmission et le canal sanitaire seul, pendant la saison sèche (période de non transmission ou de transmission résiduelle).

3) Suivi /Evaluation de la LAV

Le suivi et l'évaluation se feront surtout à travers :

- La systématisation du contrôle de qualité des MILDA à la réception : il s'agira, de réaliser systématiquement sur un échantillon de MILDA fraîchement reçu, des tests d'efficacité avec une souche sensible pour confirmer les tests réalisés par le fournisseur. Cette activité permettra au pays d'évaluer la qualité des MILDA avant leur distribution et de faire le feed back au fournisseur en cas de problème.
- L'étude des déterminants de l'utilisation des MILDA dans les communautés sera aussi déroulée pour mieux comprendre et agir sur les déterminants favorables à une bonne utilisation des moustiquaires.
- Les résultats des études sur la durabilité et la bio efficacité des MILDA permettront d'avoir des informations claires sur la durée de vie et l'efficacité d'une MILDA sur le terrain. A partir de ce moment, il sera possible de voir s'il est nécessaire de revoir la périodicité des campagnes de distribution de MILDA afin de maintenir des taux de couverture assez élevés au niveau de tout le pays. Cet exercice est d'autant plus important qu'il permettra de déterminer voire fixer la périodicité objective des campagnes.

4) Mise en œuvre de l'AID

Le processus de la mise en œuvre des AID (planification, matériel et personnel impliqué) sera le même. Les différences majeures pour les foyers chauds porteront sur la logistique, l'implantation du site pour le stockage de l'insecticide, les méthodes de gestion des déchets liquides et solides. L'approche dépendra fortement de la participation communautaire lorsque les cibles seront des villages à traiter ; ce qui induirait une réduction des coûts opérationnels et une extension plus accélérée de cette intervention.

Chaque district enrôlé va produire un plan opérationnel adapté aux réalités de la zone à partir d'un atelier avec les différents acteurs impliqués dans cette activité. Ce travail sous la coordination du

district, 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 activités de contrôle de la qualité de l'application seront effectuées dans tous les districts, une fois durant le mois qui suit l'application. Le suivi de l'efficacité de l'application (durée) sera effectué dans tous les districts sélectionnés. Les opérations seront évaluées au niveau des districts et au niveau central.

L'organisation des campagnes AID se fera à travers :

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.

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 concernera les données entomologiques, parasitologiques et cliniques classiques, au rythme de deux passages par an en saison sèche et pluvieuse.

5) Intensification des opérations d'AID

L'intensification des opérations d'AID se fera par le biais de :

L'enrôlement des foyers chauds (hot spots) qui sont des zones de très forte incidence localisée : en se référant aux données des incidences par district sanitaire dans les zones à forte endémicité, la répartition sera faite selon le 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.

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

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. Cependant, au moment de la planification en vue de la mise en œuvre, des exercices d'ajustement pourront toutefois se faire en jouant sur le seuil d'incidence (15 à 30 pour mille) à adopter au niveau poste pour harmoniser avec le nombre de structures à traiter en tenant compte de la quantité d'insecticide disponible.

6) Gestion de l'environnement

A la réception de l'insecticide commandée, des échantillons seront prélevés afin de faire un contrôle de qualité du produit.

Pour le respect des mesures de sécurité liées à la gestion de l'environnement, un dispositif de supervision sera mis en place. Il s'agit d'abord de superviseurs communautaires qui suivent les équipes sur le terrain ainsi que les chefs de sites mais surtout des agents du Service National de l'Hygiène (SNH) qui seront en permanence sur le terrain pour veiller au respect des règles d'hygiène. Le niveau central fera également des supervisions pour évaluer le respect des directives recommandées dans la mise en œuvre de l'AID.

Un plan de gestion des déchets sera mis en place en coordination avec les services de l'environnement et du Centre anti poison. Certains déchets liquides issus du rinçage des pompes seront collectés dans

les puisards, les autres déchets tels que les restes d'insecticides ainsi que les contenants seront détruits suivant les règles strictes du plan de gestion des déchets.

A la fin de chaque campagne, un atelier de partage et d'évaluation des résultats sera organisé avec tous les partenaires des niveaux central, intermédiaire et opérationnel pour partager les résultats de la campagne, les problèmes et difficultés rencontrés dans la mise en œuvre ainsi que les succès.

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

Après cinq ans de mise en œuvre de l'AID dans un district, une évaluation externe de l'impact sur l'environnement sera organisée. Cette évaluation sera confiée à un cabinet spécialisé à la suite d'un appel d'offres.

Des activités d'aspersion intra domiciliaire sont réalisées par certaines sociétés minières dans les villages de leur zone d'implantation dans la région de Kédougou. Cependant, aussi bien le produit utilisé, le suivi de sa rémanence ainsi que son impact sur les vecteurs du paludisme et sur l'environnement sont méconnus du système de santé. Le PNLP qui est l'organe du Ministère de la Santé responsable de la lutte contre le paludisme doit faire le nécessaire pour avoir toutes les informations relatives à tout ce qui touche ce domaine. L'approche décentralisée serait une meilleure implication des autorités sanitaires (régions et districts) dans l'accompagnement de ces services privés sur tout le processus de la mise en œuvre de leur intervention et la capitalisation des résultats en termes de couverture et de populations protégées. Les services miniers seront invités à travers la région médicale pour l'élaboration d'un plan de travail incluant la planification, la mise en œuvre mais aussi le suivi de l'efficacité de l'intervention.

7) Suivi Evaluation de l'AID

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%).

La surveillance entomologique sera effective et va permettre d'évaluer l'impact du traitement sur les vecteurs de la zone en termes de longévité, de densité et de comportement. Elle consistera à faire des collectes de moustiques suivant des méthodes classiques dans cinq villages sentinelles au niveau de chaque district.

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. Cet exercice aidera dans le choix de l'insecticide pour la campagne prochaine mais également permettra au PNLP d'avoir une base de données actualisée de la résistance et de pouvoir ainsi mettre en place un plan de gestion de cette résistance.

Le suivi entomologique est souvent en cours au moment de l'atelier d'évaluation de la campagne AID. C'est pourquoi un atelier de partage des résultats de ce suivi est important. Il faut noter que celui-ci est un complément à l'atelier d'évaluation et que ses résultats vont permettre au comité de pilotage de prendre certaines décisions dans le sens de parfaire cette intervention.

8) Identification/ Renforcement des capacités des zones cibles pour la lutte antilarvaire

Après le choix des sites à enrôler sur la base d'indicateurs prédéfinis, une reconnaissance géographique sera réalisée pour évaluer certaines opportunités et difficultés à prendre en compte dans la mise en œuvre.

Des prospections seront effectuées dans les zones concernées pour identifier les gîtes potentiels. L'identification est accompagnée d'une prospection larvaire et d'un géo référencement de tous les gîtes. Les données récoltées permettront de faire une cartographie des gîtes potentiels et l'estimation des besoins pour le traitement.

Le Sénégal n'a pas une grande expérience dans la lutte anti larvaire surtout à grande échelle. Un atelier de trois jours sera organisé pour former un pool de techniciens du niveau central composé des éléments du PNLP, SNH, SLAP, UCAD, DREEC et DPV afin qu'ils puissent assurer à leur tour la capacitation du niveau opérationnel.

Le pool de formateurs du niveau central se chargera de former les formateurs et superviseurs choisis pendant trois jours. Un atelier de cinq jours sera organisé pour former les opérateurs et personnel de

soutien qui seront responsables du bon déroulement des activités de mise en œuvre au niveau opérationnel.

L'étude pilote déjà réalisée par l'UCAD permettra de choisir le meilleur candidat (produit bio larvicide) et le cycle moyen de traitement à appliquer durant la période de transmission.

9) Implication du secteur privé

Certaines entreprises provoquent, dans leurs travaux, la création des gîtes larvaires et participent ainsi au maintien de la transmission dans certaines zones. Il s'agit principalement de sociétés d'exploitation de carrières, de travaux routiers et d'aménagements hydroagricoles. Dans le cadre de la responsabilité sociétale, elles seront sensibilisées pour qu'elles puissent mettre en place des mesures d'accompagnement consistant à détruire les gîtes potentiels créés ou de disposer d'un système de drainage empêchant la stagnation de l'eau. Une étude de recensement des principales sociétés sera faite, des activités de plaidoyer seront menées et un guide élaboré pour faciliter les mesures de lutte.

Une étude comparative entre une zone de mise en œuvre systématique de cette activité et celle classiquement effectuée permettrait de mesurer la contribution de la destruction des gîtes péri-domestique par la communauté.

10) Renforcement des capacités institutionnelles

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

11) Développement du partenariat

Cette stratégie a pour but essentiel de susciter la collaboration avec les autres secteurs, départements ministériels, les collectivités locales, les bailleurs de fonds, les organisations non gouvernementales

(ONG), les organisations communautaires de base (OCB) et les leaders d'opinion, afin de créer la synergie nécessaire et l'obtention du soutien conséquent permettant la mise en œuvre concertée de la LAL. Ce partenariat sera mis en œuvre aux différents niveaux de l'intervention (central, régional et opérationnel). Le bénéfice attendu de ce partenariat sera d'amener chaque partenaire à une même compréhension de l'objectif attendu de la LAL, mais également de pouvoir mieux orienter et coordonner les actions en vue d'une gestion efficiente des ressources destinées à appuyer le processus de la lutte.

12) Renforcement de l'IEC et de la participation communautaire

La destruction des gîtes larvaires au niveau communautaire est un volet important qui a été toujours intégré au paquet d'activités communautaires des OCB dans le cadre de la mise en œuvre des plans communautaires des districts qui mettent en avant la participation communautaire. Ce volet figure également dans le manuel de procédures de gestion technique et administrative des RCALP qui a été élaboré par le PNLP pour des interventions communautaires de qualité afin d'en assurer une meilleure efficacité.

Il s'agira d'assurer ou de renforcer la formation des acteurs communautaires sur les procédures opérationnelles de lutte anti larvaire au niveau communautaire dans le cadre de leur contractualisation avec les ONG et avec l'encadrement des districts.

Les messages et supports appropriés seront élaborés et produits dans le cadre du plan national de communication du PNLP qui prend en charge les besoins en communication des communautés pour la lutte anti larvaire.

Le suivi et l'évaluation de la lutte anti larvaire au niveau communautaire seront assurés par les ONG en relation avec les districts.

Dans le paquet de services exécuté par les OCB intervenant dans la lutte contre le paludisme, il y'a la destruction des gîtes larvaires dans leur zone de responsabilité. Cependant, il est nécessaire d'améliorer cet aspect en renforçant la formation des acteurs communautaires dans la reconnaissance des gîtes péri-domestiques potentiels à larves d'anophèles. Pour le suivi de ces activités, des outils de collecte permettant de quantifier les surfaces traitées ou le nombre de gîtes traités seront également mis en place. Ces mesures seront logiquement accompagnées par l'équipement de ces OCB en matériel adéquat pour la destruction des gîtes. A cet effet, les communes pourront être mises à contribution pour l'acquisition de cet équipement.

Il s'agira d'informer et de sensibiliser les communautés afin d'en faire de véritables acteurs dans le processus de la mise en œuvre de la LAL. Ils pourront ainsi prendre en compte la gestion de leur

environnement de proximité mais également adopter des comportements plus favorables pour aider à la réduction du nombre des gîtes larvaires des vecteurs.

L'implication effective de la communauté est un élément essentiel pour la pérennisation de la lutte. Première bénéficiaire des actions de LAL qui seront menées, la communauté devra être présente à tous les niveaux du processus. C'est pourquoi, la sensibilisation de membres de la communauté, sur le concept de la LAL mais également leur formation et leur encadrement pour la réalisation de certaines tâches (destruction ou traitement des gîtes, visites de sensibilisation à domicile, gestion environnementale entre autres) sont des éléments indispensables pour la réussite des opérations. Ces activités de sensibilisation et d'encadrement des relais communautaires sont dévolues aux infirmiers chefs de poste et agents locaux des autres secteurs de développement qui seront initialement formés à cet effet. Cette stratégie utilisera les techniques de communication les plus adaptées en s'appuyant sur le Service National de l'Education et de l'Information Pour la Santé (SNEIPS).

13) Suivi/évaluation de la LAL

La supervision des activités de traitement des équipes comprendra une série de sorties et se fera suivant une échelle allant du niveau communautaire au niveau central. Des superviseurs communautaires accompagneront les équipes d'application sur le terrain pour s'assurer de la qualité du traitement. Ils seront à leur tour contrôlés par des agents du service de l'hygiène du niveau district. Une dernière forme de supervision viendra du niveau central avec le PNLP, le SNH, le LEVP/UCAD et les autres départements ministériels impliqués qui évalueront le travail sur toute la chaîne.

Le contrôle de la qualité du traitement se fera sur un échantillon de gîtes représentatifs deux jours après traitement. La présence de larves sera synonyme d'un mauvais traitement selon les essais déjà réalisés par le LEVP.

En ce qui concerne le suivi de l'efficacité du traitement, il se fera dans le temps (rémanence du produit utilisé) avec une prospection régulière des gîtes traités mais également avec les méthodes classiques de collecte de moustiques adultes. La comparaison des densités adultes à la périphérie des zones traitées avec les données de base collectées avant intervention permettra d'évaluer l'efficacité du traitement.

A la fin de chaque campagne, il sera organisé un atelier d'évaluation qui comportera deux volets essentiels. Un volet comprenant la présentation des données de terrain avec le nombre de gîtes, les quantités de produit, les taux de couverture. L'autre volet sera consacré aux données de suivi de la qualité et de l'efficacité du traitement.

C. Domaine d'intervention 3 : Gestion des Approvisionnements et des Stocks (GAS)

Objectif spécifique 1 **Assurer une disponibilité permanente en médicaments et produits de lutte contre le paludisme pour au moins 99% des structures d'ici 2020**

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'informations de gestion logistique |
| Intervention 3 | Quantification des intrants |
| Intervention 4 | Achats/Acquisition d'intrants |
| Intervention 5 | Coordination avec la PNA et les partenaires |
| Intervention 6 | Renforcement des capacités de stockage et de transport des intrants |
| Intervention 7 | Planification et régularité des transferts des intrants du niveau central vers le niveau régional |
| Intervention 8 | Planification et régularité des livraisons des intrants au district, PPS et sites communautaires de PEC |
| Intervention 9 | Surveillance de la qualité, de l'efficacité et de l'innocuité des médicaments et produits de la lutte contre le paludisme |
| Intervention 10 | Contrôle qualité des médicaments antipaludiques |
| Intervention 11 | Elaboration de politique et documents GAS |
| Intervention 12 | Coordination avec le secteur privé de la distribution |

1) Renforcement de capacités

Les cibles sont constituées essentiellement des dépositaires et ICP officiant dans les PPS. Le PNLP a validé au courant de 2015 des versions révisées du manuel des procédures de gestion des stocks et du manuel de formation en gestion des stocks à l'attention des ICP et dépositaires. Dans un premier temps, il sera procédé à la formation des formateurs venant du niveau central, régional et district qui procéderont à leur tour à la formation des cibles. Ces formations seront bouclées au courant des 18 premiers mois de mise en œuvre du PSN.

Une demande d'identification des besoins de formation sera adressée aux responsables des structures et à la suite, des plans de formations budgétisés seront élaborés par ces mêmes responsables et transmis au PNLN pour exécution. Pour une bonne prise en compte des ressources, il sera procédé à une budgétisation ciblant tous les dépositaires et ICP. Dans l'exécution, la coordination avec les autres programmes et partenaires permettra de mieux définir les cibles réelles à former par le PNLN.

2) Suivi et système d'informations de gestion logistique

Le PNLN a élaboré et mis en place dans les structures des outils de collecte et d'analyse de l'information logistique pour aider au suivi des stocks des intrants. De même, il a été défini un circuit de remontée de l'information de routine avec une identification des acteurs par niveau.

Dans l'optique d'une amélioration de la gestion et de la disponibilité des intrants, il sera introduit des innovations. En particulier, la région médicale occupera plus de place dans le circuit de rapportage et de passation de commande des districts. Il sera envisagé de faire passer les rapports de gestion des stocks avec les commandes des structures par la région médicale pour validation et puis à la PRA pour livraison.

La maquette Excel de suivi des intrants déjà expérimentée en 2015 sera davantage vulgarisée à l'occasion des sessions formelles de formation en gestion de stocks mais également lors des réunions de coordination locales ou de revues trimestrielles. Les districts sanitaires collecteront l'outil auprès de tous les PPS et la synthèse district permettra d'avoir l'information sur les niveaux de consommation, les stocks, la période théorique que peuvent couvrir les stocks justifiant du coup les décisions de commander ou non. L'on pourra réapprovisionner les PPS avec un faible stock à partir des PPS avec des stocks trop importants (rétrocession ou redéploiement) au lieu de procéder à une commande. La même démarche pourra être faite à l'échelle régionale par la région médicale après compilation des synthèses district.

Une supervision annuelle des PRA et du Magasin Central avant la période de haute transmission pour faire l'état des lieux et mieux planifier les transferts pour la période.

Il sera procédé à une supervision plus rapprochée des dépôts de médicaments de toutes les structures avec une périodicité annuelle pour le niveau central (échantillonnage des PPS par axe de régions) et semestrielle voire trimestrielle pour le niveau périphérique (tous les PPS de façon étalée).

Il s'agira également de vulgariser davantage l'utilisation des TIC dans la gestion des stocks et le système d'information de gestion logistique. Les systèmes en place et les expériences en cours avec le Système d'Echange Automatique de Données (SEDA) et la plateforme de JEGESINA/IPM de la PNA seront mis à profit et pourront intégrer dans la mesure du possible la gestion et le suivi des intrants antipaludiques.

Le projet de suivi des stocks à partir de l'envoi de SMS à un serveur, démarré en fin 2015, en pilote dans le district de Kolda sera étendu aux autres districts de la région de Kolda d'abord, ensuite à tous les districts de la zone sud sud-est avant d'envisager l'extension vers les régions centre et nord du pays.

3) Quantification des intrants

A partir des données disponibles au niveau central, il sera procédé à une quantification globale pour les cinq années du PSN. Des réajustements se feront annuellement en fonction des situations lors d'ateliers régionaux qui seront suivis d'un atelier national de compilation des besoins réajustés. Cette activité sera intégrée dans le dispositif des comités régionaux déjà mis en place avec la DSRSE et l'IPM.

4) Achats/Acquisition d'intrants

Après validation des quantifications, les plans d'achats seront partagés avec les partenaires ou donateurs. Ces derniers utiliseront leurs circuits et procédures d'achats ou d'acquisition pour mettre les produits à la disposition du PNLP aux dates de livraison fixées d'accord partie. Un dispositif de suivi sera retenu d'un commun accord avec le partenaire pour s'assurer du respect des délais de livraison et anticiper sur d'éventuels risques.

La PNA continuera à assurer le stockage et la distribution des intrants (ACT et TDR) conformément aux dispositions de la convention entre cet établissement et le MSAS, moyennant une rémunération à hauteur de 3% de la valeur commerciale totale des marchandises réceptionnées. Il sera procédé à une révision de cette convention au premier trimestre de 2016.

Une commission composée des représentants du PNLP, du partenaire ou donateur et de la PNA, procédera à la réception des arrivées avant admission dans les livres de compte du PNLP ou de la PNA.

5) Coordination avec la PNA et les partenaires

Depuis 2012, une plateforme regroupant les logisticiens des programmes et les services de la PNA se réunit tous les trimestres. Cette instance permet d'assurer une meilleure coordination entre acteurs utilisant le même système d'approvisionnement au profit d'une stratégie de rationalisation des ressources et d'amoindrir la pression de sollicitation sur l'agent d'approvisionnement et de distribution.

C'est une opportunité de partager les bonnes pratiques entre programmes et de bénéficier de l'expertise externe apportée par les partenaires associés afin de pallier toutes les insuffisances notées

dans l'approvisionnement et améliorer les performances de gestion et de prise en charge des cas. Les réunions seront élargies aux partenaires à une périodicité d'une réunion sur deux.

6) Renforcement des capacités de stockage et de transport des intrants

La faiblesse des capacités de transport et de stockage des intrants est identifiée depuis longtemps comme goulot d'étranglement à tous les niveaux. Un programme de renforcement est déjà en cours dans le cadre de la mise en œuvre de plusieurs projets (plan stratégique PNA, RSS/FM, plan de sécurisation des produits de la survie de l'enfant). Dans le cadre du projet FARA avec le PMI, des financements sont déjà disponibles pour acquérir des structures mobiles afin d'accroître les capacités de stockage en particulier dans les régions du sud. En coordination avec la PNA et les autres partenaires, il sera conduit une évaluation des capacités de stockage dans tous les districts et ceux avec des capacités très faibles de stockage seront dotés de ces structures mobiles ou bénéficieront d'un programme de réhabilitation de leurs locaux le cas échéant. Le PNLP compte contribuer à la résorption des gaps de capacités de stockage en dotant 20 districts sanitaires de containers aménagés.

7) Planification et régularité des transferts des intrants du niveau central vers le niveau régional

A tous les niveaux du circuit de distribution, une planification des transferts est fixée. Dans le cadre de ses nouvelles initiatives (JEGESINA/IPM), la PNA élabore un planning de transfert mensuel du magasin central vers les PRA. Ce plan est partagé avec le PNLP et les programmes et partenaires. Ainsi par région, le PNLP pourra suivre et intervenir si nécessaire pour une meilleure satisfaction des besoins de la région, en collaboration avec la région médicale.

De même, il sera organisé avec le service chargé des programmes au niveau de la PNA une collecte mensuelle des situations des stocks dans les PRA et le magasin central. Un tableau de compilation appelé « panorama des stocks » sera dressé. Cette situation sera analysée sur la base des besoins par région avec une estimation des nombres de mois de stock disponible afin d'apprécier les risques de rupture de stock et décider de transferts d'urgence ou pas. C'est à partir de cette situation également que le PNLP décidera de placer des commandes ou demander une modulation des livraisons auprès des partenaires et institutions qui sont chargés d'acheter les intrants.

8) Planification et régularité des livraisons des intrants au district, PPS et sites communautaires de PEC

Avec le JEGESINA (transfert par la PRA des médicaments et produits essentiels de son dépôt vers les dépôts de district), un plan trimestriel de distribution est établi par la PNA. Au niveau du district, les transferts vers les postes de santé sont mensuels et un plan mensuel de distribution défini avec les postes de santé.

Tous les trois mois, à l'occasion des revues trimestrielles des activités de lutte contre le paludisme, les PRA renseignent et transmettent à la PNA et au PNLP la maquette de suivi des transferts et distributions tandis que les districts renseignent et transmettent au PNLP la maquette de suivi des intrants et les tableaux de synthèse de la consommation des intrants (ACT, TDR, SP, MILDA).

9) Surveillance de la qualité, de l'efficacité et de l'innocuité des médicaments et produits de la lutte contre le paludisme

Le PNLP accordera une place de choix à la qualité des intrants reçus et veillera au maintien de cette qualité sur toute la chaîne d'approvisionnement. Après réception des intrants, la DPM sera activée pour procéder au prélèvement d'échantillons à transmettre au LNCM à des fins de contrôle qualité.

De même, il sera signé avec les laboratoires et instituts agréés des conventions ou protocoles de contrôle qualité des intrants aux points de stockage et de distribution habituels prenant en compte les sorties pour prélèvement d'échantillons, les analyses, matériels et réactifs ainsi que les émoluments des acteurs.

Des rapports périodiques ou bulletins de CQ seront édités et partagés.

10) Contrôle qualité des médicaments antipaludiques

Un renforcement des capacités du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments sera effectué pour un suivi et un contrôle régulier des médicaments. L'objectif visé est de renforcer la coordination dans le contrôle analytique des médicaments avant toute délivrance d'une autorisation de mise sur le marché, avant toute distribution des lots de médicaments à l'entrée et de suivre la qualité au niveau opérationnel à travers des sites équipés en « Minilabs ».

Pour les besoins du suivi de l'innocuité des médicaments antipaludiques, le PNLP a développé depuis 2006 un système de pharmacovigilance des antipaludiques. Actuellement, un plan national de pharmacovigilance prenant en compte tous les médicaments est en train d'être mis en œuvre par la DPM. Ce renforcement permettra un meilleur suivi de la pharmacovigilance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

11) Politique et documents GAS

Le plan GAS dont la dernière version remonte en 2010-2011 pour les besoins de la deuxième phase du round 7 sera réactualisé et décrira pour l'essentiel la politique et tous les mécanismes, dispositions et systèmes mis en place au sein du PNLP pour organiser l'acquisition, le stockage et la distribution des intrants de la lutte contre le paludisme. Ce plan devrait être disponible au plus tard à l'entame du 3^{ème} trimestre de l'année 2016.

Aussitôt après sa validation, le PNLP organisera, entre le 3^{ème} et le 4^{ème} trimestre de 2016, dans chaque région médicale une réunion de partage de ce plan avec les MCR, MCD et leurs proches collaborateurs y compris les partenaires de mise en œuvre.

De même, il sera organisé un atelier de formation à l'intention des pharmaciens officiant dans les pharmacies des EPS ou dans les districts sanitaires et régions médicales.

Les documents mis à jours (plan GAS, manuels de formation, manuels des procédures, fiche techniques) seront multipliés et distribués aux structures.

12) Coordination avec le secteur privé de la distribution

Les expériences déjà démarrées avec le secteur privé de distribution seront renforcées pour accroître la distribution des intrants précisément les TDR dans les officines de pharmacie et les MILDA dans les officines de pharmacie, les stations de service, les « grandes surfaces » et autres points de distribution agréés, etc.

Ces activités seront prises en compte dans le cadre de la mise en œuvre du plan global de plaidoyer du PNLP.

D. Domaine d'intervention 4 : Promotion de la santé

Objectif spécifique 1	Amener 80% de la population à adopter des comportements favorables à la prévention et à la prise en charge du paludisme d'ici 2020
Objectif spécifique 2	Renforcer la communication institutionnelle pour une meilleure visibilité du PNLP

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 restent des impératifs pour le PNLP.

Intervention 1	Elargissement et renforcement du plaidoyer
Intervention 2	Mobilisation sociale, participation citoyenne et engagement de la société civile
Intervention 3	Développement de campagnes de communication basées sur des évidences
Intervention 4	Suivi/évaluation
Intervention 5	Documentation
Intervention 6	Communication institutionnelle
Intervention 7	Renforcement de la contribution des autres secteurs ministériels
Intervention 8	Elargissement du partenariat avec le secteur privé

1) Elargissement et renforcement du plaidoyer

Le PNLP a mis en œuvre plusieurs activités en vue d'une mobilisation des ressources, pour mettre à l'échelle, des interventions à efficacité prouvée afin de réduire la morbidité et la mortalité dues au

paludisme. Pour ce faire, le PNLP a besoin d'adopter une stratégie nationale de plaidoyer sur la base de thèmes qui se dégageront du PSN. Ce plan comportera les questions de plaidoyer, les cibles, les parties prenantes, les stratégies, les activités, les responsables, les ressources avec des objectifs précis.

Le plaidoyer sera renforcé envers le secteur privé et les autres secteurs avec une identification et une exploitation d'axes de collaboration. Ce plaidoyer sera aussi élargi aux Institutions de la République

Pour mettre en œuvre ce plan, une structure de pilotage chargée de sa coordination sera mise en place pour s'assurer de son suivi et de son évaluation.

2) Mobilisation sociale, participation citoyenne et engagement de la société civile

Depuis 2005, le PNLP a renforcé la participation communautaire aux activités de lutte contre le paludisme par une capacitation des acteurs et une décentralisation des activités et des ressources à travers le financement des plans « ABCD ». Un manuel de procédures des réseaux communautaires de lutte contre le paludisme élaboré en 2010 et mis à la disposition des acteurs (réseaux et districts) a permis de renforcer les procédures de gestion administrative et technique au niveau opérationnel.

En 2014, à travers le nouveau modèle de financement du Fonds Mondial, le bénéficiaire principal 2 a contractualisé avec des ONG qui contractualisent à leur tour avec les OCB en collaboration avec les districts. D'autres agences d'exécution travaillent également avec les OCB pour la mise en œuvre d'activités communautaires pour la lutte contre le paludisme.

Il s'agira dans le PSN 2016-2020 de renforcer la participation des communautés à la lutte contre le paludisme par une amélioration de la stratégie OCB /ONG à travers un renforcement des capacités des communautés et l'appui aux initiatives communautaires. La valorisation de la participation communautaire se fera à travers la mise en place d'une stratégie d'émulation (Jambars communautaires, déclarations d'engagement médiatisées), les cérémonies des « Jambars » au niveau régional, la documentation et le partage des bonnes pratiques. Cela devrait se traduire par le maintien de la mobilisation des acteurs autour de la lutte contre le paludisme par l'organisation d'activités de masse et de proximité. Des actions synergétiques seront recherchées avec certaines agences d'exécution par l'organisation de rencontres périodiques avec les partenaires.

La formation des relais et la production de supports IEC /CCC sur le paludisme pour accompagner la communication au niveau communautaire seront de mise.

Par ailleurs, la participation des communautés sera recherchée à travers la mobilisation de la société civile, de manière plus élargie aux mouvements volontaires (croix rouge, éclaireurs, navétanes) et autres associations leaders. De ce fait l'accent sera mis sur le renforcement des capacités des acteurs

de la société civile en IEC/CCC notamment sur les moyens de prise en charge et de prévention pour leur permettre de mener des activités citoyennes de lutte contre le paludisme : destruction de gîtes larvaires, activités d'IEC/CCC et appui aux campagnes de lutte contre le paludisme.

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.

3) Développement 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 : cette recherche permettra de disposer des informations fines sur les déterminants des comportements, les profils des groupes cibles, les canaux de communications les plus adaptés et les supports les plus appropriés. 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.
- Mettre en œuvre la campagne de communication : pour le PSN 2016-2020, l'approche est de concevoir une stratégie de communication qui intègre le plaidoyer, la communication institutionnelle, la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement à travers l'élaboration et la mise en œuvre d'une campagne parapluie en soutien aux différentes interventions du PNLP pour un changement de comportement avec un slogan fédérateur et des moments forts pendant les événements spéciaux et les périodes de forte transmission.

L'élaboration de la campagne 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.

La campagne de communication sera déroulée sur une période minimale de 12 mois suivant des phases. Elle tiendra compte des réalités régionales. 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 et supports de communication. Ainsi les diffusions télé, radio et les supports imprimés pour l’affichage seront articulés avec les interventions à base communautaire.

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, média non traditionnelles notamment les NTIC et les panneaux LED). 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.

Par ailleurs, un partenariat sera développé avec le département de sociologie de l’UCAD pour renforcer la recherche formative et disposer d’une masse critique de recherches sur les comportements et le paludisme.

4) Suivi/ Evaluation

La disponibilité et la qualité des données communautaires seront primordiales. L’utilisation de plateformes déjà existantes pour la transmission par SMS sera explorée.

- **Suivi**

Ce suivi sera assuré à travers les cadres de coordination au niveau national, des régions médicales et des districts. Des rencontres de suivi seront aussi organisées au niveau communautaire. La supervision des activités de communication au niveau communautaire se fera en collaboration avec le SNEIPS et de manière intégrée aux cadres déjà existants.

Des cadres de coordination aux niveaux national, régional et district seront mis en place à travers des rencontres de suivi. Le contrôle de la qualité des interventions d’IEC/CCC est essentiel. La supervision des activités d’IEC/CCC sur le paludisme sera intégrée à celle du SNEIPS et du niveau opérationnel. Des revues semestrielles des activités d’IEC/CCC seront organisées avec les responsables des BREIPS et des EPS de districts.

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

- **Evaluation**

Une évaluation à mi-parcours sera tenue au terme de 6 mois de mise en œuvre des campagnes afin d’apporter au besoin des corrections. Une évaluation finale sera faite pour tirer les enseignements sur le niveau d’atteinte des objectifs de la campagne. Sur la base des données de la recherche, des

indicateurs spécifiques aux déterminants comportementaux seront identifiés et évalués en fonction des zones.

L'option est de systématiser l'organisation d'évaluations externes pour les campagnes de communication sur le paludisme pour mesurer le niveau d'atteinte des objectifs de la campagne avec un cadre de performance des activités d'IEC/CCC.

Les indicateurs retenus seront intégrés aux cadres de suivi /évaluation du PNLP. La mesure de ces indicateurs se fera à travers les enquêtes déjà existantes (EDS, ENP).

5) Documentation

Il s'agira de constituer une base de données (médiathèque) et une banque de données socio anthropologiques, les activités, les acteurs, les ressources en IEC/CCC sur le paludisme. Cela se fera à travers l'organisation de rencontres de partage périodiques avec les partenaires pour l'accès et l'utilisation de leurs bases de données. La diffusion et le partage des données se feront par leur mise en ligne sur le site web du PNLP et « springboard » sur des sites dédiés au partage des ressources de CCC.

6) Communication institutionnelle

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 la consolidation de relations avec la presse à travers la diffusion de communiqués de presse, de conférences (rencontres trimestrielles) ou de communiqués de presse et des activités média (publireportages sur le terrain, documentaires, émissions, feuillets).

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.

Le site web du MSAS, du PNLP, des partenaires et les réseaux sociaux seront également utilisés de même que le Journal « palu infos » et la participation aux réunions internationales (ASTMH, Réunions RBM, OMS, OOAS etc.) pour servir de vitrine aux réalisations du Sénégal dans la lutte contre le paludisme.

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.

7) Renforcement de la contribution des autres secteurs ministériels

Il nécessitera un renforcement des capacités des points focaux désignés par chaque secteur pour une harmonisation et un alignement sur les options stratégiques du programme

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

Des sessions régulières annuelles de mise à niveau permettront aux points focaux de tenir compte des priorités du PNLP dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de leurs plans d'action. Ainsi dans le cadre de ses interventions courantes, chaque département ministériel proposera un paquet d'activités en soutien au programme. Et enfin, le PNLP va s'appuyer sur le cadre de concertation avec les autres secteurs, mis en place par le partenariat de la DPRS, pour organiser dans un premier temps un atelier d'orientation et de planification ; et chaque année, une rencontre de suivi et d'évaluation des actions mises en œuvre.

8) Élargissement du partenariat avec le secteur privé

Le PNLP va utiliser, en collaboration avec la cellule chargée du partenariat de la Direction de la Planification, de la Recherche et de la Statistique (DPRS), la plateforme de la coalition d'organismes privés d'appui à la santé pour identifier des axes prioritaires de la lutte contre le paludisme. La mobilisation des ressources du secteur privé sera un des volets du plan de plaidoyer qui sera élaboré.

Par ailleurs, dans le cadre de la mobilisation nationale autour de la lutte contre le paludisme, les efforts du secteur privé seront mis en exergue avec une meilleure visibilité à travers les médias et les réseaux sociaux pour les inciter à s'investir davantage dans la lutte contre le paludisme.

E. Prise en charge des cas

Objectif spécifique 1	Introduire la biologie moléculaire dans les zones de faible prévalence
Objectif spécifique 2	Diagnostiquer 100% des cas suspects de paludisme par TDR et/ou goutte épaisse selon les directives nationales d'ici 2020
Objectif spécifique 3	Traiter 100% des cas confirmés de paludisme selon les directives nationales avec des médicaments antipaludiques sûrs et efficaces d'ici 2020

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'introduction de la Primaquine pour interrompre la transmission dans les zones éligibles. Tout ceci nécessite un personnel formé et motivé.

Intervention 1	Renforcement des capacités
Intervention 2	Acquisition de matériel et de consommables pour la biologie moléculaire
Intervention 3	Mise en œuvre du diagnostic moléculaire du paludisme
Intervention 4	Equipements consommables de laboratoire et intrants
Intervention 5	Suivi de la mise en œuvre diagnostic par les TDR et la microscopie
Intervention 6	Mise à jour et disponibilisation des documents et outils d'aide à la prise en charge
Intervention 7	Renforcement des capacités des acteurs des secteurs public et privé
Intervention 8	Mise en œuvre de la prise en charge

1) Renforcement des capacités

Il s'agira d'organiser des ateliers d'initiation aux techniques et applications de diagnostic moléculaire du paludisme à l'endroit des ECR et ECD dans les zones de pré-élimination en vue de partager avec eux l'intérêt et l'importance de ces techniques dans la prise de décision. Les techniciens de laboratoires des districts et hôpitaux seront également formés aux différentes techniques de diagnostic moléculaire.

Les prestataires des districts et hôpitaux régionaux dans les zones de pré-élimination seront formés sur le diagnostic moléculaire du paludisme par la technique LAMP (Loop Mediated Isothermal Amplification).

Un renforcement de capacités des enquêteurs de l'EDS continue sera organisé sur les procédures de prélèvement et de recueil de sang sur papier filtre, de l'étiquetage, du séchage, de l'emballage et de la conservation des papiers filtres destinés à la biologie moléculaire.

Les techniciens de laboratoires des districts et hôpitaux de même que ceux des services de diagnostic parapublics et privés seront formés sur le diagnostic microscopique.

En outre, chaque année une session de cinq jours du cours national annuel d'accréditation en microscopie sera organisée à l'endroit de 20 techniciens de laboratoire. Il s'agira d'organiser des cours d'évaluation en microscopie des meilleurs techniciens de laboratoires du Sénégal en vue de leur certification en experts microscopistes. Dans les stratégies d'élimination du paludisme il est extrêmement important de s'assurer de l'expertise des techniciens de laboratoires dans leurs capacités à détecter, identifier et quantifier les portages parasitaires.

2) Acquisition de matériel et de consommables pour la biologie moléculaire

Les appareils LAMP seront déployés, sous une supervision étroite, dans les zones de pré-élimination en vue d'une confirmation en temps réel de tout cas positif comme négatif mais également lors des investigations de cas de paludisme.

Au niveau central, la qRT-PCR permettra de contrôler les résultats positifs et négatifs à partir des TDR et également faire une cartographie des espèces plasmodiales circulantes au Sénégal.

Les réactifs de biologie moléculaire permettront de réaliser les tests moléculaires aussi bien en zone de pré-élimination qu'en zone de contrôle.

3) Mise en œuvre du diagnostic moléculaire du paludisme

Les TDR déjà utilisés vont servir comme matériel génétique pour faire une cartographie des espèces parasitaires circulantes aussi bien dans les zones de pré-élimination qu'au niveau des sites sentinelles.

Le suivi de la mise en œuvre du diagnostic moléculaire du paludisme sera de mise pour une bonne maîtrise de la réalisation des techniques de qRT-PCR au niveau central et LAMP au niveau opérationnel. A cet effet le laboratoire de référence sera mis à contribution.

4) Equipements consommables de laboratoire et intrants

Des microscopes binoculaires, des compteurs à deux touches et des consommables de laboratoire pour le diagnostic microscopique seront acquis pour renforcer le plateau technique des laboratoires.

Compte tenu de la situation actuelle du paludisme, des TDR plus sensibles seront acquis pour détecter les faibles portages parasitaires en zone de pré-élimination. En effet, lorsque l'incidence du paludisme diminue, le taux d'infection parasitaire diminue et rend le diagnostic peu fiable avec les TDR de routine. C'est pourquoi il est important d'avoir des TDR plus sensibles en zone de faible prévalence parasitaire.

Dans les zones sud et transfrontalières où les espèces parasitaires sont diverses et variées il faudra faire recours à des TDR pouvant détecter l'ensemble des quatre espèces plasmodiales.

5) Suivi de la mise en œuvre diagnostic par les TDR et la microscopie

Un contrôle de la qualité de TDR au niveau central à la réception et au niveau opérationnel sera organisé pour s'assurer de la qualité des TDR.

Des supervisions seront organisées sur l'ensemble des laboratoires des districts et hôpitaux de même que ceux des structures privées et parapubliques pour apprécier la maîtrise des techniques de diagnostic microscopique par les techniciens de laboratoires. A l'issue de ces supervisions, un contrôle de la qualité du diagnostic microscopique sera fait pour apprécier la performance des techniciens.

Les contrôles de qualité du diagnostic microscopique au niveau des régions seront instaurés.

6) Mise à jour et disponibilisation des documents et outils d'aide à la prise en charge

La formation des prestataires devra être précédée d'une mise à jour de l'ensemble des documents de directives et d'outils d'aide à la prise en charge des cas de paludisme.

Ces supports mis à jour devront être reproduits et distribués au niveau de l'ensemble des points de prestation du pays pour une meilleure vulgarisation des directives de prise en charge.

7) Renforcement des capacités des acteurs des secteurs public et privé

Le renforcement de capacités des acteurs des secteurs public et privé devra nécessiter une série de formation et de recyclage sur toute la durée de la mise en œuvre du PSN 2016-2020 ; un accent particulier sera mis sur l'orientation des agents du secteur privé pour leur permettre de s'aligner sur les directives nationales de prise en charge et garantir ainsi la qualité de gestion des cas de paludisme au niveau de l'ensemble des points de prestation du pays.

Au niveau central, les autres départements et programmes du MSAS seront orientés sur la prise en charge du paludisme pour une bonne appropriation et une vulgarisation des directives nationales de prise en charge.

8) Mise en œuvre de la prise en charge

Au niveau communautaire :

Des résultats importants ont été obtenus grâce à la mise en œuvre de la PECADOM (Prise en charge à domicile) en termes de réduction de la morbi-mortalité palustre au niveau communautaire. Les différentes évaluations de la PECADOM ont recommandé l'élargissement du paquet d'interventions du Dispensateur de Soins à Domicile (DSDOM) en y intégrant la prise en charge de la diarrhée et des IRA.

Malgré les avancées, quelques limites ont été constatées dans la stratégie PECADOM, comme modèle de détection passive des cas de paludisme au niveau communautaire. Aussi, cette approche PECADOM n'est pas toujours renforcée par des activités d'éducation à base communautaire susceptibles d'améliorer l'acceptation des DSDOM nouvellement formés et d'encourager le recours aux soins actifs. C'est ainsi qu'une étude pilote dénommée PECADOM Plus menée dans le district de Saraya en 2013 par les volontaires du Corps de la Paix américain, a mis en évidence les avantages de la détection active des cas de paludisme par rapport à une approche passive. Il s'est agi durant la période de forte transmission palustre (juillet à décembre) d'organiser des ratissages au niveau des

villages. Les DSDOM ont fait du porte à porte une fois par semaine afin de détecter, tester et traiter ou référer chaque cas suspect de paludisme, de diarrhée ou d'IRA au niveau de leur village respectif.

L'extension de la stratégie PECADOM prend en compte la particularité de certaines zones. Ainsi dans la région de Diourbel, suite à un constat d'une forte morbi-mortalité du paludisme chez les enfants pensionnaires des Daaras (écoles coraniques), il a été décidé de mettre en œuvre la PECADOM au niveau de ces Daaras.

L'extension de la gestion intégrée des cas au niveau communautaire, pour un impact certain sur la mortalité infanto-juvénile, est une option prise dans la politique de prise en charge du programme. Celle-ci nécessitera une formation/recyclage des DSDOM, 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 permettra de garantir une atteinte des objectifs fixés.

Cette prise en charge va aussi intégrer l'utilisation du traitement pré-transfert pour les cas graves au niveau communautaire. Cette stratégie sera étendue à l'ensemble des régions.

F. Prévention du paludisme chez la femme enceinte

Objectif spécifique **Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le TPI à la SP 3 conformément aux directives nationales d'ici 2020**

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.

Les défis liés à la couverture en TPI3 font que des innovations doivent être apportées à la mise en œuvre de cette intervention.

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

Intervention 2 **Mise en œuvre du TPI**

Intervention 3 **Suivi de la mise en œuvre du TPI**

Intervention 4 **Implication du secteur privé**

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.

2) Mise en œuvre du TPI

Conformément aux orientations du PNLP, la mise en œuvre du TPI chez la femme enceinte devra être maintenue pour assurer une meilleure protection de cette cible vulnérable contre le paludisme. L'indicateur de suivi ayant passé de la SP2 à la SP3, il sera nécessaire d'améliorer l'achèvement de la prise par les femmes enceintes.

Ainsi un plan de relance national sera mis en place avec un ensemble d'activités à tous les niveaux pour augmenter le niveau d'implication et d'appropriation des acteurs.

La dimension communautaire du TPI sera discutée pour essayer de trouver les solutions quant à la faible observance du traitement au niveau de certaines zones.

Des solutions allant dans le sens d'une meilleure mise à contribution des acteurs communautaires devront permettre de venir à bout de ces goulots d'étranglement identifiés.

3) Suivi de la mise en œuvre 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 l'organisation d'un atelier d'évaluation interne annuelle de la stratégie TPI pour s'assurer de la bonne exécution des activités planifiées mais aussi pour faciliter le renseignement des indicateurs fixés.

4) Implication du secteur privé

L'atteinte des objectifs de couverture du TPI passera par une bonne implication du secteur privé qui capte une frange importante de la cible des femmes enceintes.

Ainsi des séances de plaidoyer et des sessions d'orientation seront organisées pour partager avec les gynécologues, les responsables des sociétés et entreprises privées les objectifs du PNLP par rapport à la stratégie.

G. Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS)

Objectif spécifique **Assurer une couverture en CPS de 95% des enfants de 3 à 120 mois dans les zones ciblées par saison de transmission d'ici 2020**

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 (1 dose de SP et 3 doses de AQ), généralement un mois après les premières pluies (début de la saison de transmission palustre) et n'excédant pas 4 mois de couverture au cours de la saison de forte transmission du paludisme pour éviter la maladie.

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

Après trois ans de mise en œuvre, le PNLP, compte tenu des résultats obtenus appréciera si la CPS sera maintenue dans ces zones ou alors mise en œuvre dans des zones plus ciblées et qui répondraient aux

Intervention 1 **Préparation de la mise en œuvre de la CPS**
Intervention 2 **Mise en œuvre de la CPS**
Intervention 3 **Suivi / Evaluation de la mise en œuvre de la CPS**

critères. Les interventions suivantes seront mises en œuvre :

1) Préparation de la mise en œuvre de la CPS

Dans le cadre des activités préparatoires de la campagne CPS, il est prévu de faire la reproduction des différents outils de collecte et de gestion ainsi que les supports de communication validés en commission pour toute la durée de la campagne qui se fera en 03 passages pour les régions de Kolda, Sédhiou et Tambacounda et 04 passages pour la région de Kédougou.

Des sessions de formations seront organisées au niveau de chaque région cible pour partager avec tous les membres des ECR/ECD la stratégie CPS et les nouvelles directives.

Les ICP seront également formés en une session par l'ECD sous la supervision technique du niveau central.

A quelques jours de la campagne, les relais et superviseurs communautaires choisis par les ICP seront également capacités sur les aspects généraux de la campagne. Les pratiques de formations utilisées au niveau communautaire se feront à travers des jeux de rôles sur les aspects généraux de la CPS, les techniques d'administration des médicaments aux enfants éligibles, la sensibilisation des mères/gardiennes d'enfant pour le respect des doses à J2 et J3, les conduites à tenir pour éviter les refus. Ainsi, les relais seront formés à la veille de chaque passage pour garantir la réussite des activités.

Le bon déroulement de la campagne se fera également à travers une microplanification des activités CPS intégrées dans le plan de travail des districts concernés.

Au-delà de l'aspect formation, la mise à disposition de la logistique et l'acheminement des intrants du niveau central vers les PRA des régions ciblées sera effective. Le même processus sera établi des PRA vers les districts et postes de santé enrôlés.

Pour une large diffusion et une adhésion des communautés, une campagne de communication sera mise en œuvre dans les districts des zones CPS. Ainsi, les districts vont dérouler des activités de communication de proximité, contractualiser avec les radios communautaires pour la diffusion des spots et l'organisation d'émissions radio dont les thèmes abordés tourneront autour de la stratégie CPS, les avantages de la CPS, la gestion des effets indésirables, etc.

Des supports de communication (T-shirts, casquettes, sacs) seront produits et distribués pour l'équipement des relais, superviseurs, comités de gestion ainsi que le staff d'encadrement (ECR/ECD/ICP).

2) Mise en œuvre de la CPS

Pour une bonne adhésion des populations sur la stratégie CPS, une journée de lancement de la campagne sera organisée au niveau des districts cibles. Cette journée, au-delà des activités de communication et de sensibilisation menées en milieu rural et communautaire, donnera un cachet officiel à travers l'implication des différentes autorités administratives, coutumières et locales.

La campagne CPS sera mise en œuvre au niveau des districts éligibles.

Des mobilisations sociales seront organisées au niveau de chaque district tout en prenant en compte les réalités socioculturelles et particularités de chaque zone.

3) Suivi/Evaluation de la mise en œuvre de la CPS

Le suivi/évaluation de la campagne CPS est une étape importante du processus. Il s'agira en effet de mettre en place des groupes techniques pour le suivi et la remontée des données CPS mais également de veiller à la promptitude et à la complétude des données envoyées par les ICP aux districts et ces derniers à la région.

Des équipes de supervisions seront constituées au niveau des districts, appuyées par l'ECR et le niveau central pour le suivi des activités CPS. Ces supervisions permettront de résoudre les difficultés liées aux ruptures d'intrants, au remplissage des outils de gestion pour les données s'il y a lieu ou encore à la gestion des cas de refus.

Ces équipes de supervision veilleront à la réception tous les soirs (J1 à J5) des données complètes envoyées par les districts. Celles-ci seront recueillies, évaluées, analysées et envoyées par les équipes de supervisions sous forme de rapport de synthèse journalière au niveau central pour la synthèse globale.

Une évaluation post campagne sera organisée au niveau de chaque région concernée pour évaluer tout le processus de la CPS, afin d'apporter des rectificatifs pour les passages à venir et partager les bonnes pratiques. Au terme de la campagne, une synthèse régionale sera faite par le niveau central et les données partagées avec les districts.

Il est important dans le cadre de la pérennisation de cette activité de faire une évaluation globale de la CPS en 2017 avant toute nouvelle campagne (ciblage tranches d'âges, zones, mode campagne, pérennisation, ...).

Diverses études et enquêtes vont permettre de suivre et d'évaluer le processus et l'impact de la CPS :

Evaluation de la Chimio Prévention Saisonnière du Paludisme en zone de forte transmission : elle se fera par une analyse des facteurs entravant une bonne couverture en CPS. Il s'agira de mesurer les taux de couverture de la CPS dans chaque aire de couverture des postes de santé et de les comparer. Les évènements indésirables et les cas de refus seront documentés. Pour les postes de santé à faible taux de couverture, des enquêtes ménages, des focus group et des interviews seront menés afin de déterminer les facteurs explicatifs de cette couverture faible et de proposer les mesures correctrices nécessaires pour une bonne observance de cette stratégie.

Etude de l'efficacité de la CPS administrée en campagne de masse : l'efficacité de la CPS sera mesurée chaque année en déterminant son impact sur les cas de paludisme simple et sur les cas de paludisme sévère.

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

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

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

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

H. Domaine d'intervention 9 : Surveillance et riposte

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

Objectif spécifique 2 **Contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection**

Avec la surveillance sentinelle intégrée mise en place dans dix 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 trois 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.

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. Ainsi les districts des régions de Saint-Louis, de Matam, de même que le district de Linguère dans la région de Louga et les 16 districts de la zone CPS 2015 (régions de Tambacounda, Kolda, Kédougou et Sédhiou) font tous une notification hebdomadaire à l'instar des sites sentinelles. Cet effort sera maintenu avec un enrôlement progressif de toutes les régions d'ici la fin de la première année de mise

en
œuvre
du
présent
PSN.

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

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

Intervention 3 **Renforcement de la documentation et de l'investigation des situations épidémiques et des cas index**

Intervention 4 **Renforcement à la préparation et à la mise en œuvre des activités de riposte**

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

Il s'agira dans les cinq années à venir d'intensifier la surveillance du paludisme avec une meilleure intégration de tous les aspects de la lutte dans la surveillance sentinelle. Après une mise à jour des

directives nationales de surveillance, tous les prestataires des districts sanitaires, des établissements publics de santé et les membres des équipes cadres de district et de régions médicales seront formés/recyclés sur la surveillance du paludisme.

La stratification opérationnelle du paludisme au Sénégal sera faite chaque fin d'année sur la base de l'incidence de la maladie enregistrée dans les différents districts et des différents résultats obtenus des documentations et/ou des résultats d'investigation des cas (dans le temps et dans l'espace). Cette stratification par le profil épidémiologique tiendra aussi compte de l'évolution annuelle des indicateurs entomologique, parasitologique et climatique.

Dans un système de détection et d'alerte de qualité, l'interprétation et la représentation des événements à l'aide de graphiques et cartes sont indispensables. C'est pourquoi il est retenu dès la première année de mise en œuvre de ce plan, la formation en cartographie des membres des équipes cadre de district et de région.

L'intégration des activités entomologiques dans la surveillance sentinelle sera fortement renforcée et dans ce cadre les agents d'hygiène des régions et districts abritant des sites sentinelles seront formés dès la première année de mise en œuvre de ce PSN sur les techniques de base de l'entomologie et les procédures de suivi entomologique.

Les facteurs climatiques, environnementaux et sociodémographiques, seront pris en compte dans les activités de surveillance et il s'agira à ce niveau d'intégrer les données socio sanitaires et environnementales dans le système de collecte des données des sites sentinelles. Ceci sera suivi de l'inscription dans l'agenda des revues semestrielles des sites sentinelles de tous ces paramètres socio sanitaires et environnementales. Les sites démographiques permettront d'avoir les éléments explicatifs de certains événements survenus dans la population.

Un cadre 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.

Le profil épidémiologique sera réactualisé afin de mieux affiner la stratification et le ciblage des interventions.

La notification hebdomadaire des données au niveau de toutes les zones vertes et des zones CPS est instaurée pour une surveillance programmatique dans les zones à potentiel épidémique. Pour ce faire, une collecte rétrospective des données des années 2014 et 2015 dans ces zones sera menée afin de disposer de données de base.

La surveillance intégrée dans les zones en pré élimination sera aussi renforcée par le développement d'activités de suivi entomologique, parasitologique et de biologie moléculaire pour une meilleure

surveillance du comportement des vecteurs et du parasite. Ces études entomologiques et parasitologiques se mèneront avec la collaboration de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

L'utilisation des données de surveillance, de routine et les résultats de l'EDS continue par les niveaux opérationnels et intermédiaires sera améliorée. Dans ce cadre, les responsables du niveau opérationnel au niveau district seront amenés à faire la stratification des postes de santé et/ou des villages/quartiers à partir d'une analyse fine des données de leur district afin d'identifier les hots spots ou zones dites rouge en matière de transmission.

La documentation de l'élimination du paludisme à Richard Toll et les districts sanitaires présentant le même profil, de même que la surveillance de la réintroduction dans les zones effectivement en élimination, seront initiées avec la collaboration du laboratoire de parasitologie de l'Université Cheikh Anta DIOP et les partenaires ayant des compétences dans le domaine.

2) Mise en œuvre de la surveillance communautaire

Il est nécessaire de renforcer les activités communautaires de lutte contre le paludisme à travers une surveillance communautaire. Ce volet communautaire de la surveillance du paludisme sera développé durant les cinq prochaines années. Il s'agira dès la première année de mise en œuvre de ce plan d'élaborer un guide national de surveillance communautaire. Les acteurs du niveau opérationnel à savoir équipe-cadre de région, équipe-cadre de district, infirmiers chef de poste et acteurs communautaires (ASC et DSDOM) seront progressivement, selon les strates, orientés sur la surveillance communautaire du paludisme et les directives nationales dans ce domaine.

Un système de notification hebdomadaire des données communautaires sera mis en place avec la transmission des informations au poste de santé pour avoir l'exhaustivité des données correctes selon la périodicité 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 qui feront l'objet d'un test.

3) Renforcement de la documentation et de l'investigation des situations épidémiques et des cas index

Avec le profil épidémiologique actuel et dans l'optique de voir les zones en pré élimination accroître dans les cinq prochaines années, 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 de tous les cas détectés dans les zones de pré élimination et une documentation systématique et complète des situations d'urgences.

Dans le cadre de ce PSN, il sera instauré progressivement une documentation systématique de tous les cas positifs dans le pays. L'investigation se fera à partir d'un cas index et dans les cinq concessions dans tous les districts de janvier à juillet. L'investigation doit se faire dans les sept jours suivant la déclaration du cas index. Un dépistage suivi de traitement des cas positifs sera fait au niveau des zones sélectionnées.

4) Renforcement à la préparation et à la mise en œuvre des activités de riposte

Les plans de ripostes des districts sanitaires seront mis à jour en juillet et en décembre lors des revues semestrielles. Un stock d'urgence (ACT, TDR, MILDA, SP) sera constitué et intégré dans le plan ORSEC. Ce plan multisectoriel définira les mécanismes d'interventions coordonnés à dérouler devant toute situation d'urgence dont fait face le pays. Ce stock prendra aussi en compte les besoins induits par les situations d'épidémies de paludisme contre lesquelles chaque district aura élaboré un plan.

Dans les zones de pré élimination l'approche décrite ci-dessous sera faite en pilote et mise à l'échelle selon les résultats obtenus :

- si durant l'investigation cinq cas positifs index ou secondaires sont identifiés en sept jours dans un rayon de 100m, un FDA (« Focal Mass Drug Administration) est fait dans le village/quartier

I. Domaine d'intervention 10 : Suivi /Evaluation et Recherche

Objectif spécifique 1	Assurer 100% de promptitude et 100% de complétude des données à tous les niveaux
Objectif spécifique 2	Assurer le renforcement et la mise en œuvre d'activités de recherche opérationnelle

Pour la période 2016 – 2020, 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. C'est pourquoi, le PNLP misera pour les cinq prochaines années sur le renforcement du système d'information de routine et des capacités des acteurs à tous les niveaux. Ainsi dans ce cadre le PNLP, conjointement avec le DSISS, mettra en place un 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. L'intégration 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.

Intervention 1	Renforcement de capacités en suivi /évaluation
Intervention 2	Renforcement du système d'informations de routine
Intervention 3	Amélioration de la qualité des données et évaluation périodique des indicateurs
Intervention 4	Renforcement de la coordination et de la promotion de la recherche opérationnelle
Intervention 5	Développement de sujets de recherche opérationnelle d'intérêt national

1) Renforcement de capacités en suivi/ évaluation

Les connaissances en suivi / évaluation des acteurs des secteurs public et privé seront améliorés grâce à l'instauration d'un cours national sur le Suivi & Evaluation / Surveillance des activités de lutte contre le paludisme en collaboration avec l'UCAD, l'OMS et l'USAID. Ce cours sera ouvert aux candidats des autres pays, à partir de la 3^e session, avec un ratio 1/3 autres pays et 2/3 national. Les compétences des prestataires seront renforcées par le PNLP à travers le suivi post formation et la supervision formative des prestataires.

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

Des tablettes seront désormais utilisées par les superviseurs afin de faciliter les recueils d'information, l'analyse et le suivi des recommandations. La supervision se fera mensuellement par les districts pour les sites sentinelles (par les ECD) et semestrielles pour les autres structures (région médicale et niveau central).

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

2) Renforcement du système d'informations de routine

L'intégration 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 de la pyramide sanitaire. Cette plateforme intégrera également les données du niveau communautaire et du secteur privé garantissant ainsi une meilleure complétude des données à l'échelle nationale. Toutes ces données seront saisies conformément aux formulaires de collecte validés par le PNLP et assignés à toutes les structures sanitaires quel que soit leur statut.

La promptitude de saisie des données dans la plateforme DHIS2 sera évaluée selon une périodicité définie au niveau du système national d'information sanitaire. La qualité des données sera vérifiée initialement à partir de la plateforme DHIS2, puis à l'occasion des vérifications de données sur site ou d'audit de la qualité des données.

L'analyse des données des niveaux opérationnels et intermédiaires, qui se fait de façon périodique lors des revues trimestrielles de validation et d'analyse des données avec les districts, les hôpitaux et les régions médicales, sera renforcée avec l'utilisation de la plateforme DHIS2. Cette pratique de revue trimestrielle a permis pendant longtemps d'assurer une bonne disponibilité des données. L'utilisation du DHIS2 pendant les revues permettra de prendre des décisions fondées sur l'information sanitaire pour améliorer la gestion du programme au niveau opérationnel.

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

3) Amélioration de la qualité des données et évaluation périodique des indicateurs

Un système de contrôle et de validation trimestrielle des données des districts et des EPS est mis en place depuis 2005 et sera renforcé avec l'utilisation du DHIS2 qui permet à tout moment d'effectuer un contrôle de qualité. L'audit de la qualité des données par vérification sur site sera effectué aussi lors des supervisions formatives au niveau opérationnel chaque semestre sur la base d'un échantillon intégrant les centres de santé, les postes de santé et les établissements publics de santé dans toutes les régions du pays. En collaboration avec la DSISS, des ateliers annuels de validation des données du paludisme contenu dans le DHIS2 seront organisés dans toutes les régions médicales.

Dans le domaine des évaluations périodiques, le PNLP conduira, tous les deux ans, une enquête nationale sur les indicateurs du paludisme (ENP) et tous les ans, l'EDS contenue par le biais de l'ANSD. Ces enquêtes utiliseront désormais pour la mesure de la prévalence parasitaire, la PCR et la sérologie. Les rapports finaux seront diffusés auprès de tous les partenaires et acteurs.

Ce présent plan stratégique fera l'objet d'une évaluation à mi-parcours qui permettra de réorienter le programme en fonction des résultats obtenus.

Dans le cadre de l'accélération de la pré élimination à l'échelle du pays, un plan spécifique à chaque strate/zone sera développé.

4) Renforcement de la coordination et promotion de la recherche opérationnelle

Pour promouvoir la recherche opérationnelle à tous les niveaux, le PNLP, en collaboration avec le comité national scientifique au sein du cadre de concertation des partenaires de lutte contre le paludisme (CCPLP), procédera chaque année à l'identification des besoins en recherche opérationnelle. Ces différents projets de recherche opérationnelle seront soumis au comité

scientifique pour validation. La réalisation de ces projets garantira une efficacité dans la prise de décision.

Pour une meilleure coordination, un cadre de partage des résultats de la recherche sur le paludisme sera mis en place. Il s'agira d'organiser des ateliers annuels de partage des résultats de la recherche sur le paludisme.

5) Développement de sujets de recherche opérationnelle d'intérêt national

Des projets de recherche seront développés en fonction des besoins actuels et futurs du programme. A l'état actuel ces projets de recherches (liste non exhaustive) ont déjà été identifiés à savoir :

- Sujet 1 : « *Etude sur le génotypage des souches de Plasmodium falciparum* »

Dans le but de mieux connaître les souches de *Plasmodium falciparum* circulant au Sénégal, il sera mené un séquençage du génome de multiples isolats parasitaires. En effet, la diversité génétique dans *P. falciparum* se manifeste sous la forme de polymorphismes nucléotidiques simples. Ainsi, la variation génétique du parasite sera exploitée épidémiologiquement et permettra de fournir un moyen unique d'identifier les parasites infectants et de les suivre au cours de l'infection.

Cette étude sera menée dans les 24 sites sentinelles et les zones d'investigation dans les régions en pré élimination du Sénégal.

- Sujet 2 : « *Suivi de la tolérance de la primaquine* »

L'OMS a émis la recommandation d'associer la primaquine au traitement du paludisme dans les zones où l'élimination pourrait être envisagée, ceci pour éliminer les gamétocytes qui sont les formes parasitaires à l'origine du maintien de la transmission. Cette molécule est contre-indiquée chez les personnes présentant une déficience en G6PD chez qui l'utilisation de la molécule crée un potentiel risque d'hémolyse sévère. Bien que la dose préconisée par l'OMS soit supposée être sans risque pour ces personnes et dans l'ignorance des facteurs susceptibles de potentialiser les effets de la molécule, il est important de suivre la tolérance de la primaquine chez les enfants et les adultes.

- Sujet 3 : « *Evaluation de la Chimio Prévention Saisonnière du Paludisme en zone de forte transmission* »

Le Sénégal a commencé à mener des campagnes de chimio prévention du paludisme saisonnier dans la zone sud et sud-est du pays depuis 2014 couvrant seize districts sanitaires après une phase pilote en 2013 dans quatre districts sanitaires.

La mise en œuvre de cette intervention comporte dans sa formulation un volet recherche sur les trois premières années de mise en œuvre. Cette recherche continue permettra d'évaluer sous tous les angles

l'impact de la CPS. Cette étude longitudinale comportera un certain nombre de sous thèmes essentiels pour la mesure de l'impact.

- Analyse des facteurs entravant une bonne couverture en CPS y compris les facteurs d'acceptabilité ou de non acceptabilité

Il s'agira de mesurer les taux de couverture de la CPS dans chaque aire de couverture des postes de santé et de les comparer. Les événements indésirables et les cas de refus seront documentés. Pour les postes de santé à faible taux de couverture, des enquêtes ménages, des focus group et des interviews seront menés afin de déterminer les facteurs explicatifs de cette couverture faible et de proposer les mesures correctives nécessaires pour une bonne observance de cette stratégie.

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

L'efficacité de la CPS sera mesurée chaque année en déterminant son impact sur les cas de paludisme simple et sur les cas de paludisme sévère. Il s'agira de réaliser une étude cas-témoin dans ces deux cas suivants.

- Etude de l'impact de la CPS sur les marqueurs moléculaires de résistance de la SP et de l'AQ

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

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

La CPS ralentit-elle l'acquisition naturelle, l'immunité antipalustre ? L'enregistrement précis des données sur l'administration des doses de CPS et une étude cas-témoins seront utilisés pour mesurer l'effet de la CPS sur le risque ultérieur de paludisme dans le but de comprendre l'importance de l'effet rebond. L'incidence du paludisme et la mortalité seront étudiées chez les enfants âgés de plus de 10 ans qui ne seront plus éligibles pour la CPS au bout de 2 à 3 ans. Les cas et les contrôles seront définis de manière similaire aux études d'efficacité, l'exposition définie comme une histoire documentée de prise antérieure de CPS. Dans les districts sanitaires et hôpitaux régionaux, la morbidité palustre sera également étudiée chez la tranche supérieure à 10 ans précédemment cible de la CPS. Ces données pourront également servir de comparaison avec les données de base collectées avant la campagne.

- Sujet 4 : « Etude de l'introduction des tests de diagnostic rapide dans le secteur privé »

Il s'agira surtout d'étudier le comment :

- Inciter les grossistes à mettre dans leur portefeuille et distribuer le TDR au même titre que les médicaments

- Inciter les cliniques et cabinets médicaux à s’approvisionner et à utiliser les TDR
- Distribuer et réaliser les TDR dans les officines de pharmacie
- Sujet 5 : « *Etude sur les différentes formes de motivation des DSDOM* »

Il s’agira de mener une activité de recherche portant sur la motivation communautaire dans le contexte actuel d’opérationnalisation et de mise à l’échelle de la PECADOM intégrée et de produire un document de référence permettant au Sénégal d’en tirer des enseignements utiles pour des échanges et un partage avec les acteurs, les partenaires et d’autres pays. Il faudra identifier et décrire les différentes formes et significations de la motivation au niveau de la communauté.

- Sujet 6 : « *Etude sur le climat et paludisme* »

L’objectif est d’utiliser les prévisions saisonnières qui sont disponibles dès les mois de mai –juin pour faire des cartes de prévision des risques du paludisme au Sénégal. Pour cela il faudra utiliser les données historiques sur le paludisme et les données climatiques (pluviométrie, évapotranspiration, température, indice de développement de la végétation) afin de sortir les différentes dépendances (corrélations) entre le paludisme et ces paramètres environnementales.

Aussi, avec les 24 stations météorologiques et les 300 postes pluviométriques saisonniers disponibles au Sénégal, il s’agira, en fonction des scénarii climatiques, de chercher à prédire l’évolution du paludisme.

Chapitre V : Cadre de mise en œuvre

A. Administration et gestion du PSN

B. Coordination

C. Mobilisation des ressources

D. Récapitulatif du budget

A. Administration et gestion du PSN

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, le PNLP veillera à leur utilisation conformément aux procédures décrites dans le PNDS 2009-2018. 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 rapportage et un contrôle par partenaire.

B. Mécanismes de coordination

Les mécanismes de coordination du PSN 2016-2020 s'intègrent dans le dispositif mis en place par le MSAS. Il s'agit de la revue annuelle conjointe, du comité interne de suivi et évaluation au niveau central et de la revue annuelle du niveau régional.

La revue annuelle conjointe est centrée sur l'examen du rapport de performance du DPPD et est menée par les ministères concernés, les acteurs nationaux et les partenaires techniques et financiers. Le CCPLP servira de support à la coordination spécifique de la lutte contre le paludisme.

Les réunions de coordination des régions médicales serviront aussi de plateforme de coordination des activités de lutte contre le paludisme. Elles impliquent les districts sanitaires et les structures régionales de la santé, notamment les hôpitaux et les PRA. Il en est de même pour les instances plus élargies à tous les secteurs de développement notamment les comités régionaux, départementaux et locaux de développement (CRD, CDD et CLD).

Par ailleurs les unités décentralisées qui seront mise en place par le PNLP contribueront à l'animation de ce dispositif et veilleront à ce que la lutte contre le paludisme soit abordée dans toutes les instances sanitaires au niveau intermédiaire et périphérique.

C. Mobilisation des ressources

L'atteinte des objectifs du PSN nécessite des ressources dont une première évaluation sera faite dans le plan d'actions 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 PSN.

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 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 : (i) leaders politiques, (ii) ministères clés, (iii) partenaires financiers nationaux et internationaux, (iv) secteur privé local, (v) leaders communautaires et (vi) 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 eux pour renforcer la volonté collective, mobiliser et sensibiliser les populations cibles. Le secteur privé sera considéré comme un partenaire essentiel dans le développement d'une base solide qui assurera les efforts futurs.

La stratégie de plaidoyer sera accompagnée d'une matrice de financement (ou matrice des contributions) permettant de fixer les engagements de l'Etat et ceux des partenaires. La mobilisation des fonds se fera sur la base d'une programmation annuelle et des extraits sous forme de requêtes trimestrielles qui préciseront les activités à mener et les besoins de financement correspondants. Les

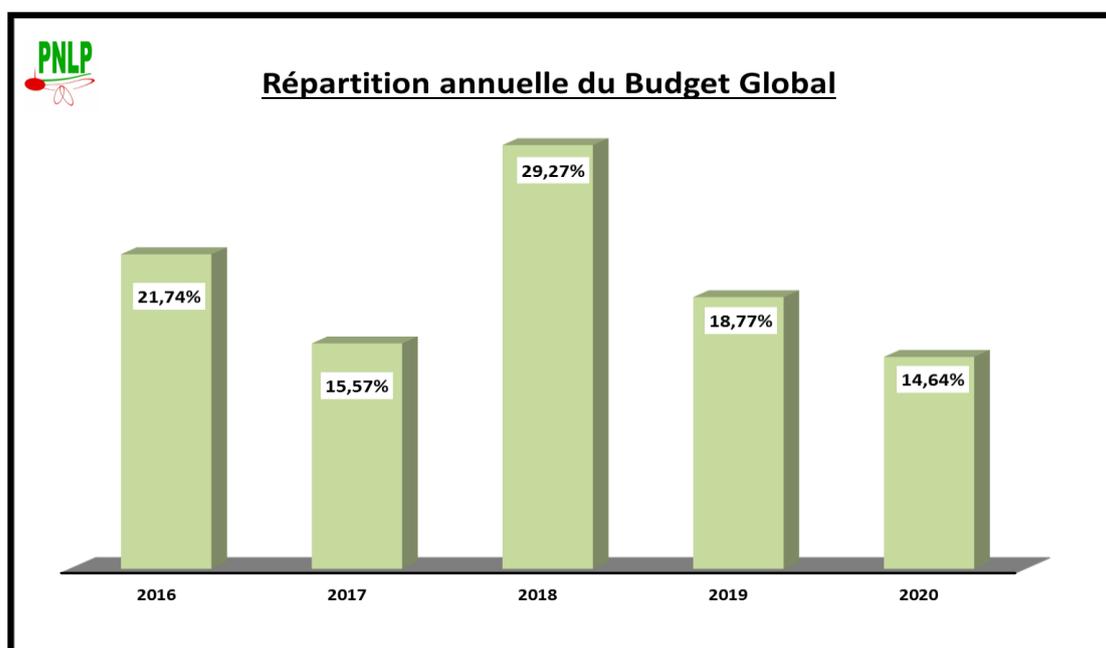
décaissements se feront toujours sur cette base en fonction des résultats atteints ainsi que des justifications comptables. Le système de contrôle et d'audit interne et externe du PSN sera renforcé pour garantir la transparence et la confiance mutuelle.

D. Récapitulatif du budget

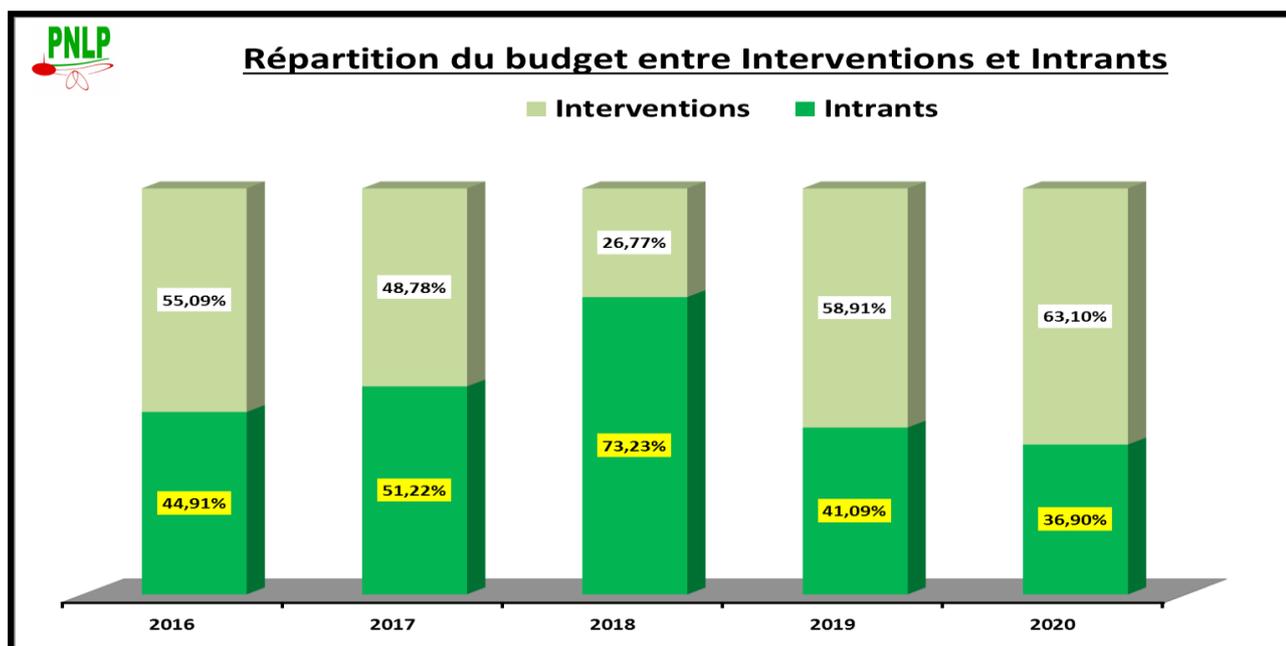
1) Résumé du budget par année

Le budget global de ce PSN s'élève à **110 854 557 606 F CFA** sur la période de 2016-2020, soit un investissement moyen annuel de **1409 FCFA/habitants** et par an. Les années 2016 et 2019 ont respectivement 21,74% et 18,77% du budget global car correspondant aux années de mise en œuvre de la CU en MILDA. L'année 2018 représente 29% du budget global à cause de l'acquisition des intrants pour la campagne CU en MILDA de 2019.

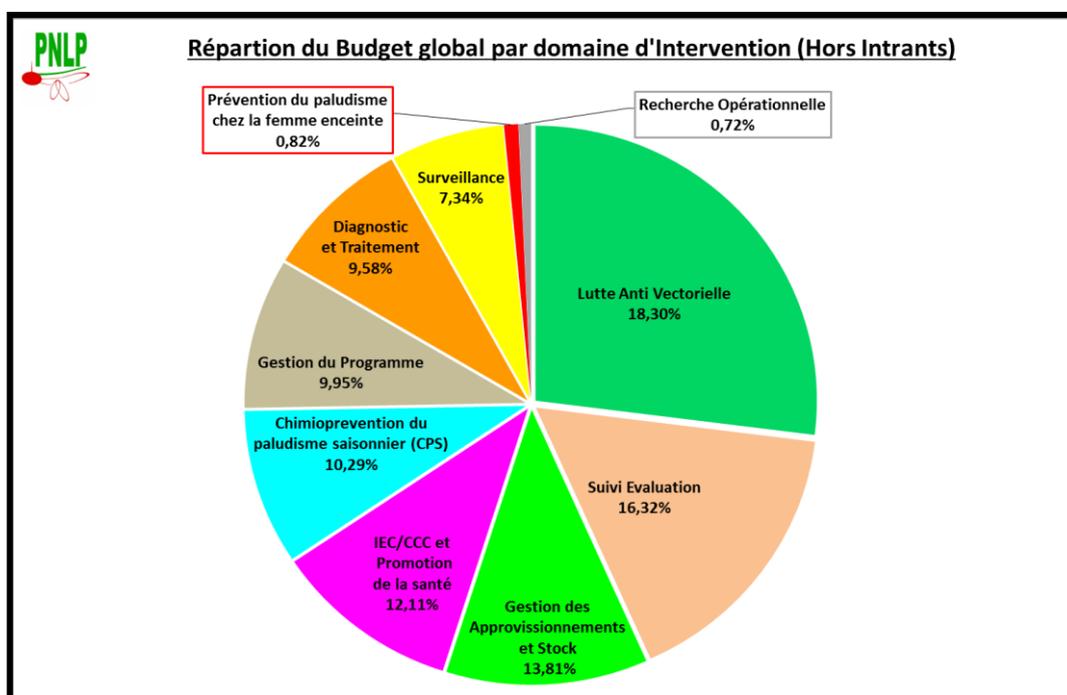
TOTAL BUDGET (F CFA)		
Année	Montant	%
2016	24 097 093 196	21,74%
2017	17 262 093 304	15,57%
2018	32 452 357 571	29,27%
2019	20 811 737 397	18,77%
2020	16 231 276 138	14,64%
TOTAL	110 854 557 606	100,00%



2) Répartition du budget entre interventions et intrants



3) Répartition du budget par domaine d'intervention

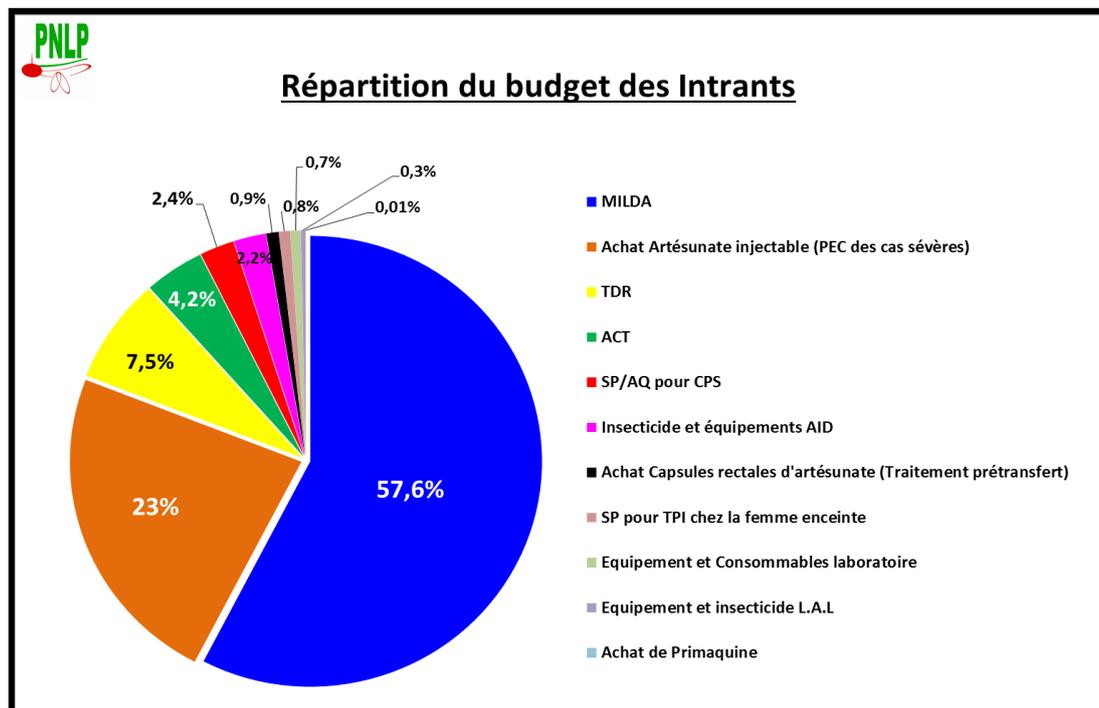


La structuration du budget par domaine d'intervention répond aux exigences du PNLP et de ses partenaires en termes de bonne planification et de répartition des ressources. Ainsi, la plus grande partie du budget en dehors de l'acquisition des intrants est consacrée à la LAV (18%), à la gestion des approvisionnements et des stocks (14%) et aux interventions pour la communication et la promotion de la santé (12%). Dix pour cent du budget global est consacré à la gestion du PNLP. Le budget du suivi/évaluation est de 16% rapporté au budget total des interventions mais rapporté au budget global il n'est que de 7%.

4) Répartition du budget des intrants

En termes d'acquisition en intrants, les MILDA occupent 58% du budget du fait des deux campagnes de CU prévues dans les cinq années couvertes par le présent PSN. L'achat d'artésunate pour la prise en charge des cas sévères prend ensuite l'autre part importante du budget consacré aux intrants (23%).

5) Gap du PSN 2016-2020



En terme de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du présent PSN, 28% du budget est disponible au niveau du PNLP. Ce montant de 30 800 751 063 F CFA concerne seulement les années 1 et 2 du PSN. Les plus grands efforts de recherche de financement (72% du budget) se feront ainsi pour recouvrir les besoins restants des deux premières années et les années 3, 4 et 5 du PSN où aucun engagement financier n'est pour le moment noté.

ANNEES	Budget FCFA	Financements disponibles FCFA	GAP FCFA	% du GAP
2016	24 097 093 196	17 829 762 287	6 267 330 910	26,01%
2017	17 262 093 304	12 970 988 776	4 291 104 528	24,86%
2018	32 452 357 571	0	32 452 357 571	100,00%
2019	20 811 737 397	0	20 811 737 397	100,00%
2020	16 231 276 138	0	16 231 276 138	100,00%
TOTAL	110 854 557 606	30 800 751 063	80 053 806 543	
		27,78%	72,22%	

Chapitre VI : Mécanismes de Suivi /Evaluation

A. Les cadres de Suivi/Evaluation

B. Le système de gestion des données

C. Les mécanismes de coordination du Suivi/Evaluation

A. Les cadres de suivi/évaluation

a) Le cadre logique

Ce cadre permet de faire une interprétation de l'usage rationnel des ressources du PNLN et des buts visés. Ce schéma permet d'identifier et d'illustrer les relations linéaires des intrants, processus, et produits aux résultats du PNLN.

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 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 structures sanitaires Former les agents sur la gestion des stocks Doter les structures en ACT, TDR et SP. Mettre en place les ACT et les TDR dans les sites choisis pour la PECADOM 	<ul style="list-style-type: none"> TDR, SP, quinine, 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. 			Population dort sous MILDA.	
<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.	

b) Le cadre de performance

Un cadre de performance est élaboré pour un suivi du processus, des résultats et de l'impact. Ce cadre de performance définit les indicateurs à chaque niveau depuis le processus, les résultats, les effets et l'impact des interventions. 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.

Tableau : cadre de performance du PNLP

Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence de collecte	Responsable
	baseline	2016	2017	2018	2019	2020				
<i>Indicateurs d'impact</i>										
Taux d'incidence	19% 2014	12%	7%	5%	5%	4,75%	Rapport statistiques PNLP DSIS	routine	Annuelle	PNLP DSIS
Prévalence parasitaire	1,2% 2014	1,1%	1 %	0,8%	0,75%	0,6%	DESC ENP	Enquête	Annuelle 2 ans	ANSD PNLP
Nombre de décès dus au paludisme	500 2014	400	325	250	175	125	Rapport statistiques PNLP DSIS	Routine	Annuelle	PNLP

Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	Méthode	Fréquence de collecte	Responsable
	baseline	2016	2017	2018	2019	2020				
<i>Indicateurs d'effet et de résultats</i>										
Pourcentage de la population de fait ayant accès à une MII dans le ménage	58% 2014	80%	85%	85%	85%	85%	EDSC ENP	Enquête	Annuelle 2 ans	ANSD PNLP
Proportion de ménages possédant au moins une MILDA pour 2 personnes	36,3% 2014	80%	85%	85%	85%	85%	EDSC ENP	Enquête	Annuelle 2 ans	ANSD PNLP
Proportion de la population qui a dormi sous MILDA	52% 2014	70%	85%	85%	85%	85%	EDSC ENP	Enquête	Annuelle 2 ans	ANSD PNLP
Proportion d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi la nuit précédente sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	54,4% 2014	70%	80%	85%	85%	85%	EDSC ENP	Enquête	Annuelle 2 ans	ANSD PNLP
Proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide* la nuit précédente	52% 2014	70%	85%	85%	85%	85%	EDSC ENP	Enquête	Annuelle 2 ans	ANSD PNLP

Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	méthode	Fréquence de collecte	Responsable
	baseline	2016	2017	2018	2019	2020				
Proportion de la population protégée par l'AID dans les zones ciblées	97,4% 2015	90%	90%	90%	90%	90%	Rpt AID	Routine	annuelle	Agence d'exécution/ PNLP
Pourcentage de gîtes larvaires productifs traités dans les zones ciblées	0% 2015	95%	95%	95%	95%	95%	Rpt LAL	Routine	annuelle	PNLP
Proportion de femmes enceintes ayant pris trois doses de SP conformément aux directives	2,5% 2014	50%	55%	70%	75%	80%	EDSC ENP Rapport PNLP/DSIS	Enquête Routine	Annuelle 2ans	ANSD PNLP
Pourcentage d'enfants de 3 mois à 10 ans ayant bénéficié de tous les passages de CPS	91% 2015	95%	95%	95%	95%	95%	Rapport CPS_PNLP	Routine	Annuelle	PNLP
Taux de réalisation de test des cas suspects de paludisme	96,5% 2014	97,5%	98,5%	99%	99,5%	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	93 2013	98	98	98	98	98	Rapport PNLP Rapport Supervison	Routine 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% 2014	100%	100%	100%	100%	100%	Rprt PNLP	Routine	annuelle	PNLP
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans référés pour paludisme grave ayant reçu un traitement pré transfert au rectoscaps	50% 2014	60%	80%	90%	95%	100%	Rprt PNLP	Routine	annuelle	PNLP
Proportion de structures sanitaires n'ayant pas connu une rupture d'ACT supérieure à 7 j par trimestre (période de reporting)	99% 2014	100%	100%	100%	100%	100%	Rprt PNLP	Routine	annuelle	PNLP
Pourcentage de la population connaissant le traitement ou les mesures préventives contre le paludisme	Pas de donné es dispon ibles	60%	65%	70%	75%	80%	ENP	Enquête	2 ans	PNLP
Pourcentage de la population connaissant le traitement ou les mesures préventives contre le paludisme	ND	60%	65%	70%	75%	80%	EDS	Enquête	annuelle	PNLP
Pourcentage de structures ayant transmis les rapports et à temps (Taux de complétude et de promptitude)	94,01% 2014	95%	96%	97%	98%	99%	Rapports PNLP	Routine	Annuelle	PNLP
Taux de détection des épidémies au niveau des zones vertes selon les directives nationales	NA 2014	100%	100%	100%	100%	100%	Rapports PNLP	Routine	Annuelle	PNLP
Pourcentage des cas qui font l'objet d'une enquête complète (documentation, investigation) au niveau des zones ciblées dans les 7jours	NA 2014	80%	80%	85%	85%	90%	Rapports PNLP	Routine	Annuelle	PNLP

Indicateurs	Baseline et cibles						Sources	méthode	Fréquence de collecte	Responsable
	baseline	2016	2017	2018	2019	2020				
% des foyers ont fait l'objet d'une enquête complète (documentation, investigation) au niveau des zones ciblées dans les 7 jours	NA 2014	70%	75%	80%	80%	80%	Rapports PNLP	Routine	Annuelle	PNLP
Pourcentage d'épidémies maîtrisées dans les deux semaines suivant leur détection	NA 2014	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport PNLP	Routine	Annuelle	PNLP
Taux d'absorption des montants mobilisés	77 2014	80	83	75	85	90	Rapports annuel PNLP	routine	annuelle	PNLP
Taux de réalisation des activités	90 2014	90	90	90	90	90	Rapports annuel PNLP	routine	annuelle	PNLP

c) La matrice des indicateurs

La liste des indicateurs de suivi/évaluation du PSN a été retenue sur la base des indicateurs proposés au niveau international et après un large consensus entre les divers intervenants. Ce qui a permis de formuler de façon précise les indicateurs. Toutes les interventions majeures disposent d'indicateurs permettant de suivre les progrès réalisés (voir annexe).

B. Le système de gestion des données

Le MSAS dispose d'un système d'informations de routine structuré qui permet de fournir à temps réel l'information nécessaire à la prise de décision, à la gestion des programmes sanitaires et au développement des systèmes de santé. L'intégration des données du PNLP dans le nouveau logiciel (DHIS2) du MSAS permettra une meilleure organisation de la collecte à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cette plateforme intégrera également les données du niveau communautaire et du secteur privé garantissant ainsi une meilleure complétude des données à l'échelle nationale

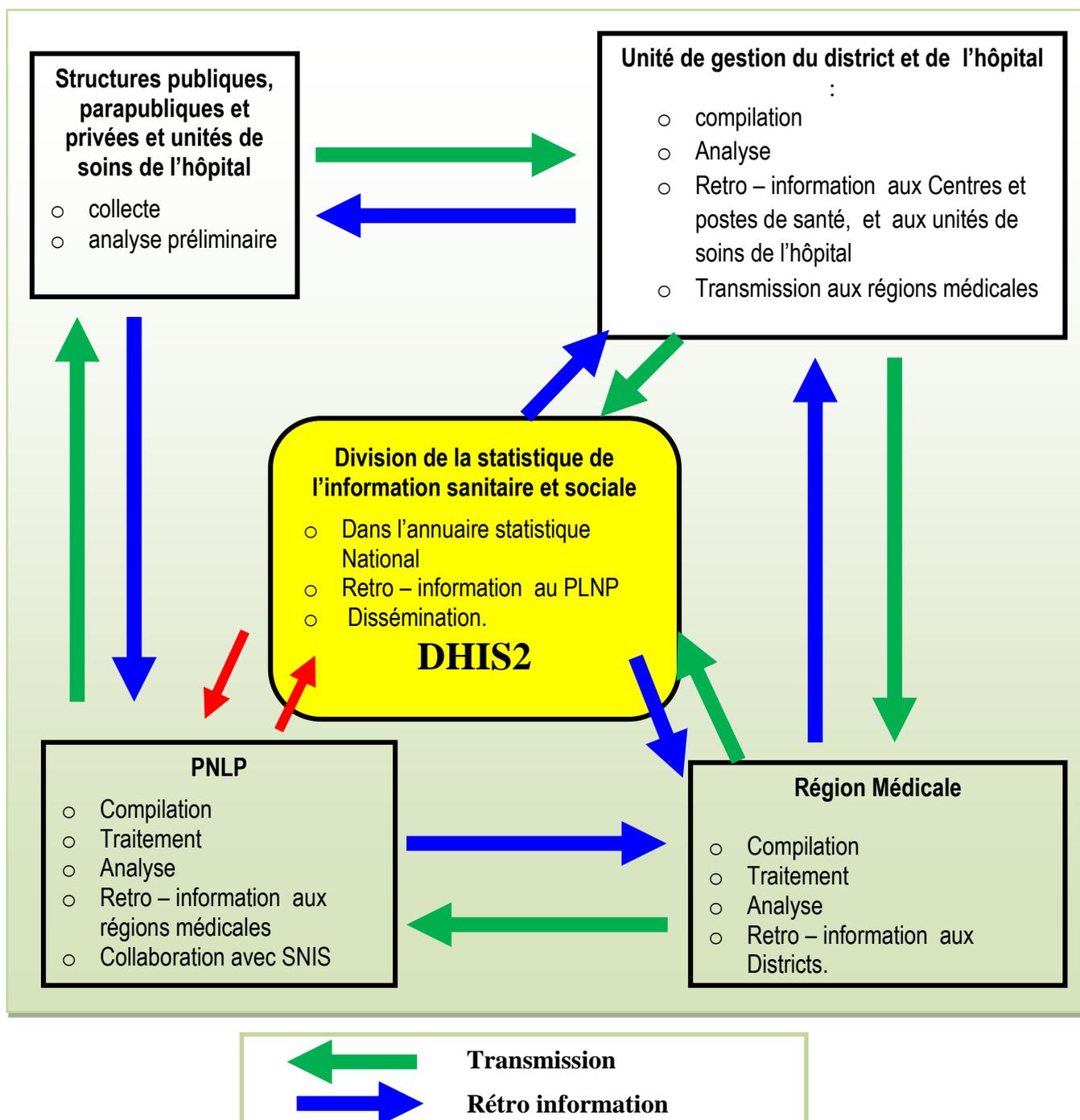
Du point de vue de l'organisation, c'est au niveau opérationnel qu'on retrouve les outils d'enregistrement des cas, de prestations préventives et de prise en charge des patients.

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 PNLP. Pour une meilleure gestion des données opérationnelles, une base de données a été mise en place au niveau des districts sanitaires, des hôpitaux et des garnisons militaires.

Les données collectées dans le cadre de la routine empruntent un circuit clairement défini et qui respecte la configuration du système de santé. Le circuit ci-dessous représente les différentes voies de transmission des données.

Figure n° 20: circuit de remontée de l'information du PNLP



C. Les mécanismes de coordination du suivi/évaluation

Pour atteindre les objectifs du PSN 2016-2020, le PNLP doit disposer d'un système performant de mesure des indicateurs et relever le défi de rendre disponible à temps opportun les informations sur le déroulement des activités et leur efficacité. Ces efforts permettront sans nul doute d'assurer le suivi des interventions et de répondre aux obligations de rendre compte non seulement aux décideurs mais aussi aux bénéficiaires.

L'ensemble du personnel du PNLP participe à la mise en œuvre des activités de S/E. Cependant un bureau est chargé de coordonner toutes les activités en rapport avec ce domaine d'intervention.

Une commission technique suivi/évaluation incluant les partenaires est mise en place pour compiler, étudier et faire des propositions sur les activités de supervision, de collecte et de contrôle de qualité des données. Il formule aussi des propositions de solutions par rapport aux questions soulevées lors des revues et des missions de supervision.

Chaque année une évaluation du PTA sera organisée pour évaluer les performances mais aussi procéder à l'élaboration du PTA de l'année suivante. Une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale du PSN seront également organisées conformément aux recommandations de RBM.

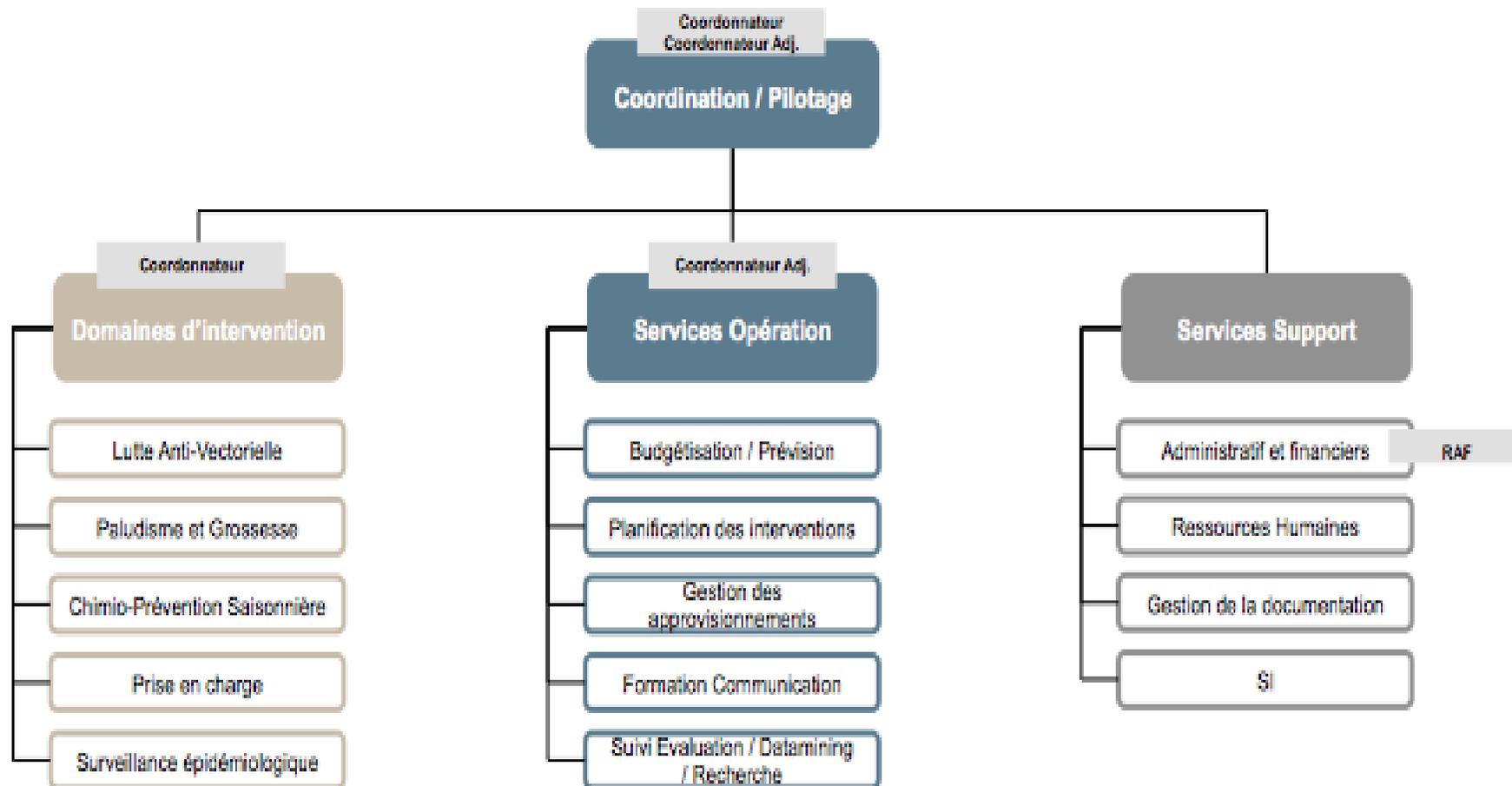
Conclusion

Le PNLP s'est inscrit à l'instar des programmes du MSAS, dans la dynamique de respect des engagements pris tant au sein du ministère qu'avec les partenaires au développement. L'approche inclusive et participative qui a conduit tout le processus d'élaboration de ce PSN est une marque de la volonté et de l'engagement du PNLP à participer pleinement à l'atteinte des objectifs du PNDS en particulier et des objectifs du Plan Sénégal Emergent en général.

Le respect des principes directeurs énumérés dans ce document est un gage de succès dans la mise en œuvre des interventions spécifiques identifiées dans chaque domaine de prestation de service du PNLP. Ces principes passent entre autre par le respect de la multisectorialité, de la transparence, de la solidarité, de l'équité et du genre. Les mécanismes de coordination, de mise en œuvre et de suivi/évaluation identifiés dans ce PSN, permettront avec une bonne approche de mobilisation des ressources, d'atteindre les résultats escomptés dans la lutte contre le paludisme au Sénégal en vue de son élimination.

- **ANNEXES** -

Organigramme de l'unité de coordination du PNL :



Plan d'action et Budget

Domaine d'intervention /Stratégies		Gestion du Programme					
N° Activités	Budget annuel en FCFA						
	Objectif spécifique	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL 5 ANS
	Interventions						
	Activités						
Objectif spécifique : Renforcer les capacités managériales et opérationnelles à tous les niveaux							
Intervention 1 : Réactualisation de la politique nationale de lutte contre le paludisme.							
Act 1	Recruter 1 consultant pour assister le PNLP dans l'élaboration du document de politique de lutte contre le paludisme (1 consultant pendant 40 jours)	5 000 000	0	0	0	0	5 000 000
ACT 2	Organiser 1 atelier de rédaction du document de politique nationale de lutte contre le paludisme (un atelier de 50 personnes pendant 5 jours)	8 890 460	0	0	0	0	8 890 460
Act 2.1	Organiser 1 atelier de validation du document de politique nationale de lutte contre le paludisme (un atelier de 50 personnes pendant 1jour)	2 532 960	0	0	0	0	2 532 960
Act 3	Organiser 1 atelier d'un jour de dissémination du document de politique nationale de lutte contre le paludisme sous la présidence du MSAS (100 participants)	2 877 960	0	0	0	0	2 877 960
Act 4	Organiser 1 atelier de 3 jours d'élaboration d'un document cadre de collaboration entre le PNLP et le secteur privé (50 participants)	6 775 460	0	0	0	0	6 775 460
Act 5	Reproduire le document de politique nationale de lutte contre le paludisme en 5000 exemplaires	12 500 000	0	0	0	0	12 500 000
Act 6	Tenir 1 point de presse pour lancer la dissémination du nouveau document de politique nationale de lutte contre le paludisme (PM: Groupe promotion à travers des plateaux télévisés)	800 000	0	0	0	0	800 000
Sous Total Budget Intervention 1		39 376 840	0	0	0	0	39 376 840

Intervention 2 : Renforcement de la coordination du programme							
Act 1	Organiser les réunions statutaires trimestrielles du CCPLP (mise en place comité de suivi, pause-café pour 40 membres, remboursement de transport pour 20 membres)	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	3 000 000
Act 2	Mettre à jour les documents statutaires du CCPLP (réorganisation, signature acte; sans coût)	0	0	0	0	0	0
Act 3	Recruter 1 épidémiologiste au niveau central	12 840 000	12 840 000	12 840 000	12 840 000	12 840 000	64 200 000
Act 4	Organiser des réunions de coordination trimestrielles d'un jour entre l'unité de gestion centrale et les unités avancées (20 participants)	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	3 000 000
Act 5	Mettre en place 1 cadre de collaboration formel entre le PNL, la DSRSE et la cellule santé communautaire (élaborer un acte formel signé par le DGS)	0	0	0	0	0	0
Act 6	Appuyer les 14 régions médicales dans l'animation des cadres de concertation régionale pour une meilleure prise en charge du paludisme (pause-café pour 50 personnes 2 fois par an jusqu'à la fin du plan)	2 100 000	2 100 000	2 100 000	2 100 000	2 100 000	10 500 000
Sous Total Budget Intervention 2		16 140 000	16 140 000	16 140 000	16 140 000	16 140 000	80 700 000
Intervention 3 : Renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux							
Act 1	Mettre en œuvre les 17 recommandations de l'audit organisationnel de l'unité de coordination (élaboration du plan d'action, budgétisation du plan d'action, mobilisation de ressources pour le plan d'action)	0	0	0	0	0	0
Act 2	Mettre à jour de manière permanente le site Web du PNL (assurer les frais d'hébergement, contractualisation pour l'animation)	1 200 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000	6 000 000
Act 3	Recruter 1 spécialiste en communication pour le PNL	11 556 000	11 556 000	11 556 000	11 556 000	11 556 000	57 780 000
Act 4	Recruter 1 assistant en logistique des intrants pour l'unité de coordination	7 704 000	10 272 000	10 272 000	10 272 000	10 272 000	48 792 000

Act 5	Renforcer l'équipe du BFPR par 1 médecin et 2 techniciens supérieurs	15 408 000	20 544 000	20 544 000	20 544 000	20 544 000	97 584 000
Act 6	Renforcer le Bureau SE de 2 techniciens supérieurs	11 556 000	15 408 000	15 408 000	15 408 000	15 408 000	73 188 000
Act 7	Organiser chaque année 2 cours de paludologie à l'intention des MCR, MCD et MCDA (20 participants par session de 21 jours)	69 450 000	69 450 000	69 450 000	69 450 000	69 450 000	347 250 000
Act 8	Organiser chaque année 2 cours de paludologie à l'intention des Superviseurs/SSP (25 participants par session de 14 jours)	49 250 000	49 250 000	49 250 000	49 250 000	49 250 000	246 250 000
Sous Total Budget Intervention 3		166 124 000	177 680 000	177 680 000	177 680 000	177 680 000	876 844 000
Intervention 4 : Décentralisation de la lutte contre le paludisme							
Act 1	Tenir 14 ateliers régionaux de trois jours d'élaboration de plans triennaux de lutte contre le paludisme (50 participants par région, 1 appui du PNLP)	5 728 800	0	0	5 728 800	0	11 457 600
Act 2	Assurer la participation du PNLP à l'élaboration des PTA des 14 régions médicales (1 membre du PNLP dans chaque région pendant 3 jours)	4 678 800	4 678 800	4 678 800	4 678 800	4 678 800	23 394 000
Act 3	Mettre en place 3 unités avancées du PNLP (1 médecin paludologue, 1 technicien supérieur, 1 assistant administratif, 1 gestionnaire de données, 1 chauffeur)	0	0	0	0	0	0
Act 4	Assurer le fonctionnement des 3 unités avancées du PNLP (salaires)	26 082 000	34 776 000	34 776 000	34 776 000	34 776 000	165 186 000
Act 5	Equiper les 3 unités avancées en matériels et logistique (1 véhicule, 4 packages informatiques)	62 308 000	0	0	0	62 308 000	124 616 000
Act 6	Orienter en 5 jours les équipes (4 personnes par équipe) des 3 unités avancées sur la gestion des projets (administration, finances, management, leadership)	4 480 000	0	0	0	0	4 480 000

Act 7	Orienter en 5 jours les équipes (4 personnes par équipe) des 3 unités avancées sur les stratégies de lutte contre le paludisme	4 480 000	0	0	0	0	4 480 000
Sous Total Budget Intervention 4		107 757 600	39 454 800	39 454 800	45 183 600	101 762 800	333 613 600
Intervention 5 : Renforcement du Partenariat Public Privé dans la lutte contre le paludisme							
Act 2	Organiser annuellement un atelier de 2 jours (week-end) d'élaboration d'un plan d'action intégré avec les partenaires du secteur privé (100 participants)	1 775 000	1 775 000	1 775 000	1 775 000	1 775 000	8 875 000
Act 3	Mettre en place un cadre de rencontre semestrielle entre le CCPLP et les partenaires du secteur privé (50 participants, reddition des comptes et partage des performances)	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	5 000 000
Act 4	Elargir le Cadre de Concertation des Partenaires de Lutte contre le Paludisme aux partenaires du secteur privé (jusqu'à présent les partenaires n'étaient pas encore membres du CCPLP, note de service à rédiger par le coordonnateur)	0	0	0	0	0	0
Act 5	Organiser une rencontre d'1 jour avec l'association des médecins d'entreprises afin de les sensibiliser sur la collaboration avec le PNLP (après midi scientifique : 20 participants)	362 500	0	0	0	0	362 500
Act 6	Organiser 1 atelier d'orientation d'1 jour (après midi scientifique) à l'intention de tous les médecins d'entreprises sur les directives de lutte contre le paludisme (50 participants)	387 500	0	0	0	0	387 500
Act 7	Appuyer les ateliers de formation d'1 jour à l'intention des paramédicaux des entreprises sur les directives de lutte contre le paludisme (200 participants)	0	10 520 000	0	0	0	10 520 000
Act 8	Organiser une rencontre d'1 jour avec la section B de l'ordre des médecins et le syndicat des médecins privés afin de les sensibiliser sur la collaboration avec le PNLP (après midi scientifique : 20 participants, les doter de documents nécessaires et à leur charge de les diffuser auprès de leurs collègues avec l'appui et le suivi du PNLP)	1 052 500	0	0	0	0	1 052 500

Act 9	Organiser une rencontre d'1 jour avec le syndicat des pharmaciens privés afin de les sensibiliser sur la collaboration avec le PNL (après midi scientifique : 20 participants doter de documents nécessaires et à leur charge de les diffuser auprès de leurs collègues avec l'appui et le suivi du PNL)	1 052 500	0	0	0	0	1 052 500
Act 10	Organiser chaque année 1 atelier d'orientation d'un jour (après midi scientifique) à l'intention des médecins et pharmaciens privés sur les directives de lutte contre le paludisme (50 personnes par session et par année)	700 000	700 000	700 000	700 000	700 000	3 500 000
Act 11	Mettre à la disposition des officines privées des tests de diagnostic rapide (PM, voir GAS)	0	PM	PM	PM	PM	0
Act 12	Mettre à la disposition des officines privées des MILDA (PM, voir GAS)	0	PM	PM	PM	PM	0
Sous Total Budget Intervention 5		6 330 000	13 995 000	3 475 000	3 475 000	3 475 000	30 750 000
Intervention 6 : Gestion du programme au niveau des zones transfrontalières							
Act 1	Organiser des réunions annuelles de travail de 2 jours avec les PNL des pays frontaliers (Organisation à tour de rôle, Sénégal, Gambie, Guinée Bissau, République de Guinée, Mali, Mauritanie : 3 participants par pays)	4 350 000	4 350 000	4 350 000	4 350 000	4 350 000	21 750 000
Act 2	Appuyer chaque semestre 10 réunions de travail de 2 jours entre les districts frontaliers (prévoir un forfait pour appui, choisir des districts pilotes afin de documenter les expériences transfrontalières)	2 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	18 000 000
Act 3	Organiser 5 visites du PNL Sénégal vers les équipes des pays frontaliers : Mauritanie, Guinée Bissau, République de Guinée, Mali, Gambie (prévoir un forfait) 5JOURS	6 250 000	6 250 000	6 250 000	6 250 000	6 250 000	31 250 000
Sous Total Budget Intervention 6		12 600 000	14 600 000	14 600 000	14 600 000	14 600 000	71 000 000
Intervention 7 : Fonctionnement de l'unité de coordination centrale							

Act 1	Assurer la participation des agents du PNLN aux réunions et échanges internationaux (3 réunions par an pour 4 personnes)	36 000 000	36 000 000	36 000 000	36 000 000	36 000 000	180 000 000
Act 2	Assurer le carburant de fonctionnement du PNLN (3000 litres super par an, 8000 litres gasoil par an)	35 860 000	35 860 000	35 860 000	35 860 000	35 860 000	179 300 000
Act 3	Assurer tous les 2 mois les frais de fonctionnement de l'unité de coordination (téléphone, eau et électricité)	10 200 000	10 200 000	10 200 000	10 200 000	10 200 000	51 000 000
Act 4	Aménager 4 nouveaux bureaux pour le personnel complémentaire (cloisonnement d'espace afin d'augmenter le nombre de bureaux)	32 800 000	0	0	0	0	32 800 000
Act 5	Renouveler le matériel informatique de l'unité de coordination toutes les 3 années	0	0	0	25 000 000	0	25 000 000
Act 6	Renouveler le parc automobile de l'unité de coordination (6 véhicules 4x4: 3 en An1 et 3 en An3)	125 000 000	0	0	125 000 000	0	250 000 000
Act 7	Assurer l'entretien et d'assurance du parc automobile	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	125 000 000
Act 8	Assurer la maintenance semestrielle des unités informatiques et matérielles de froid	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	15 000 000
Act 9	Couvrir les frais d'entretien et d'assurance des dispositifs mobiles de stockage	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	60 000 000
Act 10	Effectuer l'inventaire annuel des stocks au niveau de la PNA, des 11 PRA et des 76 districts sanitaires	0	PM	PM	PM	PM	0
Act 11	Financer l'audit annuel externe des Principaux Récipiendaires et des Sous Récipiendaires	7 000 000	7 000 000	7 000 000	7 000 000	7 000 000	35 000 000
Act 12	Assurer annuellement les frais d'assurance maladie du personnel du PNLN	18 500 000	18 500 000	18 500 000	18 500 000	18 500 000	92 500 000

Act 13	Assurer chaque année la formation des agents de l'unité de coordination (renforcement de capacité)	75 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	135 000 000
Act 14	Organiser 3 ateliers de 2 jours de renforcement des capacités des 76 gestionnaires des districts sanitaires et 14 gestionnaires des RM (30 participants par session)	15 706 600		15 706 600		15 706 600	47 119 800
Act 15	Organiser 2 missions annuelles de supervision des DS et RM sur la gestion administrative et financière	10 147 200	10 147 200	10 147 200	10 147 200	10 147 200	50 736 000
Act 16	Assurer chaque année le renouvellement des fournitures de bureau et consommables informatiques	6 812 500	6 812 500	6 812 500	6 812 500	6 812 500	34 062 500
Act 17	Assurer toutes les 3 années le renouvellement du mobilier et équipements de bureau	42 000 000	0	0	42 000 000	0	84 000 000
Act 18	Assurer chaque année les véhicules du PNLP (Assurances)	7 800 000	7 800 000	7 800 000	7 800 000	7 800 000	39 000 000
Act 19	Assurer le paiement mensuel des agents du PNLP (salaires et émoluments) (En tenant compte des augmentations annuelles).	350 000 000	353 500 000	357 000 000	360 500 000	364 000 000	1 785 000 000
Sous Total Budget Intervention 7		812 826 300	540 819 700	560 026 300	739 819 700	567 026 300	3 220 518 300
Total Budget Objectif Spécifique :		1 161 154 740	802 689 500	811 376 100	996 898 300	880 684 100	4 652 802 740
Total Budget Domaine d'intervention /Stratégies : Gestion du Programme		1 161 154 740	802 689 500	811 376 100	996 898 300	880 684 100	4 652 802 740
		2016	2017	2018	2019	2020	PSN: GP

Domaine d'intervention /Stratégies		Gestion des Approvisionnement et Stock					
N° Activités	Budget annuel en FCFA						
	Objectif spécifique	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL 5 ANS
	Interventions						
Activités							
Objectif spécifique : Assurer une disponibilité permanente en médicaments (ACT, SP, Primaquine, Quinine, Arthésunate, Artéméther, Rectocaps) et produits de lutte contre le paludisme (MILDA et TDR) pour au moins 99% des structures.							
Intervention 1 : Formation (Renforcement de capacités)							
Act 1	Orienter les 15 ECD des RM de Tamba, Ziguinchor et Sédhiou en une session de 2 jours sur la gestion des achats et des stocks avec les manuels révisés	4 540 812	0	0	0	0	4 540 812
Act 2	Former les ICP/Major et SFE des 266 postes et centres de santé des RM de Tamba, Ziguinchor et Sédhiou en 10 sessions de 1 jour sur la gestion des achats et des stocks avec les manuels révisés	5 970 565	0	0	0	0	5 970 565
Act 3	Former les dépositaires des 15 districts et des 266 structures (postes et centres de santé) des RM de Tamba, Ziguinchor et Sédhiou en 10 sessions de 03 jours sur la gestion des achats et des stocks avec les manuels révisés	17 911 695	0	0	0	0	17 911 695
Act 4	Recycler en 2019, les dépositaires des 21 districts et des 401 structures (postes et centres de santé) des RM de Tamba, Ziguinchor Sédhiou, Kolda, Kédougou en 14 sessions d'un jour sur la gestion des achats et des stocks	0	0	0	7 884 800	0	7 884 800
Sous Total Budget Intervention 1		28 423 072	0	0	7 884 800	0	36 307 872
Intervention 2 : Suivi et système d'information de gestion logistique							
Act 1	Organiser au 2ème trimestre de chaque année une supervision du Magasin central de la PNA et des 11 PRA	3 276 870	3 276 870	3 276 870	3 276 870	3 276 870	16 384 350
Act 2	Collecter, chaque mois, auprès de la PNA, le panorama des stocks	0	PM	PM	PM	PM	0

Act 3	Participer à l'inventaire annuel organisé par la PNA	2 914 775	2 914 775	2 914 775	2 914 775	2 914 775	14 573 875
Act 4	Collecter, chaque trimestre, les maquettes de suivi des transferts et distribution au niveau des PRA	0	PM	PM	PM	PM	0
Act 5	Collecter, chaque trimestre lors des revues, les maquettes de suivi des consommations et des stocks au niveau des districts	0	PM	PM	PM	PM	0
Act 6	Contractualiser avec un cabinet pour la mise en place d'un système moderne de suivi des stocks dans les régions de Kédougou, Sédhiou, et les districts de Vélingara et Médina Yoro Foulah	114 883 360	0	0	0	0	114 883 360
Act 8	Doter 122 structures (EPS, Dépôt district, dépôt poste de santé et centre de santé) de téléphones portables pour la remontée des données logistiques	5 209 100	0	0	0	0	5 209 100
Act 7	Former 122 agents (EPS, Dépôt district, dépôt poste de santé et centre de santé) en 08 sessions d'un jour sur le formulaire électronique de collecte et d'envoi des données sur les stocks des intrants	8 098 242	0	0	0	0	8 098 242
Act 8	Organiser une supervision trimestrielle des dépôts des régions du Sud Sud-Est (5 régions)	34 419 360	34 419 360	34 419 360	34 419 360	34 419 360	172 096 800
Sous Total Budget Intervention 2		168 801 707	40 611 005	40 611 005	40 611 005	40 611 005	331 245 727
Intervention 3 : Quantification des intrants							
Act 1	Organiser chaque année un atelier de quantification des besoins, dans toutes les 14 régions	11 710 340	11 710 340	11 710 340	11 710 340	11 710 340	58 551 700
Act 2	Organiser chaque année un atelier national de compilation des besoins réajustés	2 305 000	2 305 000	2 305 000	2 305 000	2 305 000	11 525 000
Sous Total Budget Intervention 3		14 015 340	14 015 340	14 015 340	14 015 340	14 015 340	70 076 700
Intervention 4 : Achats/Acquisition d'intrants							
Act 1	Achat de 8,842,953 MILDA pour les campagnes de masse CU MILDA	0	0	17 256 775 195	0	0	17 256 775 195

Act 2	Achat de 7,594,951 MILDA pour la distribution de routine	5 950 449 997	3 677 238 589	1 331 736 788	3 861 908 474	1 331 736 788	16 153 070 637
Act 3	Achat SP 9,074,350 doses de SP pour le TPI chez la femme enceinte	86 023 007	88 345 628	90 730 960	93 116 292	95 501 624	453 717 509
Act 4	Achat ACT	352 938 000	517 092 150	517 092 150	517 092 150	517 092 150	2 421 306 602
Act 5	Achat de Primaquine 75 000 TTT par an.	1 012 500	1 012 500	1 012 500	1 012 500	1 012 500	5 062 500
Act 6	Acquérir 12,500,000 TDR pour les formations sanitaires publiques	875 000 000	875 000 000	875 000 000	875 000 000	875 000 000	4 375 000 000
Act 7	Achat SP/AQ pour la CPS	280 000 000	280 000 000	280 000 000	280 000 000	280 000 000	1 400 000 000
Act 8	Acquérir 25,000 capsules rectales d'Arthésunate pour le traitement pré transfert	100 000 000	100 000 000	100 000 000	100 000 000	100 000 000	500 000 000
Act 9	Acquérir 200,000 doses d'Arthésunate injectable pour la PEC des cas sévères	2 700 000 000	2 700 000 000	2 700 000 000	2 700 000 000	2 700 000 000	13 500 000 000
Act 10	Acquérir 20 microscopes binoculaires et 40 compteurs à 2 touches tous les 2ans	0	35 000 000	0	35 000 000	0	70 000 000
Act 11	Acquérir les consommables de labo pour le diagnostic microscopique	68 000 000	68 000 000	68 000 000	68 000 000	68 000 000	340 000 000
Act 12	Achat Pesticides équipements et matériels AID	377 309 698	445 262 981	480 062 981	0	0	1 302 635 660
Act 13	Achat matériel fournitures et logistique Lutte anti larvaire	10 969 998	32 910 000	43 880 000	0	0	87 759 998
Act 14	Achat Insecticides pour la Lutte anti larvaire	21 343 880	21 343 880	21 343 880	21 343 880	21 343 880	106 719 400
Act 15	Payer à la PNA les frais de gestion (3% des montants investis à l'achat des intrants)	681 021 875	263 193 301	266 484 178	834 779 264	273 135 747	2 318 614 364

Sous Total Budget Intervention 4		11 504 068 955	9 104 399 029	24 032 118 631	9 387 252 560	6 262 822 690	60 290 661 865
Intervention 5 : Coordination avec PNA et partenaires							
Act 1	Participer, chaque année, aux 2 réunions de la plateforme PNA-Programmes, au 1er et 3ème trimestre	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	2 500 000
Act 2	Participer, chaque année, aux 2 réunions de la plateforme PNA-Programmes élargies aux partenaires au 2ème et 4ème trimestre)	0	PM	PM	PM	PM	0
Act 3	Organiser au 1er trimestre de chaque année, avec les PTF, une réunion de planification des achats et livraison des intrants PNL	500 000	500 000	1 000 000	2 000 000	4 000 000	8 000 000
Act 4	Organiser une réunion de révision du protocole d'accord PNA/PNL	250 000	0	250 000	0	500 000	1 000 000
Sous Total Budget Intervention 5		1 250 000	1 000 000	1 750 000	2 500 000	5 000 000	11 500 000
Intervention 6 : Renforcement des capacités de stockage et de transport des intrants							
Act 1	Doter 20 districts de container pour le stockage des intrants	88 800 000	0	0	0	0	88 800 000
Act 2	Acheter 2 pick up pour les livraisons PRA-Districts	60 000 000	0	0	0	0	60 000 000
Sous Total Budget Intervention 6		148 800 000	0	0	0	0	148 800 000
Intervention 7 : Planification et régularité des transferts des intrants du niveau central vers le niveau régional							
Act 1	Appuyer les PRA des régions de Kolda, Kédougou, Sédhiou, Tamba et Ziguinchor pour la régularité des transferts mensuels des intrants depuis la PNA	4 092 864	4 092 864	4 092 864	4 092 864	4 092 864	20 464 320

Sous Total Budget Intervention 7		4 092 864	4 092 864	4 092 864	4 092 864	4 092 864	20 464 320
Intervention 8 : Planification et régularité des livraisons des intrants au district, PPS et sites communautaires de PEC							
Act 1	Appuyer les districts des régions Kolda Kédougou, Sédhiou, Tamba et Ziguinchor pour l'enlèvement de leur commande à la PRA et la distribution aux postes et sites communautaires de PEC	7 571 223	7 571 223	7 571 223	7 571 223	7 571 223	37 856 114
Sous Total Budget Intervention 8		7 571 223	7 571 223	7 571 223	7 571 223	7 571 223	37 856 114
Intervention 9 : Surveillance de la qualité, de l'efficacité et de l'innocuité des médicaments et produits de la lutte contre le paludisme							
Act 1	Doter la PNA, les PRA et les dépôts de district 100 appareils enregistreurs de la température et de l'humidité	50 000 000	25 000 000	0	25 000 000	0	100 000 000
Act 2	Contrôler à la réception au niveau central les médicaments antipaludiques avec le LNCM	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	40 000 000
Act 3	Contrôler une fois par an les médicaments antipaludiques au niveau opérationnel avec le LNCM	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	75 000 000
Act 4	Mener la pharmacovigilance active après l'introduction de la primaquine	7 000 000	7 000 000	7 000 000	7 000 000	7 000 000	35 000 000
Act 5	Appuyer chaque année la mise en œuvre des activités de pharmacovigilance	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
Act 6	Mener chaque année le suivi de l'efficacité des antipaludiques au niveau des sites sentinelles	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	100 000 000
Act 7	Assurer le SUIVI DE LA DURABILITE ET DE L'EFFICACITE DES MILDA	26 906 200	26 906 200	26 906 200	26 906 200	26 906 200	134 531 000
Act 8	Assurer un contrôle de qualité de l'insecticide LAL	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	5 000 000

Sous Total Budget Intervention 9		137 906 200	112 906 200	87 906 200	112 906 200	87 906 200	539 531 000
Intervention 10 : Politique et Documents GAS							
Act 1	Elaborer, au 2eme trimestre 2016, le plan GAS 2016-2020 qui sera révisé en 2019	5 000 000	0	0	5 000 000	0	10 000 000
Act 2	Organiser, entre le 3ème et le 4ème trimestre 2016, dans chaque RM une réunion de partage du plan GAS	0	0	0	0	0	0
Act 3	Doter les 396 dépôts (de district, de postes et centres de santé) de manuels des procédures, manuel de formation et fiche technique	9 350 000	0	0	0	0	9 350 000
Act 4	Orienter les pharmaciens des EPS des RM et DS en une session de 2 jours sur la gestion des achats et des stocks avec les manuels révisés	5 860 000	0	0	0	0	5 860 000
Sous Total Budget Intervention 10		20 210 000	0	0	5 000 000	0	25 210 000
Intervention 11 : Distribution des MILDA							
Act 1	Assurer la distribution de routine des MILDA	418 641 958	418 641 958	418 641 958	418 641 958	418 641 958	2 093 209 788
Act 2	Appuyer la mise en œuvre de la campagne CU MILDA de 2016	360 000 000	0	0	0	0	360 000 000
Act 3	Assurer le SUIVI DE LA DURABILITE ET DE L'EFFICACITE DES MILDA	26 906 200	26 906 200	26 906 200	26 906 200	26 906 200	134 531 000
Sous Total Budget Intervention 11		805 548 158	445 548 158	445 548 158	445 548 158	445 548 158	2 587 740 788
Total Budget Objectif Spécifique : Assurer une disponibilité permanente en médicaments et produits de lutte contre le paludisme		12 840 687 518	9 730 143 818	24 633 613 421	10 027 382 150	6 867 567 479	64 099 394 386
Total Budget Domaine d'intervention /Stratégies : Gestion des Approvisionnement et Stock		12 840 687 518	9 730 143 818	24 633 613 421	10 027 382 150	6 867 567 479	64 099 394 386

2016	2017	2018	2019	2020	PSN: GAS
------	------	------	------	------	----------

Domaine d'intervention /Stratégies	Diagnostic et traitement
---	---------------------------------

N° Activités	Budget annuel en FCFA						
	Objectif spécifique	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL 5 ANS
	Interventions						
	Activités						
Objectif spécifique 1: Introduire la biologie moléculaire dans les zones de pré-élimination							
Intervention 1 : Renforcement des capacités							
Act 1	Orienter tous les 2 ans en 2j les ECR (03 membres) et ECD (03 membres) des zones de faible prévalence sur les techniques de diagnostic du paludisme en zone de pré-élimination	4 500 000	0	4 500 000	0	4 500 000	13 500 000
Act 2	Former / Recycler tous les ans en 6j les techniciens (01 par district et par EPS) des 20 districts et 6 EPS de la zone de pré-élimination sur les techniques de biologie moléculaire	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	30 000 000
Act 3	Former / Recycler tous les ans en 1 session de 3j 30 prestataires (20 districts et 6 EPS) de la zone de pré-élimination sur les techniques de biologie moléculaire	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	150 000 000
Act 4	Former en 1j les 20 enquêteurs de l'EDS continue sur les méthodes de collecte et de conservation de sang sur papier filtre	400 000	400 000	400 000	400 000	400 000	2 000 000

Sous Total Budget Intervention 1		40 900 000	36 400 000	40 900 000	36 400 000	40 900 000	195 500 000
Intervention 2 : Acquisition de matériel et de consommables							
Act 1	Acquérir 20 appareils LAMP et 01 appareil qPCR pour la biologie moléculaire	50 000 000	20 000 000	20 000 000	0	0	90 000 000
Act 2	Acquérir chaque année les consommables pour la biologie moléculaire	30 000 000	0	0	0	0	30 000 000
Sous Total Budget Intervention 2		80 000 000	20 000 000	20 000 000	0	0	120 000 000
Intervention 3 : Mise en œuvre							
Act 3	Contrôler chaque année la qualité des TDR à la réception au niveau central	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	40 000 000
Act 4	Contrôler deux fois par an la qualité des TDR au niveau opérationnel	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
Act 5	Contrôler une fois par an la qualité du diagnostic microscopique	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000
Act 6	Superviser une fois par an les laboratoires des 76 districts, 35 hôpitaux, structures parapublic et privé sur le diagnostic microscopique	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	150 000 000
Sous Total Budget Intervention 3		53 000 000	53 000 000	53 000 000	53 000 000	53 000 000	265 000 000
Total Budget Objectif Spécifique 1 :		173 900 000	109 400 000	113 900 000	89 400 000	93 900 000	580 500 000
Objectif spécifique 2 : Diagnostiquer 100% des cas de paludisme par TDR et/ou microscopie							

Intervention 1: Renforcement des capacités							
Act 1	Former/Recycler en 5 sessions de 5J les techniciens de labo des 76 DS et 35 EPS tous les 2 ans sur le diagnostic microscopique et le TDR	45 000 000	0	45 000 000	0	45 000 000	135 000 000
Act 2	Organiser chaque année une session de 5j du cours national annuel d'accréditation en microscopie à l'endroit de 20 techniciens de laboratoire	11 000 000	11 000 000	11 000 000	11 000 000	11 000 000	55 000 000
Act 3	Former/Recycler en 5 sessions de 5Jours tous les 2 ans 30 techniciens de labo des services de diagnostic parapublics et privés tous les 2 ans sur le diagnostic microscopique et le TDR	30 000 000	0	30 000 000	0	30 000 000	90 000 000
Sous Total Budget Intervention 1		86 000 000	11 000 000	86 000 000	11 000 000	86 000 000	280 000 000
Intervention 2 : Equipement consommables de laboratoire et intrants							
Act 1	Acquérir 20 microscopes binoculaires et 40 compteurs à 2 touches tous les 2ans : cf. GAS	0	PM	PM	PM	PM	0
Act 2	Acquérir les consommables de labo pour le diagnostic microscopique: cf. GAS	0	PM	PM	PM	PM	0
Sous Total Budget Intervention 2		0	0	0	0	0	0
Total Budget Objectif Spécifique 2 :		86 000 000	11 000 000	86 000 000	11 000 000	86 000 000	280 000 000
Objectif spécifique 3 : Traiter 100% des cas confirmés de paludisme selon les directives nationales avec des médicaments antipaludiques sûrs et efficaces							

Intervention 1: Disponibilisation des documents et outils d'aide à la PEC							
Act 1	Organiser un atelier national de 3jours d'élaboration et de validation des modules de formation sur la PEC du paludisme	4 637 116	0	0	0	0	4 637 116
Act 2	Mettre à jour les directives et les outils (fiches techniques, affiches, etc...) de PEC du paludisme	0	0	11 500 000	0	0	11 500 000
Act 3	Reproduire 5000 exemplaires du document de directives, 2000 exemplaires des manuels de formation (1900 manuels du participant et 100 manuel du formateur), 2000 fiches techniques Arthésunate et 500 fiches techniques Primaquine, 2000 affiches Arthésunate	21 000 000	0	0	0	0	21 000 000
Sous Total Budget Intervention 1		25 637 116	0	11 500 000	0	0	37 137 116
Intervention 2: Renforcement des capacités des acteurs des secteurs public et privé							
Act 1	Organiser un atelier de 3jours de formation de 30 formateurs sur la PEC du paludisme	5 268 264	0	0	0	0	5 268 264
Act 2	Organiser un atelier d'orientation de 2jours (après midi scientifique) à l'intention de 35 médecins d'entreprises de Dakar sur les directives de lutte contre le paludisme	3 761 632	0	0	3761632	0	7 523 264
Act 3	Organiser un atelier d'orientation de 2jours à Thiès à l'intention de 30 médecins d'entreprises des autres régions sur les directives de lutte contre le paludisme	3 361 632	0	0	3361632	0	6 723 264
Act 4	Former /recycler 5400 prestataires du privé et du public sur la PEC du paludisme tous les ans (an1 : 1800 ; an2 : 900 ; an3: 900; an 4 : 900 et an5 : 900) en 150 sessions (an1 : 60 avec 15 sessions par trim.; an2 : 30 ; an3 : 30; an4 : 30 et an5 : 30) de 30 participants en 3jours	84 901 200	63675900	42450600	42450600	42 450 600	275 928 900

Act 5	Organiser un atelier de 2jours d'orientation des 30 acteurs du niveau central (autres départements et programmes MSAS) sur la PEC du paludisme	3 361 632	0	0	0	0	3 361 632
Sous Total Budget Intervention 2		100 654 360	63 675 900	42 450 600	49 573 864	42 450 600	298 805 324
Intervention 3 : PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DU PALUDISME							
Act 1	Systématiser l'utilisation de l'Arthésunate injectable dans toutes les structures de PEC du paludisme grave	0	0	0	0	0	0
Act 2	Organiser un atelier de 05j d'introduction de la Primaquine pour la PEC du paludisme simple au niveau des districts cibles	19 272 136	0	0	0	0	19 272 136
Act 3	Etendre le traitement pré-transfert communautaire au niveau des régions de Tamba, Kaolack et Kolda	29 068 360	8 118 440	0	0	0	37 186 800
Act 4	Faire une évaluation annuelle du traitement pré-transfert au niveau national	8 118 440	0	0	0	0	8 118 440
Act 5	Former Recycler 5000 agents communautaires de soins (DSDOM; ASC Matrones) sur la PEC du paludisme	165 000 000	220 000 000	0	0	0	385 000 000
Act 6	Etendre la stratégie PECADOM-daaras au niveau des districts de Touba et Kaolack	20 609 500	7 380 001	0	0	0	27 989 501
Act 7	Etendre la stratégie PECADOM Plus à tous les districts de la zone Sud/ Sud-Est	291 451 264			145 725 632	145 725 632	582 902 528
Sous Total Budget Intervention 3		533 519 700	235 498 441	0	145 725 632	145 725 632	1 060 469 405

Intervention 4: Suivi de la mise en œuvre							
Act 1	Appuyer la supervision mensuelle des DSDOM par les ICP,	162 240 000	162 240 000	162 240 000	162 240 000	162 240 000	811 200 000
Act 2	Appuyer l'organisation d'une réunion bimestrielle des DSDOM au niveau des postes de santé autour des ICP	318 464 000	119 424 000	119 424 000	119 424 000	119 424 000	796 160 000
Act 3	Appuyer la supervision trimestrielle des DSDOM	47 520 000	47 520 000	47 520 000	47 520 000	47 520 000	237 600 000
Act 4	Assurer une supervision semestrielle des DSDOM par la région médicale et le niveau central.	75 465 720	75 465 720	75 465 720	75 465 720	75 465 720	377 328 600
Sous Total Budget Intervention 4		603 689 720	404 649 720	404 649 720	404 649 720	404 649 720	2 222 288 600
Total Budget Objectif Spécifique 3 :		1 263 500 896	703 824 061	458 600 320	599 949 216	592 825 952	3 618 700 445
Total Budget Domaine d'intervention /Stratégies : Diagnostic et traitement		1 523 400 896	824 224 061	658 500 320	700 349 216	772 725 952	4 479 200 445
		2016	2017	2018	2019	2020	PSN: PEC

Domaine d'intervention /Stratégies

Prévention du paludisme chez la femme enceinte

N° Activités	Budget annuel en FCFA						
	Objectif spécifique						TOTAL 5 ANS
	Interventions	2016	2017	2018	2019	2020	
	Activités						
Objectif spécifique : 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							
Act 1	Organiser, chaque année, une réunion de plaidoyer d'1Jour sur la stratégie du TPI avec les autorités gouvernementales, administratives, CL et les partenaires pour assurer la disponibilité de la SP	2 800 000	2 800 000	2 800 000	2 800 000	2 800 000	14 000 000
Act 2	Doter tous les 2 ans les PPS en seaux pour le TDO	75 000 000	0	75 000 000	0	75 000 000	225 000 000
Sous Total Budget Intervention 1		77 800 000	2 800 000	77 800 000	2 800 000	77 800 000	239 000 000
Intervention 2 : Mise en œuvre du TPI							
Act 1	(organiser, en 3 jours, un atelier d'élaboration du plan de relance national du TPI en collaboration avec la DSRSE et les partenaires)	5 737 116	0	0	0	0	5 737 116

Act 2	Organiser, en 3 jours, un atelier d'élaboration des plans de relance du TPI des districts avec les ECD et ECR de chacune des 14 régions (soit 14 sessions de 5 jours)	35 673 904	0	0	0	0	35 673 904
Act 3	Organiser un atelier (de 3 jours de réflexion sur la stratégie de l'administration du TPI au niveau communautaire pour améliorer l'observance	5 737 116	0	0	0	0	5 737 116
Sous Total Budget Intervention 2		47 148 136	0	0	0	0	47 148 136
Intervention 3 : Suivi de la mise en œuvre du TPI							
Act 1	Assurer le suivi semestriel des plans de relance du TPI des districts	26 000 000	26 000 000	26 000 000	26 000 000	26 000 000	130 000 000
Act 2	Organiser un atelier d'évaluation annuelle de la stratégie TPI	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	10 000 000
Sous Total Budget Intervention 3		28 000 000	28 000 000	28 000 000	28 000 000	28 000 000	140 000 000
Intervention 4 : Implication du secteur privé							
Act 1	Organiser une journée de partage de la stratégie du TPI avec la chaire de gynécologie obstétrique et l'association des gynécologues	2 500 000	2 500 000	0	0	0	5 000 000
Sous Total Budget Intervention 4		2 500 000	2 500 000	0	0	0	5 000 000
Total Budget Objectif Spécifique : Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le TPI à la SP 3 conformément aux directives nationales		155 448 136	33 300 000	105 800 000	30 800 000	105 800 000	431 148 136
Total Budget Domaine d'intervention /Stratégies : Prévention du paludisme chez la femme enceinte		155 448 136	33 300 000	105 800 000	30 800 000	105 800 000	431 148 136

2016	2017	2018	2019	2020	PSN: TPI FE
------	------	------	------	------	-------------

Domaine d'intervention /Stratégies	Lutte Anti Vectorielle
---	-------------------------------

N° Activités	Budget annuel en FCFA						
	Objectif spécifique	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL 5 ANS
	Interventions						
	Activités						
Objectif spécifique 1: Amener au moins 80% de la population à dormir sous MILDA							
Intervention 1 : Réactualisation du plan LAV (PM)							
Act 1	Organiser un atelier de 3 jours de 20 participants pour la révision du plan LAV	3 922 940	0	0	0	0	3 922 940
Act 2	Organiser un atelier de 1 jour de 20 participants pour la validation du plan LAV	3 517 940	0	0	0	0	3 517 940
Act 3	Organiser un atelier de 2 jours de 20 participants pour réactualiser le document de politique sur les MILDA	3 082 940	0	0	0	0	3 082 940
Act 4	Mettre en place un comité de pilotage de la LAV au niveau central	0	0	0	0	0	0
Act 5	Former/recycler tous les 2 ans en 2 sessions de 10 jours 15 agents du service national de l'hygiène sur la LAV	19 977 940	0	19 977 940	0	19 977 940	59 933 820

Sous Total Budget Intervention 1		30 501 760	0	19 977 940	0	19 977 940	70 457 640
Intervention 2 : Renforcement de la disponibilité des MILDA							
Act 1	Appuyer la mise en œuvre de la campagne CU MILDA (coût opérationnel)	2 786 537 941	0	0	2786537941	0	5 573 075 881
Act 2	Assurer la distribution de routine dans les structures publiques communautaires et privées	413 300 525	626 778 130	642 744 224	232 774 161	675 022 658	2 590 619 698
Sous Total Budget Intervention 2		3 199 838 466	626 778 130	642 744 224	3 019 312 102	675 022 658	8 163 695 579
Intervention 3 : Suivi Evaluation							
Act 1	Faire une évaluation de la disponibilité et de l'utilisation des MILDA	26 906 200	26 906 200	26 906 200	26 906 200	26 906 200	134 531 000
Act 2	Faire systématiquement le contrôle de qualité des MILDA achetées	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	15 000 000	27 000 000
Sous Total Budget Intervention 3		29 906 200	29 906 200	29 906 200	29 906 200	41 906 200	161 531 000
Total Budget Objectif Spécifique 1 :		3 260 246 426	656 684 330	692 628 364	3 049 218 302	736 906 798	8 395 684 219
Objectif spécifique 2: Protéger au moins 90% de la population par les AID au niveau des zones ciblées							
Intervention 1 : Choix des Districts							
Act 1	Etablir le calendrier d'enrôlement de 20 postes de santé à incidence supérieure à 30 pour mille dans les districts ciblés	0	PM	PM	PM	PM	0
Act 2	Faire en 1 jour par poste de santé la reconnaissance géographique	7 982 640	7 982 640	7 982 640	7 982 640	7 982 640	39 913 200

Act 3	Faire en 10 jours par région la collecte les données entomologiques de base (Tambacounda, Kaolack, Kolda, Kédougou et Sédhiou)	11 320 000	11 320 000	11 320 000	11 320 000	11 320 000	56 600 000
Sous Total Budget Intervention 1		19 302 640	19 302 640	19 302 640	19 302 640	19 302 640	96 513 200
Intervention 2 : Renforcement des capacités							
Act 1	Organiser chaque année une session d'orientation de 2 jours destinée à 15 formateurs et superviseurs pour les opérations AID dans les districts ciblés	2 677 820	2 677 820	2 677 820	2 677 820	2 677 820	13 389 100
Act 2	Organiser une session de formation de 2 jours destinée aux formateurs des agents de maintenance	754 455	1 508 910	2 263 365	3 017 820	3 017 820	10 562 370
Act 3	Organiser une session de formation de 2 jours destinée aux opérateurs et personnel de soutien	22 840 320	22 840 320	22 840 320	22 840 320	22 840 320	114 201 600
Act 4	Organiser chaque année une session de formation de 2 jours destinée aux relais pour l'IEC/CCC	3 262 820	3 262 820	3 262 820	3 262 820	3 262 820	16 314 100
Act 5	Mettre en place des unités de gestion de l'AID au niveau central régional et district	0	PM	PM	PM	PM	0
Act 6	Former ou recycler les équipes de surveillance entomologique	7 927 400	7 927 400	7 927 400	7 927 400	7 927 400	39 637 000
Sous Total Budget Intervention 2		37 462 815	38 217 270	38 971 725	39 726 180	39 726 180	194 104 170
Intervention 3 : Mise en œuvre de l'AID							
Act 1	Organiser en 2 jours pour 30 participants un atelier d'élaboration de plans opérationnels au niveau district	11 701 920	17 552 880	23 403 840	23 403 840	23 403 840	99 466 320

Act 2	Organiser les campagnes d'AID	245 970 000	367 065 000	488 160 000	703 380 000	703 380 000	2 507 955 000
Sous Total Budget Intervention 3		257 671 920	384 617 880	511 563 840	726 783 840	726 783 840	2 607 421 320
Intervention 4 : Gestion de l'environnement							
Act 1	Superviser les opérations à tous les niveaux	88 647 600	132 971 400	177 295 200	177 295 200	753 504 600	1 329 714 000
Act 2	Assurer la gestion des déchets (solide et liquide)	7 000 000	7 000 000	7 000 000	7 000 000	7 000 000	35 000 000
Act 3	Evaluer les résultats de la campagne	13 095 700	13 095 700	13 095 700	13 095 700	13 095 700	65 478 500
Act 4	Evaluer l'impact environnemental	0	0	0	50 000 000	0	50 000 000
Sous Total Budget Intervention 4		108 743 300	153 067 100	197 390 900	247 390 900	773 600 300	1 480 192 500
Intervention 5 : Suivi Evaluation							
Act 1	Assurer un contrôle de qualité de l'application et du suivi de la durée de l'efficacité	40 880 000	40 880 000	40 880 000	40 880 000	40 880 000	204 400 000
Act 2	Faire la surveillance entomologique dans les districts AID	8 750 000	8 750 000	8 750 000	8 750 000	8 750 000	43 750 000
Act 3	Sélection de sites sentinelles de surveillance épidémiologique dans un district AID	0	PM	PM	PM	PM	0
Act 4	Assurer le suivi de la sensibilité des vecteurs aux insecticides dans les districts AID	0	PM	PM	PM	PM	0

Act 5	Organiser 1 réunion de restitution pour des résultats de la campagne AID	5 760 200	5 760 200	5 760 200	5 760 200	5 760 200	28 801 000
Act 6	Organiser 1 réunion de restitution des résultats du suivi entomologique	3 780 200	3 780 200	3 780 200	3 780 200	3 780 200	18 901 000
Sous Total Budget Intervention 5		59 170 400	59 170 400	59 170 400	59 170 400	59 170 400	295 852 000
Total Budget Objectif Spécifique 2 :		482 351 075	654 375 290	826 399 505	1 092 373 960	1 618 583 360	4 674 083 190
Objectif spécifique 3: Traiter au moins 95% des gîtes larvaires productifs dans les zones ciblées d'ici 2015							
Intervention 1 : Identification des zones cibles							
Act 1	Faire la reconnaissance géographique	4 852 717	4 852 717	2 426 358	2 426 358	2 426 358	16 984 509
Act 2	Faire la cartographie des gîtes potentiels	44 854 528	0	0	44854528		89 709 056
Act 3	Organiser une session de formation de 3 jours pour le noyau central des formateurs	10 316 119	10 316 119	10 316 119	10 316 119	10 316 119	51 580 595
Act 4	Organiser une session de formation de 3 jours pour les formateurs et superviseurs	4 552 119	9 104 238	13 656 358	18 208 477	18 208 477	63 729 669
Act 5	Organiser une session de formation de 5 jours pour les opérateurs et personnel de soutien	3 408 119	6 816 238	13 632 477	27 264 954	27 264 954	78 386 742
Act 6	Acquérir la logistique	19 876 000	59 628 000	79 504 000	0	0	159 008 000
Act 7	Choisir les types d'intervention	0	PM	PM	PM	PM	0

Act 8	Tester les produits candidats	0	PM	PM	PM	PM	0
Sous Total Budget Intervention 1		87 859 602	90 717 313	119 535 312	103 070 436	58 215 908	459 398 571
Intervention 2 : Suivi-évaluation							
Act 1	Superviser les opérations	120 059 597	120 059 597	120 069 597	120 069 597	120 069 597	600 327 985
Act 2	Assurer un contrôle de qualité et le suivi de l'efficacité des opérations	11 397 000	22 794 000	34 191 000	34 191 000	34 191 000	136 764 000
Act 3	Organiser chaque année un atelier d'évaluation des résultats des opérations pour 50 participants	1 087 660	1 087 660	1 087 660	1 087 660	1 087 660	5 438 300
Sous Total Budget Intervention 2		132 544 257	143 941 257	155 348 257	155 348 257	155 348 257	742 530 285
Total Budget Objectif Spécifique 3 :		220 403 859	234 658 570	274 883 569	258 418 693	213 564 165	1 201 928 856
Total Budget Domaine d'intervention /Stratégies : Lutte Anti Vectorielle		3 963 001 359	1 545 718 190	1 793 911 438	4 400 010 955	2 569 054 323	14 271 696 265
		2016	2017	2018	2019	2020	PSN: LAV

Domaine d'intervention /Stratégies

Chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS)

N° Activités	Budget annuel en FCFA						
	Objectif spécifique	Total 2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL 5 ANS
	Interventions						
	Activités						
Objectif spécifique : Assurer une couverture en CPS de 98% des enfants de 3 à 120 mois dans les zones ciblées par saison de transmission							
Intervention 1 : Préparation de la mise en œuvre de la CPS							
Act 1	Orientation RM et DS	8 281 376	8 447 004	8 869 354	9 312 821	9 778 462	44 689 017
Act 2	Microplanification District	17 032 300	17 372 946	18 241 593	19 153 673	20 111 357	91 911 869
Act 3	Formation Distributeurs et Superviseurs	194 197 200	198 081 144	207 985 201	218 384 461	229 303 684	1 047 951 691
Act 4	Logistique transfert intrants aux RM	6 491 656	6 621 489	6 952 564	7 300 192	7 665 201	35 031 102
Act 5	Appui Logistique Mise en place intrant et outils dans district	7 650 000	7 803 000	8 193 150	8 602 808	9 032 948	41 281 905

Act 6	Outils, supports de communication Accessoires	98 745 000	100 719 900	105 755 895	111 043 690	116 595 874	532 860 359
Act 7	Activités NIVEAU CENTRAL (préparatifs, coordination, édition bulletin)	6 640 000	6 772 800	7 111 440	7 467 012	7 840 363	35 831 615
Sous Total Budget Intervention 1		339 037 532	345 818 283	363 109 197	381 264 657	400 327 889	1 829 557 557
Intervention 2 : Mise en œuvre de la CPS							
Act 1	Lancements	26 204 240	26 728 325	28 064 741	29 467 978	30 941 377	141 406 661
Act 2	Communication Presse (spots TV radio)	12 000 000	12 240 000	12 852 000	13 494 600	14 169 330	64 755 930
Act 3	Prise en Charge Dispensateur-Superviseur Communautaires et ICP	297 622 000	303 574 440	318 753 162	334 690 820	351 425 361	1 606 065 783
Act 4	Communication-Mobilisation Sociale Districts	21 100 000	21 522 000	22 598 100	23 728 005	24 914 405	113 862 510
Sous Total Budget Intervention 2		356 926 240	364 064 765	382 268 003	401 381 403	421 450 473	1 926 090 884
Intervention 3 : Suivi- Evaluation de la mise en œuvre de la CPS							
Act 1	Mettre en place des groupes techniques pour le suivi de la CPS	0					0
Act 2	Fiancer la Supervision des équipes cadre (ECD appuyé par ECR)	41 274 300	42 099 786	44 204 775	46 415 014	48 735 765	222 729 640
Act 3	Financer les ateliers d'Evaluation niveau districts	18 018 000	18 378 360	19 297 278	20 262 142	21 275 249	97 231 029

Act 4	financer les ateliers d'Evaluation régionale	27 750 612	28 305 624	29 720 905	31 206 951	32 767 298	149 751 391
Act 5	Assurer une Supervision des activités par le niveau central	34 781 536	35 477 167	37 251 025	39 113 576	41 069 255	187 692 559
Act 6	Faire une évaluation nationale de la CPS	6 497 200	6 627 144	6 958 501	7 306 426	7 671 748	35 061 019
Act 7	Suivi Evaluation de routine et pharmacovigilance	25 000 000	25 000 000	35 000 000	35 000 000	45 000 000	165 000 000
Act 8	Etudes évaluation Impact CPS :	100 000 000	100 000 000	0	0	0	200 000 000
Sous Total Budget Intervention 3		253 321 648	255 888 081	172 432 485	179 304 109	196 519 315	1 057 465 638
Total Budget Objectif Spécifique : CPS		949 285 420	965 771 128	917 809 685	961 950 169	1 018 297 678	4 813 114 080
Total Budget Domaine d'intervention /Stratégies : Chimioprevention du paludisme saisonnier (CPS)		949 285 420	965 771 128	917 809 685	961 950 169	1 018 297 678	4 813 114 080
		2016	2017	2018	2019	2020	PSN: CPS

Domaine d'intervention /Stratégies	IEC/CCC et Promotion de la santé						
---	---	--	--	--	--	--	--

N° Activités	Budget annuel en FCFA						
	Objectif spécifique	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL 5 ANS
	Interventions						
	Activités						
Objectif spécifique 1: Amener 80% de la population à adopter des comportements favorables à la prévention et à la prise en charge du paludisme							
Intervention 1 : Elargissement et Renforcement du plaidoyer							
Act 1	Mettre en place une structure de pilotage du plaidoyer	0	PM	PM	PM	PM	0
ACT 2	Réaliser une analyse situationnelle en vue de l'élaboration d'une stratégie nationale de plaidoyer	5 625 000	0	0	0	0	5 625 000
Act 3	organiser un atelier d'élaboration de la stratégie nationale de plaidoyer pour la lutte contre le paludisme	4 337 000	0	0	0	0	4 337 000
Act 4	Organiser un atelier de validation de la stratégie nationale de plaidoyer pour la lutte contre le paludisme	412 500	0	0	0	0	412 500
Act 5	Organiser en 5 jours un atelier de production des outils IEC et de plaidoyer	4 337 700	0	0	0	0	4 337 700

Act 6	Former une coalition des leaders politiques à travers la signature de déclarations d'engagement	1 355 000	1 355 000	1 355 000	1 355 000	1 355 000	6 775 000
Act 7	Mettre en œuvre chaque année le plan de plaidoyer	28 915 000	28 915 000	28 915 000	28 915 000	28 915 000	144 575 000
Sous Total Budget Intervention 1		44 982 200	30 270 000	30 270 000	30 270 000	30 270 000	166 062 200
Intervention 2 : Mobilisation sociale, Participation citoyenne et engagement de la société civile							
Act 1	signer des conventions de partenariat avec les mouvements volontaires (croix rouge, mouvements des éclaireurs, ONCAV, réseau Islam et population)	0	PM	PM	PM	PM	0
Act 2	Organiser chaque année en 2 jours une session de renforcement des capacités de 40 leaders de la Croix rouge	4 326 800	4 326 800	4 326 800	4 326 800	4 326 800	21 634 000
Act 3	organiser chaque année en 2 jours une session de renforcement des capacités de 20 leaders du mouvement nawetane	2 286 800	2 286 800	2 286 800	2 286 800	2 286 800	11 434 000
Act 4	organiser chaque année en 2 jours dans les régions de Kédougou, Tamba, Kolda et Sédhiou un atelier de formation décentralisé sur le paludisme à l'intention de 48 Membres du mouvement nawetane	5 276 800	5 276 800	5 276 800	5 276 800	5 276 800	26 384 000
Act 5	organiser chaque année une session de 2 jours d'orientation sur le paludisme à l'intention de 40 membres du réseau islam et développement	4 136 800	4 136 800	4 136 800	4 136 800	4 136 800	20 684 000
Act 6	Organiser chaque année en 2 jours une session de renforcement des capacités de 40 leaders du mouvement des éclaireurs du Sénégal	4 136 800	4 136 800	4 136 800	4 136 800	4 136 800	20 684 000
Act 7	Former chaque année en 2 jours sur le paludisme 60 membres d'OCB /District dans 76 districts	113 544 000	113 544 000	113 544 000	113 544 000	113 544 000	567 720 000

Act 8	contractualiser chaque année avec 10 OCB au niveau de chaque district	144 400 000	144 400 000	144 400 000	144 400 000	144 400 000	722 000 000
Act 9	Contractualiser chaque année avec 14 ONG pour le suivi des activités communautaires	100 000 000	100 000 000	100 000 000	100 000 000	100 000 000	500 000 000
Act 10	Appuyer chaque année les RM pour l'organisation d'une cérémonie des jambars de la lutte contre le paludisme	7 966 000	7 966 000	7 966 000	7 966 000	7 966 000	39 830 000
Act 11	Elaborer 1 document compilant les bonnes pratiques au niveau communautaire	3 000 000	0	0	0	0	3 000 000
Act 12	Elaborer 2 supports audiovisuels sur des expériences communautaires réussies	10 000 000	0	0	0	0	10 000 000
Act 13	Organiser en 1 jour un atelier de partage des bonnes pratiques communautaires dans le cadre de la lutte contre le paludisme	550 000	550 000	550 000	550 000	550 000	2 750 000
Act 14	organiser une tournée annuelle de partage des expériences communautaires réussies dans des zones ciblées (régions de Sédhiou, Kolda, Tamba et Kédougou)	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	150 000 000
Act 15	mettre en place une plateforme web regroupant tous les acteurs et secteurs engagés pour l'élimination du paludisme	10 000 000	0	0	0	0	10 000 000
Act 16	Assurer chaque année la maintenance de la plateforme web	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	5 000 000

Act 17	Créer une application mobile permettant aux individus d'informer le niveau central sur la disponibilité des services et ainsi améliorer la communication entre le niveau central et le niveau opérationnel	5 000 000	0	0	0	0	5 000 000
Act 18	Assurer la maintenance de l'application mobile	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	5 000 000
Act 19	Organiser 1 fois par an une manifestation d'envergure pour célébrer la journée mondiale de lutte contre le paludisme	39 658 000	39 658 000	39 658 000	39 658 000	39 658 000	198 290 000
Sous Total Budget Intervention 2		486 282 000	458 282 000	458 282 000	458 282 000	458 282 000	2 319 410 000
Intervention 3 : Développement de campagnes de communication basées sur des évidences							
Act 1	Mener une recherche formative incluant les différents axes du Programme	0	18 625 000	18 625 000	18 625 000	18 625 000	74 500 000
Act 2	Organiser en 5 jours un atelier d'élaboration de la campagne de communication parapluie	7 434 900	7 434 900	7 434 900	7 434 900	7 434 900	37 174 500
Act 3	Organiser en 1 jour un atelier de validation de la stratégie nationale de communication sur le paludisme	412 500	412 500	412 500	412 500	412 500	2 062 500
Act 4	Produire chaque année des supports IEC /CCC sur le paludisme	198 400 000	198 400 000	198 400 000	198 400 000	198 400 000	992 000 000
Act 5	mettre en œuvre chaque année la campagne parapluie	100 000 000	100 000 000	100 000 000	100 000 000	100 000 000	500 000 000
Act 6	Communication campagnes de masse	559 718 500	172 718 500	172 718 500	172 718 500	172 718 500	1 250 592 500
Sous Total Budget Intervention 3		865 965 900	497 590 900	497 590 900	497 590 900	497 590 900	2 856 329 500

Intervention 4 : Suivi et Evaluation							
Act 1	Mettre en œuvre chaque année 1 supervision intégrée avec le SNEIPS	0	PM	PM	PM	PM	0
Act 2	Mettre en œuvre chaque année des supervisions trimestrielles des activités communautaires de lutte contre le paludisme intégrées aux activités de supervision de routine au niveau opérationnel	0	PM	PM	PM	PM	0
Act 3	Mettre en œuvre chaque année des supervisions trimestrielles des activités communautaires de lutte contre le paludisme à travers les plans avec l'appui des ONG	0	PM	PM	PM	PM	0
Act 4	Organiser chaque année 1 revue des activités communautaires de lutte contre le paludisme avec les RM, DS, réseaux communautaires et ONG	8 037 947	8 037 947	8 037 947	8 037 947	8 037 947	40 189 735
Act 5	Organiser une revue annuelle avec les Responsable Education pour la Sante des régions	2 396 400	2 396 400	2 396 400	2 396 400	2 396 400	11 982 000
Act 6	Contractualiser avec un cabinet pour une évaluation de la campagne de communication	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	75 000 000
Act 7	Organiser tous les trimestres au niveau national une réunion de la commission IEC /CCC sur le paludisme	800 000	1 400 000	2 600 000	5 000 000	9 800 000	19 600 000
Sous Total Budget Intervention 4		26 234 347	26 834 347	28 034 347	30 434 347	35 234 347	146 771 735
Intervention 5 : Documentation							
Act 1	Mettre en place une médiathèque	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	2 500 000
Act 2	Mettre en ligne les données et supports IEC sur le paludisme	0	PM	PM	PM	PM	0

Sous Total Budget Intervention 5		500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	2 500 000
Total Budget Objectif Spécifique 1 :		1 423 964 447	1 013 477 247	1 014 677 247	1 017 077 247	1 021 877 247	5 491 073 435
Objectif spécifique 2 : Renforcer la communication institutionnelle pour une meilleure visibilité du PNLP							
Intervention 1 : Communication institutionnelle							
Act 1	Réaliser chaque année 4 reportages sur le terrain sur les interventions de lutte contre le paludisme	8 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	16 000 000
Act 2	Diffuser chaque année des reportages sur la lutte contre le paludisme 1 fois par mois pendant 4 mois à travers 1 télévision nationale	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	15 000 000
Act 3	Réaliser chaque année un plateau télé sur la lutte contre le paludisme	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	5 000 000
Act 4	Tenir chaque année 4 rencontres trimestrielles avec la presse	1 700 000	1 700 000	1 700 000	1 700 000	1 700 000	8 500 000
Act 5	Mettre en œuvre chaque année une campagne de communication sur le web et les réseaux sociaux à l'occasion de la JMP, journée mondiale de la Santé, la journée de la femme	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	5 000 000
Act 6	Contractualiser chaque année avec une agence spécialisée pour la gestion et la mise à jour régulière du site web du PNLP	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	15 000 000
Act 7	Produire et diffuser chaque année le journal trimestriel sur la lutte contre le paludisme	4 800 000	4 800 000	4 800 000	4 800 000	4 800 000	24 000 000
Act 8	Partager chaque année des posters sur la lutte contre le paludisme lors de réunions internationales (ASTMH, Réunions RBM, OMS, OOAS etc.)	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	500 000

Act 9	Contractualiser chaque année avec une agence spécialisée pour la diffusion à travers les réseaux sociaux d' informations et de supports sur le paludisme	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	10 000 000
Sous Total Budget Intervention 1		24 600 000	18 600 000	18 600 000	18 600 000	18 600 000	99 000 000
Intervention 2 : Renforcement de la contribution des autres secteurs ministériels							
Act 1	Organiser un atelier de 4 jours d'orientation sur le paludisme et de planification avec les autres secteurs	9 100 680	9 100 680	9 100 680	9 100 680	9 100 680	45 503 400
Act 2	Organiser chaque année un atelier de 3 jours de suivi et de planification avec les secteurs	0	6 868 680	6 868 680	6 868 680	6 868 680	27 474 720
Sous Total Budget Intervention 2		9 100 680	15 969 360	15 969 360	15 969 360	15 969 360	72 978 120
Total Budget Objectif Spécifique 2 :		33 700 680	34 569 360	34 569 360	34 569 360	34 569 360	171 978 120
Total Budget Domaine d'intervention /Stratégies : IEC/CCC et Promotion de la santé		1 457 665 127	1 048 046 607	1 049 246 607	1 051 646 607	1 056 446 607	5 663 051 555
		2016	2017	2018	2019	2020	PSN: IEC/CCC

Domaine d'intervention /Stratégies	Surveillance
---	---------------------

N° Activités	Budget annuel en FCFA						
	Objectif spécifique	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL 5 ANS
	Interventions						
	Activités						

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 (Développement de la surveillance sentinelle intégrée et mise à l'échelle de la généralisation de la notification hebdomadaire)

Act 1	Appuyer chaque année des missions avec des équipes pluridisciplinaires (cliniciens, entomologistes, biologiste et spécialiste en M&E) de cartographie des zones en situation d'urgence.	25 000 000	25 000 000	25 000 000	28 000 000	28 000 000	131 000 000
Act 2	Organiser au 2ème trimestre 2016, 4 sessions (35 Agents d'hygiène/session) de formation de 6 jours des agents d'hygiène du niveau opérationnelle et intermédiaire sur l'entomologie et les procédures de mise en œuvre et de suivi des activités de surveillance entomologique.	44 000 000	0	0	0	0	44 000 000
Act 3	Organiser avec les acteurs du niveau central et opérationnel des missions semestrielles de supervision entomologique au niveau des sites sentinelles	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	225 000 000
Act 4	Organiser des revues semestrielles de surveillance avec les sites sentinelles avec la participation de tous les secteurs impliqués.	27 000 000	27 000 000	27 000 000	27 000 000	27 000 000	135 000 000

Act 5	Mettre à jour chaque année lors des revues semestrielles avec les sites sentinelles, les plans de riposte des épidémies des districts (PM)	0	PM	PM	PM	PM	0
Act 6	Appuyer en l'an 3 de mise en œuvre, le renouvellement de l'équipement informatique des sites sentinelles	0	0	56 400 000	0	0	56 400 000
Act 7	Organiser chaque année la supervision trimestrielle des sites sentinelles de surveillance (Trimestre 1 et 3 par le niveau district, trimestre 2 et 4 par le niveau central).	21 000 000	21 000 000	21 000 000	21 000 000	21 000 000	105 000 000
Act 8	Organiser chaque année en 1 session de 6 Jours la Formation/Recyclage des microscopiste de sites sentinelles de surveillance du paludisme. (en An1 en An 3)	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
Act 9	Appuyer la supervision semestrielle de l'activité des microscopistes des sites sentinelles.	24 000 000	24 000 000	24 000 000	24 000 000	24 000 000	120 000 000
Act 10	Appuyer chaque année 4 régions (RM et districts) pour la collecte rétrospective des données hebdomadaires en vue d'une introduction de la notification hebdomadaires des cas de paludisme par tous les points de prestation des districts et région.	42 000 000	42 000 000	42 000 000	42 000 000	42 000 000	210 000 000
Act 11	Organiser dans chaque région enrôlée des missions de validation et de mise en place effective de la notification hebdomadaire.	5 000 000	5 000 000	5 500 000	5 500 000	5 500 000	26 500 000
Sous Total Budget Intervention 1		243 000 000	199 000 000	255 900 000	202 500 000	202 500 000	1 102 900 000
Intervention 2 : Mise en œuvre la surveillance communautaire							
Act 1	Organiser un atelier de 5 jours d'élaboration d'un guide de surveillance communautaire du paludisme.	15 000 000	0	0	0	0	15 000 000

Act 2	Reproduire le guide de surveillance communautaire du paludisme. (2000 Exemplaires)	8 000 000	0	0	0	0	8 000 000
Act 3	Orienter dès la première année dans chaque région deux sessions d'orientation des ECR et des ECD sur la surveillance communautaire du paludisme.	63 000 000	0	0	0	0	63 000 000
Act 4	Appuyer sur les deux premières années les sessions décentralisées de formation des acteurs communautaires sur la surveillance communautaire du paludisme (2000 ASC des cases de santé et 2500 DSDOM) au niveau des 76 districts sanitaires. (2 sessions de 30 participants par district = 2 x 30 x 76 soit 152 sessions).	52 000 000	100 000 000	0	0	0	152 000 000
Act 5	Mettre en place un système de notification communautaire avec transfert par SMS des données au poste de santé. (Assurer le coût de gestion du système).	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	7 500 000
Sous Total Budget Intervention 2		139 500 000	101 500 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	245 500 000
Sous Total Budget Objectif Spécifique 1:		382 500 000	300 500 000	257 400 000	204 000 000	204 000 000	1 348 400 000
Objectif spécifique 2 : Contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence dans la semaine suivant leur détection.							
Intervention 1 : Renforcement de la documentation et de l'investigation des situations épidémiques et des cas index							
Act 1	Organiser des missions de plaidoyer pour l'introduction de l'intervention «Investigation des cas » dans les districts nouvellement éligibles	20 000 000	30 000 000	25 000 000	20 000 000	15 000 000	110 000 000
Act 2	Financer le paquet d'activités d'«Investigation des cas » dans tous les districts éligibles.	250 000 000	375 000 000	305 000 000	275 000 000	255 000 000	1 460 000 000

Act 3	Organiser chaque année un atelier national de 3 jours d'évaluation de l'intervention «Investigation des cas »	14 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	74 000 000
Sous Total Budget Intervention 1		284 000 000	420 000 000	345 000 000	310 000 000	285 000 000	1 644 000 000
Intervention 2: Renforcement à la préparation et la mise en œuvre des activités de riposte							
Act 1	Mettre à jour chaque année lors des revues semestrielles avec les sites sentinelles, les plans de riposte des épidémies des districts (PM)	0	PM	PM	PM	PM	0
Act 2	Mener un pilote opérationnel à 2 bras MDA/MTAT (Dans 4 districts de haute transmission/ 2 régions) en vue de son introduction dans les zones forte transmission lors de la première année de mise en œuvre du PSN	125 000 000	0	0	0	0	125 000 000
Act 3	Organiser un atelier national d'évaluation des résultats du pilote MDA/MTAT et d'élaboration d'un plan de mise à l'échelle progressive du MDA/MTAT.	15 000 000	0	0	0	0	15 000 000
Act 4	Mettre en œuvre le plan de mise à l'échelle du MDA/MTAT dans les districts éligibles avec un enrôlement progressif à compter de l'année 2.	0	75 000 000	75 000 000	75 000 000	75 000 000	300 000 000
Sous Total Budget Intervention 2		140 000 000	75 000 000	75 000 000	75 000 000	75 000 000	440 000 000
Sous Total Budget Objectif Spécifique 2 :		424 000 000	495 000 000	420 000 000	385 000 000	360 000 000	2 084 000 000
Total Budget Domaine d'intervention /Stratégies : SURVEILLANCE		806 500 000	795 500 000	677 400 000	589 000 000	564 000 000	3 432 400 000
		2016	2017	2018	2019	2020	PSN: Surveillance

Domaine d'intervention /Stratégies	<i>Suivi Evaluation & Recherche Opérationnelle</i>						
---	---	--	--	--	--	--	--

N° Activités	Budget annuel en FCFA						
	Objectif spécifique	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL 5 ANS
	Interventions						
	Activités						
Objectif spécifique 1: Assurer 100% de promptitude et 100% de complétude des données.							
Intervention 1 : Renforcement de capacité en suivi évaluation							
Act 1	Appuyer le financement du volet suivi évaluation du projet du Sud, Sud Est (accélération de lutte contre le paludisme)	40 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	220 000 000
Act 2	Mettre à jour le profil épidémiologique du Sénégal.	0	25 000 000	0	25 000 000	0	50 000 000
Act 3	Organiser chaque année 2 sessions du cours national de Suivi &Evaluation /Surveillance (sessions de 20 participants pour une durée de 21jours.	100 000 000	95 000 000	95 000 000	95 000 000	95 000 000	480 000 000
Act 4	Appuyer financièrement la supervision semestrielle des activités communautaires de lutte contre le paludisme dans les districts sanitaires en collaboration avec les régions médicales à travers des Convention avec des ONG/OCB	320 000 000	600 000 000	900 000 000	1 200 000 000	1 520 000 000	4 540 000 000
Act 5	Assurer la supervision semestrielle d'un échantillon de points de prestation au niveau de tous les districts par le Niveau central en collaboration avec les RM, les paludologue régionaux et les ECD.	160 000 000	160 000 000	160 000 000	160 000 000	160 000 000	800 000 000
Act 6	Assurer la supervision semestrielle de tous les points de prestation au niveau des régions retenues pour le renforcement de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme.	97 500 000	117 000 000	117 000 000	117 000 000	117 000 000	565 500 000

Act 7	Assurer la supervision semestrielle de tous les EPS du pays.	32 000 000	32 000 000	32 000 000	32 000 000	32 000 000	160 000 000
Sous Total Budget Intervention 1		749 500 000	1 074 000 000	1 349 000 000	1 674 000 000	1 969 000 000	6 815 500 000
Intervention 2 : Renforcement du système d'information de routine (Collecte, la dissémination et le partage de l'information)							
Act 1	Elaborer avec la DSISS un plan d'action annuel pour l'amélioration de la gestion du DHIS2 à tous les niveaux.	0	PM	PM	PM	PM	0
Act 2	Appuyer financièrement la DSISS pour la mise en œuvre du plan d'action annuel conjoint PNL/ DSISS	50 000 000	50 000 000	25 000 000	25 000 000	25 000 000	175 000 000
Act 3	Organiser sur les 4 axes (strates) des revues trimestrielles de validation et d'échange des données avec les ECD/ECR	90 000 000	90 000 000	90 000 000	90 000 000	90 000 000	450 000 000
Act 4	Organiser sur les 4 axes des revues trimestrielles de validation et d'échange des données avec les ECD/ECR et les hôpitaux	43 000 000	43 000 000	43 000 000	43 000 000	43 000 000	215 000 000
Act 5	Organiser chaque semestre une revue avec les coordinatrices SR, SSP (le volet PECADOM n'est pas géré par les C/SR) en collaboration avec la Direction de la Santé de la Reproduction et de la survie de l'enfant sur le TPI, PECADOM intégrée etc.	19 500 000	19 500 000	19 500 000	19 500 000	19 500 000	97 500 000
Sous Total Budget Intervention 2		202 500 000	202 500 000	177 500 000	177 500 000	177 500 000	937 500 000
Intervention 3 : Amélioration de la qualité des données et Evaluation périodique des indicateurs							
Act 1	Organiser à la fin de chaque année, un audit de la qualité des données du paludisme, dans chaque région (cf. revue PNL/ et Plan DSISS)	49 000 000	49 000 000	49 000 000	49 000 000	49 000 000	245 000 000
Act 2	Mettre à jour le manuel des procédures de suivi évaluation du PNL/.	13 750 000	0	0	0	0	13 750 000
Act 3	Reproduire le Manuel des procédures de suivi évaluation mis à jour	8 000 000	0	0	0	0	8 000 000
Act 4	Appuyer l'organisation de sessions régionales d'orientation de ECR et ECD sur le manuel SE mis à jour	63 000 000	0	0	0	0	63 000 000
Act 5	Organiser tous les deux ans une enquête nationale sur les indicateurs du paludisme.	0	75 000 000	0	75 000 000	0	150 000 000

Act 6	Faire l'évaluation à mi-parcours du PSN 2016-2020.	0	0	68 000 000	0	0	68 000 000
Act 7	Elaborer le PSN Révisé 2019-2020	0	0	35 000 000	0	0	35 000 000
Act 8	Faire l'évaluation finale du PSN 2016-2020	0	0	0	0	68 000 000	68 000 000
Act 9	Elaborer le PSN 2021-2025	0	0	0	0	55 000 000	55 000 000
Act 10	Organisation un atelier régional annuel de 3 Jours d'évaluation du projet du Sud, Sud Est dans chacune des 4 régions concernées	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	100 000 000
Act 11	Organiser chaque année sur 3 ans un atelier national d'évaluation et de planification opérationnelle du projet du Sud, Sud Est (accélération de lutte contre le paludisme). Sur 3 Jours.	13 000 000	13 000 000	13 000 000	0	0	39 000 000
Act 12	Faire une évaluation finale à la 3eme année du projet du Sud, Sud Est	0	0	35 000 000	0	0	35 000 000
Sous Total Budget Intervention 3		166 750 000	157 000 000	220 000 000	144 000 000	192 000 000	879 750 000
Sous Total Budget Objectif Spécifique 1:		1 118 750 000	1 433 500 000	1 746 500 000	1 995 500 000	2 338 500 000	8 632 750 000
Objectif spécifique 2 : Assurer le renforcement et la mise en œuvre d'activités de recherche opérationnelle							
Intervention 1 : Renforcement de la coordination et la promotion de la Recherche opérationnelle							
Act 1	Redynamiser le comité scientifique sur la recherche opérationnelle.	0	PM	PM	PM	PM	0
Act 2	Organiser chaque semestre un atelier national de sélection et validation des projets de recherche opérationnelle soumis par les districts et RM au PNL. (Non maintenu)	7 100 000	7 100 000	7 100 000	7 100 000	7 100 000	35 500 000
Act 3	Appuyer la réalisation des projets de recherches opérationnelle sélectionnés.	40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000	200 000 000
Act 4	Organiser chaque année en 2 jours atelier national de partage des résultats des recherches sur le paludisme (Partage des résultats préliminaires ou finaux)	11 100 000	11 100 000	11 100 000	11 100 000	11 100 000	55 500 000

Sous Total Budget Intervention 1		58 200 000	58 200 000	58 200 000	58 200 000	58 200 000	291 000 000
Intervention 2 : Développement de sujets de recherche opérationnelle d'intérêt national							
Act 1	Appuyer la recherche Sujet 1 : « Etude sur le génotypage des souches de Plasmodium falciparum » en 2016	50 000 000	0	0	0	0	50 000 000
Act 2	Financer la recherche Sujet 2 : « Suivi de la tolérance de la primaquine »	0	PM	PM	PM	PM	PM
Act 3	Financer la recherche Sujet 3 : «Evaluation de la Chimio Prévention Saisonnière du Paludisme en zone de forte transmission »	0	0	0	0	0	0
Act 4	Financer la recherche Sujet 4 : «Etude sur les différentes formes de motivation des DSDOM » En 2016	13 000 000	0	0	0	0	13 000 000
Act 5	Financer la recherche Sujet 5 : «Etude sur le climat et paludisme » En 2017	0	25 000 000	0	0	0	25 000 000
Sous Total Budget Intervention 2		63 000 000	25 000 000	0	0	0	88 000 000
Sous Total Budget Objectif Spécifique 2 :		121 200 000	83 200 000	58 200 000	58 200 000	58 200 000	379 000 000
Total Budget Domaine d'intervention /Stratégies : Suivi Evaluation & Recherche Opérationnelle		1 239 950 000	1 516 700 000	1 804 700 000	2 053 700 000	2 396 700 000	9 011 750 000
		2016	2017	2018	2019	2020	PSN : SE/RO

Matrice des indicateurs

PRINCIPAUX INDICATEURS DU PNLP

Tableau 1 : INDICATEURS D'IMPACT

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
But : Réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme			
Morbidité proportionnelle palustre (tous âges)	<p>Numérateur: Nombre de cas de paludisme simple/grave enregistrés par an dans les formations sanitaires.</p> <p>Dénominateur: Nombre total de malades vus en consultations externes dans les formations sanitaires</p>	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Morbidité proportionnelle palustre (moins de 5 ans)	<p>Numérateur: Nombre de cas de paludisme simple ou grave chez les enfants de moins de 5 ans enregistrés par an dans les formations sanitaires.</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'enfants de moins de 5 ans vus en consultations externes dans les formations sanitaires</p>	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Incidence paludisme grave pour 1000 habitants (tous âges)	<p>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</p> <p>Dénominateur: Population totale.</p>	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
But : Réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme			
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
Morbidité proportionnelle palustre chez la femme enceinte	Numérateur : Nombre de cas de paludisme chez les femmes enceintes enregistrés par an dans les formations sanitaires. Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes vues en consultations externes (et les cas graves), y compris les CPN, dans les formations sanitaires	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Mortalité palustre proportionnelle (tous âges)	Numérateur: Nombre de décès dûs au paludisme enregistrés par an dans les formations sanitaires . Dénominateur: Nombre total de décès de population (tous âges) enregistrés dans les formations sanitaires	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel

Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
But : Réduire la mortalité et la morbidité dues au paludisme			
Mortalité palustre proportionnelle (moins de 5 ans)	Numérateur : Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans dus au paludisme enregistrés par an dans les formations sanitaires Dénominateur: Nombre total de décès de malades de moins de 5 ans hospitalisés enregistrés dans les formations sanitaires.	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Mortalité palustre dans la tranche 0-120 mois (dans les zones CPS)	Numérateur : Nombre de décès d'enfants de moins de 0 à 120 mois dus au paludisme enregistrés par an dans les formations sanitaires 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)	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Mortalité proportionnelle palustre chez les femmes enceintes	Numérateur : Nombre de décès de femmes enceintes dus au paludisme enregistrés par an dans les formations sanitaires Dénominateur : Nombre total de décès de femmes enceintes hospitalisées enregistrés dans les formations sanitaires	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Taux de létalité (moins de 5 ans)	Numérateur: Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour paludisme dans les formations sanitaires. Dénominateur: Nombre total d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour paludisme dans les formations sanitaires.	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
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.

Tableau 2: INDICATEURS DE 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	<p>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</p> <p>Dénominateur: Nombre total des formations sanitaires (postes et centre) visitées</p> <p><i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</p>	Rapports de supervision des formations sanitaires DSIS	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	<p>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</p> <p>Dénominateur : Nombre total des cases de santé visitées</p>	Rapports de 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				
	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 DSIS	Mensuelle Annuelle
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><i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région et par district.</p>	Rapports d'activités/supervision des formations sanitaires DSISS	Trimestrielle Annuelle
	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	Trimestrielle 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 d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple et pris en charge correctement dans les formations sanitaires	Nombre total <i>Note:</i> 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 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 <i>Note:</i> 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

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 personnes qui connaissent les signes de paludisme grave	<p>Numérateur : Nombre de personnes interviewées qui connaissent les signes de paludisme grave.</p> <p>Dénominateur : Nombre total de personnes interviewées.</p>	Rapports d'évaluation ou d'enquête	Tous les 2 ans
	Nombre de cas de paludisme confirmés dans les structures sanitaires et au niveau communautaire	<p>Nombre total</p> <p><i>Note:</i> 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).</p>	Rapports d'activités/supervision des formations sanitaires DSIS	Mensuelle Annuelle
	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	<p>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.</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu la fièvre au cours des deux dernières semaines</p> <p><i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</p>	Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, enquête EDS)	Tous les 2 ans Annuel

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 patients hospitalisés pour paludisme grave et correctement traités selon la politique nationale dans les formations sanitaires.	<p>Numérateur: Nombre de patients hospitalisés pour paludisme grave dans les formations sanitaires et correctement traités selon la politique nationale</p> <p>Dénominateur: Nombre total de patients hospitalisés pour paludisme grave dans les formations sanitaires.</p>	<p>Rapports de supervision des formations sanitaires;</p> <p>Evaluation des formations sanitaires</p>	<p>Annuelle</p> <p>2-3 ans</p>
	Pourcentage de cas graves référés ayant reçu un traitement pré-transfert par les rectocaps d'artésunate (PS)	<p>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</p> <p>Dénominateur: Nombre total de cas graves référés vers les centres de santé et les hôpitaux.</p>	Rapport d'activité annuel (à partir rapport des PS)	annuelle
	Nombre et pourcentage de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (par goutte épaisse ou TDR) dans les structures sanitaires.	<p>Numérateur: Nombre de cas suspects de paludisme ayant bénéficié d'un test parasitologique (TDR ou GE)</p> <p>Dénominateur: Nombre total de cas suspects de paludisme vus dans les FS.</p>	Rapports de supervision des formations sanitaires;	Annuelle
	Pourcentage de cas de paludisme correctement traité par les Dispensateur de Soins à Domicile (DSDOM).	<p>Numérateur: Nombre de cas de paludisme correctement traités conformément aux directives par les DSDOM</p> <p>Dénominateur: Nombre total de cas de paludisme vus par les DSDOM.</p>	Rapports des districts;	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				
Moustiquaires traitées aux insecticides	Pourcentage de ménages disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée	<p>Numérateur : Nombre de ménages visités avec au moins une moustiquaire traitée par un insecticide approuvé par la politique nationale</p> <p>Dénominateur: Nombre total de ménages visités</p> <p><i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</p>	<p>Enquête de couverture annuelle</p> <p>Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, enquête EDS)</p>	Tous les 2 ans
	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant dormi sous moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)	<p>Numérateur : Nombre d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous MII la nuit dernière</p> <p>Dénominateur: Nombre total d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi la nuit dernière dans les ménages visités</p> <p><i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</p>	<p>Enquête de couverture annuelle</p> <p>Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, enquête EDS)</p>	Tous les 2 ans
	Pourcentage de femmes enceintes dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)	<p>Numérateur : Nombre de femmes enceintes qui ont dormi sous MII la nuit dernière</p> <p>Dénominateur: Nombre total de femmes enceintes qui résident dans les ménages visités</p> <p><i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</p>	<p>Enquête de couverture annuelle</p> <p>Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, enquête EDS)</p>	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 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 <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
Paludisme pendant la grossesse	Nombre de prestataires de service formés sur le TPI	Nombre total <i>Note:</i> 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	<p>Numérateur : Nombre de femmes enceintes qui ont reçu au moins trois doses de SP (TPI3) en TDO au cours de la CPN</p> <p>Dénominateur: Nombre total de premier contact</p>	Rapports de supervision des formations sanitaires - DSIS - Données de Monitoring	Annuelle

Tableau 3: INDICATEURS DE 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	<p>Nombre total de Moustiquaires imprégnées distribuées</p> <p><i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine))</p>	Rapport de supervision et de monitoring	Mensuelle et semestrielle
	Nombre de MILDA distribuées en routine	<p>Nombre MILDA distribuées en routine</p> <p><i>Note:</i> Il est recommandé de faire le calcul par cible et par canaux</p>	Rapport d'activités	Tous les ans
	Pourcentage de couchage disposant de MILDA	<p>Numérateur : Nombre total couchage avec MILDA</p> <p>Dénominateur: Nombre total de couchage</p>	Rapport de campagne CU	Après chaque campagne

		<i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)		
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'enseignants formés sur la prévention du paludisme suivant le guide sur le paludisme pour l'enseignement moyen et secondaire.	Nombre total d'enseignants formés <i>Note:</i> Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district	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
	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: Il est recommandé de faire l'analyse par région et par district</i>	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: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district</i>	Rapports d'activités	Semestriel
	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: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district</i>	Rapports d'activités	Trimestriel
Communication	Nombre de mères sensibilisées sur la prise en charge du paludisme	Nombre total <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</i>	Rapport de séances de sensibilisation	Ponctuel

	Nombre de zones visées par les services IEC et ayant bénéficié des séances IEC	Nombre total <i>Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</i>	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: Il est recommandé de faire l'analyse par district</i>	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: Il est recommandé de faire l'analyse par région</i>	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: Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)</i>	Rapport annuel	Annuel

BIBLIOGRAPHIE

- République du Sénégal, Présidence de la République, Plan Sénégal Emergent de 2014 à 2035, 2013
- Ministère de la Santé et de l'Acton Sociale du Sénégal, Plan National de Développement Sanitaire et Social du Sénégal (PNDS 2009-2019)
- Ministère de la Santé et de l'Acton Sociale du Sénégal, Plan de suivi évaluation du PNDS 2
- Ministère de la Santé et de l'Acton Sociale du Sénégal, Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme 2013
- Ministère de l'Economie et de Finances du Sénégal, Agence Nationale des Statistiques et de la Démographie, (SNDES) 2013 – 2017
- Ministère de l'Economie et de Finances du Sénégal, Agence Nationale des Statistiques et de la Démographie, RGPH, 2013
- Ministère de l'Economie et de Finances du Sénégal, Agence Nationale des Statistiques et de la Démographie, EDS, 2010
- Ministère de l'Economie et de Finances du Sénégal, Agence Nationale des Statistiques et de la Démographie, EDSc, 2013
- Ministère de l'Economie et de Finances du Sénégal, Agence Nationale des Statistiques et de la Démographie, EDSc, 2014
- Centre de suivi écologique, Evolution de la pluviométrie au Sénégal de 2010 à 2014.
- Ministère de la Santé et de l'Acton Sociale du Sénégal, Programme National de Lutte contre le Paludisme, Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011-2015
- Ministère de la et de l'Acton Sociale du Sénégal, Programme National de Lutte contre le Paludisme, Cadre stratégique de lutte contre le paludisme 2016-2018
- Ministère de la Santé et de l'Acton Sociale du Sénégal, Programme National de Lutte contre le Paludisme, Rapport de revue des performances du Programme National de lutte contre le Paludisme, 2015
- Ministère de la Sante et de l'Acton Sociale du Sénégal, Programme National de Lutte contre le Paludisme, Enquête Nationale sur les indicateurs du Paludisme, 2008
- Ministère de la Sante et de l'Acton Sociale du Sénégal, Programme National de Lutte contre le Paludisme, Enquête Nationale sur les indicateurs du Paludisme, 2010
- IntraHealth. Analyse situationnelle de la prise en charge du paludisme dans le secteur privé, Rapport d'étude, 2013
- USAID/PMI, PNLP, évaluation d'impact, http://www.pmi.gov/docs/default-source/default-document-library/tools-curricula/senegal-impact-evaluation-report_508.pdf?sfvrsn=7 .[consultée le 12/10./ 2015]
- The LINK Programme, https://www.dropbox.com/s/sb3d2vv48u5czrv/Senegal%20Epidemioloical%20Profiles%20PPTs%20%28120815%29_noor.pptx?dl=0 .[consultée le 12/10/ 2015]
- Ministère de la Sante et de l'Acton Sociale du Sénégal, Programme National de Lutte contre le Paludisme. Directives de Prévention et de Prise en charge du paludisme du Sénégal. 2014
- WHO. Guidelines for the treatment of malaria 3RD. 2015
- Ministère de la Sante et de l'Acton Sociale, Cellule communautaire, Plan national stratégique communautaire 2014-2018
- Ministère de la Sante et de l'Acton Sociale du Sénégal, Programme National de Lutte contre le Paludisme, Rapports annuels d'activités 2010 ; 2011 ; 2012 ; 2013 ; 2014.

LISTE DES PARTICIPANTS :

<u>Prénom Nom</u>	<u>Structure</u>	<u>Prénom Nom</u>	<u>Structure</u>
Dr Mady BA	PNLP	Dr Ibrahima Diallo	PNLP
Dr Marie K.N. NDIAYE	DLM/MSAS	Mme Fatou CAMARA	CRS
Dr Abderahman K. TFEIL	OMS	Dr Babacar GUEYE	DS Koumpentoum
Mme Adjaratou MANE	DPRS/MSAS	Mme Mariama DIOUF	ANACIM
Dr Abdoulaye DIAW	DSIS/MSAS	Dr Amadou MBAYE	Santé Plus
Mme Fara NDIAYE	Speak Up Africa	Dr Ibnou DEME	Santé Plus
Dr Mame Birame DIOUF	PMI/USAID	Dr Mayacine DIONGUE	ISED/UCAD/consultant
Dr Julie TWING PMI	PMI/USAID	Dr Demba ante Dione	Health & Development Solution
Dr Abdoulaye DIOP	ABT.AIRS	Dr Moustapha Cisse	PNLP
Dr Yakou DIEYE	MACEPA/PATH	Mr Médoune NDiop	PNLP
Mame Birame SENE	SNEIPS	Mme Ouléye Beye	PNLP
Dr Talla DIOP	PNA	Moustapha Dabo	PNLP
Dr Mame Cor Ndour	Abt Associated	Dr Alioune Badara Guéye	PNLP
Pr Babacar FAYE LPM	LPM/UCAD	Dr Mamadou Lamine Diouf	PNLP
Pr Daouda NDIAYE	LPM/UCAD	Dr Seynabou Gaye	PNLP
Pr Ousmane FAYE	LEVP/UCAD	Dr Fatou BA Fall	PNLP
Dr Adama TALL	Institut Pasteur de Dakar	Dr Libasse Gadiaga	PNLP
Dr algaye NGOM	DS Richard Toll	Dr Mame Kéne Sylla	PNLP
Mr Aliou NDOUR	RM Louga	Mamoudou Wade	PNLP
Mr Pape Malick KANE	RM LOUGA	Mr Alassane Thiam	PNLP
Mr Mamadou M. THIAM	RM Ziguinchor	Mme Ndeye M. Coll	PNLP
Dr Mamadou SARR	RM Kédougou	Mme Raky Diagne	PNLP
Dr Mamadou Adama SARR	CSE	Mr El Hadj DIOP	AISM Thienaba