

REPUBLIQUE DU SENEGAL

MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA SANTE

SERVICE NATIONAL DES GRANDES ENDEMIES

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



***PLAN STRATEGIQUE
POUR FAIRE RECULER LE
PALUDISME AU SENEGAL
2001 - 2005***

JANVIER 2001

SOMMAIRE

<u>PREAMBULE</u>	5
<u>PREMIERE PARTIE : CONTEXTE</u>	7
<u>I. DONNEES DE BASE</u>	7
I.1. PRESENTATION DU PAYS.....	7
I.2. PRESENTATION DU SECTEUR.....	10
I.3. CADRE DE PARTENARIAT.....	14
<u>II. POINT SUR LA LUTTE ANTI - PALUDIQUE</u>	19
II.1. EPIDEMIOLOGIE.....	19
II.2. HISTORIQUE DE LA LUTTE.....	20
II.3. SITUATION ACTUELLE.....	21
<u>DEUXIEME PARTIE : PLAN QUINQUENNAL</u>	27
<u>I. OBJECTIFS</u>	27
III.1. OBJECTIF GENERAL.....	27
III.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	28
III.3. RESULTATS ATTENDUS.....	29
<u>II. STRATEGIES</u>	30.
<u>III. ACTIVITES</u>	41
<u>IV. BUDGET</u>	50
<u>V. ADMINISTRATION ET GESTION</u>	81
V.1. CADRE INSTITUTIONNEL.....	81

V.2. PROCEDURES DE GESTION	85
V.3. SYSTEME DE SUIVI / EVALUATION	85
ANNEXES	88
TABLEAU DE SYNTHESE	88
CARTES SANITARE ET DES FACIES EPIDEMIOLOGIQUES	96

ABREVIATIONS

- ASC** : Agent de Santé Communautaire
- BAD** : Banque Africaine de Développement
- BM** : Banque Mondiale
- CAP** : Connaissance Aptitude Pratique
- C AS /PNDS** : Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire
- CDD** : Comité Départemental de Développement
- CFA** : Communauté Française d'Afrique
- CHU** : Centre Hospitalo- Universitaire
- CLD** : Comité Local de Développement
- CN** : **Coordination** Nationale
- CPN** : Consultation prénatale
- CS** : Comité de Santé
- DERF** : Direction des Etudes de la Recherche et de la Formation
- DHSP** : **Direction** de l'Hygiène et de la Santé Publique
- DS** : **Direction** de la Santé
- ECD** : Equipe Cadre de District
- ECR** : Equipe Cadre de Région
- ENDSS** : Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social
- EPS** : Education Pour la Santé
- FAR** : Femme en Age de Reproduction
- FED** : Fonds Européen de Développement
- GIE** : Groupement d'Intérêt Economique

GPF : Groupement de Promotion Féminin
IBC : Interventions à base Communautaire
ICP : Infirmier Chef de Poste
IEC : Information, Education, Communication
IPM : Institut de Prévoyance Maladie
IRIS : Institut de Recherche et d'Investigation par Sondage
IST : Infections sexuellement transmissibles
JICA : Coopération Japonaise
MCD : Médecin-chef de District
MCR : Médecin-chef de Région
MS : Ministère de la Santé
MSP : Ministère de la Santé Publique
MST/ SIDA : Maladies sexuellement Transmissibles/ Syndrome d'Immunodéficience Acquise
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OMVS : Organisation de la Mise en Valeur du Fleuve Sénégal
ONG : Organisation Non Gouvernementale
OUA : Organisation de l'Unité Africaine
PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDDS : Plan Départemental de Développement Sanitaire
PDIS : Programme de Développement Intégré du Secteur de la Santé
PDRH : Projet de Développement des Ressources Humaines
PEV : **Programme** Elargi de Vaccination
PIB : Produit Intérieur Brut
PLCME : Projet de Lutte Contre les Maladies Endémiques
PNA : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNB : Produit National Brut
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PNUD : Programme des Nations Unis pour le Développement
PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme
PRA : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PRDS : Plan Régional de Développement Sanitaire
PS : Poste de Santé
RAC : Réseau d'Appui Communautaire

SLAP : Service de Lutte Anti-Parasitaire
SNAN : Service National de l'Alimentation et de la Nutrition
SNEP : Service National de l'Education pour la Santé
SNGE : Service National des Grandes Endémies
SNH : Service National de L'Hygiène
SIG : Système d'information à des fins de Gestion
SR : Santé de la Reproduction
SSD : Système de Santé de District
SSP : Soins de Santé Primaires
UCAD : Université Cheikh Anta Diop
UE : Union Européenne
UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

PREAMBULE

Le paludisme constitue assurément un problème de santé majeur. A l'échelon mondial, il est à l'origine d'un décès toutes les 30 secondes. Neuf cas sur dix concernent la Région Africaine où un million de décès est enregistré annuellement. Dans nos pays, il entraîne réduction de la productivité, une baisse du PNB, et contribue de ce fait à l'aggravation de la pauvreté.

Au Sénégal où il existe de manière endémique avec une recrudescence saisonnière, le paludisme représente environ 35 % des motifs de consultation, et constitue la première cause de morbidité et de mortalité.

Compte tenu de l'ampleur de la situation, les Chefs d'Etat et de Gouvernement, lors du 33^{ème} sommet de l'OUA en juin 1997 à Harare, ont manifesté leur volonté de combattre avec beaucoup plus de détermination le paludisme. L'Initiative Africaine pour la lutte contre le paludisme introduite en 1997 par l'OMS et la stratégie mondiale appelée « Faire Reculer le Paludisme » ou « Roll Back Malaria » (RBM) lancée en 1998 par le Directeur Général de OMS ont pour finalité de réduire la morbidité et la mortalité attribuables à cette pandémie en vue de soulager les populations, de lutter contre la pauvreté et de favoriser un développement humain durable.

C'est dans ce sens que le bureau régional de l'OMS a organisé, à Abidjan du 29 mars au 1^{er} avril en 1999, un atelier de consensus en vue de promouvoir le concept RBM pour assurer son appropriation par les pays. Il s'agit de renforcer le système de santé en vue d'améliorer les prestations des services en mettant l'accent sur les interventions à assise communautaire et en s'assurant de l'application correcte des mesures préventives et curatives.

Par conséquent, il faut recycler le personnel, mobiliser les ressources nécessaires, développer une vaste campagne de mobilisation sociale et instaurer un partenariat dynamique à tous les niveaux. Au Sénégal, le paludisme qui a toujours été considéré comme une préoccupation majeure a occupé une place privilégiée dans l'élaboration et la mise en œuvre des Plans de Développement Sanitaire. Ces derniers ont abouti à l'adoption d'un Programme National de Développement Sanitaire qui s'exécute annuellement par des Plans d'Opérations dans le cadre du Programme de Développement Intégré du Secteur de la Santé.

Avec l'élaboration du Programme National de Lutte contre le Paludisme en 1995 et, en particulier, depuis l'année 1997 - correspondant à la mise en œuvre accélérée de la lutte contre le paludisme - d'intenses activités ont été

développées dans notre pays. A cet effet, un comité de pilotage pluridisciplinaire opérationnel a été créé. En outre, Il convient de souligner que ce programme intègre les principes généraux de RBM. Auparavant, certaines orientations stratégiques telles que la promotion des moustiquaires imprégnées, l'utilisation de la chloroquine dans le traitement des cas présumptifs et la chimioprophylaxie chez la femme enceinte ont déjà été expérimentées depuis 1989 précisément au niveau du district de Podor dans le cadre d'une approche communautaire.

Au cours l'année 2000, en plus de l'analyse de situation, d'importantes rencontres ont eu lieu sur le plan national et international. C'est ainsi qu'à la suite de la participation du Sénégal à la conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement le 25 avril 2000 à Abuja et à l'organisation des Assises Nationales sur la santé, les autorités ont réaffirmé leur détermination pour lutter contre le paludisme.

La volonté politique s'est aussi manifestée entre autres par l'organisation d'un Forum National suivi d'une caravane intitulée « Croisade contre le Paludisme » et l'octroi par l'Etat d'une subvention spéciale de 500 millions de francs CFA pour soutenir la phase de démarrage des activités de l'année 2001.

Ce présent plan a tenu compte des enseignements issus de ce qui précède, et a été élaboré de manière consensuelle avec la participation des principaux acteurs de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme ».

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE

I. DONNEES DE BASE

I.1. PRESENTATION DU PAYS

I.1.1. DONNEES PHYSIQUES

Le Sénégal est situé à l'extrême ouest du continent africain, entre 12,5 et 16,5 degrés de latitude Nord. Il couvre une superficie de 196 712 km .

Il est limité au Nord par la République Islamique de Mauritanie et à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée Bissau et la Guinée, à l'Ouest par l'Océan Atlantique. La Gambie située entre les régions de Kaolack et de Ziguinchor, forme une enclave sur le cours inférieur du fleuve du même nom.

Le Sénégal est un pays à relief plat avec quelques sommets au Sénégal Oriental et dans les régions de Thiès et de Dakar, l'altitude dépassant rarement 10 mètres. Le mont Assirik, au Sud-Est du pays avec ses 381 mètres, constitue le point culminant. On distingue trois zones phyto-géographiques qui sont les zones sahéliennes, soudanienne et Sud - Guinéenne.

I.1.2. DONNEES CLIMATOLOGIQUES

Le climat est de type Soudano-sahélien caractérisé par l'alternance d'une saison sèche allant de novembre à mai et d'une saison des pluies allant de juin à octobre. La pluviométrie moyenne annuelle suit un gradient croissant du Nord au Sud du pays. Elle passe de 300 mm au Nord semi-désertique à 1200 mm au Sud, avec des variations accusées d'une année à l'autre. Trois principales zones de pluviométrie correspondant aux trois zones climatiques sont ainsi déterminées : Une zone forestière au sud, la savane arborée au centre et une zone désertique au Nord. Cette structuration spatio-temporelle engendre des faciès épidémiologiques spécifiques du paludisme.

I.1.3. DONNEES HYDROGRAPHIQUES

En plus de l'Océan Atlantique qui le limite à l'Ouest, les ressources en eaux de surface au Sénégal sont constituées par les quatre fleuves et leurs affluents auxquels s'ajoutent quelques cours d'eau temporaires. Ainsi, le Sénégal est traversé par plusieurs bassins qui forment deux systèmes importants : les cours inférieurs du fleuve Sénégal et le cours moyen du fleuve Gambie. Le fleuve Sine Saloum et le fleuve Casamance sont de petits fleuves côtiers. D'autres rivières et des vallées complètent le régime hydrologique. L'exploitation des eaux continentales du Sénégal fait partie intégrante de la politique hydraulique. Les réalisations des grands barrages, Diama en particulier, que le Sénégal partage avec le Mali et la Mauritanie visent le développement de l'agriculture, l'élevage, la navigation, l'approvisionnement en eau potable et en énergie pour les populations.

Dans le cadre du programme de développement de la rive gauche, La disponibilité permanente en eau a favorisé le développement des principales endémies parasitaires transmissibles comme le Paludisme.

I.1.4. APERCU SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

La population est estimée à 9,2 millions d'habitants au 30 juin 2000, soit une densité de 46 habitants au km . Celle-ci varie entre 3659 habitants/km à Dakar et environ 8 habitants/km dans la région de Tambacounda. Les femmes représentent 52% de la population globale. Cette population est en majorité très jeune, avec 50% ayant moins de 16 ans. Elle s'accroît au rythme de 2,7% par an soit un temps de doublement de 25 ans environ. Elle est très inégalement répartie à travers le territoire national, l'essentiel étant concentré dans la partie occidentale. La population urbaine à savoir celle des communes, représente 41% de l'ensemble, plaçant de ce fait le Sénégal parmi les pays les plus urbanisés d'Afrique subsaharienne.

Cinq principaux groupes ethniques composent la population : les Wolofs (43 %), les Hal Pulaar (24 %), les Serer (15 %), les Diola (9 %) et les Mandingues (5 %). Environ 95 % de la population sont de confession musulmane.

I.1.5. APERCU SOCIO-ECONOMIQUE

L'économie est basée essentiellement sur l'agriculture mais le pays est encore loin de l'auto suffisance alimentaire. L'élevage a souffert comme l'agriculture de la sécheresse persistante. La pêche par contre subit une forte expansion. C'est d'ailleurs le seul sous secteur où le Sénégal est auto suffisant sur le plan

alimentaire. Le secteur industriel qui représente 25% du PIB joue un rôle important dans l'économie nationale.

Le taux de croissance de l'économie qui est resté longtemps en dessous de celui de la croissance démographique, commence à augmenter de façon significative (environ 6% en 1999). Malgré cette croissance macro-économique signalée et la maîtrise relative de l'inflation, le pouvoir d'achat des populations est encore faible. Ce faible pouvoir d'achat ne facilite pas l'accessibilité financière des soins.

Les difficultés économiques dans les années 1980 ont conduit le Gouvernement du Sénégal à mettre en place un programme d'ajustement à moyen et long terme, dans le but de stabiliser et de relancer la situation économique.

Cependant, le PNB a enregistré une tendance à la baisse, passant d'une moyenne de 2,6 % entre 1984 et 1988 à 1,7 % entre 1989 et 1992. L'insuffisance des richesses dans l'économie a eu pour conséquence une situation difficile des finances publiques, ce qui a conduit entre autres à l'adoption d'un plan d'urgence en août 1993.

La dévaluation et les politiques d'ajustement structurels mises en œuvre pour juguler la crise ont eu pour conséquence d'accroître les déficits sociaux et la demande sociale. On se trouve ainsi face à une population en expansion avec des mouvements naturels et migratoires mal maîtrisés contribuant en grande partie au renforcement des déséquilibres socio-économiques.

Par ailleurs, les demandes en matière d'alimentation et de nutrition, d'accès à l'eau potable, de santé, d'éducation s'accroissent plus vite que les ressources nationales nécessitant par conséquent des solutions urgentes. Malgré la baisse du taux d'inflation, la pauvreté constitue une préoccupation. L'augmentation de la population urbaine et de la paupérisation croissante ont eu des effets néfastes sur l'environnement et l'aménagement du cadre de vie. En outre, on observe également un nombre assez important d'enfants se trouvant dans des situations particulièrement difficiles : enfants travailleurs (jeunes filles domestiques et jeunes apprentis), enfants de la rue, talibés mendiants.

Le taux net de scolarisation se situe à 49,3 pour cent à l'an 2000 selon le rapport sur l'évaluation des objectifs intermédiaires de l'an 2000. En 1996, ce taux se situait à 45% pour l'ensemble du pays. Le taux d'analphabétisme avoisine 73%. Cette situation doit être prise en compte dans toutes les stratégies à mettre en œuvre notamment en ce qui concerne la communication.

I.1.6. ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Depuis l'application de la loi de 1972 sur la déconcentration et la décentralisation, le Sénégal est subdivisé en 10 régions, 30 départements, 60 communes, 91 arrondissements, 320 communautés rurales et 13 282 villages. Le village ou le quartier correspond à la cellule administrative de base. Chaque niveau est dirigé par une autorité à savoir :

- un gouverneur et un président de conseil régional pour chaque région ;
- un préfet pour chaque département ;
- un sous- préfet par arrondissement ;
- un maire par commune ;
- un président par communauté rurale
- un chef de village ou de quartier au niveau le plus périphérique.

En 1996, le Gouvernement a mis en place une politique de décentralisation qui a donné aux régions, communes et communautés rurales une plus grande autonomie de gestion de leur propre développement.

Dans le cadre de la décentralisation, les domaines d'intervention réservés aux collectivités locales sont : la santé, l'éducation, l'environnement, l'habitat et l'urbanisme, l'agriculture, la jeunesse, le sport et l'artisanat. Cette nouvelle organisation vise à rapprocher l'administration et les administrés afin d'assurer une meilleure prise en compte des problèmes socio-économiques qui les concernent.

Les lois et décrets, concernant le Secteur de la Santé et qui précisent les compétences transférées aux collectivités locales, sont énumérés dans le chapitre suivant.

Au lendemain du changement de régime intervenu lors des élections de mars 2000, le Sénégal a confirmé sa tradition de pays démocratique marqué par une liberté d'expression et d'opinion. On note actuellement l'existence d'une soixantaine de partis politiques, un développement significatif de la presse privée et du mouvement associatif avec une implication de plus en plus poussée des ONG.

I.2. PRESENTATION DU SECTEUR DE LA SANTE

I.2.1. ORGANIGRAMME

Le Département est sous la responsabilité du Ministre de la Santé. L'organigramme présente l'ensemble du système de santé de la périphérie au niveau central.

Au niveau central, on retrouve autour du Ministre, le Cabinet et cinq directions techniques :

- Direction de la Santé ;
- Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement ;
- Direction de la Pharmacie et du Médicament ;
- Direction des Établissements de Santé ;
- Direction des Études, de la Recherche et de la Formation.

Les services rattachés au Ministère sont les suivants :

- Cellule d'appui et de suivi CAS/PNDS ;
- Inspection de la Santé ;
- Laboratoire National de Contrôle des Médicaments ;
- Service National de l'Éducation pour la Santé ;
- Cellules d'Appui aux Mutuelles, IPM et Comité de Santé.

La Direction de la Santé comprend les structures suivantes :

- Service National chargé de la Santé de la Reproduction ;
- Service National des Grandes Endémies ;
- Service National de l'Hygiène ;
- Service National pour l'Alimentation et la Nutrition ;
- Division des Soins de Santé Primaires ;
- Division de la Santé Mentale ;
- Division Santé Bucco – Dentaire ;
- Division des Cliniques, Cabinets Privés et Médecine Traditionnelle ;
- Programme National de Lutte contre le Sida.

Les programmes gérés par le Service National des Grandes Endémies sont :

- Programme National de Lutte contre le Paludisme ;
- Programme Élargi de Vaccination ;
- Programme National de Lutte contre la Tuberculose ;
- Programme National de Lutte contre la Lèpre ;
- Programme National de Lutte contre la Bilharziose ;
- Programme National de Lutte contre la Cécité ;

- Programme National d'Eradiation du Ver de Guinée ;
- Programme National de lutte contre l'Onchocercose.

A l'échelon régional, le Médecin- Chef de la Région Médicale coordonne les activités sanitaires de la Région. Il collabore avec les autres chefs de services régionaux.

La Région dispose d'un Secteur des Grandes Endémies, d'une Brigade d'Hygiène, d'un Bureau de l'Education pour la Santé, d'un Bureau de l'Alimentation et de la Nutrition et d'un Bureau de la Statistique.

Au niveau périphérique, le district constitue désormais la zone opérationnelle couvrant une population de 150 000 à 250.000 habitants environ, et polarisant 15 à 25 postes de santé articulés autour d'une structure de référence qui peut être soit un centre de santé (hôpital de District), soit un hôpital régional.

Concernant le système de référence, les postes de santé assurent les soins de base. Les centres de santé se situent au second niveau. Les hôpitaux qui constituent la référence des structures précitées, dispensent des soins en médecine interne, obstétrique, gynécologie, pédiatrie, chirurgie, et parfois des spécialités chirurgicales ou médicales. Les hôpitaux communaux, départementaux et régionaux assurent la prise en charge des cas référés. Les Centres Hospitalo - Universitaires représentent le dernier recours.

Le Secteur Privé au même titre que le public fait partie intégrante du système de santé.

I.2.2. REFORMES

Depuis 1997, le secteur a enregistré plusieurs reformes dont :

- l'érection des hôpitaux en Etablissement Public de Santé ;
- la politique de la Mutualisation ;
- la politique des médicaments.

Les Assises Nationales sur la Santé ont abouti au renforcement de la politique des soins de santé primaires en mettant particulièrement l'accent sur l'approche communautaire et la prévention.

I.2.3. APERCU SUR LA COUVERTURE SOCIO-SANITAIRE

Le Sénégal a réalisé des efforts importants pour améliorer la couverture sanitaire de la population.

Les tendances observées, au début des années 90 à l'an 2000, pour les ratios personnels / population et formation sanitaire / population sont :

- . Médecin : un pour 11067 habitants en 1993 et un pour 10185 hbts en 2000 ;
- . Paramédical: un pour 2673 habitants en 1993 et un pour 3341 hbts en 2000 ;
- . Sage-femme : une pour 2844 FAR en 1993 et une pour 3371 FAR en 2000 ;
- . Poste de santé : un pour 8601 habitants en 1993 et un pour 7694 hbts en 2000 ;
- . Centre de santé et cliniques : un pour 84940 habitants en 1993 et un pour 82845 habitants en 2000.

NB : le centre de santé correspond à l'hôpital de district, et le poste de santé au centre de santé de type I ou II.

Les indicateurs socio-sanitaires concernant la mortalité se présentent ainsi :

- . Mortalité infanto-juvénile : 145,3 pour mille ;
- . Mortalité infantile : 70,1 pour mille ;
- . Mortalité maternelle : 510 pour 100 000 naissances vivantes.

Ces taux sont généralement dus à des facteurs exogènes liés à l'environnement, à un cadre de vie favorable au développement des agents pathogènes et de certains vecteurs comme les moustiques.

Les dernières investigations menées au niveau du pays nous donnent les informations complémentaires suivantes :

- . Proportion des enfants âgés de moins de 5 ans malades ayant de la fièvre et qui ont reçu un traitement approprié en antipaludiques : 36,2 % ;
- . Proportion des enfants âgés de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée à l'insecticide : 1,67 % ;
- . Proportion des personnes ayant en charge des enfants âgés de moins de 5 ans, qui connaissent au moins 2 signes de gravité du paludisme nécessitant la référence à une structure de soins : 29,3 %.

Les principales sources de financement de la santé sont :

- l'Etat ;
- les Populations ;
- les Collectivités Locales (Communauté rurale et Commune) ;
- les Partenaires au Développement.

I.3. CADRE DE PARTENARIAT

I.3.1. COLLABORATION INTRASECTORIELLE

La collaboration intra sectorielle notamment avec les autres programmes de lutte contre la maladie, est facilitée par leur regroupement au sein du Service National des Grandes Endémies. Les échanges avec le responsable du service chargé de « Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) sont réguliers d'autant plus que ce dernier siège dans le comité de pilotage du programme de lutte contre le paludisme. Par contre, la collaboration avec le programme de santé de la reproduction et avec celui de lutte contre les IST/SIDA est quasi inexistante. Elle est aussi insuffisante avec les Médecins chefs de Régions et de Districts, entravant par conséquent la promotion des actions de lutte contre le paludisme. La collaboration avec les instituts de formation telle que l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Sociale (ENDSS) doit être renforcée. Dans les plans d'opérations annuels des services décentralisés, il est important de prendre davantage en compte les activités de lutte contre le paludisme.

La collaboration doit aller, au-delà d'une simple cohabitation, vers une intégration effective des activités des différents Programmes de santé, notamment ceux de la Lutte Contre les Maladies Endémiques (PLCME), de la PCIME, de la Santé de la Reproduction et de la Lutte contre les IST/SIDA. Elle doit aussi concerner les structures déconcentrées du système de santé afin de répondre à la priorité accordée aux enfants et aux femmes enceintes, principales cibles du programme. Des réunions régulières doivent être tenues avec les responsables de ces différents programmes.

Les principaux programmes sont logés au niveau de la Direction de la Santé. Cette Direction comprend la Division des Cabinets Privés et Médecine Traditionnelle, le Service National de la Santé de la Reproduction, le Programme National de Lutte contre le Sida et MST, le Service National de l'Hygiène, le Service National de l'Alimentation et de la Nutrition, et le Service National des Grandes Endémies. Ce dernier intègre le Programme National de Lutte contre le Paludisme, le Programme National de Lutte contre l'Onchocercose, le Programme National de Lutte contre la Bilharziose, le Programme National de Lutte contre la Cécité, le Programme National de Lutte contre la Lèpre et le Programme National d'Eradication du Ver de Guinée. Dans

le cadre de la mise en œuvre des activités, la collaboration est effective avec la Division des Soins de Santé Primaires, le Service National de l'Hygiène, le Service National de l'Éducation pour la Santé et la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement. Les représentants de ces services assument des responsabilités dans le cadre de la mise en œuvre des activités, au même titre que ceux de l'université, des instituts de recherche et des ONG impliquées dans la lutte contre le paludisme. Tous les membres du comité de pilotage participent à l'élaboration des plans d'intervention, mais également à l'exécution, au suivi et à l'évaluation des activités.

Le partenariat avec la PCIME est encore timide malgré les initiatives qui ont permis de coopter le coordonnateur de ce programme dans le comité de pilotage du PNLN.

La collaboration avec le Programme National de Santé de la Reproduction qui intègre la mortalité maternelle est encore inexistante malgré les conséquences prévisibles du paludisme chez la femme enceinte. Il en est de même avec le Programme National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles.

I.3.2. COLLABORATION MULTISECTORIELLE

Concernant la collaboration avec les autres secteurs, elle s'amorce déjà avec le Ministère de l'éducation qui envisage d'intégrer le paludisme parmi les thèmes qui seront développés dans le manuel de l'enseignant et dans le cadre du programme de santé scolaire. Les autres ministères pourront apporter un appui beaucoup plus significatif à la lutte contre le paludisme. Le Ministère de l'Économie des Finances et du Plan a retenu le financement de la lutte contre le paludisme dans ses priorités. En revanche, les mesures prises pour atténuer l'impact sanitaire de certains projets mis en œuvre, notamment les aménagements faits dans la vallée du fleuve Sénégal sont encore insuffisantes.

L'implication de l'université dans l'orientation et l'exécution des activités de formation et de recherche sont aussi remarquables. Les autres instituts de recherche tels que l'Institut Pasteur de Dakar (IPD) et l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) jouent un rôle essentiel dans la lutte contre le paludisme au Sénégal. Il en est de même des écoles de formation tel que l'Institut de Santé et Développement (ISED).

Les ONG et les collectivités locales (à travers les budgets décentralisés) sont des partenaires de plus en plus actifs dans le financement et l'exécution des activités du programme.

La lutte contre le paludisme concerne aussi bien le département de la santé que les autres secteurs de développement.

Il faut dans ce cas :

- institutionnaliser la collaboration avec les autres ministères et les institutions de recherche ;
- assurer la représentativité des secteurs clés et des ONG dans le comité de pilotage élargi du programme ;
- renforcer le volet études, suivi et de l'évaluation de l'impact sanitaire de certaines réalisations comme les barrages et développer en conséquence des mesures d'accompagnement efficaces ;
- organiser des réunions d'information à l'intention des élus locaux et des services décentralisés pour renforcer la mobilisation sociale, l'hygiène et l'assainissement.

I.3.3. COOPERATION BI ET MULTILATERALE

La collaboration avec les partenaires extérieurs est positive dans le cadre du PDIS. Par contre, il n'y a pas de coordination spécifique dans le cadre du programme de lutte contre le paludisme. Une concertation régulière permettra une utilisation plus judicieuse des ressources et une répartition harmonieuse des interventions à travers le territoire national. Les principaux partenaires extérieurs intervenant dans le financement du programme sont : la Banque Mondiale, l'OMS, l'UNICEF, l'Union Européenne, ainsi que des ONG internationales telles que World Vision, Plan International. Certains partenaires commencent à s'impliquer davantage dans la lutte contre le paludisme ; c'est le cas de l'USAID, de la JICA, la BAD.

La participation des partenaires dans le comité de pilotage doit être élargie. Il est nécessaire d'organiser des rencontres conjointes en vue de mieux capitaliser les interventions.

Le programme peut renforcer son impact en tenant compte des opportunités qu'offre le PDIS. Pour ce faire, il doit impliquer davantage les autres secteurs et mieux orienter ses interventions sur les groupes à risque (enfants et femmes enceintes) en mettant l'accent sur l'approche communautaire. Il faudra, dans le cadre de la planification régulière, prendre en compte les besoins du pays et les ressources mobilisables en renforçant la collaboration et la coordination avec les autres programmes. Le partenariat avec les autres pays doit être renforcé dans le

cadre de l'Initiative Santé pour la Paix regroupant le Sénégal, la Gambie, la Guinée Bissau, la Guinée Conakry et le PASIE ou Projet d'Atténuation et de Suivi des Impacts sur l'Environnement dans le cadre du volet Energie du barrage de Manantali qui concerne le Sénégal, le Mali et la Mauritanie.

Dans le cadre de l'exécution du plan quinquennal 1996-2000, d'importantes réalisations ont été notées. L'Etat, en plus de la prise en charge du personnel technique, a assuré la disponibilité des produits utilisés dans la lutte contre le paludisme. C'est ainsi que chaque district reçoit un budget spécial pour l'achat de médicaments et de produits. Dans le même ordre d'idée, l'Etat intervient dans la prise en charge du fonctionnement des services, de la supervision et de la formation des agents aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Ces activités se sont traduites dans les districts par une amélioration de l'accès des populations aux services, la qualité de la prise en charge des patients et la reconnaissance des moustiquaires imprégnées d'insecticide comme un moyen utile de prévention.

De plus, le Sénégal a signé avec la Banque Mondiale un accord de crédit pour le financement du Projet de Lutte Contre les Maladies Endémiques (PLCME) dont un des volets majeurs concerne le renforcement de la lutte contre le paludisme. En 1999, outre l'intégration du PLCME dans le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) en cours, le plan d'action a tenu compte du nouveau contexte de RBM. Les stratégies préconisées par RBM ont été retenues. Le projet continue aussi de développer l'approche multidisciplinaire avec l'implication par exemple du Service National de l'Hygiène qui s'occupe du volet promotion des moustiquaires imprégnées et assainissement. Dans le même ordre d'idée, l'Université pilote le volet recherche opérationnelle auquel participent d'autres instituts extérieurs au ministère de la santé tels que l'institut Pasteur et l'IRD.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a apporté son soutien à l'élaboration et la mise en œuvre du Programme National de Lutte contre le Paludisme. Son action s'est renforcée en 1997 avec un appui spécial qui a permis l'élaboration et l'exécution d'un plan de mise en œuvre accélérée de la lutte antipaludique dans 12 districts pilotes. En 1998 et 2000, l'OMS a octroyé à nouveau des fonds qui ont servi à consolider les acquis de 1997. Le processus d'extension au niveau des 38 autres districts a été également appuyé par l'OMS. Il en est de même, pour l'analyse de situation réalisée dans le cadre de l'Initiative «Faire Reculer le Paludisme ».

D'autres partenaires sont également impliqués dans la lutte contre le Paludisme.

L'UNICEF appuie le suivi et l'évaluation de l'Initiative de Bamako. Pour les années 1998, 1999 et 2000, elle contribue à la vulgarisation des matériaux imprégnés d'insecticides et à l'amélioration de la prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire par la formation de relais et de groupements féminins. L'intervention a concerné les Régions de Fatick (district de Dioffior, Foundiougne, Fatick), de Thiès (Popenguine) et de Ziguinchor (Bignona).

Le FED : dans le cadre du Volet Santé d'Appui de la Région de Saint-Louis soutient toutes les activités de lutte contre le paludisme développées dans la zone. Il est aidé dans son intervention par le Luxembourg qui assure une dotation en moustiquaires aux districts de la région. A partir de l'an 2000, le FED apportera son appui à deux autres régions : Ziguinchor et Kolda.

World Vision intervient dans les districts de Kébémér, Kounghoul, Kaffrine, Bambey et Mékhé. Son domaine d'intervention est la promotion des moustiquaires imprégnées au niveau communautaire à travers les groupements féminins. Il intervient également dans la distribution de chloroquine pour appuyer l'action des districts.

Plan International intervient dans la vulgarisation des matériaux traités aux insecticides (financements des coopératives). Il intervient dans les régions de Dakar, Louga, Kaolack et Thiès.

La Mission Luthérienne intervient au niveau des districts de Thiadiaye et Linguère par l'approvisionnement en Chloroquine destinée à la prise en charge des cas présomptifs au niveau communautaire.

La JICA (Coopération japonaise) a introduit des dossiers (aide non remboursable) depuis de 1999 pour appuyer la lutte contre le Paludisme surtout au niveau de la vulgarisation des moustiquaires imprégnées et de l'approvisionnement en médicaments pour la prise en charge des cas.

La Coopération Belge appuie tous les districts de la région de Diourbel dans les différents domaines de la lutte contre le paludisme.

CANAH : ONG intervenant au niveau communautaire pour faciliter l'acquisition des moustiquaires pour les groupements féminins des districts de Joal et de Thiadiaye.

Les comités de santé interviennent pour assurer la disponibilité des médicaments et fournitures essentiels au niveau des structures sanitaires. Ils participent

également au financement de la formation des agents de santé et des relais communautaires.

I.3.4. PARTENARIAT AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

A ce niveau, le partenariat concerne les organisations communautaires de base et les associations, les ONG et les leaders. Les activités initiées dans le cadre de ce partenariat doivent être soutenues par le personnel de santé. Le partenariat au niveau communautaire est également développé dans le volet relatif aux IBC (Interventions à Base Communautaire).

II. POINT SUR LA LUTTE ANTIPALUDIQUE

II.1. EPIDEMIOLOGIE

L'épidémiologie du paludisme au Sénégal est caractérisée par une grande hétérogénéité des niveaux d'endémicité et des modalités de la transmission. Les vecteurs majeurs appartiennent au complexe *Anopheles gambiae* et à *Anopheles funestus*.

Le paludisme sévit à l'état endémique dans tout le Sénégal avec une transmission saisonnière. Les divers paramètres impliqués dans la transmission, le niveau d'endémicité et la morbidité palustre permettent de distinguer deux faciès épidémiologiques : un faciès sahélien au nord et un faciès tropical couvrant les zones soudano sahélienne au centre et soudano guinéenne au sud (cf. carte en Annexe). Il existe de nombreuses zones à potentiel épidémique (zones périurbaines inondables, zones d'influence des retenues d'eau).

Plasmodium falciparum est le principal agent pathogène rencontré. Du point de vue thérapeutique, des échecs à la chloroquine ont été observés dans différents sites d'études. Cependant les taux d'échecs enregistrés (3 à 16 %) sont encore acceptables et justifient le maintien de la chloroquine comme molécule de première intention dans le traitement de l'accès palustre simple au Sénégal.

II.2. HISTORIQUE DE LA LUTTE

En 1992, le Sénégal a introduit l'Initiative de Bamako (IB) dans le cadre de la mise en œuvre de la politique des Soins de Santé Primaires (SSP). Cette nouvelle initiative a permis la standardisation de la prise en charge des cas grâce à l'utilisation des ordinogrammes et au monitoring des activités.

Pendant la même période, le Sénégal signataire de la déclaration mondiale de lutte contre le paludisme (Conférence d'Amsterdam) s'est engagé, au même titre que la plupart des pays africains, dans la politique d'abolition de la chimioprophylaxie de masse.

En 1995, le pays a élaboré un Programme National de Lutte contre le Paludisme dont les activités ont été intégrées dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1998-2007 et le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS).

En 1997, à l'instar de 21 autres pays africains, le Sénégal a bénéficié d'un financement de l'OMS dans le cadre d'un plan d'accélération de la lutte contre le paludisme. A la même période, la lutte contre le paludisme est intégrée dans le Projet de Lutte Contre les Maladies Endémiques (PLCME) financé par la Banque Mondiale. En juin 1999, le Sénégal a organisé une réunion pour l'introduction dans le pays de l'Initiative Roll Back Malaria (Faire Reculer le Paludisme), lancée conjointement par l'OMS, la Banque Mondiale, l'UNICEF et le PNUD en 1998. La déclaration d'Abuja (avril 2000) issue du Sommet des Chefs d'Etats et de Gouvernements est venue renforcer cette initiative mondiale. Par ailleurs, dans le cadre de l'initiative "Santé pour la paix" qui concerne la Guinée Bissau, la Guinée Conakry, la Gambie et le Sénégal, une stratégie de lutte intégrée contre le paludisme est en cours.

Enfin, les Assises Nationales sur la Santé tenues en juillet 2000 ont identifié la lutte contre le paludisme comme une des principales priorités du Gouvernement du Sénégal. Une caravane croisade contre le paludisme a été organisée au mois d'août 2001.

II.3. SITUATION ACTUELLE

. Les objectifs antérieurs suivants ont été retenus par le PNLP (1995-2000) :

- réduire de 50% la mortalité attribuée au paludisme dans la population générale, particulièrement chez les enfants de moins de 5ans ;
- réduire de 20% la morbidité attribuée au paludisme dans la population générale ;
- réduire de 50% les formes graves de paludisme chez la femme enceinte.

. Les stratégies qui ont été retenues sont les suivantes :

- prise en charge correcte des cas ;
- prévention et surveillance du paludisme ;
- prévention et lutte contre les épidémies dans les zones de paludisme instable ;
- application appropriée d'une politique de médicament ;
- intégration de la lutte antipaludique aux soins de santé primaires ;
- la formation ;
- l'équipement en matériel de laboratoire ;
- la recherche.

L'approche communautaire et le partenariat n'ont pas été suffisamment développés.

. Les résultats encourageants enregistrés par le PNLN sont les suivants:

- la mise en place d'un comité de pilotage multidisciplinaire ;
- la formation des médecins des districts, régions et hôpitaux départementaux et régionaux ;
- la formation des infirmiers, sages-femmes et agents de santé communautaires ;
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge des cas dans les structures de santé ;
- la formation des EPS de districts et de régions ;
- la mise en place de centres d'imprégnation de moustiquaires dans les districts ;
- la surveillance de la sensibilité du *Plasmodium falciparum* aux médicaments de façon régulière ;
- l'élaboration récente d'un plan de gestion des épidémies de paludisme dans les zones à risque ;
- l'engagement politique au plus haut niveau qui s'est traduit lors du sommet d'Abuja. A cela s'ajoute l'organisation d'un forum national sur le paludisme et la mise en œuvre d'une caravane «croisade contre le paludisme » dirigée par le Ministre de la Santé lui-même à travers les dix régions du Sénégal. Au cours de cette caravane, le Ministre de la santé a pris la décision de procéder à la baisse des prix de vente des antipaludiques au niveau des structures de santé. L'obtention d'une subvention spéciale a également permis de réduire le coût des moustiquaires imprégnées.

. Les problèmes identifiés se présentent ainsi qu'il suit :

** Prise en charge inadéquate des cas de paludisme dans les structures de santé*

Si dans les douze districts ayant bénéficié du programme accéléré de lutte contre le paludisme en 1997 et 1998, la qualité de la prise en charge s'est améliorée (75% de prescriptions conformes aux recommandations du PNLP dans les trois districts de l'échantillon). Plusieurs difficultés ont été notées :

- le non respect des protocoles de traitement du PNLP :

Le changement de comportement est difficile à avoir chez les prescripteurs même s'ils sont formés à la prise en charge des cas. A cela s'ajoute l'insuffisance des supervisions à tous les niveaux. Les monitorings qui devraient permettre d'apporter les corrections nécessaires n'ont pas été réguliers dans plusieurs districts. Il faut aussi noter que dans certains districts les formations décentralisées ne sont pas bien menées, parce qu'il n'existe pas de modules élaborés par le PNLP et l'appui technique n'a pas toujours été assuré. Les différentes formations entreprises dans le cadre du PNLP n'ont pas totalement pris en compte le personnel de santé du secteur privé.

- les insuffisances dans la surveillance des cas de paludisme grave :

Dans les structures de santé, les éléments de surveillance des cas graves de paludisme ne sont pas toujours bien maîtrisés. Les échelles de Glasgow et de Blantyre sont rarement disponibles et la majorité des infirmiers chargés de surveiller les malades ne les connaissent pas.

- l'insuffisance des capacités diagnostiques des centres de santé :

Dans les centres de santé, il n'existe pas toujours de biologiste ou de technicien capable d'assurer une lecture correcte des lames. En plus de cela, les contrôles de qualité sont insuffisants malgré l'existence de pharmaciens biologistes au niveau régional. Le contrôle de la glycémie et le dosage de l'hémoglobine ne se font pas dans certains centres de santé.

- les ruptures de stocks de sérum glucosé :

Il arrive parfois qu'il ait des ruptures de stocks de sérum glucosé. En effet, la pharmacie nationale d'approvisionnement éprouve des difficultés liées aux prévisions, aux commandes et au fait que les districts et les structures de santé n'arrivent pas à faire à temps une estimation correcte de leurs besoins en médicaments.

** Mauvaise prise en charge des cas de paludisme dans la communauté*

L'ignorance des signes de gravité du paludisme et des protocoles de traitement des cas simples constitue un problème. Dans certains cas, les signes de gravité du paludisme tels que les convulsions et les autres manifestations neurologiques sont souvent perçus comme relevant d'autres affections d'ordre surnaturel. De ce fait, les malades sont souvent orientés vers des tradipraticiens, et n'arrivent que tardivement dans les structures de santé. Le pronostic vital se trouve ainsi menacé parce que les tradipraticiens qui ne sont pas suffisamment informés sur le programme national de lutte contre le paludisme, n'ont pas l'habitude de référer ce genre de malades dans les structures de santé.

Devant un cas d'ictère communément appelé «peuillisse », la croyance populaire dit que se sont des malades qui ne doivent pas prendre de traitement par voie injectable. C'est ainsi que certains médicaments traditionnels, qui leur sont administrés entraînent des épisodes de diarrhées et des vomissements. Ces malades, s'ils ne meurent pas à domicile, arrivent dans les structures de santé dans une situation critique avec parfois un état de déshydratation sévère.

L'analyse de situation a montré qu'à Richard-Toll, Bambey et Tambacounda, respectivement 59%, 80% et 85% des mères ont pratiqué en première intention le traitement à domicile pour leurs enfants malades. Malheureusement, les protocoles de traitement des cas simples de paludisme ne sont pas disponibles dans les foyers et sont ignorés par la plupart des mères.

La disponibilité de la chloroquine dans les foyers pose également problème. En zone périurbaine (Bargny), elle est évaluée à 30% ; mais en zone rurale cette disponibilité est encore beaucoup plus faible du fait de l'absence d'un système de distribution à base communautaire. En zone urbaine, les populations ont tendance à aller demander directement les médicaments dans les officines privées sans consultation préalable. Malheureusement les vendeurs qui sont censés les informer ne sont ni formés, ni informés sur le traitement du paludisme et sur les recommandations du PNL.

** Faible utilisation des moustiquaires imprégnées*

Au Sénégal la disponibilité des moustiquaires imprégnées est encore faible. Seuls les districts de la région de St Louis et dans une moindre mesure ceux de Fatick ont une assez bonne couverture en moustiquaires du fait de l'appui important des partenaires qui sont intervenus spécifiquement dans ces zones. L'analyse de situation a montré que la proportion de ménages disposant au moins d'une moustiquaire était de 11%, 38,2%et 60,7% respectivement à

Bambey, Tamba et Richard Toll. Cependant le nombre moyen de moustiquaires est de 0,2 à Bambey, 0,41 à Tamba et 3,7 à Richard Toll (région de St Louis). Si dans certains districts les initiatives locales ont permis un approvisionnement à petite échelle, il n'existe pas un système de distribution formel à l'échelle nationale.

Dans les zones où on trouve des moustiquaires imprégnées, le retraitement pose problème parce que les kits individuels ne sont pas disponibles sur le marché.

Il n'existe pas encore un véritable programme de promotion des moustiquaires imprégnées malgré l'étude réalisée en 1998 par le cabinet IRIS qui devrait aboutir sur une campagne de marketing social. De ce fait, la moustiquaire n'est pas encore entrée dans les mœurs des populations des localités qui traditionnellement ne l'utilisent pas. Les partenaires potentiels tels que les ONGs, les organisations communautaires et le secteur privé ne sont pas suffisamment impliqués dans la promotion et la distribution des matériaux imprégnés.

Le coût de la moustiquaire imprégnée reste élevé à cause des taxes douanières sur le tissu et sur l'insecticide. Dans les districts qui ne sont pas subventionnés par des partenaires au développement, la moustiquaire imprégnée est vendue en moyenne à 6000 francs alors que le « prix psychologique » retrouvé par l'enquête IRIS est de 3000 francs CFA.

Sous l'initiative du Ministère de la Santé, au décours de la caravane, la moustiquaire est vendue à un prix subventionné de 2500 francs CFA.

** Insuffisance de la participation de la communauté dans la prévention*

Les mesures préventives concernent l'utilisation des matériaux imprégnés en particulier la moustiquaire imprégnée, la destruction des gîtes larvaires et la chimioprophylaxie chez la femme enceinte. Comme pour la prise en charge des cas simples à domicile, la promotion des activités d'IEC de proximité dans les districts est nécessaire.

Les populations n'ont pas développé beaucoup initiatives dans le domaine de la prévention. Les relais communautaires, s'ils existent, ne sont pas suffisamment motivés. Les spots radiodiffusés et télévisés ne touchent pas les localités reculées et en plus ils ne permettent pas de répondre judicieusement aux préoccupations des populations.

** Faiblesse du système de surveillance épidémiologique et de la lutte contre les épidémies de paludisme*

La consigne de rétention de l'information sanitaire appliquée au cours des trois dernières années par beaucoup de prestataires de service, lors de leur grève, a été à l'origine de la déficience du système de collecte de données de routine. A présent, ce mot d'ordre de grève n'est plus en vigueur.

Il n'existe pas encore un système de surveillance opérationnel permettant la prévision et la détection précoce des épidémies de paludisme dans les zones à risque. Ceci est dû à la non prise en compte des facteurs météorologiques et hydrauliques par les districts situés dans cette zone et à l'absence de sites sentinelles permettant la surveillance de la morbidité et de la mortalité. Les études sur la morbidité et la mortalité palustres sont encore insuffisantes.

Dans les zones qui ont connu les épidémies de paludisme, il n'y a pas eu de mesures de lutte spécifiques ayant trait à la lutte antivectorielle par exemple. Les équipements et les produits nécessaires sont très insuffisants.

** Insuffisance de la Recherche Opérationnelle*

Le potentiel qu'offrent les instituts de recherche opérant au plan national tels que l'IRD et l'institut Pasteur et le Service de Parasitologie de l'UCAD qui s'intéressent particulièrement au paludisme, n'est pas bien exploité par le PNL. En plus, les résultats de leur recherche ne sont pas suffisamment utilisés.

Dans les districts, les activités de recherche opérationnelle sont rares du fait du manque de motivation des acteurs, de l'insuffisance de l'appui technique et des difficultés à accéder au financement.

Les thèmes d'étude développés restent encore limités et très peu d'études ont été menées sur les aspects épidémiologiques du paludisme, les aspects socio-anthropologiques et l'amélioration de la qualité des prestations.

** Insuffisance de la Formation / Recyclage*

Les insuffisances notées concernent les principales domaines de la lutte contre le paludisme. En plus du personnel de santé, les relais communautaires doivent être formés ou recyclés.

** Insuffisance dans la gestion des actions*

Malgré l'existence d'un comité de pilotage et du PDIS qui constituent des cadres de concertation, des insuffisances persistent dans la coordination des activités et la programmation des réunions. Le rôle de certains membres n'est pas bien précisé. La collaboration intersectorielle doit être développée au niveau des régions et des districts avec la création ou la redynamisation des comités à l'instar de ce qui se fait au niveau national.

Certaines ONG et partenaires au développement, qui interviennent directement dans les districts, exécutent parfois leurs programmes sans collaborer avec le PNLP.

** faiblesse du suivi et de l'évaluation*

Les moyens logistiques sont encore insuffisants pour assurer une supervision efficace. Les insuffisances notées concernent la disponibilité des données et la programmation des activités. Un système de suivi et d'évaluation plus opérationnel permettra d'accroître les performances.

DEUXIEME PARTIE : PLAN QUINQUENNAL

Eu égard aux données issues des chapitres précédents, et compte tenu des problèmes identifiés, le présent plan de lutte contre le paludisme s'articule autour des **six orientations stratégiques majeures** :

I - OBJECTIFS

I.1. OBJECTIF GENERAL

Réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme, notamment chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes entre 2001 et 2005.

I.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

I.2.1. OBJECTIFS SPECIFIQUES D'IMPACT

- . Réduire de 30 % la mortalité attribuée au paludisme dans la population générale, particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans.
- . Réduire de 20 % la morbidité attribuée au paludisme dans la population générale.
- . Réduire de 50 % les formes graves de paludisme chez les femmes enceintes.

I.2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES DE RESULTATS

- . Au moins 60 % des cas probables ou confirmés de paludisme aient accès à un traitement rapide adéquat et abordable dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes conformément à la politique nationale.
- . Au moins 60 % des personnes à risque surtout les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, puissent bénéficier de la combinaison la plus appropriée de mesures de protection personnelle et communautaire telles que les moustiquaires traitées aux insecticides et d'autres interventions accessibles et

abordables pour prévenir l'infection et la souffrance.

. Au moins 60 % de toutes les femmes enceintes aient accès à la chimioprophylaxie conformément aux recommandations du PNLP.

. D'ici 2005, former 95 % des agents de santé, qui interviennent dans la prise en charge des cas de paludisme probables ou confirmés, conformément aux recommandations du Programme National de Lutte contre le Paludisme.

. D'ici 2005, 90 % des malades atteints de paludisme se rendant dans les formations sanitaires seront pris en charge conformément aux recommandations du PNLP.

. D'ici 2005, 70 % des enfants atteints de paludisme seront correctement pris en charge conformément aux recommandations du PNLP.

. D'ici 2005, 60 % des mères prendront en charge à domicile leurs enfants fébriles conformément aux recommandations du PNLP.

I.3. RESULTATS ATTENDUS

. Au moins 95 % des personnels de santé prestataires des soins assurent une prise en charge des cas de paludisme probables ou confirmés conformément au Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

. Au moins 90 % des malades atteints de paludisme reçus dans les formations sanitaires sont pris en charge conformément aux directives du PNLP.

. Au moins 70 % des enfants atteints de paludisme sont correctement pris en charge dans les formations sanitaires conformément aux directives du PNLP.

. Au moins 60 % des enfants atteints de paludisme sont correctement pris en charge dans les ménages conformément aux directives du PNLP.

. Au moins 60 % des mères prennent en charge à domicile leurs enfants atteints de paludisme conformément aux directives du PNLP.

. Un système de distribution à base communautaire est mis en place au niveau d'au moins 60% des villages et quartiers pour approvisionner les familles en chloroquine, moustiquaires et supports.

. Les compétences des médecins généralistes, pédiatres et gynécologues - obstétriciens des structures hospitalières sont renforcées pour la prise en charge

correcte des cas graves.

. Au moins 90 % des techniciens de laboratoire des hôpitaux et des centres de santé sont formés au diagnostic parasitologique du paludisme.

. Chaque centre de santé dispose d'un laboratoire fonctionnel pour le diagnostic du paludisme.

. Les interventions à base communautaire sont promues à tous les niveaux.

. Au moins un point d'imprégnation est créé au niveau de l'aire de responsabilité de chaque poste de santé.

. Au moins 95% des techniciens des brigades et sous-brigades d'hygiène sont formés à l'imprégnation de moustiquaires et de rideaux.

. Tous les dépôts pharmaceutiques disposent de produits antipaludiques conformément aux orientations du programme national de lutte.

. Un système de surveillance de l'efficacité des insecticides utilisés pour l'imprégnation des moustiquaires face à l'anophèle est mis en place au niveau national et district.

. Un système de surveillance de la chimiosensibilité du plasmodium aux antipaludiques est mis en place.

. Un système de surveillance épidémiologique est mis en place au niveau de l'ensemble du pays.

. Des agents de santé communautaire et autres relais (enseignants, tradipraticiens et boutiquiers) sont formés à la lutte contre le paludisme au niveau des villages et quartiers.

. Des agents de santé communautaire et autres relais (enseignants, tradipraticiens) doivent être capables de reconnaître les cas graves et de les référer.

. Au moins 80% du budget RBM est exécuté à tous les niveaux (central, intermédiaire, district et poste de santé).

II – STRATEGIES

II.1. PRISE EN CHARGE PRECOCE / CORRECTE DES CAS

Le diagnostic précoce et le traitement approprié constituent une composante essentielle du Programme. L'accès à un traitement de qualité et d'un coût accessible doit pouvoir être assuré à tout patient, quel que soit son lieu de résidence. La prise en charge correcte des cas doit être assurée dans les structures sanitaires et à domicile.

II.1.1. DANS LES STRUCTURES SANITAIRES

Les activités de lutte antipaludique sont intégrées aux activités de Soins de Santé Primaires. En effet, elles font partie des volets du paquet minimum des services développés au niveau du district dans le cadre de la lutte contre la maladie à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La prise en charge repose sur le diagnostic précoce et le traitement correct.

II.1.2. A DOMICILE

L'accès aux structures sanitaires n'est pas toujours aisé surtout dans les communautés rurales. Il est aussi recommandé de procéder au traitement précoce des cas présomptifs. La présomption sera basée uniquement sur la présence ou sur les antécédents récents de fièvre ou «corps chaud» associée ou non à des céphalées, vomissements, frissons, sueurs ou algies. Le traitement présomptif consiste à prendre la chloroquine per os au niveau communautaire.

II.2. PREVENTION

II.2.1. CHIMIOPROPHYLAXIE

Elle est réservée aux femmes enceintes et aux sujets migrants. La molécule de choix est la chloroquine. La prise régulière de chloroquine devra commencer au début de la grossesse et se poursuivre jusqu'à deux mois après l'accouchement.

II.2.2. UTILISATION DE MATERIAUX IMPREGNES D'INSECTICIDES

La promotion des moustiquaires et rideaux imprégnés en tant que méthode de lutte antivectorielle au niveau communautaire devra faire l'objet d'une attention particulière. Le mode de financement de cette intervention peut être pérenne dans le cadre de la mise en œuvre d'un système de recouvrement des coûts. La campagne de promotion des matériaux imprégnés devra tenir compte de

l'implication des communautés (groupements féminins, associations de jeunes, etc.), des ONG et du secteur privé local. Le Secteur Privé peut participer à l'approvisionnement, la distribution et la promotion des moustiquaires imprégnées. Les actions seront développées en concertation avec les principaux opérateurs (les fabricants, les distributeurs, les vendeurs de moustiquaires et de produits) pour étendre la disponibilité et l'accès aux matériaux imprégnés d'insecticides à un coût abordable.

II.2.3. DESTRUCTION DES GITES LARVAIRES

La lutte contre les vecteurs est importante car elle permet de réduire la population des anophèles, d'empêcher les nuisances et la transmission du paludisme. Elle comporte plusieurs options dans son application et fait appel à une bonne connaissance du vecteur et de sa bio-écologie. La lutte contre les gîtes larvaires comporte deux phases : la lutte environnementale et la lutte chimique.

II.3. INTERVENTIONS A BASE COMMUNAUTAIRE

Dans la mise en oeuvre des stratégies, il s'agit de développer des actions au niveau de la communauté, avec l'implication effective des populations en vue de favoriser une appropriation des interventions. Cette approche nécessite un transfert de compétences aux communautés qui deviennent de véritables acteurs dans la lutte contre le paludisme. Cette initiative du programme national de lutte contre le paludisme est en adéquation avec les nouvelles visions du département définies lors des assises nationales sur la santé.

Des interventions à base communautaire existent traditionnellement au Sénégal, mais :

- elles sont souvent très localisées dans le pays (exemple du réseau d'appui communautaire de Bignona RAC, les comités de salubrité de quartier, etc.) ;
- elles ne prennent pas en compte tous les aspects de la lutte contre le paludisme ;
- elles n'ont pas suffisamment bénéficié d'un appui important au niveau central ;
- les agents de santé animateurs de ces systèmes ne sont pas toujours bien préparés pour mener ces stratégies ;
- il n'y a pas eu de capitalisation de l'expérience des autres programmes menant des IBC.

Les expériences localisées au niveau du pays montrent la diversité des possibilités pour développer de telles initiatives (par exemple : les tontines). Les districts ne bénéficient pas à l'heure actuelle d'un appui financier pour mener des interventions à base communautaire qui auraient pu permettre de promouvoir et de pérenniser les mesures de prévention adéquates dans la

communauté. Les activités d'IEC sont insuffisantes parce que les districts n'exécutent pas un programme bien élaboré et font surtout la mobilisation sociale de façon ponctuelle. Ceci est surtout lié à l'insuffisance des relais communautaires et à leur manque de formation ou de motivation.

II.3.1. DOMAINES D'INTERVENTION

Il est important de renforcer les connaissances des mères de famille, des leaders et des agents de santé communautaires pour une meilleure prise en charge des cas de fièvre à domicile, une bonne adhésion des femmes enceintes à la politique de chimioprophylaxie et l'application des mesures d'assainissement du milieu et de protection individuelle contre les piqûres d'anophèles. La finalité est d'assurer conformément aux recommandations du Programme National de Lutte contre le Paludisme :

- la prise en charge correcte de la fièvre à domicile ;
- la chimioprophylaxie pour les femmes enceintes ;
- l'application par les populations des mesures efficaces de lutte contre les gîtes larvaires péri et intra domiciliaires ;
- l'utilisation judicieuse des matériaux imprégnés par la population.

II.3.2. AXES ESSENTIELS

Il s'agit de renforcer les capacités des populations afin qu'elles deviennent de véritables acteurs dans la gestion de leur capital santé. Les IBC reposent sur des activités de soutien tels que le Plaidoyer, l'IEC, la Mobilisation sociale, le Partenariat et le Marketing social.

. **PLAIDOYER** : Il faudra développer le plaidoyer à plusieurs niveaux :

- en direction des décideurs et des leaders en vue d'obtenir un soutien politique et social, et d'assurer la mobilisation des ressources nécessaires ;
- à l'intention des agents de santé pour les convaincre à adhérer à la stratégie et accepter de transférer des compétences aux populations et à d'autres secteurs non professionnels de la santé. Le plaidoyer concernera non seulement les échelons central et régional, mais également le district y compris le poste.

. I.E.C. : se fera en direction des populations en privilégiant la stratégie de proximité et la communication interpersonnelle pour l'adoption d'un changement de comportement favorable à la prévention et à la prise en charge correcte des cas de fièvre à domicile.

Il s'agira d'informer et de sensibiliser sur :

- l'ampleur et la gravité du paludisme ;
- la vulnérabilité des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans face au paludisme ;
- la prise en charge adéquate des cas de fièvre à domicile ;
- la chimioprophylaxie de la femme enceinte ;
- les mesures d'hygiène individuelle et collective (destruction des gîtes larvaires intra et péri-domiciliaires, utilisation des matériaux imprégnés).

. MOBILISATION SOCIALE : Il s'agit de mettre en oeuvre l'ensemble des techniques de communication pour favoriser l'adhésion et la participation effective des populations.

Il s'agit de mobiliser tous les acteurs pour les impliquer dans les actions de lutte contre le paludisme.

Sont surtout ciblés dans le cadre de la mobilisation sociale, les acteurs suivants :

- organisations communautaires de base (groupements de femmes associations de jeunes) ;
- religieux et des notables ;
- agents des autres secteurs ;
- ONG ;
- journalistes ;
- artistes ;
- tradipraticiens ;
- communicateurs traditionnels ;
- autres relais.

En plus des activités d'encadrement, d'organisation et de sensibilisation des populations, les relais se verront confier de nouvelles tâches à savoir :

- aider la communauté à mettre en place un mécanisme pour assurer la disponibilité de la chloroquine et de matériaux imprégnés au niveau communautaire ;
- participer à la surveillance des cas de paludisme au niveau communautaire ;

recueillir les données de morbidité et de mortalité ;

- participer à la référence des cas graves de paludisme au niveau des districts.

. **PARTENARIAT** : Le partenariat a pour but de susciter la collaboration avec les autres secteurs, les départements ministériels, les organisations communautaires de base, les ONG, les leaders, les collectivités locales et les bailleurs de fonds, en vue de créer une synergie et d'obtenir un soutien conséquent pour la mise en œuvre d'activités de lutte antipaludique.

Le partenariat est le résultat d'un processus. Les conditions suivantes sont indispensables à son instauration. En effet, les partenaires doivent :

- avoir la même compréhension du problème ;
- viser le(s) même(s) objectif(s) ;
- adopter la (les) même(s) stratégie(s) ou avoir au moins des stratégies complémentaires ;
- avoir des gains respectifs ;
- accepter la coordination pour éviter le double emploi, la compétition, voire la neutralisation.

Le partenariat sera instauré et mis en œuvre à tous les niveaux :

- village ou quartier entre l'ASC et ses collaborateurs locaux (les groupes organisés, les délégués de quartier, les chefs de quartier, les communicateurs traditionnels, les politiciens, etc.) ;
- district autour de l'équipe cadre ;
- régional et national.

La lutte contre le paludisme, au-delà du secteur traditionnel de la santé concerne également les autres secteurs. L'implication de ces derniers permet d'éviter d'une part que la mise en œuvre de leurs projets n'entraîne une aggravation de la situation, et d'autre part de mobiliser davantage de ressources en faveur de la lutte antipaludique. L'intégration d'un volet lutte contre le paludisme dans les projets de développement et les programmes des ONG seront d'une grande utilité dans certains cas.

Une bonne coordination des actions des différents partenaires s'avère nécessaire. Le Programme va instaurer une collaboration avec les principaux partenaires pour atténuer les impacts sanitaires des projets susceptibles de favoriser l'aggravation de la situation palustre dans certaines zones comme c'est le cas avec les aménagements hydroagricoles de la vallée du fleuve Sénégal.

. **MARKETING SOCIAL** : Une approche globale portant sur les orientations du PNLN et une approche sélective concernant en particulier la promotion de l'utilisation de la chloroquine et des matériaux imprégnés seront développées.

Le marketing social peut considérablement contribuer à la promotion de la santé de manière générale, et favoriser un changement de comportement pouvant influencer sur l'utilisation des produits et services proposés par le PNLN.

Dans le cadre du Programme National de Lutte contre le Paludisme, la mise en œuvre du marketing social vise l'atteinte des objectifs suivants :

. Faire connaître les orientations du plan stratégique et vulgariser son contenu par une large diffusion à tous les niveaux en utilisant des plaquettes et des dépliants entre autres, mais également en organisant des sessions d'échanges.

. Faire participer les principaux acteurs et les partenaires au développement à l'atelier de validation du plan stratégique pour obtenir un large consensus.

. Augmenter l'utilisation de la chloroquine en insistant sur l'efficacité du produit, son enrobage, la faiblesse des effets secondaires et l'accessibilité géographique et financière.

. Augmenter l'utilisation des matériaux imprégnés en améliorant la présentation. Il faudra dissiper certains préjugés défavorables à l'utilisation des moustiquaires.

. Utiliser des supports d'animation illustrés tels que les panneaux et les photos qui aident à mieux fixer les informations.

II.3.3. ZONES D'INTERVENTION

Il s'agit :

- des villages (y compris les petits villages ou hameaux et les gros villages) ;
- des villes (quartiers) ;
- des populations nomades ;
- des écoles ;
- des daaras ;
- des zones de retenue d'eau, les zones inondables, les zones enclavées (zone nord du Sénégal, Anambé, banlieu de Dakar, etc.)

Il faudra instaurer un cadre de collaboration au niveau local et organiser la supervision en impliquant les structures sanitaires et des personnes ressources au niveau communautaire.

L'agent de santé communautaire choisi par la communauté doit être motivé, alphabétisé, disponible, formé et supervisé par l'Infirmier Chef de Poste.

II.4. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET LUTTE CONTRE LES EPIDEMIES

Le programme va réévaluer le profil épidémiologique. Cette étude se déroulera sur une période de deux ans (2001 et 2002). Dans ce cadre, le programme va collaborer avec le Centre de Suivi Ecologique, les services de météorologie, de l'hydraulique et autres structures compétentes.

La surveillance épidémiologique permettra d'évaluer l'impact du programme à travers le suivi de la chimio sensibilité, de la morbidité et de la mortalité palustre au niveau des structures sanitaires et dans les communautés.

Cette surveillance devra s'intégrer dans le système plus large de prévention et de gestion des maladies à potentiel épidémique. La réévaluation du profil épidémiologique permettra d'élaborer une cartographie des groupes de populations et des zones à risque épidémique (faciès sahélien, urbain, zones inondables et de retenue d'eau).

La révision du système d'information à des fins de gestion contribuera à améliorer le recueil de données épidémiologiques dans les structures de base et les structures hospitalières.

Le suivi épidémiologique est également important pour la détection précoce des épidémies permettant de déclencher les systèmes d'alerte et de riposte.

II.5. RECHERCHE OPERATIONNELLE

L'intégration de la recherche aux activités de lutte antipaludique est fondamentale. Le PNLP accordera la priorité à la recherche opérationnelle. Cependant la recherche fondamentale sera prise en compte à travers les instituts de recherche (UCAD, IRD, IP, etc.) et la création d'un laboratoire national de référence.

Le renforcement des capacités de recherche au niveau périphérique se fera grâce à l'appui technique par le niveau central et la formation. La coordination avec la DERS permettra d'intégrer les thèmes prioritaires identifiés au niveau

périphérique dans le Plan National de Recherche. Le PNLP aidera à répertorier, identifier et utiliser les ressources humaines et financières existantes ; dans ce cadre, l'UCAD, les instituts et tous les partenaires au développement seront mis à contribution.

La diffusion et la promotion de l'utilisation des résultats de la recherche passeront par :

- . la mise en place de cadre d'échanges (journées scientifiques) ;
- . la création d'une base de données au niveau du programme ;
- . l'intégration des jeunes chercheurs dans les comités scientifiques.

II.6. RENFORCEMENT DES ACTIONS DE SOUTIEN

La stratégie consiste à :

- développer une politique de formation à tous les niveaux et au profit de tous les acteurs ;
- mettre en place un système de supervision et de suivi des activités ;
- assurer un approvisionnement permanent en médicaments, en fournitures essentielles et en équipement standard ;
- assurer une gestion concertée des activités à tous les niveaux avec la participation des principaux intervenants.

Ces actions sont nécessaires pour la mise en oeuvre des orientations du programme. Elles constituent une composante des stratégies précédemment décrites.

Il importe de mobiliser de manière permanente les ressources suffisantes pour l'accomplissement des activités.

Les actions de soutien vont être développées dans le cadre d'un partenariat instauré sur l'ensemble du territoire national et impliquant tous les acteurs de l'initiative faire reculer le Paludisme.

Au niveau national et en collaboration avec les autres programmes, le PNLP va mettre en place un plan de coordination portant sur des rencontres périodiques d'échange d'informations. A ce titre, les programmes qui développent des activités pouvant contribuer de façon directe ou indirecte à la réduction de la morbidité et de la mortalité palustres, seront associés aux réunions du comité de

pilotage, aux activités de supervision sur le terrain, aux activités d'évaluation et de restitution des résultats. Des services comme l'éducation pour la santé, la santé de la reproduction, le service national de l'hygiène, les soins de santé primaires, la division des cabinets privés et de la médecine traditionnelle, la division des statistiques sont cooptés au niveau du comité de pilotage en tant que membres actifs du comité. Il en sera de même des programmes gérés par Service national des Grandes endémies, la PCIME et le programme de lutte contre les IST/SIDA.

Au niveau intermédiaire et district, le programme va collaborer avec les régions et districts. Le calendrier d'exécution des activités au niveau de chaque région sera connu de la coordination avec la possibilité de participation et d'appui du comité de pilotage. Le programme participera aux réunions de coordination régionales et inversement les régions seront invitées périodiquement aux réunions de restitution des activités menées au niveau central, intermédiaire et périphérique.

Chaque ECR ou ECD doit mettre en place un comité de gestion du programme. Si un tel comité existe dans le cadre du PRDS et du PDDS, il faudra l'impliquer directement dans la gestion des activités de lutte contre le paludisme

Au niveau poste de santé, village et quartier, il faut un plaidoyer au niveau des agents de santé et des comités de santé pour les convaincre à adhérer à la stratégie et accepter de transférer des compétences aux populations (à des acteurs non professionnels de la santé) ; ceci dans le but de favoriser le travail d'équipe. Ainsi, aucun agent de santé, relais ou groupe opérationnel n'aura à travailler de façon isolée.

Dans le cadre de la collaboration intersectorielle, l'identification des partenaires actuels et potentiels sera suivie de la mise en place d'un mécanisme d'information, de sensibilisation et d'implication effective à tous les niveaux de la mise en œuvre de RBM. Ces partenaires sont : les ministères et services de l'Etat, les donateurs, les ONG, les agences de développement multilatérales et bilatérales, la société civile, les industries de fabrication des médicaments antipaludiques et des insecticides.

Le cadre de coordination qui sera mis en place prendra en compte les particularités de chaque partenaire. L'importance sera de mieux faire circuler l'information pour faciliter la mise en œuvre des activités.

Le partenariat établi au niveau central doit également exister au niveau régional et district.

La collaboration sera renforcée avec le Ministère de l'Education Nationale qui a du reste prévu d'intégrer le paludisme parmi les thèmes qui seront développés dans le manuel de l'enseignant, dans le cadre de la préparation du futur programme de santé scolaire.

D'autres Ministères comme le Ministère de la Jeunesse, le Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale, le Ministère de l'Economie et des Finances, le Ministère de l'Hydraulique, le Ministère de la Communication, le Ministère des Forces Armées, le Ministère de l'Intérieur seront sollicités pour appuyer les activités de lutte dans leur domaine de compétence.

L'université et les autres Instituts de recherche seront toujours impliqués dans l'orientation et l'exécution des activités de formation et de recherche. Les sujets communs seront traités en collaboration avec le programme

Les collectivités décentralisées (à travers les budgets décentralisés) et les ONG locales seront des partenaires de plus en plus actifs dans le financement et dans l'exécution des activités du programme. Ils participeront à la mobilisation et au financement des activités des groupes opérationnels surtout dans le cadre de la mise en œuvre des IBC.

La collaboration avec les partenaires extérieurs sera renforcée dans le cadre du projet de développement sectoriel.

III. ACTIVITES

III.1. PRISE EN CHARGE CORRECTE DES CAS

- . Former/recycler les personnels de santé et les relais communautaires.
- . Réactualiser les modules de formation des instituts et écoles de formation en tenant compte des orientations du PNLP.
- . Organiser des journées d'information à l'intention du privé et des entreprises.
- . Doter les structures (privés ou publics) d'outils pour une meilleure prise en charge du paludisme.
- . Doter les structures de médicaments, de matériels de soins et de produits de laboratoire.
- . Mener des activités de supervision, de suivi et d'évaluation à tous les niveaux d'exécution du PNLP.

III.2. ACTIVITES PREVENTIIVES

III.2.1. CHIMIOPROPHYLAXIE

- . Organiser des sessions de formation/recyclage à l'intention des prestataires de

soins, et des relais.

- . Organiser des séances d'information et de sensibilisation à l'endroit des différentes cibles.
- . Mener une étude pour l'estimation correcte des besoins en chloroquine en fonction du nombre de grossesses attendues.
- . Doter les structures sanitaires en chloroquine.
- . Mettre en place des mécanismes fiables pour la disponibilité de la chloroquine au niveau communautaire.

III.2.2. MATERIAUX IMPREGNES ET INSECTICIDES

- . Organiser des sessions d'information avec les principaux acteurs pour leur implication dans la promotion des matériaux imprégnés.
- . Mettre à la disposition des communautés des moustiquaires imprégnées.
- . Mettre en place un système de pérennisation pour l'utilisation des moustiquaires imprégnées.
- . Mener un plaidoyer pour la détaxation des moustiquaires et produits d'imprégnation.
- . Organiser des sessions de formation sur les techniques d'imprégnation à l'intention des agents d'hygiène puis des groupes opérationnels communautaires.
- . Créer trois centres d'imprégnation pilotes pour chaque district.

III.2.3. DESTRUCTION DES GITES LARVAIRES

- . Doter les équipes d'intervention des districts produits et de matériel.
- . Mettre en place des comités de salubrité au niveau des zones opérationnelles.
- . Effectuer des opérations de pulvérisation en cas d'épidémie.
- . Organiser des sessions d'IEC pour la destruction des gîtes larvaires.

III.3. INTERVENTIONS A BASE COMMUNAUTAIRE

- . Organiser des séances de formation des relais pour la prise en charge des cas.
- . Procéder à l'IEC des mères pour la prise en charge correcte des cas.
- . Doter les ménages de supports d'IEC pour la lutte contre le paludisme.
- . Vulgariser les expériences réussies à travers le pays.
- . Tenir un atelier sur les IBC à l'intention des agents de l'EPS et des membres du comité de pilotage.
- . Réaliser des sessions de formation à l'intention des équipes cadre de région et de district.
- . Favoriser la mise en place d'équipes locales de lutte contre le paludisme (groupes opérationnels communautaires).
- . Appuyer les groupes opérationnels communautaires dans l'élaboration des microplans d'intervention.

- . Doter le PNLP d'un cinébus.
- . Produire des supports imprimés et audiovisuels.
- . Insérer des annonces sur le paludisme avant et pendant les périodes de forte transmission.
- . Diffuser les supports à travers le pays.
- . Organiser les journées nationales de lutte contre le paludisme.
- . Organiser des antennes communautaires.
- . Mettre en place un cadre de collaboration avec les partenaires locaux.
- . Mettre en place un cadre de collaboration avec les autres ministères.
- . Impliquer le Secteur de l'éducation nationale.
- . Appuyer les enseignants et les élèves dans le cadre de leur participation à la lutte contre le paludisme.
- . Organiser des réunions d'information à l'intention des élus locaux pour mobiliser les ressources locales et faire participer davantage les collectivités décentralisées aux activités de mobilisation sociale et d'assainissement.
- . Organiser des CRD et des CDD.
- . Superviser les relais communautaires.

III.4. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET CONTROLE DES EPIDEMIES

La surveillance et le contrôle consistent à procéder :

- à la surveillance des changements environnementaux susceptibles de provoquer une épidémie ;
- à la mise en place d'un système de suivi permettant de détecter rapidement une augmentation anormale de la morbidité et de la mortalité palustres ;
- au renforcement des capacités de diagnostic et de prise en charge des cas du personnel de santé ;
- à l'éducation pour la santé en faveur des populations ;
- à la mise en place de stocks de médicaments et de matériels dans des points stratégiques ;
- à la mise en place d'un système de distribution de médicaments dans la communauté ;
- à l'application éventuelle de méthodes de lutte antivectorielle intra et péri domiciliaires ;
- aux exercices de simulation (cf. Programme de surveillance épidémiologique).

III.5. RECHERCHE OPERATIONNELLE

Les activités relatives à la recherche opérationnelle sont déterminées par les axes suivants :

- prise en charge des cas simples et graves ;
- chimiosensibilité du plasmodium falciparum aux antipaludiques usuels ;
- propriété antipaludique des plantes médicinales ;
- morbidité et mortalité attribuables au paludisme dans les structures sanitaires et dans la communauté ;
- acceptabilité et efficacité des moustiquaires imprégnées ;
- chimiosensibilité des anophèles aux insecticides ;
- connaissance, attitudes et pratiques des membres de la communauté et du personnel de santé sur la prévention, le diagnostic et à la prise en charge de cas de paludisme ;
- identification et définition des facteurs de risques associés aux épidémies ;
- paludisme en milieu urbain ;
- paludisme chez la femme enceinte : conséquences sur le nouveau-né et le nourrisson ;
- traitement présomptif intermittent de la femme enceinte ;
- observance et efficacité de la chimioprophylaxie ;
- efficacité et limites de l'automédication ;
- impact socio économique du paludisme ;
- vaccination.

Ces axes de recherche privilégiés seront révisés en cas de besoin.

III.6. RENFORCEMENT DES ACTIONS DE SOUTIEN

III.6.1. FORMATION

La formation continue va s'intégrer au Plan National de Formation élaboré par la Direction des Etudes de la Recherche et de la Formation(DERF).

Les stratégies et le contenu des formations seront adaptés aux différentes cibles constituées par l'ensemble des prestataires privés et publics (médecins, pharmaciens, paramédicaux et techniciens de laboratoire de tous les niveaux de la pyramide de soins).

Pour le secteur public (districts sanitaires), l'accent sera mis sur la formation des formateurs en utilisant l'approche syndromique de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) particulièrement pour le premier niveau de soins de la pyramide sanitaires. Pour le secteur privé, la formation consistera plutôt en une mise à niveau sur les stratégies du programme.

Dans le cadre du renforcement institutionnel, la formation en paludologie se fera au Sénégal en utilisant les compétences locales. Les facultés et écoles de formation prendront en compte les orientations du programme dans la formation initiale aussi bien du point de vue des curricula que du recyclage du corps enseignant.

La formation des agents d'hygiène, des enseignants et de tous les acteurs communautaires permettra d'appuyer la prise en charge précoce des cas et la prévention.

Toutes les formations prévues sont mentionnées dans les chapitres précédents compte tenu des orientations stratégiques majeures du programme.

III.6.2. SUIVI ET EVALUATION

Le comité de pilotage du PNLP regroupe les experts du Ministère de la Santé, de l'Université et des instituts de recherche. Les secteurs d'appui et partenaires y sont également représentés. Ce comité assure le suivi de la mise en œuvre des activités.

La supervision du programme sera renforcée à tous les niveaux, elle sera semestrielle pour le niveau central, trimestriel pour les régions et bimestrielles pour les districts.

La planification des régions et des districts intégreront les calendriers de supervision du PNLP. En plus des aspects administratifs et techniques, cette supervision appréciera le niveau d'implication du secteur privé, des tradipraticiens et autres intervenants dans la lutte contre le paludisme.

Pour mener à bien les activités de supervision le programme sera doté de moyens logistiques suffisants et adaptés.

Les agents de santé communautaire, les relais et les groupements organisés menant des interventions à base communautaire seront supervisés et évalués par les infirmiers chefs de poste avec l'appui de l'équipe cadre du district.

Quel que soit le niveau, il faut planifier la supervision, élaborer les objectifs, préparer la logistique nécessaire, réaliser les activités, élaborer les rapports et de diffuser les rapports au niveau des structures supervisées et au niveau de l'échelon supérieur

Le bilan des plans d'opérations annuels se fera au mois de décembre de chaque année.

L'évaluation à mi-parcours du plan quinquennal se fera à la fin de l'an 2003 et l'évaluation finale en 2006.

De manière générale, l'évaluation nécessitera une planification adaptée, l'élaboration des objectifs, la mise en place des supports de collecte des données, la mobilisation de la logistique nécessaire son exécution, le traitement des données, la rédaction des rapports et la diffusion des résultats.

III.6.3. APPROVISIONNEMENT - EQUIPEMENT

. Assurer la disponibilité, dans tous les centres de santé, postes de santé, cases de santé et au niveau communautaire, des antipaludiques et du matériel figurant sur la liste nationale des médicaments essentiels et nécessaires à la prise en charge des cas. Il faut pour cela entreprendre des activités telles que :

- l'estimation des besoins annuels ;
- la commande des produits ;
- la réception ;
- la distribution de ces produits.

. Approvisionner régulièrement (au moins deux fois par an) tous les laboratoires des centres de santé, en produits et matériel nécessaires pour la confection des gouttes épaisses et des frottis sanguins. Et dans ce cas, il faut :

- estimer les besoins annuels ;
- faire la commande des produits et matériel ;
- réceptionner ;
- procéder à la distribution.

. Equiper les laboratoires des centres de santé de nouveaux microscopes, pour compléter ou remplacer l'équipement défectueux. Les activités à mener concernent :

- la commande des microscopes ;
- la réception de ces microscopes ;
- leur distribution.

. Approvisionner en moustiquaires et produits d'imprégnation ; les activités essentielles à mener sont :

- faire une estimation annuelle des besoins ;
- commander des moustiquaires et du matériel, former le personnel et les populations aux techniques d'imprégnation ;
- réceptionner le matériel, les produits et les moustiquaires ;

- distribuer le matériel, les produits et les moustiquaires ;
- . Développer le système de contractualisation entre le Ministère de la santé, le secteur Privé afin d'assurer l'approvisionnement, la distribution et la promotion des moustiquaires imprégnées.
- . Approvisionner les centres d'imprégnation des districts. Dans ce cas, il faut :
 - former le personnel et les groupes opérationnels aux techniques d'imprégnation ;
 - appuyer les régions et les districts pour l'organisation des séances d'imprégnation ;
 - organiser des réunions de sensibilisation avec le secteur privé et les ONG.
- . Assurer la promotion des moustiquaires imprégnées au niveau national et au niveau de toutes les régions du pays. Cette activité sera dévolue à des sociétés spécialisées dans le marketing social.

La promotion de ces activités essentielles nécessite la mise en place d'un système efficace.

III.6.4. GESTION DES ACTIVITES

- . Tenir les réunions de coordination du comité de pilotage.
- . Tenir des réunions avec les principaux partenaires.
- . Tenir des réunions avec les principaux secteurs.
- . Participer aux réunions de coordination régionale.
- . Redynamiser les comités existant au niveau Régional et district.
- . Créer des comités de lutte au niveau communautaire.
- . Renforcer la concertation avec les partenaires.
- . Etablir un cadre de partenariat avec les principaux secteurs.
- . Etablir un cadre de partenariat avec les médias.
- . Organiser des rencontres avec la presse.
- . Renforcer les moyens logistiques.
- . Mobiliser les ressources nécessaires pour le fonctionnement du PNLN.
- . Créer un centre équipé pour le PNLN comprenant un bloc administratif, un laboratoire de contrôle et une unité de formation.
- . Renforcer les moyens des Services de référence du programme pour le développement des activités de recherche et de formation.
- . Créer des unités fonctionnelles au niveau de chaque région pour renforcer les capacités des sites sentinelles.

Pour bien mener les activités, le programme sera doté de moyens :

- quatre véhicules pour la supervision, la coordination et la recherche ;
- matériel informatique ;
- photocopieuse ;
- deux vidéoprojecteurs et d'un rétroprojecteur ;
- consommables destinés aux ordinateurs et photocopieurs ;
- carburant et lubrifiants.

Par ailleurs, dans le cadre de la sensibilisation sur RBM, la coordination du programme aura la charge de mettre en place un mécanisme de collaboration avec les partenaires clés de RBM.

Ainsi, des activités à mener sont :

- l'élaboration de kit d'information sur le RBM ;
- l'organisation d'une conférence de presse du Ministre de la Santé ;
- l'insertion des annonces dans les journaux ;
- l'organisation des réunions sectorielles avec les différents partenaires et les institutions : donateurs, chercheurs, ONG, associations aux niveaux central ; régional et district, le secteur privé, etc.

Concernant le renforcement des capacités d'intervention, la réalisation d'un centre équipé pour le PNLN est envisagée. Cette structure doit intégrer un bloc administratif, un laboratoire de contrôle et une unité pour la formation. De plus, les structures de référence tel que le service de parasitologie doivent aussi bénéficier d'un équipement complémentaire pour permettre aux spécialistes de développer les activités de recherche et de formation. Il en est de même pour le Service de lutte antiparasitaire. La création d'unités au niveau de chaque région est également prévue pour renforcer les activités des sites sentinelles sous la supervision des Régions Médicales et du PNLN.

Le coordonnateur (ou un membre du comité de pilotage) participera aux réunions de coordination au niveau des régions et districts. Cette stratégie de communication avec les autres niveaux de la pyramide sanitaire facilitera la prise en compte des orientations prioritaires du Programme de lutte contre le paludisme dans la mise en œuvre des plans de développement sanitaire et des plans d'opérations annuels des services décentralisés.

Le plan quinquennal de lutte contre le paludisme sera diffusé au niveau de toutes

les régions et districts. La coordination du programme veillera à la prise en compte des stratégies et des activités essentielles dans les prochains plans quinquennaux du niveau central, des régions et des districts. De plus, la coordination du programme collaborera avec les équipes des régions et districts pendant les phases d'élaboration des plans d'opérations annuels.

Le programme mettra en place les ressources nécessaires à la coordination, à la planification et la gestion des activités. Le partenariat qui constitue une composante essentielle du programme sera développé à tous les niveaux. Les principaux partenaires devront intégrer toutes les instances créées au niveau central, intermédiaire et périphérique.

IV. CHRONOGRAMME ET BUDGET

IV.2. PRESENTATION

IV.2.1. FORMATION / RECYCLAGE

N°	ACTIVITES	PERIODE					RESPONSABLE	COUT ET SOURCE
		2001	2002	2003	2004	2005		
01	Mettre à niveau le pool de formateurs du comité de pilotage	2 400 000					CN	2.400.000
02	Former les MCD, MCDA, MCR, MSGE, Médecins de garnison, médecins des hôpitaux, pharmaciens des PRA	59 805 250					CN	59.805.250
03	Recycler les MCD, MCDA, MCR, MSGE, Médecins de garnison, médecins des hôpitaux, pharmaciens des PRA			36 932 750		36 932 750	CN	73.865.500
04	Former les médecins, pédiatres responsables des services de pédiatrie et gynécologues obstétriciens	34 480 850					CN	34.480.850
05	Recycler les médecins, pédiatres responsables des services de pédiatrie et gynécologues obstétriciens			20 998 350		20 998 350	CN	41.996.700
06	Former les Infirmiers du secteur public, privé, des entreprises, du corps militaire et para militaire et des Sages femmes	112 714 000	112 714 000				CN + MCR+MC D	225.428.000
07	Recycler les Infirmiers du secteur public, privé, des entreprises, du corps militaire et para militaire et des Sages femmes			158 228 000		158 228 000	CN + MCR+MC D	316.456.000
08	Former les aides soignants des centres de santé et des hôpitaux	18 207 250	18 207 205				MCR +MCD	36.414.455
09	Recycler les aides soignants des centres de santé et des hôpitaux			36 414 500		36 414 500	MCR + MCD	72.829.000
10	Former les techniciens de laboratoire	19 795 250	19 795 250				CN	39.590.500

N°	ACTIVITES	PERIODE					RESPONS ABLE	COUT ET SOURCE
		2001	2002	2003	2004	2005		
11	Recycler les techniciens de laboratoire			19 590 000		19 590 000	CN	39.180.000
12	Former les ASC / Relais sur la prise en charge des cas et les techniques d'imprégnation	271 750 000					MCD +ICP	271.750.000
13	Recycler les ASC / Relais			271 750 000		271 750 000	MCD +ICP	543.500.000
14	Former les superviseurs à la supervision/paludisme	12 229 000					CN MCR+MCD	12.229.000
15	Recycler les superviseurs à la supervision/paludisme			8 816 500		8 816 500	CN+MCR	17.633.000
16	Former les médecins du privé et des Entreprises		35 729 250	35 729 250			CN	71.458.500
17	Former les Enseignants de l'ENDSS et des écoles privées de formation du personnel paramédical	850 000					CN	850.000
18	Recycler les Enseignants de l'ENDSS et des écoles privées de formation du personnel paramédical			850 000		850 000	CN	1.700.000
19	Réactualiser les modules de formation des instituts et écoles de formation en tenant compte des orientations du PNLP ;	PM	PM				CN + DIR INSTITUT S DE FORMATI ON	PM
20	Former les EPS de région et de districts	6 899 000					CN+SNEP	6.899.000
21	Recycler les EPS de région et de district			6 899 000		6 899 000	CN +SNEP	13.798.000
22	Former les agents du SNH	33 338 500					CN +SNH	33.338.500
23	Recycler les agents du SNH			33 338 500		33 338 500	CN + SNH	66.677.000
24	Former les gestionnaires de dépôt de pharmacie	4 810 000	4 810 000				MCD + ICP	9.620.000
25	Organiser un atelier national sur les IBC (12 EPS + 15 membres du comité de pilotage)	3 485 000					CN + EPS	3 485 000
26	Recycler les gestionnaires de dépôt de pharmacie			4 810 000		4 810 000	MCD + ICP	9.620.000
27	Former en paludologie (02 médecins en 2001)	6 000 000					CN	6.000.000

N°	ACTIVITES	PERIODE					RESPONS ABLE	COUT ET SOURCE
		2001	2002	2003	2004	2005		
28.	Former en entomologie deux cadre et deux techniciens	10 000 000					CN	10 000 000
29	Former en entomologie des personnels au niveau des sites sentinelles régionaux (1 médecin, 2 ICP, 1 technicien de laboratoire, 1 agent sou brigade d'hygiène) ; 50 pers. Soit 10 personnes. Par an pendant 5 ans		100 000 000	100 000 000	100 000 000	200 000 000	CN	500 000 000
30.	Effectuer des voyages d'études	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	CN	50.000.000
	TOTAL FORMATION	606 764 100	301 255 705	744 356 850	110 000 000	808 627 600	2 504 594 430	CFA

IV.2.2. VOLET IBC: IEC/MOBILISATION SOCIALE/PLAIDOYER/MARKETING/PARTENARIAT

N°	ACTIVITES	PERIODE					RESPONS ABLE	COUT ET SOURCE
		2001	2002	2003	2004	2005		
01	Produire et diffuser les supports imprimés (doter les ménages de supports d'IEC pour la lutte contre le paludisme)	54 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	CN + EPS	94 000 000
02	Diffuser les spots et les émissions à la radio et à la télévision	21 900 000	155 000 000	155 000 000	155 900 000	155 900 000	CN+EPS	643 700 000
03	Insérer la fiche de prise en charge sur le paludisme dans les quotidiens publics et privés durant les périodes de transmission	3 200 000	3 200 000	3 200 000	3 200 000	3 200 000	CN + EPS	16 000 000
04	Faire le plaidoyer au niveau du MEN	500 000					CN + EPS	500 000
	Appuyer les enseignants et les élèves dans le cadre de leur participation à la lutte contre le paludisme	PM	PM	PM	PM	PM	EPS + ECD + ICP	PM
05	Organiser des antennes communautaires	1 527 000	1 527 000	1 527 000	1 527 000	1 527 000	ECD	7 635 000

N°	ACTIVITES	PERIODE					RESPONS ABLE	COUT ET SOURCE
		2001	2002	2003	2004	2005		
06	Appuyer tous les districts et postes de santé pour la mise en œuvre d'activités à base communautaire (mise en place d'équipes locales de lutte contre le paludisme et appui des micros plans d'intervention élaborés)	800 000 000	300 000 000	300 000 000	300 000 000	300 000 000	CN +EPS ECR + ECD + ICP	2 000 000 000
07	Organiser des réunions d'information à l'intention des élus locaux pour mobiliser les ressources locales et faire participer davantage les collectivités décentralisées aux activités de mobilisation sociale et d'assainissement.							
08	Organiser des sessions d'IEC pour la destruction des gîtes larvaires	PM	PM	PM	PM	PM	ECR + ECD + ICP	PM
09	Mettre en place un comité de mobilisation sociale multidisciplinaire à tous les niveaux (mise en place de comité de salubrité à tous les niveaux)	PM	PM	PM	PM	PM	ECR + ECD + ICP	PM
10	Organiser deux jours de réflexion sur les IBC avec les autres services et programmes et les partenaires	3 485 000					CN + EPS	3 485 000
11	Organiser un atelier de lancement des IBC dans chaque région	8 578 250					CN	8 578 250
12	Organiser la caravane « croisade contre le paludisme »	100 000 000	100 000 000	100 000 000	100 000 000	100 000 000	CN + EPS	500 000 000
13	Organiser des journées d'information et d'échanges avec les groupements féminins, les associations de femmes, de jeunes, le développement communautaire, les ONG, les comités de santé, au niveau district et poste de santé pour la mise en œuvre d'interventions à base communautaire	PM	PM	PM	PM	PM	ECD + ICP	PM
14	IEC des mères pour la prise en charge correcte des cas	PM	PM	PM	PM	PM	ECD + ICP	PM
15	Rencontrer les chefs religieux, les leaders coutumiers	PM	PM	PM	PM	PM	ECD + ICP	PM

N°	ACTIVITES	PERIODE					RESPONS ABLE	COUT ET SOURCE
		2001	2002	2003	2004	2005		
16	Mettre en place de la chloroquine au niveau de chaque ménage	PM	PM	PM	PM	PM	CN + ECR + ECD + ICP	PM
17	Assurer la coordination des interventions de tous les partenaires au niveau de la région	PM	PM	PM	PM	PM	EGR	PM
18	Tenir des réunions périodiques de bilan au niveau de la région, du district et du poste de santé	PM	PM	PM	PM	PM	EGR + ECD + ICP	PM
19	Mettre en œuvre un programme de marketing de la chloroquine et de la moustiquaire imprégnée	PM	PM	PM	PM	PM	CN	PM
20	Organiser des séances d'information des partenaires (Bailleurs de fonds, Instituts de Recherche, ONG, Autres Ministères) : Table ronde des partenaires	9 000 000					CN + EPS	9 000 000
21	Organiser une séance d'information des députés		3 000 000				CN + EPS	3.000.000
22	Organiser des séances d'information des tradipraticiens	15 300 000					CN + EPS	15 300 000
23	Organiser des CRD, CDD, CLD	PM	PM	PM	PM	PM	MCR et MCD	PM
24	Organiser des séances d'information des Instituteurs	7 650 000						7 650 000
25	Faire plaider pour la détaxation des moustiquaires et produits d'imprégnation	PM	PM				CN	PM
26	Vulgariser les expériences réussies à travers le pays	PM	PM	PM	PM	PM	EPS	PM
27	Organiser des séances d'information pour les enseignants des universités	680 000					CN	680 000
28	Mettre en place un cadre de collaboration et de coordination avec les autres ministères	PM	PM				CN et EPS	
	TOTAL IEC ET IBC	1 025 820 250	572 727 000	569 727 000	570 627 000	570 627 000	3 309 528 250	CFA

IV.2.3. RECHERCHE OPERATIONNELLE

N°	ACTIVITES	PERIODE					RESPONSABLE	CÔÛTS ET SOURCES
		2001	2002	2003	2004	2005		
01	Evaluer l'efficacité des antipaludiques dans le traitement des formes simples et des formes graves notamment en milieu hospitalier et dans les structures périphériques.	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	CN	50 000 000
02	Surveiller la résistance in vitro par la mise en place de méthodes standardisées	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	CN	20 000 000
03	Identifier des facteurs qui modifient l'action des antipaludiques	10 000 000	10 000 000				CN	20 000 000
04	Développer et Evaluer de nouveaux outils pour le diagnostic biologique des formes simples et graves du paludisme	10 000 000	10 000 000				CN	20 000 000
05	Développer et Evaluer des méthodes de prévision, prévention et dépistage précoce des épidémies de paludisme en zone sahélienne (Identification et définition des facteurs de risques associés aux épidémies).		PM				CN	PM
06	Réévaluer l'épidémiologie du paludisme en zone sahélienne, sahélo-soudanaïenne et soudano-guinéenne	44 000 000	50 000 000				CN	94 000 000
07	Faire des enquêtes CAP, ethnobotaniques (Activité antipaludique des plantes médicinales)		20 000 000	20 000 000			CN	40 000 000
08	Faire des recherches entomologiques	12 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	CN	36 000 000
09	Effectuer des études au niveau des districts en collaboration avec le niveau central (enquête CAP et chimiosensibilité)	20 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	CN	60 000 000

N°	ACTIVITES	PERIODE					RESP ONS ABL E	COÛTS ET SOURCES
		2001	2002	2003	2004	2005		
10	Evaluer la qualité des prestations, le comportement des prestataires, les modalités d'implication des tradipraticiens et du secteur privé		7 500 000			7 500 000	CN	15 000 000
11	Evaluer les conséquences économiques et sociales du paludisme (coûts des services, itinéraires thérapeutiques des patients...)		20 000 000				CN	20 000 000
12	Etudier l'utilisation de la quinine intra rectale	10 000 000	10 000 000	10 000 000			CN	30 000 000
13	Etudier les facteurs favorisants et les contraintes liées à la disponibilité de la chloroquine à domicile		10 000 000				CN	10 000 000
14	Faire des recherches sur la qualité des services offerts par les ASC et les relais au niveau communautaire		10 000 000				CN	10 000 000
15	Appui en équipement aux instituts pour la recherche sur le paludisme		193 000 000				CN	193 000 000
16	mener une étude pour l'estimation correcte des besoins en chloroquine en fonction du nombre de grossesses attendues ;			10 000 000			CN	10 000 000
17	Mener sur le paludisme en milieu urbain				10 000 000		CN	10 000 000
18	Traitement présomptif intermittent de la femme enceinte Observance et efficacité de la chimio prophylaxie Paludisme chez la femme enceinte : conséquences sur le nouveau-né et le Nourisson			20 000 000			CN	20 000 000
19	Efficacité et limites de l'automédication				10 000 000		CN	10 000 000
20	Acceptabilité et efficacité des moustiquaires imprégnées			12 000 000			CN	12 000 000
21	Mener des recherches sur le vaccin antipaludique	PM	PM				CN	
22	Organiser des journées scientifiques sur le paludisme	10 000 000					CN	10 000 000
	TOTAL RECHERCHE	130 000 000	370 500 000	102 000 000	50 000 000	37 500 000	690 000 000	FCFA

IV.2.4. SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE / CONTRÔLE DES EPIDEMIES DE PALUDISME

N°	ACTIVITES	PERIODE					RESPONSA BLE	COUTS ET SOURCES
		2001	2002	2003	2004	2005		
01	Mettre en place des sites sentinelles au niveau des zones à risque épidémique	5 000 000	5 000 000				CN	10 000 000
02	Adapter les modules de formation sur la surveillance épidémiologique	1 450 000					CN	1 450 000
03	Organiser un atelier de mise à niveau des équipes cadre des districts de la région de St Louis, Louga et Tambacounda	3 305 000					CN	3 305 500
04	Former les 350 infirmiers à la surveillance épidémiologique	9 030 000					MCD	9 030 000
05	Superviser les infirmiers des postes sentinelles tous les deux mois	PM	PM	PM	PM	PM	MCD	PM
06	Mettre en place un réseau de communication adéquat pour la transmission des données épidémiologiques	PM					MCR St Louis	PM
07	Faire l'analyse des données et la rétro information	PM	PM	PM	PM	PM	MCD	PM
08	Formation et recyclage des laborantins des districts concernés	PM			PM		CN, responsable Laboratoire régional	PM
09	Equiper les laboratoires en lames, colorants, vaccinostyles et tests rapides, boîtes de rangement des lames	PM			PM		CN	PM
10	Superviser les laborantins tous les mois	PM	PM	PM	PM	PM	MCD, Responsable Laboratoire régional	PM

N°	ACTIVITES	PERIODE					RESPONSA BLE	COUTS ET SOURCES
		2001	2002	2003	2004	2005		
11	Former les agents à la prise en charge du paludisme/ mise en place d'algorithmes	PM	PM	PM	PM	PM	CN	PM
12	Approvisionner correctement en médicaments	PM	PM	PM	PM	PM	PNA, PNLP	PM
13	Pré positionner un stock de sécurité de médicaments antipaludiques et de produits de prise en des cas de paludisme.	PM	PM	PM	PM	PM	PNA, PNLP	PM
14	Créer des comités locaux de gestion des épidémies	PM					MCD	PM
15	Créer une équipe locale d'intervention rapide	PM					MCD	PM
16	Renforcer les interventions à base communautaire	PM	PM	PM	PM	PM	MCD, PNLP	PM
17	Pré positionner un stock d'insecticide dans les districts à risque pour la lutte antivectorielle	PM	PM	PM	PM	PM	CN	PM
18	Créer un fond d'appui à la lutte contre les épidémies de paludisme	PM	PM	PM	PM	PM	CN	PM
19	Organiser des rencontres de travail avec les services de météorologie à tous les niveaux	PM	PM	PM	PM	PM	CN, ECR, ECD	PM
20	Assurer le suivi des relevés limnimétriques du fleuve Sénégal auprès du service de l'hydraulique de Saint-Louis et des changements environnementaux susceptibles de provoquer une épidémie	PM	PM	PM	PM	PM	EGR, CN	PM
21	Mettre en place des comités intersectoriels locaux de prévision, de prévention et de lutte contre les épidémies de paludisme	PM					MCD	PM
22	Mettre en place des mécanismes d'échange d'informations sur les épidémies de paludisme entre les districts	PM					MCD	PM
23	Participer aux rencontres périodiques inter pays pour échanger des informations sur les épidémies et la lutte contre le paludisme	PM	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	CN	40 000 000

N°	ACTIVITES	PERIODE					RESPONSA BLE	COUTS ET SOURCES
		2001	2002	2003	2004	2005		
24	aux exercices de simulation (cf. Programme de surveillance épidémiologique)	PM	PM	PM	PM	PM	CN	PM
	TOTAL	18 785 000	15 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000		
								63 785 000 FCFA

IV.2.5. APPROVISIONNEMENT : ESTIMATION DES ANTI PALUDIQUES ET MATERIEL DE SOIN

N°	ACTIVITES	PERIODE (Quantification)					RESPONSABLE	TOTAL
		2001	2002	2003	2004	2005		
01	Commande de chloroquine (boîtes de 1000cp dosés à 150 mg)	90 473	90 473	69 594	69 594		PNA et C.N	389 728
02	Commande de chloroquine sirop (flacons de 60 ml /50 mg / 5ml)	260 000	260 000	200 000	200 000	200 000	PNA et C.N	1 120 000
03	Commande d'amodiaquine (boîtes de 1000cp)	1 300	1 300	1 000	1 000	1 000	PNA et C.N	5 600
04	Commande de sulfadoxine-pyriméthamine inj. (boîte de 2 amp.)	1950	1950	1500	1500	1500	PNA et C.N	8 400
05	Commande de sel de quinine: quinine 200mg (boîtes de 100amp.)	1560 1760 1 105	1560 1760 1 105	1 200 1 350 850	1 200 1 350 850	1 200 1 350 850	PNA et C.N	6 720 7 570 4 760
06	Commande de perfuseurs Microperfuseurs	312 000 78 000	312 000 78 000	240 000 60 000	240 000 60 000	240 000 60 000	PNA et C.N	1 344 000 336 000
07	Commande de glucosé 5% (flacon de 50 ml) Glucosé 10% (flacon de 50 ml)	234 000 234 000	234 000 234 000	180 000 180 000	180 000 180 000	180 000 180 000	PNA et C.N	1 008 000 1 008 000

N°	ACTIVITES	PERIODE (Quantification)					RESPONSABLE	TOTAL
		2001	2002	2003	2004	2005		
08	Commande de seringues 5cc	442 000	442 000	340 000	340 000	340 000	PNA et C.N	1 904 000

Nota bene. Les quantités d'antipaludiques ci-dessus sont calculées à partir d'une estimation du nombre de cas de fièvre attendus au niveau de la population générale et du nombre de cas graves attendus au niveau des formations sanitaires.

IV.2.6. BUDGETISATION DE L' APPROVISIONNEMENT EN ANTI PALUDIQUES ET MATERIEL DE SOINS

N°	ACTIVITES	PERIODE (coût en CFA)					RESPONSABLE	COUT ET SOURCE
		2001	2002	2003	2004	2005		
01	Acheter la chloroquine cp (boîtes de 1000cp dosés à 150 mg)	581 180 000	581 180 000	447 500 000	447 500 000	447 500 000	PNA et C.N	2.504 860 000
02	Acheter la chloroquine sirop (flacons de 60 ml /50 mg / 5ml)	78 000 000	78 000 000	60 000 000	60 000 000	60 000 000	PNA et C.N	336 000 000
03	Acheter l' amodiaquine 200 mg (boîtes de 1000cp)	12 285 000	12 285 000	9 450 000	9 450 000	9 450 000	PNA et C.N	52 920 000
04	Acheter la sulfadoxine- pyriméthamine (400 + 20 mg) inj. (boîte de 6 amp.)	6 800 000	6 800 000	5 230 000	5 230 000	5 230 000	PNA et C.N	29 290 000
05	Commande de sel de quinine:inine 100 mg (boîtes de 100 amp.)	8 400 000	8 400 000	6 480 000	6 480 000	6 480 000	PNA et C.N	36 240 000
		11 000 000	11 000 000	8 420 000	8 420 000	8 420 000		
		9 290 000	9 290 000	7 140 000	7 140 000	7 140 000		
06	Acheter les perfuseurs Microperfuseurs	50 000 000	50 000 000	38 400 000	38 400 000	38 400 000	PNA et C.N	215 200 000
07	Acheter le glucose 5% (flacon de 50 ml)	3 120 000	3 120 000	2 400 000	2 400 000	2 400 000	PNA et C.N	13 440 000
08	Glucose 10% (flacon de 50 ml)	82 000 000	82 000 000	63 000 000	63 000 000	63 M	PNA et C.N	353 000 000
		22 000 000	22 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000		
08	Acheter les seringues 5cc	22 000 000	22 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	PNA et C.N	95 000 000

N°	ACTIVITES	PERIODE (coût en CFA)					RESPONSA BLE	RESPONSA NA et C.N	COUT ET SOURCE
		2001	2002	2003	2004	2005			
09	Mise en place de fond en prévision des épidémies de paludisme	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	NA et C.N	250 000 000	
	TOTAL	996 075 000	996 075 000	778 020 000	778 020 000	778 020 000		4 326 210 000 FCFA	

IV.2.7. APPROVISIONNEMENT : ESTIMATION DES PRODUITS DE LABORATOIRE ET EQUIPEMENT

N°	ACTIVITES	PERIODE (Quantification)					RESPONSABLE	TOTAL
		2001	2002	2003	2004	2005		
01	Commande de réactifs (Giemsa)	250 litres	300	400	400	400	PNA et C.N	1 750 litres
02	Commande de xylène	150 litres	200	300	300	300	PNA et C.N	1 250 litres
03	Commande d'huile à immersion	80 flacons	60	60	60	60	PNA et C.N	320 flacons
04	Commande de vaccinstyles (boîte de 100)	3 000	4 000	4 000	4 000	4 000	PNA et C.N	1 9 000 unités
05	Commande de lames porte-objet	60 000	100 000	100 000	100 000	100 000	PNA et C.N	460 000 unités
06	Commande de boîtes de rangement	80	40			40	PNA et C.N	160 unités
07	Commande de bacs à immersion	60		20		20	PNA et C.N	100 unités
08	Commande de Méthanol	200 litres	400	400	400	400	PNA et C.N	1800 litres
09	Ampoule de rechange pour microscopes	100		100		100	PNA et C.N	300 unités
10	Commande de microscopes	10	10	10			PNA et C.N	30 unités

IV.2.8. BUDGETISATION DE L' APPROVISIONNEMENT EN PRODUITS DE LABORATOIRE ET EQUIPEMENT

N°	ACTIVITES	PERIODE (coût en CFA)					RESPONSA BLE	COUT ET SOURCE
		2001	2002	2003	2004	2005		
01	Acheter les réactifs (Giemsa)	2 250 000	2 700 000	3 600 000	3 600 000	3 600 000	PNA et C.N	15 750 000
02	Acheter le xylène	750 000	1 000 000	1 500 000	1 500 000	1 500 000	PNA et C.N	6 250 000
03	Acheter de l'huile à immersion (flacons de 100 ml)	540 000	404 000	404 000	404 000	404 000	PNA et C.N	2 156 000
04	Acheter des vaccinostyles (B/100)	9 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	12 000 000	PNA et C.N	57 000 000
05	Acheter des lames porte-objet (boîte de 50)	800 000	1 260 000	1 260 000	1 260 000	1 260 000	PNA et C.N	5 840 000
06	Acheter des boîtes de rangement	800 000	400 000			400 000	PNA et C.N	1 600 000
07	Acheter des bacs à immersion	300 000	220 000			1 000 000	PNA et C.N	1 520 000
08	Acheter le Méthanol	1 038 000	2 076 000	2 076 000	2 076 000	2 076 000	PNA et C.N	9 342 000
09	Acheter des ampoule de rechange pour microscopes	200 000		200 000		200 000	PNA et C.N	600 000
10	Acheter des microscopes	5 000 000	5 000 000	5 000 000			PNA et C.N	15 000 000
	TOTAL	20 678 000	25 060 000	26 040 000	20 436 000	22 036 000		115 058 000 FCFA

IV.2.9. APPROVISIONNEMENT : ESTIMATION DES MOUSTIQUAIRES, PRODUITS, MATERIEL D'IMPREGNATION ET DE PULVERISATION

N°	ACTIVITES	PERIODE (Quantification)					RESPONSABLE	TOTAL
		2001	2002	2003	2004	2005		
01	Commande de moustiquaires	300 000	450 000	550 000	800 000	900 000	PNA + C.N	3 000 000 unités
02	Commande de produit d'impregnation	6 000 litres	9 000	11 000	16 000	18 000	PNA + C.N	60 000 litres
03	Commande de bassines	300	300	300	300	300	PNA + C.N	1 500 unités
04	Commande de gants caoutchouc	300	300	300	300	300	PNA + C.N	1 500 unités
05	Commande de masques	300	300	300	300	300	PNA + C.N	1 500 unités
06	Commande de pulvérisateurs	150	150	150		150	PNA + C.N	450 unités
07	Commande de boîtes de protection	150	150	150		150	PNA + C.N	450 unités
08	Commande de combinaisons de protection	150	150	150		150	PNA + C.N	450 unités

IV.2.10. BUDGETISATION DE L'APPROVISIONNEMENT EN MOUSTIQUAIRES, PRODUITS, MATERIEL D'IMPREGNATION ET DE PULVERISATION

N°	ACTIVITES	PERIODE (coût en CFA)					RESPONSA BLE	COUT ET SOURCE
		2001	2002	2003	2004	2005		
01	Acheter des moustiquaires	1 050 000 000	1 575 000 000	1 925 000 000	2 800 000 000	3 150 000 000	.PNA + C.N	10 500 000 000
02	Acheter des produits d'impregnation	240 000 000	360 000 000	440 000 000	640 000 000	720 000 000	.PNA + C.N	2 400 000 000
03	Acheter des bassines	900 000	900 000	900 000	900 000	900 000	.PNA + C.N	4 500 000
04	Acheter des gants caoutchouc	1 050 000	1 050 000	1 050 000	1 050 000	1 050 000	.PNA + C.N	5 250 000
05	Acheter des masques	3 600 000	3 600 000	3 600 000	3 600 000	3 600 000	.PNA + C.N	18 000 000
06	Acheter des pulvérisateurs	6 000 000	6 000 000			6 000 000	.PNA + C.N	18 000 000
07	Acheter des boîtes de protection	900 000	900 000			900 000	.PNA + C.N	2 700 000
08	Acheter des combinaisons de protection	1 800 000	1 800 000			1 800 000	.PNA + C.N	5 400 000
	TOTAL	1 304 250 000	1 949 250 000	2 370 550 000	3 445 550 000	3 884 250 000		12 953 850 000 FCFA

IV.2.11. INFRASTRUCTURE DU PROGRAMME

N°	ACTIVITES	PERIODE (Quantification)					RESPONSABLE	TOTAL
		2001	2002	2003	2004	2005		
	Construction d'un centre national de lutte contre le paludisme (bureaux, laboratoire, salles de formation)				1 500 000 000		CN	1 500 000 000
	TOTAL				1 500 000 000			1 500 000 000 FCFA

IV.2.12. ADMINISTRATION/GESTION/PLANIFICATION DU PROGRAMME

N°	ACTIVITES	PERIODE					RES PO NS AB LE	COUT ET SOURCE
		2001	2002	2003	2004	2005		
01	Acheter 02 véhicules de supervision	60 000 000					CN	60.000.000
02	Acheter une photocopieuse	6 000 000					CN	6.000.000
03	Acheter deux micros portables + accessoires	8 000 000					CN	8.000.000
04	Acheter un ordinateur PC + accessoires	3 000 000					CN	3.000.000
05	Acheter des consommables informatiques	4 000 000	800 000	800 000	800 000	800 000	CN	7 200.000
06	Acheter de la papeterie	3 000 000	600 000	600 000	600 000	600 000	CN	5 400.000
07	Assurer l'entretien des véhicules + admissions temporaires + assurances	4 800 000	2 400 000	2 400 000	2 400 000	2 400 000	CN	14.400. 000
08	Assurer l'entretien des photocopieuses	1 500 000	300 000	300 000	300 000	300 000	CN	2 700. 000
09	Acheter les consommables des photocopieuses	9 200 000	1 840 000	1 840 000	1 840 000	1 840 000	CN	16 560. 000
11	Acheter du carburant	2 880 000	2 880 000	2 880 000	2 880 000	2 880 000	CN	14 400 000
12	Entretien du matériel informatique (contrat de maintenance)	500 000	300 000	300 000	300 000	300 000	CN	1 700 000
13	Organiser la coordination du programme et participer aux réunions de coordination nationale et régionale	3 150 000	3 150 000	3 150 000	3 150 000	3 150 000	CN	15 750 000
15	Participer aux activités de planification au niveau national						PM	
16	Participer aux activités de planification au niveau des régions						PM	

N°	ACTIVITES	PERIODE					RES PO NS AB LE	COUT ET SOURCE
		2001	2002	2003	2004	2005		
17	Recruter deux chauffeurs	PM	4 800 000	4 800 000	4 800 000	4 800 000	CN	19 200 000
18	Recruter une Secrétaire	PM	1 800 000	1 800 000	1 800 000	1 800 000	CN	7 200 000
19	Recruter un gardien	PM	600 000	600 000	600 000	600 000	CN	2 400 000
20	Recruter un manoeuvre	PM	900 000	900 000	900 000	900 000	CN	3 600 000
21	Acheter une vidéo projecteur		3 000 000				CN	3 000 000
22	Acheter un rétroprojecteur		500 000				CN	500 000
23	Payer le téléphone	PM	600 000	600 000	600 000	600 000	CN	2 400 000
24	Payer pour le courrier électronique (e-mail)	PM	PM	PM	PM	PM	CN	PM
25	Acheter un fax	PM	500 000				CN	500 000
26	Payer l'eau	PM	480 000	480 000	480 000	480 000	CN	1 920 000
27	Payer l'électricité	PM	900 000	900 000	900 000	900 000	CN	3 600 000
28	Payer la location des bureaux	PM	3 600 000	3 600 000	3 600 000	3 600 000	CN	10 800 000
29	Payer les salaires du personnel de la coordination	PM	7 200 000	7 200 000	7 200 000	7 200 000	CN	28 800 000
	TOTAL		109 530 000	33 650 000	33 150 000	33 150 000		239 030 000
								FCFA

IV.2.13. SUIVI - EVALUATION DES ACTIVITES DU PROGRAMME

N°	ACTIVITES	PERIODE					RESP ONS ABL E	COUT ET SOURCE
		2001	2002	2003	2004	2005		
01	Enquêtes sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme au niveau des formations sanitaires dans le cadre du suivi de l'initiative faire reculer le paludisme	34 797 500					CN	34 797 500
02	Superviser les régions par équipe centrale une fois par semestre	23 475 000	23 475 000	23 475 000	23 475 000	23 475 000	CN	117.375.000

N°	ACTIVITES	PERIODE					RESPONSABLE	COUT ET SOURCE
		2001	2002	2003	2004	2005		
03	Superviser les districts une fois par trimestre par les équipes régionales	14 000 000	14 000 000	14 000 000	14 000 000	14 000 000	ECD	70 000 000 F
04	Superviser les postes de santé au moins tous les deux mois par l'équipe du district	32 500 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	ECD	112 500 000
05	Superviser les relais communautaires		PM	PM	PM	PM	ICP	PM
06	Mettre en place des supports de collecte des données/ périodicité	1 000 000	500 000	500 000	500 000	500 000	CN	3 000 000
07	Traiter l'information	800 000	800 000	800 000	800 000	800 000	CN	4 000 000
08	Notifier et faire la rétro information		PM	PM	PM	PM	CN	PM
09	Utiliser les données pour l'action et la planification		PM	PM	PM	PM	CN	PM
10	Organiser des réunions trimestrielles et séances de travail du comité de pilotage	4 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	CN	24 000 000
11	Evaluer à mi- parcours du plan			40 000 000			CN	40 000 000
12	Faire l'évaluation finale du plan					50 000 000	CN	50 000 000
	TOTAL	110 572 500	63 775 000	103 775 000	63 775 000	113 775 000		455 672 500

IV.2.14. RECAPITULATIF DU BUDGET 2001 / 2005

RUBRIQUES	ANNEES					TOTAUX
	2001	2002	2003	2004	2005	
	CFA	CFA	CFA	CFA	CFA	CFA
Antipaludiques et matériels de soin	996 075 000	996 075 000	778 020 000	778 020 000	778 020 000	4 326 210 000
Réactifs, Matériel Laboratoire	20 678 000	25 060 000	26 040 000	26 436 000	22 036 000	115 058 000
Matériaux de lutte anti vectorielle	1 304 250 000	1 949 250 000	2 370 550 000	3 445 550 000	3 884 250 000	12 953 850 000
Infrastructures				1 500 000 000		1 500 000 000
Formation du Personnel	616 354 225	307 255 705	750 356 850	116 000 000	714 627 650	2 604 594 430
Surveillance et lutte contre les épidémies	18 785 000	15 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	63 785 000

Mobilisation Sociale et IBC	1 025 820 250	572 727 000	569 727 000	570 627 000	570 627 000	3 309 528 250
Recherche Opérationnelle	130 000 000	370 500 000	102 000 000	50 000 000	37 500 000	690 000 000
Administration/ Gestion/ Planification	104 730 000	33 650 000	33 150 000	33 150 000	29 550 000	239 030 000
Suivi-Evaluation	110 572 500	63 775 000	103 775 000	63 775 000	113 775 000	455 672 500
TOTAUX	4 327 264 975	4 333 292 705	4 768 618 850	6 576 262 000	6 167 337 850	26 172 776 380 FCFA

IV.2.15. SYNTHÈSE DU BUDGET GLOBAL 2001 - 2005

RUBRIQUES	COÛTS	POURCENTAGE
Antipaludiques et matériels de soin	4,326,210,000	16. 5%
Réactifs, Matériel Laboratoire	115,058,000	0.3%
Matériaux de lutte antivectorielle	12,953,850,000	49,4%
Infrastructures	1,500,000,000	5.7%
Formation du Personnel	2, 604,594,430	10%
Surveillance épidémiologique et lutte contre les épidémies	63,785,000	0.2%
Mobilisation Sociale et IBC	3, 309, 528, 000	13%
Recherche Opérationnelle	690,000,000	2. 3%
Administration/ Gestion/ Planification	239,030,000	0,9%
Suivi-Evaluation	455,672,500	1.7%
TOTAL	26 172 776 380	100 %

IV.2.16. RECAPITULATIF DU BUDGET REEL 2001 - 2005 (BUDGET A FINANCER)

RUBRIQUES	ANNEES					TOTAUX
	2001	2002	2003	2004	2005	
	CFA	CFA	CFA	CFA	CFA	CFA
Antipaludiques et matériels de soin	996 075 000	PM	PM	PM	PM	996 075 000
Réactifs, Matériel Laboratoire	20 678 000	25 060 000	PM	PM	PM	45 738 000
Matériaux de lutte antivectorielle	1 304 250 000	3 454 250 000	PM	PM	PM	4 758 500 000
Infrastructures		1 500 000 000				1 500 000 000
Formation du Personnel	616 354 225	307 255 705	750 356 850	116 000 000	714 627 650	2 504 594 430
Surveillance et lutte contre les épidémies	18 785 000	15 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	63 785 000
Mobilisation Sociale et IBC	1 025 820 250	572 727 000	569 727 000	570 627 000	570 627 000	3 309 528 250
Recherche Opérationnelle	130 000 000	370 500 000	1020 000 000	50 000 000	37 500 000	690 000 000
Administration/ Gestion/ Planification	104 730 000	33 650 000	33 150 000	33 150 000	29 550 000	234 230 000
Suivi – Evaluation	110 572 500	63 775 000	103 775 000	63 775 000	113 775 000	455 672 500
TOTAUX	4 327 264 975	6 342 217 705	1 569 008 850	843 552 000	1 476 079 650	14 558 123 180

IV.2.17. SYNTHÈSE DU BUDGET REEL 2001 / 2005 (BUDGET A FINANCER)

RUBRIQUES	COÛTS	POURCENTAGE
Antipaludiques et matériels de soin	996,075,000	7%
Réactifs, Matériel Laboratoire	45,738,000	0.3%
Matériaux de lutte antivectorielle	4,758,500,000	33%
Infrastructures	1,500,000,000	10.2%
Formation du Personnel	2, 504,594,430	17,3%
Surveillance épidémiologique et lutte contre les épidémies	63,785,000	0.4%
Mobilisation Sociale et IBC	3, 309, 528, 000	23%
Recherche Opérationnelle	690,000,000	4. 3%
Administration/ Gestion/ Planification	234, 230 000	1,5 %
Suivi – Evaluation	455,672,500	3%
TOTAL	14 558 123 180 FCFA	100 %

IV.2. ANALYSE DU BUDGET

Le budget global se situe à **26 172 776 380 francs CFA**. Cependant pour assurer le financement du présent plan quinquennal le budget réel qu'il faut effectivement mobiliser s'élève à **14 558 123 180 francs CFA** compte tenu du système de recouvrement des coûts mis en place. Cela permet par ailleurs de favoriser la pérennité des opérations.

La budgétisation des activités essentielles concerne de manière générale les volets investissement, fonctionnement et personnel. Les montants financiers nécessaires à la mise en œuvre de ces activités ont été déterminés. La première partie de cette analyse s'intéresse à la répartition du budget en fonction des rubriques et des années alors que la seconde précise les principales sources de financement.

IV.2.1. REPARTITION DES CHARGES

Les besoins financiers du programme concernent toutes les rubriques.

* **Le renforcement des capacités techniques par la formation** des prestataires est estimé à **2 504 594 430 francs CFA** soit 17,3% du budget du plan. Les 62% de ce budget de formation concernent les agents de santé du premier niveau et les agents communautaires. Les 16% concernent la mise à niveau des équipes cadres de région, de district, des spécialistes des hôpitaux et des agents du secteur privé. Les 22% restant concernent la formation spécifique des médecins en paludologie.

* **le coût de la mobilisation sociale et des interventions à base communautaire** estimé à **3 309 528 000 francs CFA**, représente 23 % du budget. Les dépenses concernent essentiellement les supports imprimés, le marketing social, les activités de plaidoyer et l'appui financier des activités communautaires inscrites dans les microplans des infirmiers chefs de poste.

* **La recherche opérationnelle** pour un montant de **690 000 000 francs CFA**, représente 4,3% du budget. Elle comprend deux parties, à savoir les activités de recherche opérationnelle (67%) et l'équipement des instituts pour la recherche sur le paludisme (33%).

* **Les activités de surveillance épidémiologique et de contrôle des épidémies** sont estimées à **63 785 000 francs CFA** soit 0,4% du budget. Ce faible pourcentage est en rapport avec un nombre important d'activités liées à la surveillance qui sont intégrées dans d'autres rubriques comme celles concernant la formation et les équipements.

* **L'approvisionnement en produits, matériel de soins et en produits de laboratoire** représente 7,3 % du budget soit **1 041 813 000 francs CFA**. 68% des besoins financiers concernent l'achat de chloroquine pour la prise en charge des cas simples au niveau des formations sanitaires et en milieu communautaire, l'amodiaquine comme produit de substitution et la sulfadoxine pyriméthamine comme produit de deuxième intention. Les 32% restant concernent les produits nécessaires pour la prise en charge des cas graves (quinine et matériel), les produits de laboratoire et les produits à prépositionner en prévision des épidémies de paludisme. Ce budget représente en réalité le fonds de roulement. En effet, l'ensemble des produits utilisés sous cette rubrique entre dans le système de recouvrement des coûts au niveau des formations sanitaires et de la communauté. Ainsi, Au bout des cinq années, la consommation totale de ces produits devra atteindre **4 441 268 000 FCFA** comme l'indique le tableau du budget global du plan.

* **Les matériaux pour la lutte antivectorielle** coûtent **4 758 500 000 francs CFA** soit 33% du budget. Sous cette rubrique, le coût des moustiquaires représente 81% et les produits d'imprégnation 18,5%. Les 0,5% restants sont réservés à l'achat d'équipement nécessaire aux activités d'imprégnation. Comme pour les produits, matériel de soins et produits de laboratoire, ce budget représente un fond de roulement qui doit être mis en place au cours des deux premières années du plan. Le renouvellement des produits entrera dans le système de recouvrement des coûts au niveau communautaire avec l'implication des fournisseurs et des relais. Au bout des cinq années, la consommation totale de ces produits sera de **12 953 850 000 FCFA** comme l'indique le tableau du budget global. La détaxation des produits permettra de réduire les coûts.

* **La réalisation d'un centre pour le programme** est envisagée pour un coût de **1 500 000 000 francs CFA** soit 10,2 % du budget global. Cette structure comportera un bloc administratif, des locaux pour la formation et un laboratoire de contrôle.

* **L'administration, la gestion, la planification, le suivi et l'évaluation** du programme représentent 4,5 % du budget, soit **689 902 500 francs CFA**. Le suivi et l'évaluation englobent 66 % de ces ressources.

IV.2.2. REPARTITION ANNUELLE

Les dépenses de la première année qui se chiffrent à **4 327 264 975 francs CFA** représentent 30 % du budget, alors que celles de 2002 d'un montant de **6 342 217 705 francs CFA**, correspondent à 44 % du montant global. Le budget plus élevé au cours des deux premières années, s'explique par la nécessité de mettre en place une dotation permettant de créer un fonds de roulement dans le cadre du

système de recouvrement des coûts. L'augmentation de la 2^{ème} année par rapport à la première année est en rapport avec la réalisation d'une infrastructure pour le programme.

En 2003 et 2005, les besoins financiers pour la mise en œuvre des activités s'élèvent respectivement à **1 569 008 850 francs CFA** (10,6%) et **1 476 079 650 francs CFA** (10 %). Cette baisse sensible du financement de la 3^{ème} jusqu'à la 5^{ème} année, est en rapport avec l'existence des fonds de roulement concernant les moustiquaires imprégnées, les médicaments, les produits et matériels.

Pour 2004, le budget s'élève à **843 552 000 francs CFA**, soit 6 %. Cette baisse se justifie en partie par l'absence d'activités de formation /recyclage au niveau opérationnel car les sessions initiales ont lieu la première année et les recyclages la 3^{ème} et la 5^{ème} année.

Il faut toutefois remarquer que dans le cadre du budget global du plan prenant en compte le coût du fonds de roulement, le budget est beaucoup plus élevé les deux dernières années avec respectivement **6 576 262 000 francs** la 4^{ème} année et **6 167 337 850 francs CFA** la 5^{ème} année. Cette augmentation notée pour les dernières années est en rapport avec la campagne de promotion des moustiquaires imprégnées qui sera davantage développée avec comme effet une augmentation progressive de la consommation. Dans les prévisions, des quantités importantes de moustiquaires seront distribuées.

Les dépenses en personnel ont été prises en compte uniquement au niveau de l'unité de coordination du programme. Les autres intervenants appartiennent en même temps à d'autres services et secteurs qui assurent leurs salaires. Les stratégies du PNLP basées sur l'intégration et le partenariat, visent également le renforcement du système de santé en général, conformément aux orientations de l'initiative RBM. Par conséquent, il est difficile d'estimer de façon précise la part du montant de la masse salariale qui concerne la lutte contre le paludisme.

IV.2.3. SOURCES DE FINANCEMENT

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, la répartition des charges met en exergue la contribution importante de l'Etat qui assure la masse salariale de manière constante. Les autres volets d'intervention de l'Etat concernent les équipements, le fonctionnement. Dans le cadre de la décentralisation, les collectivités locales sont de plus en plus impliquées.

La part réservée aux populations est également importante. Le système de recouvrement des coûts avec l'implication des comités de santé est très

développé. Le paiement indirect est également favorisé à travers les mutuelles de santé et les IPM.

La participation des bailleurs de fonds est très significative et variée. Elle porte pratiquement sur toutes les rubriques.

Les prévisions relatives à l'apport des populations, des collectivités locales et des partenaires au développement sont ainsi résumées dans le tableau suivant :

TABLEAU N°2 : REPARTITION DES CHARGES SELON LES RUBRIQUES ET LES SOURCES DE FINANCEMENT

TYPE DE DEPENSES	SOURCES				TOTAL
	ETAT	COLLECTI - VITES LOCALES	POPULATIO NS	PARTENAIRE S	
INVESTISSEMENT					
Construction	500 000 000			700 000 000	1 200 000 000
Equipement	2 946 199 750	160 738 000	946 075 000	2 000 000 000	6 053 012 750
Formation	500 000 000	95 000 000	763 379 930	1 200 000 000	2 558 379 930
Etudes et recherche	250 000 000			450 000 000	700 000 000
IEC/ Campagne de sensibilisation	500 000 000	90 000 000	550 000 000	2 169 528 250	3 309 528 250
Logistique	45 000 000	15 000 000	30 000 000	61 799 750	151 799 750
SOUS TOTAL INVESTISSEMENT	4 741 199 750	360 738 000	2 289 454 930	6 581 328 000	13 972 720 680
%	34 %	3 %	16 %	47 %	96 %
FONCTIONNEMENT					
Bureau, fournitures et divers	40 000 000			28 530 000	68 530 000
Suivi, Evaluation, Planification, coordination	170 000 000		100 000 000	185 672 500	455 672 500
SOUS TOTAL FONCTIONNEMENT	210 000 000		100 000 000	214 202 500	524 202 500
%	40 %		19 %	41 %	3,6 %
PERSONNEL					
SOUS TOTAL PERSONNEL	49 200 000			12 000 000	61 200 000
%	80 %			20 %	0,4 %
TOTAL	5 000 399 750	360 738 000	2 389 454 930	6 807 530 500	14 558 123 180 francs CFA
%	34 %	3 %	16, %	47 %	100 %

Cette affectation selon les intervenants n'est pas définitive ; elle est faite sur la base des interventions antérieures et des annonces faites pour les années à venir. Elle reste à être confirmée.

L'ETAT

Son apport global est estimé à **5 000 399 750 FCFA** soit 34 % du budget du plan. Pour l'année 2001, l'Etat a mis à la disposition du programme 500 000 000 FCFA pour l'achat de moustiquaires et de produits d'imprégnation. L'augmentation de cette rubrique devrait être revue à la hausse en 2001. De plus, l'Etat met à la disposition des districts un budget formation dont une partie pourrait servir aux activités de formation des agents de santé et des relais dans le cadre de la lutte contre le paludisme. Les autres rubriques sont prises en compte en partie dans le cadre du PDIS. La PNA assurera la disponibilité des produits et matériel de soins et les produits de laboratoire. Dans ce cas, l'octroi d'un fonds de roulement spécial pour la lutte contre le paludisme au niveau de la PNA peut garantir la disponibilité continue des produits et du matériel.

LES COLLECTIVITES LOCALES

Elles apporteront leur contribution dans le cadre du budget correspondant aux fonds de dotation gérés en collaboration avec les autorités sanitaires. De plus, elles devront allouer des ressources additionnelles. Leur apport est estimé à 360 738 000 FCFA qui représentent 3 % du budget total du plan stratégique.

LES POPULATIONS

Les comités de santé mis en place au niveau des formations sanitaires vont intervenir dans le système d'approvisionnement, la formation au niveau communautaire, l'IEC, la mobilisation sociale et les interventions à base communautaire. Avec un apport de 2 389 454 930 FCFA soit 16% du budget, la pérennisation des activités de lutte contre le paludisme demande une bonne organisation et un engagement des populations. La mise en place des mutuelles de santé et des IPM au niveau des villages constitue une alternative pour le financement.

LES INSTITUTS DE RECHERCHES ET ECOLES DE FORMATION

En dehors de l'appui qui sera apporté à ces instituts pour la lutte contre le paludisme, il faut remarquer l'existence d'un budget qui leur est propre et qui peut servir également dans le cadre de la recherche sur le paludisme. De plus, des partenaires comme les laboratoires seront impliqués dans le financement de la recherche opérationnelle.

PARTENAIRES :

Il s'agit des partenaires au développement dont l'appui est évalué à 6 807 530 500 FCFA soit 47 % du budget. Leur contribution est attendue au niveau des

investissements des activités techniques comme la planification, le suivi et l'évaluation. Les organisations non gouvernementales et le secteur privé interviennent également dans le financement.

* *La Banque Mondiale* : Elle intervient dans la lutte contre le paludisme dans le cadre du PLCME. De plus, les fonds IDA utilisés dans le cadre du PDIS peuvent être utilisés pour des activités de lutte contre le paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

* *L'UNICEF* va maintenir appui pour l'Initiative de Bamako. A ce titre, il sera d'un grand apport pour l'approvisionnement en médicaments au niveau des structures sanitaires et de la communauté car la chloroquine est un des produits utilisé pour mesurer la disponibilité au cours du monitoring. L'Unicef s'engagera également dans la fourniture et la distribution des moustiquaires imprégnées. La plupart des activités menées par l'Unicef dans le cadre de la lutte contre le paludisme seront davantage orientées vers le renforcement des interventions à base communautaire.

* *L'USAID* a annoncé son intervention dans la recherche et surtout dans les domaines de l'approvisionnement des moustiquaires imprégnées et du marketing social.

* *BASICS* Sénégal appuiera la distribution des moustiquaires et de la chloroquine au niveau communautaire ainsi que la formation des agents de santé et des relais communautaires au niveau des régions et districts ciblés dans le cadre de la mise en œuvre des activités de RBM/PCIME.

* *L'UE*. Dans les trois régions où elle intervient (Saint-Louis, Kolda et Ziguinchor) la lutte contre le paludisme sera une des priorités majeures. De plus, en septembre 2000, dans la communication de la Commission Européenne au Conseil et au Parlement Européen, concernant l'accélération de la lutte contre les principales maladies transmissibles dans le cadre de la réduction de la pauvreté, le paludisme est ciblé au même titre que le SIDA/VIH et la tuberculose. Des actions concrètes, dont le Sénégal sera certainement un des bénéficiaires, ne tarderont pas à être initiées.

* *L'OMS* continuera d'apporter son appui technique mais également financier dans des domaines d'intervention spécifiques bien définis. L'impulsion des actions de lutte contre le paludisme de même que la coordination des actions des différents partenaires du programme seront soutenues par l'OMS

* *Le PNUD*, dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, visera également la lutte contre le paludisme au niveau des différentes zones d'intervention.

* *La BAD* appuie les Régions de Fatick, Kaolack et Tambacounda dans la mise en œuvre des plans d'opérations. A ce titre, elle apportera sa contribution pour la lutte contre le paludisme.

* *La Coopération Française* ; en plus du financement accordé aux instituts de recherche (Institut Pasteur de Dakar, Institut de recherche pour le développement) reste le principal bailleur de l'Initiative « RBM Sahel » dont le Sénégal est un des bénéficiaires

La Coopération Japonaise (JICA) a annoncé pour l'année 2001 l'octroi de 200 000 moustiquaires, 3 500 litres de K othrine SC 25 g/ l (2,5%), 300 kits pour les ateliers d'imprégnation. Les actions de la JICA concerneront également d'autres domaines comme la logistique et la formation au niveau opérationnel.

* *La Coopération Allemande (GTZ)* s'impliquera dans la lutte contre le paludisme au niveau des régions et districts ciblés

* *La Coopération Belge* finance en partie les plans d'opérations de la région de Diourbel. A ce titre, elle est participée à la lutte contre le paludisme au niveau de cette région.

* *La Coopération israélienne* envisage d'établir une coopération avec l'UCAD dans le cadre de la recherche en faveur de la lutte contre le paludisme.

* *La Coopération luxembourgeoise* a financé la mise en place d'un système d'approvisionnement et de distribution de moustiquaires imprégnées au niveau de la Région de Saint Louis ; son appui sera poursuivi pour la pérennisation du système de recouvrement déjà entamé au niveau des districts de la région de Saint-Louis.

* *L'Agence Canadienne de développement* n'a pas encore d'action précise dans la lutte contre le paludisme. Les contacts en cours permettront de déterminer leur degré d'engagement.

* *Plan International* va s'impliquer dans l'approvisionnement et la distribution des moustiquaires imprégnées, et de la chloroquine au niveau communautaire. Cette ONG intervient dans au moins quatre régions (Saint-Louis, Louga, Thiès, Kaolack). Ses activités pourraient être étendues au niveau d'autres régions. De plus, Plan intensifiera ses activités de formation des relais et groupes opérationnels pour soutenir les interventions à base communautaire.

* *World Vision* va également s'impliquer dans l'approvisionnement et la distribution des moustiquaires imprégnées, et de la chloroquine au niveau communautaire. De plus, les interventions à base communautaire seront soutenues par la formation des relais et groupes opérationnels.

* *CANAH* mène des activités d'approvisionnement et de distribution des moustiquaires imprégnées et de la chloroquine au niveau communautaire et des districts de la région de Thiès. Comme pour les deux partenaires précédents, l'application du système de recouvrement des coûts et l'encadrement des groupes opérationnels au niveau communautaire constituent des axes privilégiés.

* *Zakat House* a toujours apporté sa contribution à la lutte contre le paludisme avec la distribution de la chloroquine et de moustiquaires imprégnées au profit des populations défavorisées. Elle a manifesté sa volonté de s'impliquer davantage.

* *Mission Luthérienne* est toujours intervenue au niveau des districts de Thiadiaye et de Linguère. Elle entend continuer son action concernant l'assistance des populations par la fourniture de services et de matériel de lutte antivectorielle.

* *autres ONG* qui ne sont pas encore bien connues dans la lutte contre le paludisme ont pris contact avec la coordination du programme. Au décours de la table ronde, des rencontres spécifiques sont prévues. Ces ONG feront ainsi des propositions concrètes concernant leur apport dans la lutte contre le paludisme

Le secteur Privé, constitué par les fournisseurs de produits pharmaceutiques, les officines privées et le secteur commercial des moustiquaires et des produits d'imprégnation, travaillera en collaboration avec la coordination du programme pour permettre à cette dernière de capitaliser les opportunités. Le programme envisage d'organiser des rencontres de formation et d'information à l'intention du secteur privé.

V. ADMINISTRATION ET GESTION

V.1. CADRE INSTITUTIONNEL

Le Programme National de la lutte contre le paludisme est sous la tutelle du Ministère de la Santé. La responsabilité incombe au Service National des grandes Endémies qui relève de la Direction de la Santé. Cette dernière travaille avec tous les services centraux et régionaux pour la mise en œuvre des orientations stratégiques du programme.

Le Programme de Lutte contre le Paludisme est actuellement logé au Service National des Grandes Endémies où il est intégré. Cependant, dans le présent plan, il est prévu la réalisation à court terme la réalisation d'une structure pour abriter le Programme.

V.1.1. COORDINATION NATIONALE

La coordination est assurée par le coordonnateur du programme avec l'appui d'un comité de pilotage composé des principaux acteurs et partenaires qui interviennent dans la lutte contre le paludisme. Le rôle du coordonnateur est d'assurer la mise en œuvre et la coordination des activités du programme.

Au niveau intermédiaire et opérationnel, la gestion du programme est intégrée à l'organisation déjà existante dans le cadre du pilotage des plans de développement sanitaire de région et de district.

V.1.2. COMITE DE PILOTAGE

Il regroupe les experts du Ministère de la santé, de l'Université et des Instituts de recherche, des secteurs d'appui et des partenaires.

Ce comité de pilotage créé en mars 1997 se compose des :

- Services centraux de santé : SSP, SNAN, SNH, SR, Service de Médecine privée et Médecine traditionnelle ;
- Services régionaux de santé : les régions sont représentées au niveau du comité de pilotage par le Médecin chef de la région de Dakar et les districts par un médecin chef de district ;
- Partenaires scientifiques : Universités et Instituts de recherche ;
- Partenaires au développement : Bailleurs et ONG ;
- Départements ministériels : Représentants d'autres ministères.

Le comité a essentiellement un rôle consultatif. Il aide à la définition des priorités de lutte et participe à l'exécution, au suivi et à l'évaluation du programme dans une approche pluridisciplinaire et multisectorielle.

A ce comité peut s'adjoindre toute compétence nécessaire à son bon fonctionnement. Il comprend par ailleurs un comité scientifique et quatre commissions techniques.

V.1.2.1. COMITE SCIENTIFIQUE

Il est composé de spécialistes ou de personnes ressources qui interviennent dans différents domaines de la lutte contre le paludisme. Ce comité travaille en collaboration avec la DERF.

Les attributions du comité scientifique sont les suivantes :

- concevoir et / ou réviser les stratégies nationales de lutte contre le paludisme,
- définir et concevoir les travaux de recherche et les actions ayant trait au paludisme qui seront effectués sur toute l'étendue du territoire ;
- faire la synthèse de tous les résultats de la recherche ;
- participer à la mobilisation des ressources nécessaires ;
- élaborer, avec l'appui des différentes commissions techniques concernées, le contenu des programmes de formation / recyclage des personnels de la santé et des agents de santé communautaires ;
- déterminer le contenu des messages à faire diffuser par les médias ;
- donner les éléments d'information nécessaires sur la situation du paludisme au Sénégal ;

V.1.2.2. COMMISSIONS TECHNIQUES

Quatre commissions techniques issues du comité scientifique sont chargées chacune, en ce qui la concerne, d'appuyer les activités de recherche depuis la conception jusqu'à l'exécution des protocoles. Il s'agit de :

- la Commission chargée des aspects entomologiques et parasitologiques ;
- la Commission chargée des interventions à base communautaire (I.B.C.), de l'information, de l'éducation pour la santé des populations et de la communication (I.E.C.) ;
- la Commission chargée du suivi, de l'évaluation et de la planification ;
- la Commission chargée de la formation, des aspects cliniques et thérapeutiques

V.1.3.COORDINATION REGIONALE

V.1.3.1. ROLE DES REGIONS

Au niveau de la région, la gestion du plan est assurée par le MCR et les autres membres de son équipe. Ils veillent à l'intégration des activités de lutte contre le paludisme dans les plans d'action annuels des services régionaux et des districts.

La gestion des ressources se fait dans le cadre du PDIS. Le MCR organise les réunions de suivi des plans en cours d'exécution. Un rapport trimestriel d'activités est envoyé au Ministère avec ampliation aux Directions nationales.

V.1.3.2. ROLE DES DISTRICTS

Au niveau du district, la gestion du plan est assurée par le MCD et son équipe sous l'autorité du Préfet de département. L'équipe cadre de district élabore chaque année un plan d'actions qui est validé au cours des réunions annuelles. La gestion des ressources se fait dans le cadre du PDIS. Le MCD organise les réunions mensuelles de suivi du plan en cours d'exécution avec les infirmiers chefs de poste pour faire le bilan du plan d'action. Un rapport mensuel d'activités est envoyé au MCR.

V.1.3.3. ROLE DES POSTES DE SANTE

Au niveau de l'aire de responsabilité du poste, la gestion des activités est assurée par l'infirmier chef de poste, son équipe et les élus locaux. L'équipe du poste de santé élabore chaque année un microplan. L'ICP organise les réunions mensuelles de suivi du microplan en cours d'exécution avec tous les élus locaux. Un rapport mensuel d'activités est envoyé au MCD.

V.1.3.4. ROLE DES PARTENAIRES

Les partenaires au développement qui interviennent localement (autres secteurs, bailleurs, ONG, associations et autres) dans les régions et les districts devront participer régulièrement aux réunions de coordination. Les comités locaux de mobilisation sociale créés à tous les niveaux et les groupes opérationnels communautaires constituent également des organes de coordination qui seront fortement impliqués dans le processus de mise en œuvre des stratégies du Programme National de Lutte contre le Paludisme.

V.2. PROCEDURES DE GESTION

Dans le cadre de la gestion des ressources financières du PDIS, le Sénégal dispose d'un manuel de procédures qui intègre toutes les interventions en matière de santé. La gestion des ressources du programme se fera conformément aux procédures en vigueur qui sont contenues dans le manuel de procédures du PDIS.

V.3. SYSTEME DE SUIVI ET D' EVALUATION

Le suivi du programme sera assuré en collaboration avec les services compétents de la Direction de la Santé et de la DERF. Cette dernière pilote le SIG pour lequel un réseau télématique est entrain d'être mis en place afin d'assurer la connexion informatique entre les différents niveaux du système de santé.

Les données vont provenir de plusieurs sources :

- le système de routine via le réseau télématique en cours de réalisation ;
- les observatoires sentinelles à développer en fonction des faciès épidémiologiques du paludisme et des écosystèmes naturels en général ;
- les enquêtes ponctuelles au niveau des formations sanitaires et des populations.

V.3.1. SYSTEME DE ROUTINE

Ce système va nécessairement s'appuyer sur le réseau télématique en cours de réalisation. Les données sur le paludisme sont intégrées dans les supports de base et les tableaux de collationnement journalier (TACOJO) à remplir au niveau de tous les points de consultation et d'hospitalisation. Elles feront l'objet d'une saisie quotidienne au niveau des districts. La notification est automatisée via le réseau de « l'Application santé ». Les informations porteront sur la morbidité et la mortalité générales et spécifiques par âge, par point de consultation (poste de santé, centre de santé ou hôpital). Une première analyse sera conduite pour une rétro-information à tous les niveaux.

V.3.2 LES OBSERVATOIRES SENTINELLES

Elles seront développées en fonction des faciès épidémiologiques du paludisme et des écosystèmes naturels en général. Les observatoires sentinelles tournants consisteront en un ensemble de localités choisies autour des formations sanitaires et au niveau desquelles un suivi plus détaillé sera effectué. Les informations seront mieux circonscrites par rapport à des populations bien identifiées afin de permettre le calcul des indicateurs à partir de dénominateurs maîtrisés. La répartition des sites se fera en fonction des écosystèmes et faciès du paludisme. Les données seront collectées quotidiennement par les prestataires de service et leur notification s'effectuera toutes les semaines. Les données pourront à terme être intégrées dans « l'Application santé » pour bénéficier des facilités du réseau télématique.

V.3.3. ENQUETES PONCTUELLES

Elles seront menées au niveau des formations sanitaires et des populations. Compte tenu de la diversité observée dans la nature des indicateurs, il s'avère nécessaire de procéder périodiquement à des enquêtes pour obtenir certaines données. Les investigations porteront sur les formations sanitaires comme sur les populations au niveau des ménages. Le pays a déjà bénéficié de deux enquêtes nationales sur les principaux indicateurs de résultat et d'impact pour la période 1999-2000. Trois opérations de collecte seront retenues dont la première en début de plan pour compléter les données nécessaires pour la mesure des indicateurs, la deuxième à mi-parcours du plan et la troisième à la fin du plan stratégique dans cinq ans.

A N N E X E

TABLEAU DE SYNTHÈSE : Objectifs/Indicateurs/Résultats

PLAN 2001 – 2005	INDICATEUR OBJECTIVEMENT VERIFIABLE	SOURCES DE VERIFICATION	DATE DE REALISATION
Réduire de 30 % la mortalité attribuée au paludisme dans la population générale, particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans, entre 2001 et 2005.	Taux de mortalité due au paludisme dans la population générale particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans (et autres groupes cibles)	Enquête auprès des ménages Enquête dans les Formations sanitaires SIG	D'ici fin 2005
Réduire de 50 % la létalité liée au paludisme dans les formations sanitaires.	Taux de létalité liée au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans (autres groupes cibles) dans les hôpitaux et les formations sanitaires dotées de salles d'hospitalisation	Formations sanitaires (registres, dossiers de malades,)	D'ici fin 2005

	Taux de létalité des cas de paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans (et autres groupes cibles) dans les hôpitaux et les formations sanitaires dotées de salles d'hospitalisation	Formations sanitaires (registres, dossiers de malades)	D'ICI FIN 2005
Réduire de 20 % la morbidité attribuée au paludisme dans la population générale entre 2001 et 2005.	Morbidité proportionnelle imputable au paludisme dans la population générale particulièrement chez les enfants de moins de 5 ans (et autres groupes cibles)	Formations sanitaires (registres, dossiers de malades) Enquêtes auprès des ménages	D'ici fin 2005
Réduire de 50 % les formes graves de paludisme chez les femmes enceintes entre 2001 et 2005.	Morbidité proportionnelle imputable au paludisme chez les femmes enceintes	Formations sanitaires (registres, dossiers de malades) Enquête auprès Des ménages	D'ici fin 2005
Au moins 60 % des cas de paludisme probables ou confirmés aient accès à un traitement rapide adéquat et abordable dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes conformément à la politique nationale.	La proportion des enfants de moins de 5ans (et autres groupes à haut risque) présentant un accès palustre et recevant un traitement approprié dans les 24 heures	Formations sanitaires (registres, dossiers de malades) Enquêtes auprès des ménages	D'ici fin 2005
	Pourcentage des cas de paludisme ayant reçu un traitement approprié dans les 24 heures	Formations sanitaires (registres, dossiers de malades) Enquêtes auprès des ménages	D'ici fin 2005

<p>Au moins 60 % des personnes à risque surtout les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, puissent bénéficier de la combinaison la plus appropriée de mesures de protection personnelle et communautaire telles que les moustiquaires traitées aux insecticides et d'autres interventions accessibles et abordables pour prévenir l'infection et la souffrance.</p>	<p>La proportion des enfants de moins de 5 ans qui dorment sous des moustiquaires traitées aux insecticides</p>	<p>Enquêtes auprès des ménages</p>	<p>D'ici fin 2005</p>
<p>La proportion des femmes enceintes (autres groupes cibles) qui dorment sous des moustiquaires traitées aux insecticides</p>	<p>Enquêtes auprès des ménages</p>	<p>D'ici fin 2005</p>	
<p>La proportion des ménages ayant au moins une moustiquaire traitée aux insecticides</p>	<p>Enquêtes auprès des ménages</p>	<p>D'ici fin 2005</p>	
<p>Au moins 60 % de toutes les femmes enceintes aient accès à la chimioprophylaxie conformément aux recommandations du PNLP.</p>	<p>La proportion de femmes enceintes recevant la chimioprophylaxie Conformément au PNLP</p>	<p>Formations sanitaires (registres, dossiers de malades) Enquêtes auprès des ménages</p>	<p>D'ici fin 2005</p>
<p>D'ici 2005, former 95 % des agents de santé qui sont impliqués dans la prise en charge des cas de paludisme probables ou confirmés conformément aux recommandations du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).</p>	<p>Proportion de personnel de santé qui assure une prise en charge des cas de paludisme conformément aux recommandations du PNLP</p>	<p>Formations sanitaires (registres, dossiers de malades)</p>	<p>D'ici fin 2005</p>
<p>D'ici 2005, 70 % des enfants atteints de paludisme seront correctement pris en charge conformément aux recommandations du PNLP.</p>	<p>Proportion d'enfants pris en charge conformément au PNLP</p>	<p>Formations sanitaires (registres, dossiers de malades) Enquêtes auprès des</p>	<p>D'ici fin 2005</p>

		ménages	
D'ici 2005, 90 % des malades atteints de paludisme se rendant dans les formations sanitaires seront pris en charge conformément aux recommandations du PNLP.	Proportion de malades pris en charge au niveau des formations sanitaires conformément au PNLP	Formations sanitaires (registres, dossiers de malades)	D'ici fin 2005
11. D'ici 2005, 60 % des mères prendront en charge à domicile leurs enfants fébriles conformément aux recommandations du PNLP.	Proportion de mères qui prennent en charge à domicile leurs enfants fébriles conformément aux recommandations du PNLP	Enquête auprès des ménages	D'ici fin 2005
Au moins 95 % des personnels de santé prestataires des soins assurent une prise en charge des cas de paludisme probables ou confirmés conformément aux recommandations Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).	Proportion du personnel de santé PRESTATAIRES DE SOINS qui assurent une prise en charge des cas de paludisme probables ou confirmés conformément au Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).	Enquête auprès du personnel dans les formations sanitaires Interview des malades	D'ici fin 2005
Au moins 90 % des malades atteints de paludisme reçus dans les formations sanitaires sont pris en charge conformément aux recommandations du PNLP.	Proportion de malades atteints de paludisme reçus dans les formations sanitaires pris en charge conformément au PNLP.	Formations sanitaires (registres, dossiers de malades)	D'ici fin 2005
Au moins 70 % des enfants atteints de paludisme sont correctement pris en charge dans les formations sanitaires conformément aux recommandations du PNLP.	Proportion d'enfants atteints de paludisme correctement pris en charge au niveau des formations sanitaires conformément au PNLP.	Formations sanitaires (registres, dossiers de malades)	D'ici fin 2005

<p>Au moins 60 % des enfants atteints de paludisme sont correctement pris en charge dans les ménages conformément aux recommandations du PNLP.</p>	<p>Proportion des enfants atteints de paludisme correctement pris en charge dans les ménages conformément au PNLP</p>	<p>Enquêtes auprès des ménages</p>	<p>D'ici fin 2001</p>
<p>Au moins 60 % des mères prennent en charge à domicile leurs enfants atteints de paludisme conformément aux recommandations du PNLP.</p>	<p>Proportion de mères prenant en charge à domicile leurs enfants atteints de paludisme conformément au PNLP.</p>	<p>Enquêtes auprès des ménages</p>	<p>D'ici fin 2005</p>
<p>Système de distribution à base communautaire mis en place au niveau d'au moins 60% des villages et quartiers pour approvisionner les familles en chloroquine.</p>	<p>Proportion de villages ou quartiers disposant d'un système d'approvisionnement en chloroquine.</p>	<p>Enquêtes auprès des collectivités et des ménages</p>	<p>D'ici fin 2005</p>
<p>Tous les médecins de Pédiatrie et de Médecine Générale, gynécologues - obstétriciens des structures hospitalières formés à la prise en charge correcte des cas graves.</p>	<p>Proportion de médecins de Pédiatrie, Gynécologues – obstétriciens et de Médecine Générale des structures hospitalières prenant en charge des cas graves.</p>	<p>Enquête auprès des formations sanitaires</p>	<p>D'ici fin 2005</p>
<p>Au moins 90 % des techniciens de laboratoire des Hôpitaux et des Centres de Santé sont formés au diagnostic parasitologique du paludisme</p>	<p>Proportion de techniciens de laboratoire des Hôpitaux et des Centres de Santé formés au diagnostic parasitologique du paludisme</p>	<p>Enquête auprès des formations sanitaires disposant de laboratoire fonctionnel</p>	<p>D'ici fin 2005</p>
<p>Chaque centre de santé dispose d'un laboratoire fonctionnel pour le diagnostic du paludisme.</p>	<p>Proportion de centre de santé disposant d'un laboratoire fonctionnel pour le diagnostic du paludisme</p>	<p>Enquête auprès des formations sanitaires</p>	<p>D'ici fin 2005</p>

Les interventions à base communautaire sont promues à tous les niveaux	Proportion des groupes communautaires qui participent activement aux activités de lutte contre le paludisme	Enquête au niveau communautaire	D'ici fin 2005
Au moins trois centres d'imprégnation sont créés dans chaque district	Proportion de districts disposant de 3 centres d'imprégnation	Enquête auprès des formations sanitaires	D'ici fin 2005
Au moins 95% des techniciens des brigades et sous-brigades d'hygiène sont formés à l'imprégnation de moustiquaires et de rideaux	Proportion de techniciens d'hygiène formés à l'imprégnation de moustiquaires et de rideaux	Enquête auprès des formations sanitaires	D'ici fin 2005
Tous les dépôts pharmaceutiques disposent de produits antipaludiques conformément aux orientations du programme national de lutte.	Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas connu pendant une semaine au cours des 3 derniers mois une rupture de stocks des médicaments antipaludiques de première intention et de deuxième intention conformément aux recommandations du PNLP	Enquête auprès des formations sanitaires Enquêtes auprès des collectivités et des ménages	D'ici fin 2005
Un système de surveillance de l'efficacité des insecticides utilisés pour l'imprégnation des moustiquaires face à l'anophèle est mis en place au niveau national et district.	Nombre d'études régulièrement effectuées par années Nombre de rapports produits et restitués pour prise de décision par les autorités	Rapports publiés Rapport ateliers de restitution	D'ici fin 2005
Un système de surveillance de la chimiosensibilité du plasmidium aux antipaludiques	Nombre de sites régulièrement étudiés par années Nombre de rapports produits et restitués pour prise de décision par les autorités	Rapports publiés Rapport ateliers de restitution	D'ici fin 2005

<p>Un système de surveillance épidémiologique est mis en place au niveau de l'ensemble du pays</p>	<p>Pourcentage de districts exposés aux épidémies et Dispositif d'un système d'alerte</p>	<p>Enquêtes auprès des collectivités et des ménages</p>	<p>D'ici fin 2005</p>
<p>Des agents de santé communautaire et d'autres relais (enseignants, tradipraticiens, boutiquiers) sont formés à la lutte contre le paludisme au niveau des villages et quartiers.</p>	<p>Proportion des agents de santé communautaires et autres relais qui ont reçu une formation sur la prise en charge appropriée des cas à domicile. Nombre villages ou quartiers disposant d'un agent relais opérationnel</p>	<p>Enquêtes auprès des collectivités et des ménages</p>	<p>D'ici fin 2005</p>
<p>Des agents de santé communautaire et d'autres relais (enseignants, tradipraticiens) doivent être capables de reconnaître les cas graves et de référer.</p>	<p>Proportion des agents de santé communautaires et autres relais prenant en charge correctement les cas de paludisme à domicile</p>	<p>Enquêtes auprès des collectivités et des ménages</p>	<p>D'ici fin 2005</p>

Au moins 80% du budget RBM exécuté à tous les niveaux (central, intermédiaire, district et poste de santé).	Taux d'exécution du budget RBM à tous les niveaux.	Enquêtes auprès de la coordination du programme, des régions et des districts	D'ici fin 2005
RUBRIQUES	BUDGET GLOBAL	BUDGET REEL	ECART
Antipaludiques et matériels de soin	4 326 210 000	996 075 000	3 330 135 000
Réactifs, Matériel Laboratoire	115 058 000	45 738 000	69 320 000
Matériaux de lutte anti vectorielle	12 953 850 000	4 758 500 000	8 195 350 000
Infrastructures	1 500 000 000	1 500 000 000	-
Formation du Personnel	2 604 594 430	2 504 594 430	-
Surveillance épidémiologique et lutte contre les épidémies	63 785 000	63,785,000	-
Mobilisation Sociale et IBC	3 309 528 000	3, 309, 528, 000	-
Recherche Opérationnelle	690 000 000	690,000,000	-
Administration/ Gestion/ Planification	239 030 000	234, 230 000	-
Suivi-Evaluation	455 672 500	455,672,500	-
TOTAL	26 172 776 380	14 558 123 180	11 614 653 200

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LI

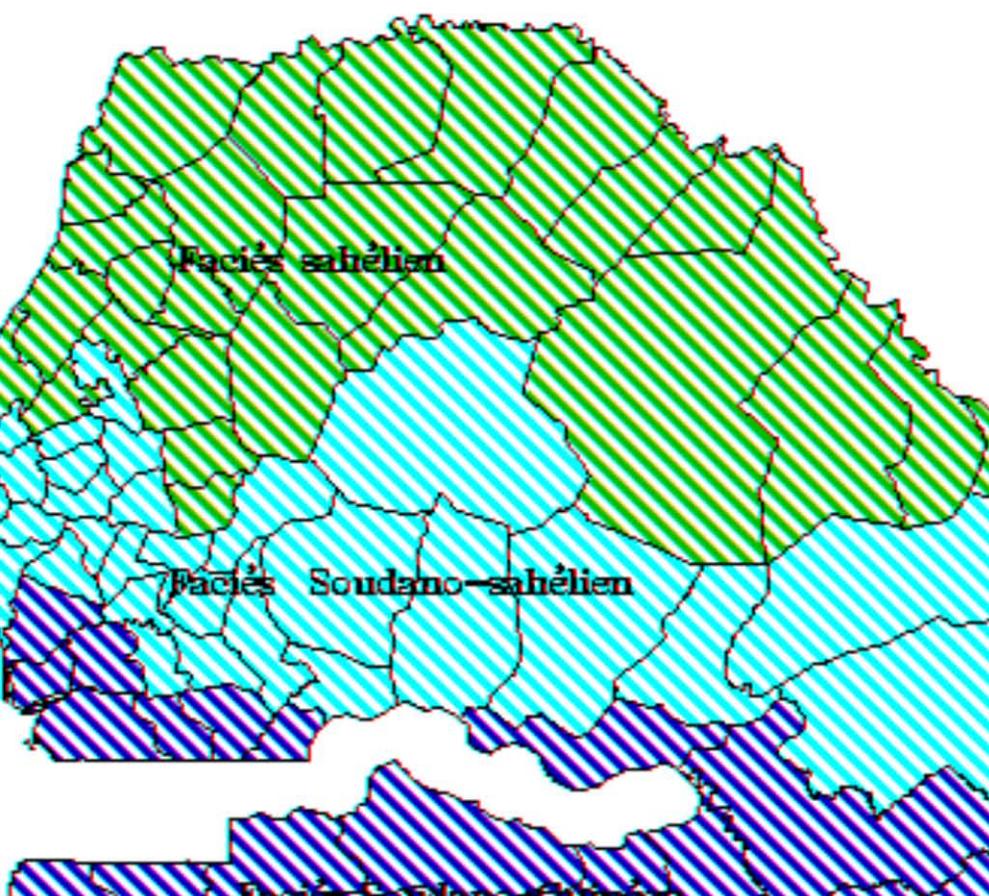


Figure 1 *District (traits fins) et régions (traits épais) sanitaires du Sénégal*

