



REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple-Un But-Une Foi

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL POUR
L'ELIMINATION DU PALUDISME (PSNEP)
2026-2030**

Mars 2026

A photograph of a woman and a young child sleeping peacefully under a white mosquito net. The woman is lying on her side, resting her head on the child's head. The child is wearing a white t-shirt. The scene is softly lit, creating a warm and intimate atmosphere.

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL POUR L'ELIMINATION DU PALUDISME (PSNEP) 2026-2030

Mars 2026

PREFACE DU MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE



La lutte contre le paludisme constitue depuis plusieurs décennies une priorité majeure de la politique sanitaire de notre pays. Grâce à l'engagement constant de l'État, à la mobilisation des communautés et au partenariat fécond avec l'ensemble des acteurs nationaux et internationaux, notamment les partenaires techniques et financiers, le Programme national de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a enregistré des progrès significatifs en matière de promotion, de prévention et de prise en charge entraînant une réduction notable de la morbidité et de la mortalité liées à cette maladie. Ainsi selon les données du bulletin annuel épidémiologique, en 2024 le taux d'incidence était de 22,8‰ (429 369 cas) avec 314 décès liés au paludisme. En 2025, il était de 12,8‰ (245 567 cas) avec 151 décès. La morbidité proportionnelle est passée de 35,72% en 2001 à 3,23% en 2024, la mortalité a connu également une baisse incontestable passant de 29,72% en 2001 à 1,93% en 2024. Selon la stratification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 73 districts sanitaires sur les 79 que compte le pays sont en phase de pré-élimination (92,4%).

Depuis plus de deux décennies le Ministère de la Santé à travers le PNLN élabore des plans quinquennaux de lutte contre le paludisme axés sur la promotion, la prévention, l'accès universel aux paquets d'intervention de lutte contre le paludisme, le contrôle de la maladie et la pré-élimination.

Ce Plan Stratégique National pour l'Élimination du Paludisme (PSNEP) 2026–2030 marque une étape décisive dans notre ambition de bâtir « Un Sénégal libre du paludisme, Souverain et Équitable, avec un Système de Santé résilient et innovant au service d'un développement durable ». Il s'aligne au document de l'OMS sur la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2030, au cadre régional de l'OOAS sur l'élimination du paludisme en Afrique de l'Ouest, aux priorités nationales de santé publique, au concept One Health et s'inscrit dans la vision du Président de la République dans le cadre de l'agenda national de transformation Sénégal 2050. Il traduit notre volonté d'intensifier les interventions à haut impact, renforcer la surveillance épidémiologique, promouvoir l'innovation et assurer une redevabilité accrue à tous les niveaux du système de santé.

J'invite l'ensemble des acteurs, pouvoirs publics, partenaires techniques et financiers, société civile, secteur privé et communautés, à unir davantage leurs efforts pour atteindre l'objectif d'élimination à l'horizon 2030 conformément aux recommandations de l'OMS. Ensemble, dans un esprit de responsabilité et de solidarité, nous pouvons faire du paludisme un souvenir du passé pour les générations futures.

Je félicite tous les acteurs qui ont contribué à l'élaboration de ce plan et exprime toute ma gratitude aux Partenaires Techniques et Financiers pour leur appui constant.

Dr Ibrahim SY
Ministre de la Santé et de l'hygiène publique

AVANT-PROPOS



Le Sénégal s'est engagé depuis plusieurs décennies dans une lutte résolue contre le paludisme, avec des résultats remarquables obtenus grâce à la vision de l'État, à l'engagement constant des communautés, au professionnalisme des acteurs de santé et à l'appui précieux de nos partenaires techniques et financiers. Ces efforts conjugués ont permis de réduire significativement la morbidité et la mortalité liées au paludisme, tout en rapprochant notre pays de l'objectif ultime : l'élimination.

Aujourd'hui, à l'heure où les acquis doivent être consolidés et les défis résiduels relevés avec détermination, le Ministère de la Santé à travers le PNLP, franchit une nouvelle étape en se dotant d'un **Plan Stratégique National pour l'Élimination du Paludisme à l'horizon 2030**. Ce document de référence traduit notre ambition collective de bâtir « **Un Sénégal libre du paludisme, Souverain et Équitable, avec un Système de Santé résilient et innovant au service d'un développement durable** ».

Ce plan s'inscrit dans les orientations nationales de santé et de développement, les engagements régionaux et internationaux. Il repose sur une approche intégrée, innovante et fondée sur les données probantes, mettant l'accent sur l'équité, la redevabilité, la performance et la résilience du système de santé.

La période 2026-2030 sera décisive. Elle exigera une intensification des interventions à haut impact, une surveillance renforcée, une réponse rapide aux foyers résiduels, une mobilisation accrue des ressources domestiques, ainsi qu'un leadership fort à tous les niveaux. Elle nécessitera également une implication encore plus soutenue des collectivités territoriales, des leaders communautaires, du secteur privé, du monde académique et de l'ensemble des citoyens.

Libérer nos populations du paludisme, c'est améliorer la réussite scolaire de nos enfants, renforcer la productivité de nos ménages, alléger la charge sur notre système de santé et accélérer notre marche vers l'émergence.

Au nom du comité de rédaction et à mon nom propre, nous exprimons nos sincères remerciements et notre profonde gratitude au Ministre de la Santé et de l'hygiène Publique pour son engagement et sa confiance, à toutes les parties prenantes qui ont contribué à l'élaboration de ce plan stratégique. J'exprime également ma profonde reconnaissance aux partenaires techniques et financiers qui accompagnent le PNLP dans cette noble mission.

Ensemble, faisons du Sénégal un pays définitivement libéré du paludisme d'ici 2030.

Professeur Aliou THIONGANE

Coordonnateur National

Programme National de Lutte contre le Paludisme, Sénégal

Nous remercions :

- ✦ Monsieur le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique
- ✦ Monsieur le Directeur Général de la Santé
- ✦ Monsieur le Directeur de la Lutte contre la Maladie
- ✦ Monsieur le Coordonnateur National du PNLP et tout le Personnel du PNLP
- ✦ Les Directeurs Régionaux de la Santé, les Médecins Chefs de District
- ✦ Tous les Partenaires Techniques et Financiers,
- ✦ Tous les acteurs de la Société Civile, les acteurs communautaires
- ✦ Tous les Experts et Consultants,
- ✦ Toutes les personnes ressources
- ✦ Toutes les bonnes volontés

RÉSUMÉ EXÉCUTIF DU PSNEP, 2026- 2030

Le gouvernement du Sénégal, à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, a clairement identifié la lutte contre le paludisme comme une priorité nationale de santé publique. Cette priorité est ainsi inscrite dans divers documents normatifs de planification, notamment, la lettre de politique sectorielle de la santé (2025-2029), le Plan National de Développement Sanitaire et Social (2019-2028) et le Document de Programmation Pluriannuel des Dépenses (2024-2026).

Le Sénégal s'est engagé, depuis 2000 avec ses partenaires, à élaborer des plans quinquennaux à la suite d'évaluations périodiques de la performance de son programme de lutte contre le paludisme. La démarche adoptée demeure toujours inclusive et participative avec l'appui des tous les acteurs clés impliqués dans la lutte contre le Paludisme.

Il ressort de la revue finale du PSN 2021–2025, que le taux d'incidence du paludisme est passé de 21,9‰ en 2019 à 22,81‰ en 2024. La stratification par district basée sur la méthode de l'OMS, montre que 73 districts sur les 79 que compte le pays (92 %) sont classés en zone de très faible transmission (incidence < 100 ‰) ; ce qui les rend éligibles à l'élimination.

C'est dans ce contexte que ce 6e plan stratégique a été orienté vers l'élimination. Le Plan Stratégique National d'Élimination du Paludisme (PSNEP) 2026-2030 s'inscrit dans la ligne tracée par la stratégie technique mondiale 2016 – 2030 de l'OMS qui encourage les pays endémiques à aller vers l'élimination en 2030. Ce PSNEP est également aligné aux orientations et axes stratégiques de la Vision Sénégal 2050 et de la Stratégie Nationale de Développement (SND) 2025-2029. Il s'inscrit dans une nouvelle orientation politique de souveraineté nationale, de justice et de prospérité. Ce plan apporte une contribution significative à l'amélioration du capital humain dans un contexte de multiplication des problèmes de santé, de rareté des ressources mais aussi de forte croissance démographique et d'aspirations socio-économiques croissantes de la population.

La vision du PNLN est : Dés 2030 pour, « *Un Sénégal libre du paludisme, souverain et équitable, avec un système de santé résilient et innovant au service d'un développement durable* », avec comme mission, « Assurer un accès universel et équitable aux interventions les plus efficaces de promotion, de prévention et de traitement du paludisme à un coût abordable pour toute la population sénégalaise ».

Ce plan vise d'ici 2030 à :

- ✦ Réduire l'incidence nationale du paludisme à moins de 1 ‰ et,
- ✦ Réduire à zéro le nombre de décès liés au paludisme.

Pour atteindre ces 2 objectifs stratégiques, des objectifs spécifiques ont été définis pour chacun des 8 domaines de prestation de service (DPS) : Gestion du programme (GP), Lutte anti vectorielle (LAV), Prévention médicamenteuse (PM), Prise en charge (PEC), Surveillance et recherche opérationnelle (SU&RO), Communication (COM), Gestion des approvisionnements et des stocks (GAS), Suivi évaluation et transformation digitale (SE &TD).

Les interventions prioritaires ont été définies sur la base d'une stratification détaillée du paludisme sur l'ensemble du pays. Pour un meilleur ciblage des interventions, un paquet d'activités spécifiques a été identifié pour chacun des 5 groupes de districts :

✦ **Si incidence < 5%, le paquet d'activités préconisé regroupe :**

- Sous stratification jusqu'au niveau village/quartier
- Distribution de MII en routine
- Surveillance intégrée hebdomadaire et surveillance des foyers
- Notification immédiate de tous les cas et prise en charge selon les directives et administration de Primaquine à dose faible unique
- Investigation et riposte par l'approche FDA
- AID et LAL pour les villages présentant des flambées récurrentes
- Elimination de la transmission chez les populations spécifiques et ou groupes à haut risque
- Documentation de l'interruption de la transmission locale dans les districts avec incidence < 1 % et dans les foyers zéro cas

✦ **Si incidence entre [5% et 15%], les interventions préconisées sont :**

- Sous stratification jusqu'au niveau village/ quartier
- Distribution de MII en routine
- Prise en charge des cas selon les directives et administration de primaquine à dose faible unique
- Surveillance hebdomadaire
- Documentation des cas durant toute l'année
- Investigation utilisant le Focal Test And Treat pour rechercher les cas asymptomatiques autour du cas index

✦ **Si incidence entre [15% et 100%], les interventions à mener sont :**

- Sous stratification jusqu'au niveau PS
- Distribution de MII en campagne et en routine
- CPS dans les postes de santé Hotspot
- Introduction des nouveaux outils LAV comme les répulsifs et diffuseurs spatiaux
- Prise en charge des cas selon les directives et administration de Primaquine à dose faible unique
- PECADOM +
- Stratégie 1.7 stratégie communautaire consistant à tester tous les habitants du village ayant enregistré le plus de cas de paludisme dans la semaine (dans l'aire du PS) et à traiter les cas positifs

✦ **Si incidence entre [100% et 250%], il est suggéré de faire :**

- Sous stratification jusqu'au niveau PS
- Distribution de MII en campagne et en routine
- CPS dans les postes de santé Hotspot
- Prise en charge dans les structures de santé selon les directives

- PECADOM +
- AMM
- Vaccination
- Introduction de nouveaux outils pour la protection des groupes à haut risque (répulsifs, Attractive Sugar Base Target, Malakit...)

Si incidence > 250‰, on préconise :

- Sous stratification jusqu'au niveau PS
- Campagne de distribution de MII
- Distribution de MII en routine
- CPS dans les postes de santé Hotspot
- Prise en charge dans les structures de santé selon les directives
- PECADOM +
- Stratégie 1.7
- Vaccination
- Introduction de nouveaux outils pour la protection des groupes à haut risque (répulsifs, Attractive Sugar Base Target, Malakit...)

Pour atteindre l'élimination d'ici 2030, le budget global du PSNEP est estimé à 150 406 389 546 F CFA. La GAS représente la part la plus significative du budget avec 47%, suivie de la prise en charge (PEC =14%) et de la Prévention médicamenteuse (PM=12%). Selon les axes prioritaires, la prévention occupe 59%, l'offre de soins 32% et le pilotage 12% du budget global. La répartition par année montre que la plus grande part du budget (28%) sera consommée en 2027 (année d'achat de MII, pour préparer la campagne CUM de 2028), suivie par l'année 2026 avec 19%.

A 3 mois de mise en œuvre de l'année 1, 97,21% du budget global est à rechercher. Cependant, l'organisation de la table ronde de mobilisation de ressources, les stratégies et ou mécanismes pour un financement durable, permettront de réduire considérablement ce gap, durant les jours ou mois à venir. En effet, le Sénégal dispose d'une base solide pour atteindre ses objectifs d'élimination du paludisme mais la durabilité dépendra de la diversification et de la pérennisation des financements, de sa capacité d'innovation, et de la résilience face aux menaces climatiques et biologiques, d'où l'intérêt de l'analyse des risques et la proposition d'un plan de mitigation qui l'accompagne.

★ TABLE DES MATIERES

PREFACE DU MINISTRE DE LA SANTE	3
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE	3
AVANT-PROPOS	4
REMERCIEMENTS	5
RÉSUMÉ EXÉCUTIF DU PSNEP, 2026- 2030	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	12
LISTE DES TABLEAUX	14
LISTE DES FIGURES	14
LISTE DES CARTES	14
CHAPITRE I : CADRE GÉNÉRAL DU PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL	15
1.1. Contexte et justification :	16
1.2. Situation géographique et administrative	16
1.3. Situation socio-démographique	18
1.3.1. Données démographiques	18
1.3.2. Répartition géographique	18
1.3.3. Composition ethnique et linguistique	18
1.3.4. Éducation et scolarisation	18
1.3.5. Pauvreté et qualité de vie	18
1.4. Ecosystème, environnement et climat	19
1.5. Contexte économique	20
1.6. Secteur de la santé	20
1.6.1. Ressources humaines pour la santé	20
1.6.2. Financement pour la santé	21
1.6.3. Couverture Sanitaire Universelle	22
1.6.4. Gestion et fourniture de produits pharmaceutiques	22
1.6.5. Organisation du système de soins et services de santé	22
CHAPITRE II : SITUATION NATIONALE DU PALUDISME	25
2.1. Profil du paludisme au Sénégal	26
2.1.1. Parasites du paludisme	26
2.1.2. Vecteurs du paludisme	26
2.1.3. Dynamique de la transmission du paludisme et Stratification	28
2.2. Performance du programme	31
2.2.1. Principaux résultats de la revue des performances du programme	31
2.2.2. Paysage financier et Partenariat pour la lutte contre le paludisme	41
2.2.3. Analyse des SWOT (FFOM) de la mise en œuvre de la lutte contre le paludisme	42
2.2.4. Recommandations stratégiques pour le PSN 2026-2030	44

CHAPITRE III : CADRE STRATEGIQUE.....47

3.1.	Vision du Programme	48
3.2.	Mission du Programme	48
3.3.	Principes directeurs du Programme	48
3.4.	Orientations stratégiques et priorités nationales	48
3.5.	But et objectifs du PSNEP	49
3.5.1.	But	49
3.5.2.	Objectifs généraux.....	49
3.5.3.	Objectifs spécifiques (OS)	49
3.6.	Principales priorités et stratégies de lutte	52
3.6.1.	Description des jalons pour l'élimination : (cf. tableau XIV).....	52
3.6.2.	Ciblage des interventions	54
3.7.	Description des stratégies et interventions de lutte par domaine de prestation de service	57
3.7.1.	Gestion du programme, partenariat, mobilisation des ressources et finances	57
3.7.2.	Lutte anti vectorielle	59
3.7.3.	Prévention médicamenteuse	64
3.7.4.	Prise en charge	68
3.7.5.	Gestion des achats et des stocks.....	71
3.7.6.	Communication et Promotion de la santé(COM).....	74
3.7.7.	Surveillance et recherche opérationnelle.....	77
3.7.8.	Suivi évaluation et transformation digitale.....	80

CHAPITRE IV : CADRE DE MISE EN ŒUVRE84

4.1.	Organigramme du PNLP et schéma institutionnel de mise en œuvre	85
4.2.	Mécanismes de planification et de mise en œuvre	86
4.3.	Coordination et gouvernance	87
4.4.	Mobilisation des ressources et partenariat :	89
4.5.	Analyse des risques et mesures d'atténuation.....	90
4.6.	Considérations éthiques et socio-culturelles	92
4.7.	. Budget et Plan de mobilisation des ressources	92
4.7.1.	Analyse du Budget	92
4.7.2.	Plan de mobilisation des ressources :	103

CHAPITRE V : CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION	105
5.1. Le cadre de performance	106
5.2. Le système de gestion des données.....	111
5.2.1. Le système d'information sanitaire de routine.....	111
5.2.2. L'assurance qualité des données.....	113
5.3. Les mécanismes de S&E.....	113
5.3.1. Suivi	113
5.3.2. Evaluation	113
5.4. Dissémination et Utilisation de l'Information	114
CONCLUSION.....	115
REFERENCES.....	116
ANNEXES	115

✦ LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ABRÉVIATION	DÉFINITION
ACT	Artemisinin-based Combination Therapy (Traitement combiné à base d'artémisinine)
AID	Aspersion Intra Domiciliaire d'insecticides à effet rémanent
AMM	Administration de Masse de Médicaments
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ARP	Agence sénégalaise de Réglementation Pharmaceutique
CCAP	Comité Consultatif des Anciens du PNLP
CCPLP	Cadre de Concertation des Partenaires pour la Lutte contre le Paludisme
CDS	Comité de Développement Sanitaire
CIGASS	Centre International de recherche et de formation en Génomique Appliquée et de Surveillance Sanitaire
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
COM	Communication et Promotion de la santé
CPS	Chimioprévention du Paludisme Saisonnier
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DHIS2	District Health Information System 2
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DPPD	Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses
DPS	Domaine de Prestation de Service
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSDOM	Dispensateur de Soins à Domicile
DSISS	Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale
ECD	Équipe Cadre de District
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPS	Établissement Public de Santé
FAR	Femme en Âge de Reproduction
FCFA	Franc CFA
FMSTM	Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
GAS	Gestion des Approvisionnements et des Stocks
GP	Gestion du Programme
ICP	Infirmier Chef de Poste
IEC	Information, Éducation, Communication
LAV	Lutte Anti-Vectorielle

LEVP	Laboratoire d'Écologie Vectorielle et Parasitaire
LIV	Lutte Intégrée contre les Vecteurs
LPS	Lettre de Politique Sectorielle de la santé
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MPR	Malaria Programme Review (Revue des Performances du Programme)
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OCB	Organisation Communautaire de Base
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAP	Projet Annuel de Performance
PEC	Prise En Charge
PIB	Produit Intérieur Brut
PM	Prévention Médicamenteuse
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNE	Plan National d'Élimination du paludisme
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PSN	Plan Stratégique National
PSNEP	Plan Stratégique National pour l'Élimination du Paludisme
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RBM	Roll Back Malaria (initiative mondiale de lutte contre le paludisme)
RPP	Revue des Performances du Programme
SE&TD	Suivi-Évaluation et Transformation Digitale
SND	Stratégie Nationale de Développement
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SU&RO	Surveillance et Recherche Opérationnelle
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UMCA	Unité Mixte de Coordination Avancée
USAID	United States Agency for International Development

✦ Liste des Tableaux

Tableau I : Évolution du budget du MSHP (en milliards de FCFA) de 2020 à 2024	21
Tableau III : Caractéristiques épidémiologiques des strates de transmission du paludisme au niveau national (Sénégal).....	30
Tableau II : Classification des districts selon les critères de transmission de l'OMS en 2024	30
Tableau IV : Répartition par groupes des districts selon le taux d'incidence, la stratification opérationnelle du Sénégal et de l'OMS	31
Tableau V : Evolution des indicateurs de mortalité entre 2022 et 2024	33
Tableau VI : Performance technique de la mise en œuvre du PSN par DPS.....	33
Tableau VII : Évolution de la couverture en AID	34
Tableau VIII : Couverture en AID entre 2021 et 2024	34
Tableau IX : Taux de couverture de la CPS par passage en 2024.....	36
Tableau X : Evolution des indicateurs de prise en charge entre 2019 et 2024.....	37
Tableau XI : Evolution des indicateurs GAS entre 2021 et 2024	38
Tableau XII : Evolution du taux de complétude et de promptitude des données entre 2019 et 2024	40
Tableau XIII : Analyse des gaps de financement sur la durée du PSN (Budget en XOF).....	41
Tableau XIV : Les jalons pour l'élimination du paludisme selon l'incidence entre 2026 et 2030.....	53
Tableau XV : Phasage par an, pour l'élimination du paludisme dans l'ensemble des districts, entre 2026 et 2030	53
Tableau XVI : Identification des interventions par objectifs spécifiques	57
Tableau XVII : Identification des risques critiques et proposition de mesures par anticipation	90
Tableau XVIII : Résumé du budget par DPS et par année.....	94
Tableau XIX : Résumé du budget par Objectif spécifique et par année.....	95
Tableau XX : Résumé du budget par intrant et par année de 2026 à 2030.....	102

✦ LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Organisation administrative du système de santé et d'action sociale (Source : MSAS).....	23
Figure 2 : Distribution des membres du complexe <i>Anopheles gambiae</i> et présence de la nouvelle espèce cryptique (<i>Anopheles bissau</i>)	27
Figure 3 : incidence du paludisme pour 1000 habitants au Sénégal en 2024	28
Figure 4 : Prévalence parasitaire dans les districts des régions de Kolda, Kédougou et Tambacounda.....	29
Figure 5 : évolution de la morbidité proportionnelle dans la population générale et les enfants de moins de 5 ans	31
Figure 6 : Répartition du taux de positivité du TDR par régions en 2024.....	32
Figure 7 : Évolution des indicateurs du TPI chez la femme enceinte de 2019 à 2024.....	35
Figure 8 : Répartition de la contribution financière de l'Etat et des partenaires	42
Figure 9 : Organigramme du PNLP	85
Figure 10 : schéma du cadre institutionnel de mise en œuvre du PSNEP.....	85
Figure 11 : Répartition du budget par DPS.....	92
Figure 12 : Répartition du budget par axe prioritaire.....	93

✦ LISTE DES CARTES

Carte 1 : Situation géographique et administrative du Sénégal.....	17
Carte 2 : carte sur les pôles territoires.....	17

CHAPITRE I : CADRE GÉNÉRAL DU PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL

1.1. Contexte et justification :

Au Sénégal, la lutte contre le paludisme figure parmi les priorités nationales de santé définies dans la lettre de politique sectorielle 2025- 2029. Des directives techniques claires ont été dès lors définies pour la mise en œuvre des stratégies de lutte contre le paludisme conformément aux recommandations de l'OMS et RBM.

Il ressort de la revue de 2025 que l'analyse des indicateurs d'impact, montre une tendance peu favorable par rapport aux cibles fixées dans le PSN 2021-2025. Le taux d'incidence du paludisme est passé de 21,9‰ en 2019 à 22,81‰ en 2024 (429 369 cas), soit une variation de 4,16 %. Le nombre total de décès est passé de 260 en 2019 à 314 en 2024, alors que la cible de 2025 était de 65 décès. Plus de la moitié des cas de décès (58%) sont des hommes. Six (6) régions que sont Dakar, Diourbel, Kaolack, Tambacounda, Kolda et Kédougou portent l'essentiel de la charge du paludisme dans le pays. Ce groupe avec 52% de la population enregistre 90% des cas de paludisme, 87% des cas graves et 74% des décès liés au paludisme en 2024.

Globalement, on note une non atteinte des indicateurs d'impact par rapport aux cibles du PSN en rapport avec des facteurs environnementaux (pluviométrie, inondations), des retards de financement et de ruptures d'intrants, une gouvernance et une coordination insuffisantes. Par ailleurs, l'absence d'enquêtes récentes (EDS) n'a pas permis de mesurer la prévalence parasitaire. Durant l'épidémie de COVID 19, il y a eu une baisse de la fréquentation des structures et entre 2022 et 2024, la rétention de données a impacté sur la notification des cas.

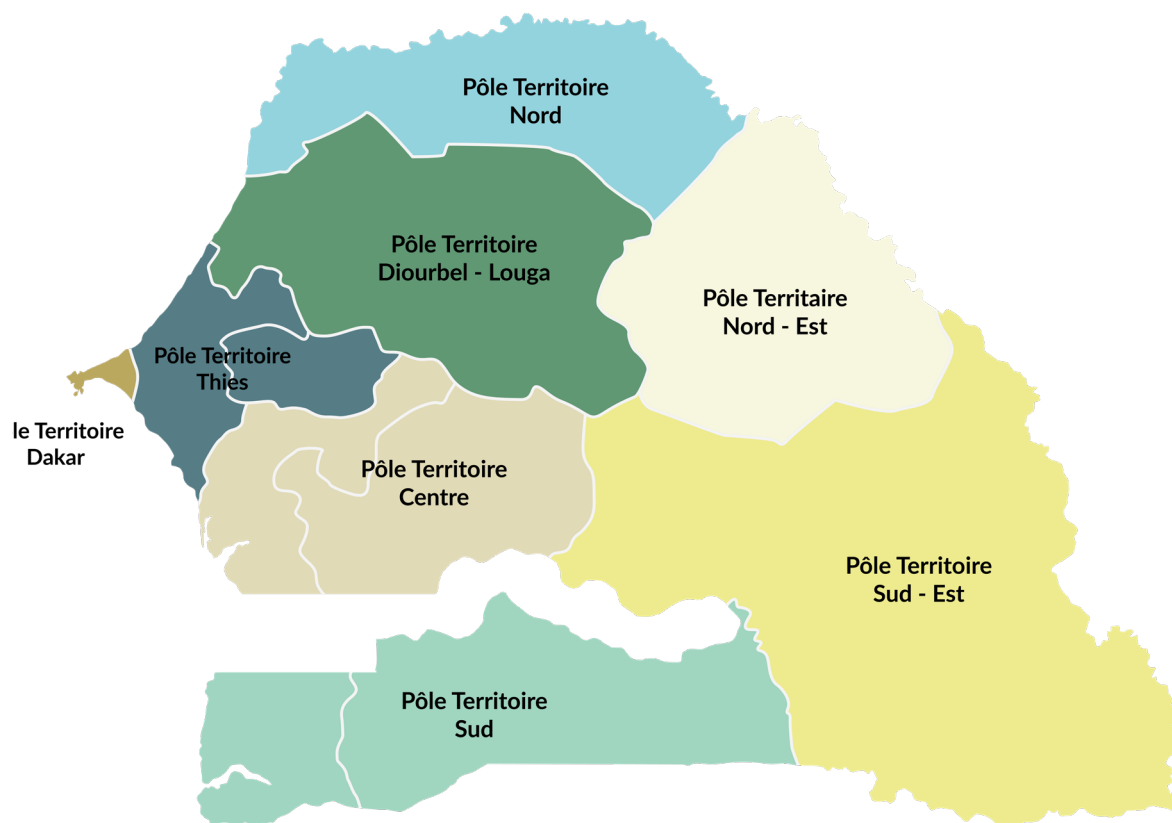
C'est dans ce contexte que ce présent Plan Stratégique National de l'Élimination du Paludisme (PSNEP) 2026-2030, 6ème PSN depuis 2001, est élaboré. Ce plan est aligné aux recommandations de l'OMS dans la stratégie technique mondiale 2016 - 2030 qui encourage les pays endémiques à aller vers l'élimination en 2030. Le Sénégal malgré les résultats enregistrés à la fin du PSN 2021 - 2025, demeure un pays en situation de pré élimination d'où l'importance de cette nouvelle orientation stratégique. Le nouveau plan est également aligné aux orientations et axes stratégiques de la Vision Sénégal 2050 et de la Stratégie Nationale de Développement (SND) 2025-2029. Il s'inscrit dans une nouvelle orientation politique de souveraineté nationale, de justice et de prospérité. Ce plan apporte une contribution significative à l'amélioration du capital humain dans un contexte de multiplication des problèmes de santé, de rareté des ressources mais aussi de forte croissance démographique et d'aspirations socio-économiques croissantes de la population.

1.2. Situation géographique et administrative

Le Sénégal, situé en Afrique occidentale, est bordé par la Mauritanie au nord, le Mali à l'est, la Guinée et la Guinée-Bissau au sud, la Gambie qu'il enclave presque entièrement, et l'océan Atlantique à l'ouest sur 700 km de côtes. Le pays s'étend sur 196 722 km² et compte 14 régions administratives dirigées chacune par un gouverneur.



Carte 1 : Situation géographique et administrative du Sénégal



carte 2 : carte sur les pôles territoires

1.3. Situation socio-démographique

1.3.1. Données démographiques

En 2025, la population était estimée à 18,93 millions d'habitants, avec une quasi-parité homme-femme (50,6 % d'hommes et 49,4 % de femmes). Le pays a enregistré une croissance démographique de 42,2% entre 2010 et 2023 année du dernier recensement national. Durant cette période, le taux de fécondité a légèrement diminué, passant de 5,1 naissances par femme en 2010 à 4,7 en 2023.

La population sénégalaise se caractérise par une prédominance des jeunes, avec 75% ayant moins de 35 ans. L'âge médian est de 19,6 ans. Ce dynamisme démographique s'accompagne d'un taux d'accroissement annuel moyen stable à 2,9% sur les périodes 2002-2013 et 2013-2023. L'espérance de vie, qui s'établit à 68,9 ans (67,7 ans pour les hommes et 70 ans pour les femmes), reflète les progrès significatifs réalisés en matière de santé grâce aux politiques publiques, bien que des défis subsistent [RGPHAE, ANSD, 2023].

1.3.2. Répartition géographique

La densité moyenne de la population est 98 habitants/km². La population se concentre principalement dans trois régions : Dakar (22% de la population sur 0,28% du territoire avec une densité de 7 277 habitants/km²), Thiès et Diourbel, qui représentent ensemble 47% de la population totale. Plus de la moitié de la population vit en zone urbaine.

1.3.3. Composition ethnique et linguistique

Le pays se distingue par une riche diversité ethnique, regroupant six principaux groupes : les Wolofs (39,7%), les Poulars (27,5%), les Sérères (16%), les Mandingues (4,9%), les Diolas (4,2%) et les Soninkés (2,4%) [CIA_Gov, 2023]. Bien que le français soit la langue officielle, la majorité de la population parle des langues nationales telles que le wolof (53,5 %), le poular (26,2 %), le sérère (9,6 %), ou le diola (2,9 %) [ANSD, 2023].

1.3.4. Éducation et scolarisation

Les taux bruts de scolarisation étaient pour le niveau Préscolaire de (18,2%) ; dans le cycle Primaire de (81,0%) ; au Moyen (50,6%) et au Secondaire (30,3%). Les filles sont légèrement plus scolarisées que les garçons à tous les niveaux. Les taux sont plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural [UNICEF, 2023].

1.3.5. Pauvreté et qualité de vie

Entre 2018-2019 et 2021-2022, le nombre de personnes vivant dans la pauvreté a augmenté d'environ 500 000 en raison d'une croissance démographique plus rapide que la réduction de la pauvreté. L'accès aux services de santé demeure inégal : 11,8% des plus pauvres consultent un hôpital contre 23,4% des plus riches, tandis que 48,6% des malades parmi les plus pauvres ne consultent aucun service de santé. En 2022, l'incidence de la pauvreté (37,5%) demeurerait

encore élevée, avec de fortes disparités entre Dakar (8,9%), les autres milieux urbain (29,7%) et rural (53,3%). Le Sénégal occupe, ainsi, la 169^e place sur 190 nations, se plaçant ainsi dans la catégorie des 25 pays à faible niveau de développement. [SND 2025-2029].

1.4. Ecosystème, environnement et climat

En raison de sa situation géographique et de ses caractéristiques socio-économiques, le Sénégal présente un taux de vulnérabilité de 55 % aux effets du changement climatique qui menacent le capital humain, en plus de l'urbanisme galopant et des effets de la pollution atmosphérique, sur la santé des populations. Sur la période 1950-2021, la température moyenne a augmenté de 1,52°C, passant de 28,11°C à 29,63°C. Les pluies deviennent plus intenses mais de courtes durées. Le Sénégal reste vulnérable aux événements climatiques extrêmes tels que les sécheresses, les inondations, les feux de brousse, les vagues de chaleur et l'élévation du niveau de la mer qui ont un impact négatif sur la santé [Ba, 2023]. Trois des cinq premières causes de décès aujourd'hui au Sénégal sont liées à l'environnement et aux conditions climatiques¹ [BM, 2023] qui entraînent une recrudescence des maladies à fort potentiel épidémique comme le paludisme, la dengue, le choléra, les maladies diarrhéiques, la méningite, la fièvre jaune et certaines zoonoses. Les vagues de chaleur peuvent également aggraver des affections existantes telles que les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le diabète, ainsi que la pollution de l'air déjà identifiée comme l'un des principaux facteurs de risque de décès et d'incapacité au Sénégal. De plus, les catastrophes naturelles peuvent entraîner des troubles mentaux, modifier les écosystèmes des vecteurs de maladie, fragiliser le système de santé par une interruption de l'offre des services essentiels et une détérioration des infrastructures sanitaires et forcer à la migration les populations pauvres et vulnérables [IAHO_Climate_change_in_health_Fact_Sheet-April_2024]. Déjà en 2009, des inondations qui avaient sévi dans les régions côtières et à Saint-Louis avaient été associées à 2 000 cas de diarrhée et à 3 300 cas de paludisme, et ont causé aux structures sanitaires des dégâts et des pertes d'un montant supérieur à 100 millions de dollars [<https://www.healthdata.org/senegal>].

Ils s'expliquent par une insuffisante maîtrise de l'urbanisation se traduisant par l'occupation anarchique de l'espace (à des fins d'habitat, industrielles, commerciales...) et des modes de construction qui réduisent l'infiltration naturelle des eaux de pluie. À cela, s'ajoutent un déficit d'assainissement, en particulier celui des eaux pluviales, et la méconnaissance ou l'insouciance face aux enjeux environnementaux [Rapport vulnérabilité du secteur de la santé au CC, 2022].

Le Sénégal pourrait perdre jusqu'à 8% de son PIB d'ici 2030 en raison des effets des changements climatiques [www.cncd.be/senegal, oct 2022]. Également, les événements extrêmes liés à l'eau et à la pollution coûtent au Sénégal plus de 10 % du PIB chaque année [BM, 2022]. Les coûts des inondations associés aux préjudices, aux infrastructures, à l'habitat et aux décès prématurés, ont été estimés à 6,3% du PIB, tandis que le coût d'une année de sécheresse est de l'ordre de 500 millions de dollars USD, soit l'équivalent de 3% du PIB agricole [DGPPE, 2023].

¹Rapport de la banque mondiale sur le climat et le développement, 2023

1.5. Contexte économique

Les principaux indicateurs macroéconomiques en 2024 étaient : PIB (32,27 milliards USD), Croissance du PIB réel en T4 : +4,5% (CVS), Déficit budgétaire (4,9% du PIB). En 2025, le déficit budgétaire projeté était de 3,9% du PIB, la dette publique fin 2025 (prévision) de 72,5% du PIB [SND, 2025].

Pour consacrer la Vision d'un « Sénégal Souverain, Juste et Prospère », le pays s'efforcera, sur la période 2025-2029, à relever les défis actuels, à travers la Stratégie Nationale de Développement (SND) du Sénégal.

1.6. Secteur de la santé

1.6.1. Ressources humaines pour la santé

Au Sénégal, sur un total de 23 148 personnels de santé du secteur public constitués de contractuels (52%), d'étatiques (41%), de prestataires (6%) et d'universitaires (1%) avec une forte concentration à Dakar (43,01 %) [LPS, 2025]. Le ratio national de médecins (1 pour 11 111 habitants) demeure en deçà des recommandations de l'OMS de 1 pour 10 000 hbts, avec des disparités marquées entre les régions. Dakar (1/3367 hbts) et Ziguinchor (1/8403 hbts) affichent des ratios satisfaisants, tandis que des régions comme Kolda (1/29411hbts), Kaolack (1/26315 hbts), Sédhiou (1/24390 hbts) et Tambacounda (1/20000 hbts) accusent des déficits importants.

Des écarts similaires apparaissent pour les infirmiers d'État (IDE) et, de manière encore plus préoccupante, pour les sages-femmes d'Etat (SFE). Les régions de Dakar, Kédougou et Ziguinchor ont atteint la norme d'un IDE pour 7500 habitants prévue par le PNDSS alors que les régions de Kaolack (1/14705 hbts), Diourbel (1/10638 hbts), Saint louis (1/12195 hbts) et Fatick (1/10416 hbts) enregistrent les plus faibles ratios. S'agissant de la norme SFE (1 pour 1500 Femmes en âge de reproduction (FAR), aucune région ne l'a atteinte même celle avec les meilleurs ratios. Les régions de Diourbel (1/2174 FAR), Thiès (1/1974 FAR) et Saint louis (1/1875 FAR) enregistrent les plus faibles ratios.

La contrainte principale identifiée dans la gestion des ressources humaines du système de santé et de l'hygiène publique réside dans le manque de contrôle des effectifs et la répartition inéquitable des agents, particulièrement dans les zones difficiles d'accès. Ce problème, accentué par des affectations et mutations qui ne suivent pas strictement les critères ainsi que par l'absence de mécanismes de gestion des carrières et d'évaluation de la performance, nuit à la motivation et à la rétention du personnel qualifié. Il s'y ajoute une tendance de plus en plus marquée par l'émigration de certains spécialistes [LPS, 2025].

1.6.2. Financement pour la santé

Le financement du système de santé du Sénégal est soutenu par l'action conjuguée de plusieurs sources à savoir l'État, les collectivités territoriales, les ménages, le secteur privé (entreprises), les ONG et les partenaires techniques et financiers (PTF). Concernant les dépenses, les résultats des comptes de la santé 2017-2021 indiquent que celles des ménages représentent en moyenne 45,8% suivis par les PTF (24,6%) et l'état (21,6%) tandis que les collectivités territoriales et des entreprises supportent respectivement 1,3% et 5,5%.

Les paiements directs des ménages représentent ainsi une part importante des dépenses de santé et sont largement au-dessus de la norme préconisée par l'OMS. De plus, le déficit de territorialisation des mutuelles existantes limite l'équité dans l'accès aux services de santé et expose les ménages des régions ou territoires les plus pauvres au risque d'effectuer des dépenses catastrophiques de santé.

De son côté, l'Etat consacre une part relativement faible de son budget national à la santé, ce qui limite les ressources disponibles pour améliorer les infrastructures, recruter du personnel qualifié et fournir des services de santé de qualité. Alors que dans la déclaration d'Abuja, le Sénégal s'était engagé à allouer au secteur de la santé 15% de son budget général, les progrès réalisés restent très lents (8,01% en 2017 à 9,4% en 2022), malgré les efforts fournis avec l'accroissement du budget du MSAS de 191, 7 milliards de FCFA en 2020 à 263,5 milliards de FCFA en 2024, soit un accroissement de 37,43% [LPS, 2025].

Tableau I : Évolution du budget du MSHP (en milliards de FCFA) de 2020 à 2024

Année	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Montant par année (en milliards de FCFA)	191,7	216,6	236,0	242,5	263,5	1 150,2

Source : SYSBUDGEP, ANNÉES 2020 à 2024

Il ressort de l'analyse des données que le budget du MSHP était exécuté à hauteur de 94,9% en 2020 avant de passer à 89,6% en 2024. Les baisses du niveau d'exécution en 2023 et 2024 résultent de ponctions récurrentes qui sont de nature à impacter négativement l'atteinte des objectifs de certains services et programmes du MSHP, du gel des crédits qui touche toutes les catégories de dépenses et du retard dans l'approbation des dossiers de marchés par les autorités compétentes.

S'agissant des PTF, plus de 75% de ces financements sont orientés vers la prise en charge des maladies transmissibles et la santé de la mère et de l'enfant. La prise en charge des maladies non transmissibles est sous financée, alors qu'elles sont responsables de près de 53% de la mortalité au Sénégal.

1.6.3. Couverture Sanitaire Universelle

L'ex Programme de Couverture Universelle (CMU), lancé en 2015, a permis de relever le taux de couverture de l'assurance maladie de 20% à 75% sur la période 2015-2023. Il est devenu le programme de Couverture Sanitaire Universelle du Sénégal (SEN- CSU), depuis 2024.

La couverture des mutuelles de santé reste également inégale selon les groupes de population : 63 % pour les 0 à 5 ans, 17 % des 6 à 15 ans, 34 % des ménages du secteur formel, 9 % du secteur informel, 62 % des ménages pauvres et 24 % des 60 ans et plus [Mladovsky, 2015; Seck et al., 2017; OIT, 2021].

1.6.4. Gestion et fourniture de produits pharmaceutiques

Le taux de disponibilité des médicaments et produits essentiels traceurs est passé de 89 % en 2017 à 90,67 % en 2023. Plusieurs stratégies, comme la « PRA Mobile », le « Jegesi Naa » (Je me suis rapproché), le « Yeksi Naa » (Je suis arrivé), et la distribution par la SEN-PNA, ont contribué à améliorer la disponibilité des produits de santé au niveau des points de prestations de services. Cependant, moins de 10 % des besoins nationaux et près de 16 % des achats de la SEN-PNA sont couverts par la production locale, soulignant la nécessité de renforcer l'industrie pharmaceutique sénégalaise pour garantir un accès équitable aux médicaments.

Les leçons tirées de la crise de Covid-19 ont entraîné des réformes importantes, telles que la création de l'Agence sénégalaise de Réglementation pharmaceutique (ARP), la modification du statut de la SEN-PNA, et le projet de relance de l'industrie pharmaceutique pour une souveraineté pharmaceutique. L'atteinte du niveau de maturité 3 (NM3) de l'ARP, reconnue par l'OMS, est un gage de qualité pour les médicaments locaux et un levier pour renforcer la régulation. La PNA est devenue la SEN- PNA (décret n° 2023-845 du 7 avril 2023) est un élément clé pour son rôle dans le développement de l'industrie pharmaceutique.

Malgré les progrès, des défis subsistent dans la mise en œuvre du plan de relance, notamment la complexité des réformes, la multiplicité des acteurs et l'insuffisance d'appropriation du plan. Pour optimiser la chaîne d'approvisionnement, les défis incluent le maintien du niveau NM3 et l'atteinte du NM4 par l'ARP, ainsi que le renforcement de la SEN-PNA, notamment par la mise en place de pôles régionaux, la réhabilitation des services d'approvisionnement régionaux, et la réduction de la dépendance envers les fournisseurs étrangers, qui représentent 84 % des produits importés [LPS, 2025].

1.6.5. Organisation du système de soins et services de santé

L'organisation du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique (MSHP) a été affectée par plusieurs changements liés à la répartition des services techniques de l'État, sans un diagnostic institutionnel et organisationnel préalable systématique. La récente création des directions régionales de la santé et des directions régionales de l'action sociale en est un exemple. De même, malgré les dispositions du décret, les arrêtés d'organisation et de fonctionnement des directions et services n'ont toujours pas été pris.

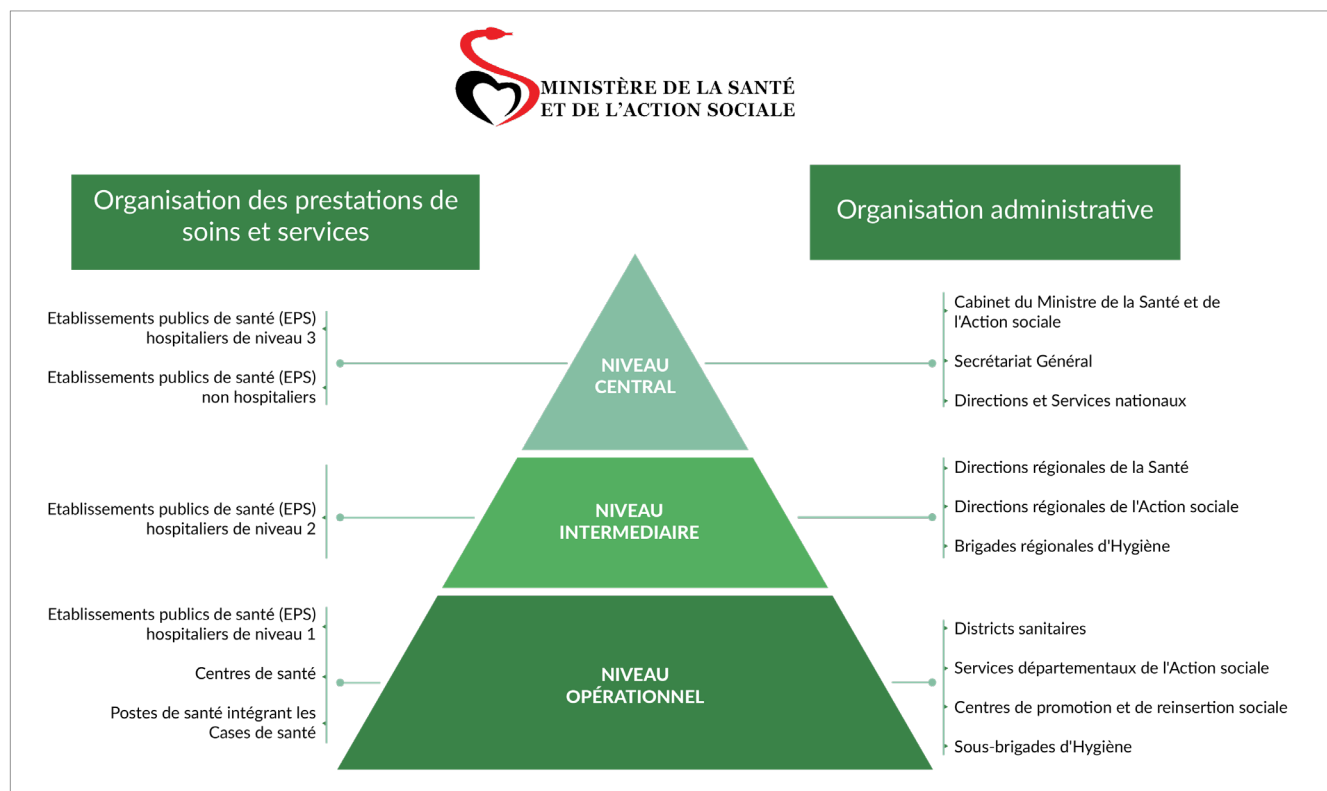


Figure 1 : Organisation administrative du système de santé et d'action sociale (Source : MSAS)

La gouvernance du système de santé et d'action sociale du Sénégal repose sur un système de planification comprenant le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS), décennal, le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD) qui est un plan triennal glissant et le Plan de Travail Annuel (PTA) prenant en compte les plans opérationnels des Collectivités Territoriales Santé et Action sociale (POCT-SAS). Ces derniers intègrent les Plans d'Action des Comités de Développement sanitaires (PA-CDS). Ce cycle de planification souffre d'une élaboration non exhaustive des PA-CDS et de leur intégration insuffisante dans les POCT-SAS des collectivités territoriales et dans les PTA des districts. Ainsi, un décalage entre les activités mises en œuvre et les plans opérationnels limite l'efficacité du système..

Des instances de coordination du PNDSS se réunissent régulièrement aux niveaux central et opérationnel. Cependant, les cadres multisectoriels rencontrent encore des difficultés de fonctionnement. Des revues sont organisées pour évaluer les résultats du système de santé² [Rapport DGPPE/MEPC, 2024]. Le secteur est organisé selon une structure pyramidale étroitement liée à la structure administrative du pays. Cette pyramide comprend trois niveaux : (i) un niveau central, correspondant aux directions, services et programmes nationaux ; (ii) un niveau intermédiaire, constitué par les directions régionales de la santé ; (iii) un niveau périphérique, représenté par le district sanitaire, qui comprend au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé polarisant des cases de santé. L'offre de soins épouse l'architecture de cette pyramide : au sommet, les Établissements publics de Santé (EPS) de niveau III ; au niveau intermédiaire, les EPS de niveau II ; et au niveau périphérique, les EPS de

²Rapport revue de la gouvernance de la santé et de l'éducation 2024 (DGPPE/MEPC)

niveau I, les centres de santé, les postes de santé, les cases de santé et les sites communautaires. Les structures sanitaires du secteur privé (45% de l'offre de soins) complètent cette offre à chaque niveau de la pyramide.

Au MSHP, les procédures opérationnelles normalisées sont retrouvées uniquement dans les programmes de santé. L'allocation des ressources financières ne repose guère sur des critères objectifs, créant des iniquités entre directions et services. Le financement des partenaires quant à lui, est loin d'être maîtrisé par le secteur, lié entre autres à l'existence de plusieurs sources de fonds. Les cadres de coordination des programmes du DPPD, mis en place à la suite de la réforme du budget-programme, ne sont pas encore opérationnels, faute de désignation de l'ensemble des acteurs. Le dispositif organisationnel du MSHP intègre le pilotage et la coordination des structures privées de santé qui représentent 45% de l'offre de soins. Cependant, cette offre du privé n'est pas inscrite dans la pyramide sanitaire actuelle.

La gestion des structures sanitaires par les Collectivités territoriales est essentielle dans le système de santé local. Ainsi la réforme de la décentralisation de 1996, l'acte 3 de la décentralisation et la signature du décret 2018-35 du 05 janvier 2018 portant statuts types des comités de développement sanitaire (CDS) ont renforcé leurs responsabilités en matière de gouvernance sanitaire territoriale. De même, les Conseils d'administration des EPS I et EPS II sont présidés par le président du Conseil départemental.

Une réforme hospitalière a été engagée en 1998 afin de répondre aux exigences d'une politique orientée vers la santé pour tous et au souhait de la société d'une médecine de plus en plus efficace. Elle fait l'objet d'une révision pour améliorer la gestion et la qualité des soins dans les établissements publics de santé [LPS, 2025].

Il faut aussi tenir compte des changements envisagés dans la nouvelle lettre de politique sectorielle (LPS) du MSHP.

CHAPITRE II : SITUATION NATIONALE DU PALUDISME

L'analyse situationnelle (AS), du paludisme au niveau du pays, durant des 4 et ½ dernières années a été faite à travers le MPR. La démarche adoptée pour réaliser la revue finale du PSN 2021-2025 a été inclusive et participative avec l'appui des partenaires impliqués dans la lutte contre le Paludisme, durant la période d'Août à Septembre 2025.

Durant cette revue du programme, ont été successivement réalisées une revue thématique (revue interne du 04 au 08 Août 2025) par des groupes de travail composés d'experts dans différents domaines de la santé et une visite de terrain (revue externe du 15 au 19 septembre 2025) auprès des acteurs des niveaux central et opérationnel et des partenaires d'appui pour recueillir des données de terrain pour compléter et trianguler les informations de la revue interne. Au décours de cette revue un rapport global a été élaboré sur la base du rapport de la revue thématique interne et celui de la visite de terrain. En plus des résultats sur la performance du programme, ce rapport a permis d'identifier les défis, de formuler des recommandations majeures et de définir les orientations stratégiques en perspective du futur Plan National d'Élimination (PNE) de 2026 à 2030. Il ressort de cette revue (MPR, 2025) les principaux résultats ci-dessous.

2.1. Profil du paludisme au Sénégal

2.1.1. Parasites du paludisme

Le paludisme est une maladie parasitaire due à un protozoaire du genre *Plasmodium* spp., dont on distingue cinq espèces : *falciparum*, *malariae*, *ovale*, *vivax* et *knowlesi*.

Au Sénégal on distingue essentiellement trois espèces plasmodiales mais le *Plasmodium falciparum* demeure largement majoritaire et est responsable d'environ 98% des cas de paludisme. Les *Plasmodium malariae* et *Plasmodium ovale* sont retrouvés dans de rares cas..

2.1.2. Vecteurs du paludisme

Huit espèces anophéliennes (*An. gambiae* s.l., *An. funestus* s.l., *An. nili*, *An. ziemanni*, *An. pharoensis*, *An. rufipes*, *An. wellcomei* et *An. coustani*) ont été collectées dans les différentes zones géographiques du pays.

Les résultats de la surveillance entomologique ont montré une prédominance d'*An. gambiae* s.l. dans toutes les zones géographiques, à l'exception de la zone sahélienne où l'*An. funestus* s.l. a été la dominante. L'infection des deux principaux vecteurs dans la partie sahélienne du pays, qui correspond à la zone de pré-élimination, constitue un signal fort d'alerte du retour de la transmission. Des investigations entomologiques plus poussées seront nécessaires pour identifier les facteurs majeurs afin de mettre en place des stratégies adaptées de lutte antivectorielle.

La surveillance génomique menée par le laboratoire d'écologie vectorielle et parasitaire (LEVP) a révélé une nouvelle espèce cryptique, *Anopheles bissau*, dans le sud-ouest du pays. Il est important de suivre et de mieux caractériser cette espèce pour comprendre son rôle dans la transmission du paludisme et sa résistance aux insecticides (Caputo et al., 2024).

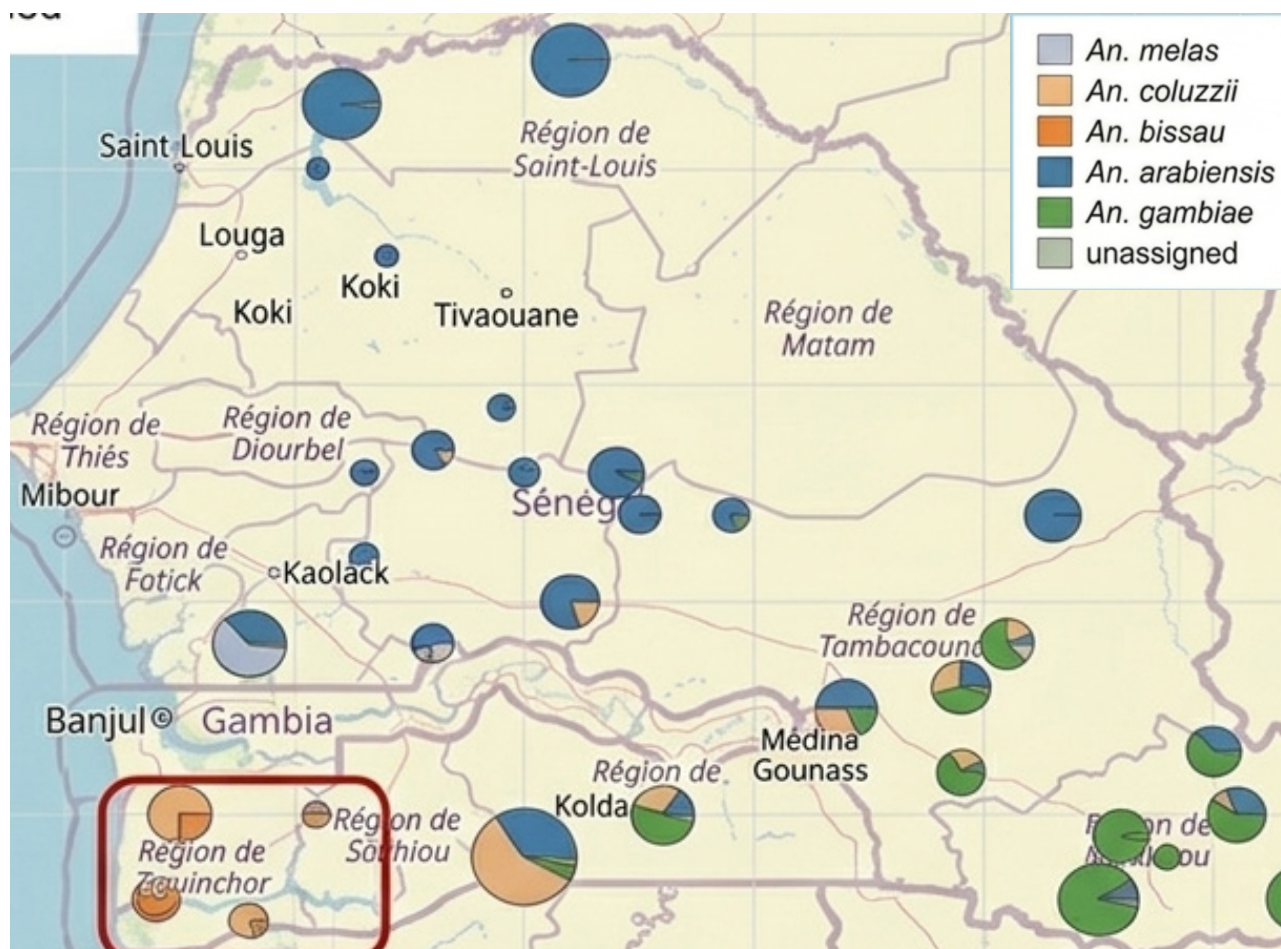


Figure 2 : Distribution des membres du complexe *Anopheles gambiae* et présence de la nouvelle espèce cryptique (*Anopheles bissau*)

Anopheles gambiae s.l., vecteur majeur du paludisme au Sénégal, manifeste une résistance avérée aux pyréthrinoïdes, pratiquement dans toutes les zones biogéographiques. Cette résistance aux pyréthrinoïdes, associée à une forte exophilie du vecteur (qui a la préférence de se reposer à l'extérieur), devrait être prise en compte pour mieux cibler les interventions de lutte. De même, le rétablissement de la sensibilité par recours au PBO dans certains districts, ainsi que la sensibilité au Chlorfenapyr, constituent des arguments solides pour adopter des outils de dernière génération, notamment les moustiquaires-PBO et celles à double principes actifs (moustiquaires Dual), en lieu et place des moustiquaires standards.

En 2024, le taux de parturité des anophèles était de 0,76% et le taux d'infection des femelles de 0,0005. Ces taux ont connu une légère progression depuis 2021. Par contre, de 2021 à 2023, on a observé une baisse de la densité agressive des vecteurs (Nombre de piqûres / homme par nuit) comparativement à la cible, ce qui montre une réduction importante de la densité des vecteurs. En 2024 une légère augmentation de la densité agressive (par rapport à la cible) a été notée avec 2,730 piqûres/homme/nuit.

Depuis 2012, il a été signalé en Afrique l'apparition d'une nouvelle espèce dénommée *Anopheles Stephensi*, espèce originaire d'Asie du Sud. Considérée par l'OMS comme une menace majeure pour le contrôle du paludisme urbain, son introduction en Afrique date de 2012 (Djibouti), Éthiopie et Soudan (2016), Somalie (2019), Nigeria (2020), Ghana et Kenya (2022).

C'est un vecteur urbain très compétent pour transmettre *Plasmodium falciparum* et *Vivax* qui s'adapte aux villes où les autres vecteurs (*An. gambiae*) sont moins compétents. Son invasion peut être très rapide dès son introduction dans un pays.

Le Sénégal a mis en place un système de surveillance spécifique pour ce parasite, qui n'a pas encore été détecté dans le territoire national.

2.1.3. Dynamique de la transmission du paludisme et Stratification

2.1.3.1. L'incidence du paludisme

En 2024, l'incidence du paludisme au Sénégal était de 22,8‰, avec des extrêmes allant de 0,5‰ à Dagana (dans le Nord) à 521,5‰ à Saraya (dans le Sud -Est). Entre 2019 et 2024, l'incidence a peu varié (21,9‰ vs 22,81‰). Les principaux facteurs explicatifs seraient : (i) des facteurs environnementaux (forte pluviométrie et inondations récurrentes dans les zones centre et ouest du pays), (ii) des facteurs liés au système de santé qui même s'ils renforcent le système, contribuent à l'augmentation de la détection des cas et par conséquent de l'incidence. Il s'agit du renforcement de l'effectif du personnel soignant, et la création de nouvelles structures sanitaires et communautaires de prise en charge. D'autres parts, la rétention récurrente et prolongée des données sanitaires empêchent toute visibilité sur l'évolution des tendances et naturellement ne permettent pas de prendre des mesures correctives en cas d'augmentation importante des cas (iii) une insuffisance de financement avec un important gap financier (58% du budget du PSN) qui n'a pas pu être comblé.

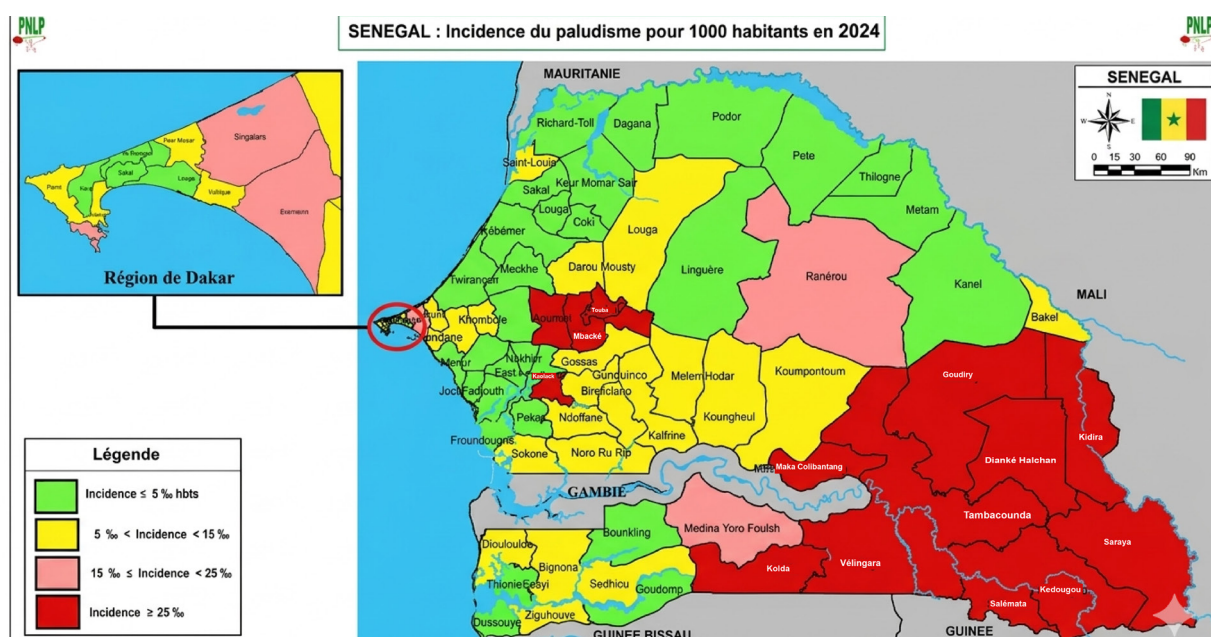


Figure 3 : incidence du paludisme pour 1000 habitants au Sénégal en 2024

NB : Les districts en couleur rose sont classés comme rouge car ils ont une incidence comprise entre 15 et 28 pour mille. La couleur rose vise à montrer la faiblesse de leur incidence par rapport aux autres districts rouges.

2.1.3.2. La prévalence parasitaire

La prévalence parasitaire moyenne est restée stable à 0,4 % de 2019 à 2021. Elle est restée très proche de zéro dans 11 régions (dans les parties Nord, Centre et Ouest) par contre dans les régions du Sud-Est on enregistre des taux élevés par rapport à la moyenne avec 6% à Kolda, 9% à Kédougou et 4% à Tambacounda.

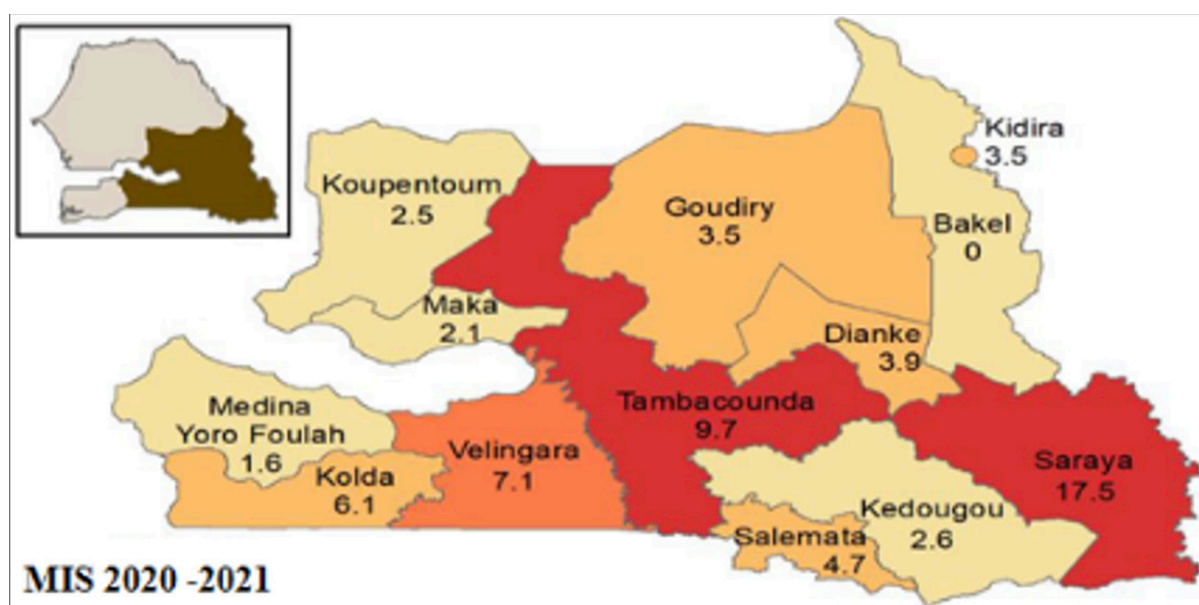


Figure 4 : Prévalence parasitaire dans les districts des régions de Kolda, Kédougou et Tambacounda

La cible du programme était d'atteindre 0,2 % en 2024. Cependant, depuis 2021 année de la dernière enquête sur les indicateurs du paludisme, la prévalence n'a pas été mesurée sur le territoire national. Il faut rappeler que la prévalence parasitaire nationale est restée en deçà de 1% depuis une dizaine d'années avec des variations régionales. En effet, selon l'enquête de 2021, dans les districts de la partie Sud-Est, elle oscillait entre 1,6% à Médina Yoro Foulah à 17,5% à Saraya.

2.1.3.3. Stratification du paludisme

La classification de l'OMS identifie quatre zones de transmission sur la base de l'incidence et de la prévalence parasitaire. En utilisant l'incidence de 2024 par district la stratification montre 73 districts où la transmission est très faible ; 4 avec une transmission faible; 1 avec une transmission modérée et 1 avec forte transmission.

Tableau II : Classification des districts selon les critères de transmission de l'OMS en 2024

Degrès de transmission	Incidence pour mille habitants	Prévalence parasitaire	Nombre de districts
Forte transmission	≥450	≥ 35 %.	1
Transmission modérée	Entre 250 et 450	Entre 10 % et 35 %.	1
Transmission faible	Entre 100 à 250	Entre 1 % et 10 %	4
Très faible transmission	<100	> 0, mais < 1 %.	73

Cependant depuis 2010, le PNLP a opté pour une stratification opérationnelle basée sur l'incidence avec trois profils épidémiologiques. Leurs caractéristiques en 2024 sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau III : Caractéristiques épidémiologiques des strates de transmission du paludisme au niveau national (Sénégal)

Types de strates	Niveau de Transmission	Taux d'Incidence (‰)	Districts sanitaires (n)	Population cible (%)	Cas de paludisme (%)	Cas de décès dans la population générale (%)	Cas de décès chez les moins de 5 ans (%)
Strate verte	Très faible	≤ 5	35	43	5	16	18
Strate jaune	Faible à modéré	[5 - 15]	25	33	12	27	9
Strate rouge	Forte à très forte	> 15	19	24	83	57	73

L'essentiel du fardeau du paludisme est supporté par 19 districts qui notifient 83% des cas de paludisme, plus de la moitié des décès liés au paludisme en général et la majorité des décès chez les enfants de moins de 5 ans.

Une analyse plus fine identifie 8 strates de transmission montrant davantage la distribution de la charge du paludisme par groupe de districts et mettant aussi en exergue les performances actuelles qui motivent l'orientation vers l'élimination du paludisme.

Tableau IV : Répartition par groupes des districts selon le taux d'incidence, la stratification opérationnelle du Sénégal et de l'OMS

Strates OMS	Groupe de districts	Taux d'Incidence, 2024	Nombre de districts
Très faible transmission	A	< 1 ‰	6
	B	1 ‰ – 5 ‰	29
	C	5 ‰ – 15 ‰	25
	D	15 ‰ – 50 ‰	8
	E	50 ‰ – 100 ‰	5
Transmission faible	F	100 ‰ – 250 ‰	4
Transmission modérée	G	250 ‰ – 450 ‰	1
Forte transmission	H	≥ 450 ‰	1

2.2. Performance du programme

2.2.1. Principaux résultats de la revue des performances du programme

2.2.1.1. Morbidité et Mortalité

a. Morbidité

En 2024, 429 369 cas de paludisme ont été rapportés dont 56% d'hommes. Les enfants de moins de 5 ans représentent 7,87% du total des cas (33 811)

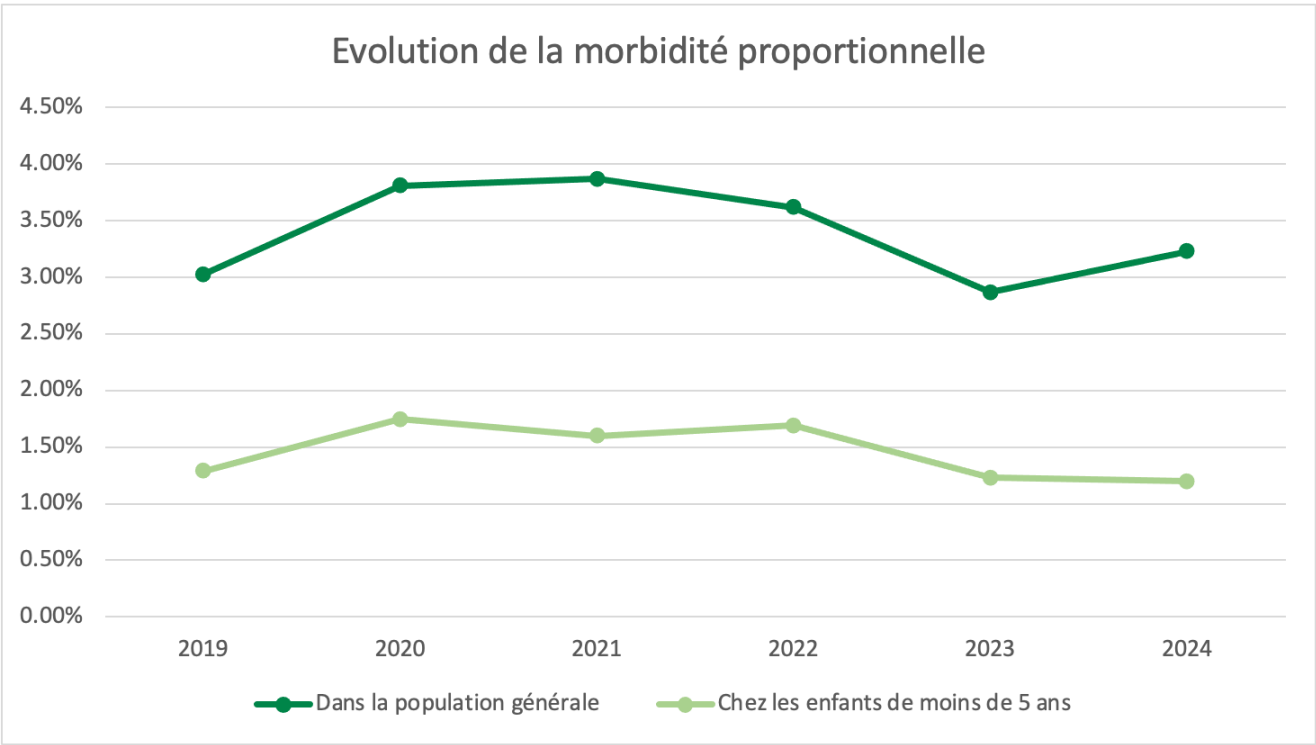


Figure 5 : évolution de la morbidité proportionnelle dans la population générale et les enfants de moins de 5 ans

Entre 2019 et 2024, la morbidité proportionnelle palustre a augmenté légèrement dans la population générale (3,03% vs 3,23%) et chez les enfants de moins de 5 ans. Par contre, chez les femmes enceintes, elle a baissé de 77% passant de 1,21% à 0,27%. Cet indicateur présente la faible charge de travail lié au paludisme pour les acteurs de la santé mais ne reflète pas forcément une baisse réelle ou une augmentation des cas.

Durant le COVID 19, par exemple, il y a eu une baisse de la fréquentation des structures ce qui a pour effet d'augmenter la morbidité proportionnelle palustre alors qu'entre 2022 et 2023, la rétention de données a entraîné une sous notification de la fréquentation des structures.

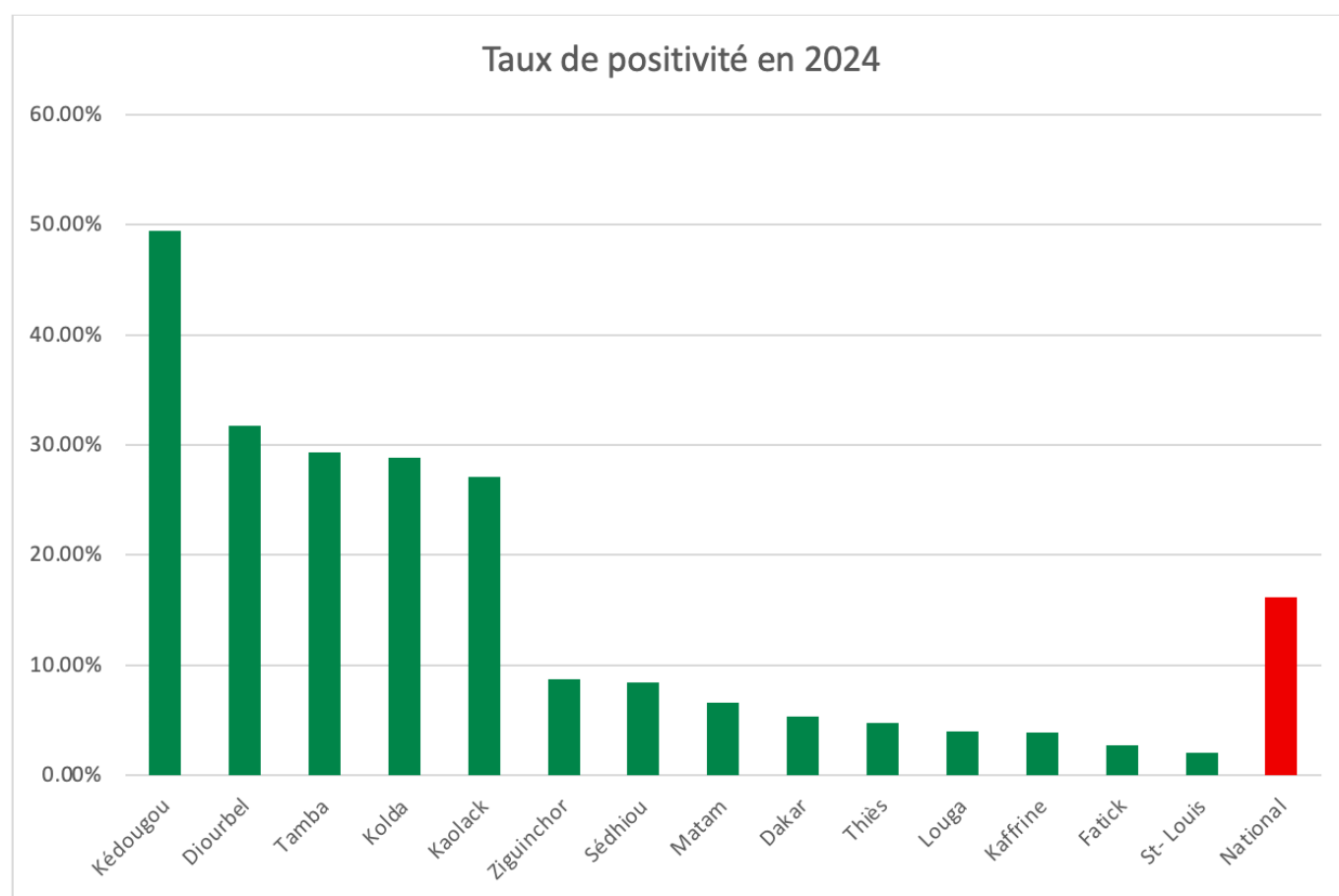


Figure 6 : Répartition du taux de positivité du TDR par régions en 2024

L'évolution du taux de positivité des tests de diagnostic au cours de la même période montre une réduction de 9% de ce taux qui est passé de 17,7% en 2019 à 16,2% en 2024. Malgré cette baisse ce taux reste élevé dans les régions de Kédougou, Diourbel, Tambacounda, Kolda et Kaolack où il se situe au-delà de 25% dépassant largement la moyenne nationale.

b.Mortalité

Tableau V : Evolution des indicateurs de mortalité entre 2022 et 2024

Années	Total décès toutes causes confondues	Total Décès liés au paludisme	Mortalité proportionnelle	Total Cas de paludisme graves hospitalisés	Taux de létalité hospitalière	Décès liés au paludisme pour 100 000 hbts Tout âge
2022	18 696	337	1,80%	12 108	2,78%	1,90
2023	18 460	299	1,62%	9 097	3,29%	1,64
2024	16 294	314	1,93%	10 433	3,01%	1,67

Globalement les indicateurs de mortalité n'ont pas beaucoup varié entre 2022 et 2023. Le nombre total de décès est passé de 260 en 2019 à 314 en 2024, alors que la cible de 2024 était de 65 décès. Plus de la moitié des cas de décès (58%) sont des hommes. Cinquante cinq (55) cas de décès ont été enregistrés chez les enfants de moins de 5 ans soit 17,5% du total.

Les principaux facteurs incriminés dans l'augmentation des décès sont : la rupture fréquente d'artésunate injectable, le non-respect des directives de prise en charge des cas, les retards de recours aux soins, la faible fonctionnalité du système de référence et contre référence..

2.2.1.2. Performance dans la mise en œuvre des activités

Le tableau ci-dessous résume les performances physiques des différents Domaines de Prestation de Service (DPS) du PNLP, de janvier 2021 à juin 2025.

Tableau VI : Performance technique de la mise en œuvre du PSN par DPS

PERFORMANCE GLOBALE PAR DOMAINE (Janvier 2021 à Juin 2025)	Taux d'exécution Brut	Taux d'exécution Ajusté*
Performance physique globale	55,33%	42,72%
Gestion du programme	42,78%	33,98%
Gestion des approvisionnements et stocks	91,67%	88,34%
Diagnostic et traitement	66,22%	62,23%
Prévention médicamenteuse	57,98%	29,82%
Lutte anti vectorielle	60,04%	33,37%
Promotion de la santé	39,42%	30,00%
Surveillance et riposte	38,15%	30,12%
Suivi évaluation et recherche opérationnelle	46,38%	33,91%

* Le taux brut a été ajusté sur la qualité de la mise en œuvre sur un score de 1 à 5. Le taux ajusté est obtenu en faisant le calcul suivant : Taux brut * (score qualité/5)

Ce tableau montre un niveau global d'exécution des activités qui est moyen à 55%, mais le taux ajusté est faible (42,72%). A l'exception de deux DPS (approvisionnement et Diagnostic - traitement) tous les autres ont enregistré des niveaux d'exécution ajustée faible autour de 30%. Ce taux moyen de réalisation s'explique par certains facteurs comme l'avènement de la pandémie du Covid 19, l'arrêt ou la diminution de financements extérieurs importants et la grève du personnel

2.2.1.3. Progrès sur la LAV

a. Distribution et utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII)

Tableau VII : Évolution de la couverture en AID

Indicateurs	2019	2021	2023
Pourcentage de ménages possédant au moins une MILDA	81%	75,3%	60,6
Pourcentage de la population ayant dormi sous MII la nuit avant l'interview	62,5%	46,4%	ND
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA la nuit avant l'interview	65,4%	46,5%	36,9 %
Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous MILDA la nuit avant l'interview	68,1%	52,5%	39,8%

Les résultats de l'EDS-Continue de 2019, suite à la campagne de distribution de masse organisée durant le 1er semestre de 2019, avait montré une augmentation de la possession et du taux d'utilisation des MILDA dans la population générale, chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. En 2021, la situation semble s'être détériorée sur tous les indicateurs, d'après les résultats de l'enquête MIS. L'enquête EDS de 2023 révèle une faible possession en MII ainsi qu'une faible utilisation malgré la CDM de 2022. Cependant, le tirage aléatoire a orienté les enquêteurs vers des régions non CDM comme Dakar qui a révélé des gaps importants même si la routine renforcée était censée atténuer l'absence de campagne de masse.

b. Aspersions Intra Domiciliaires d'insecticides à effet rémanent (AID)

Tableau VIII : Couverture en AID entre 2021 et 2024

indicateur	Baseline Cibles et Réalisations en 2021-2024									2025
	Baseline 2019	2021		2022		2023		2024		Cibles PSN
		Cibles	Réalisations	Cibles	Réalisations	Cibles	Réalisations	Cibles	Réalisations	
Proportion de la population protégée par l'AID dans les zones ciblées	97%	98%	94,30%	98%	94,60%	98%	NA	98%	NA	98%

Source : Bulletin épidémiologique, rapport AID

Durant les deux premières années de mise en œuvre (2021 et 2022) des taux de couverture appréciables ont été obtenus même si la cible n'a pas été atteinte. Ces résultats ont été facilités par le renforcement de capacités de tous les acteurs à tous les niveaux, et l'existence d'un plan de gestion environnementale et des activités de plaidoyer menées par le PNLP en collaboration avec les autorités sanitaires de la région de Kédougou auprès des certaines sociétés minières pour appuyer la mise en œuvre de l'AID.

Les AID ont été arrêtées d'abord en 2021 dans la zone de pré élimination suite à la fin du financement de la BID, et ensuite en 2023 dans la zone de contrôle suite à la décision du PNLP de donner la priorité à l'utilisation des moustiquaires de dernière génération.

c. Lutte anti larvaire (LAL)

Par manque d'appui financier, aucune activité de lutte anti larvaire n'a été réalisée. Toutefois des directives nationales sur la LAL existent depuis 2009, mais nécessitent une mise à jour.

2.2.1.4. Performances sur la prévention médicamenteuse

a. Traitement Préventif Intermittent (TPI)

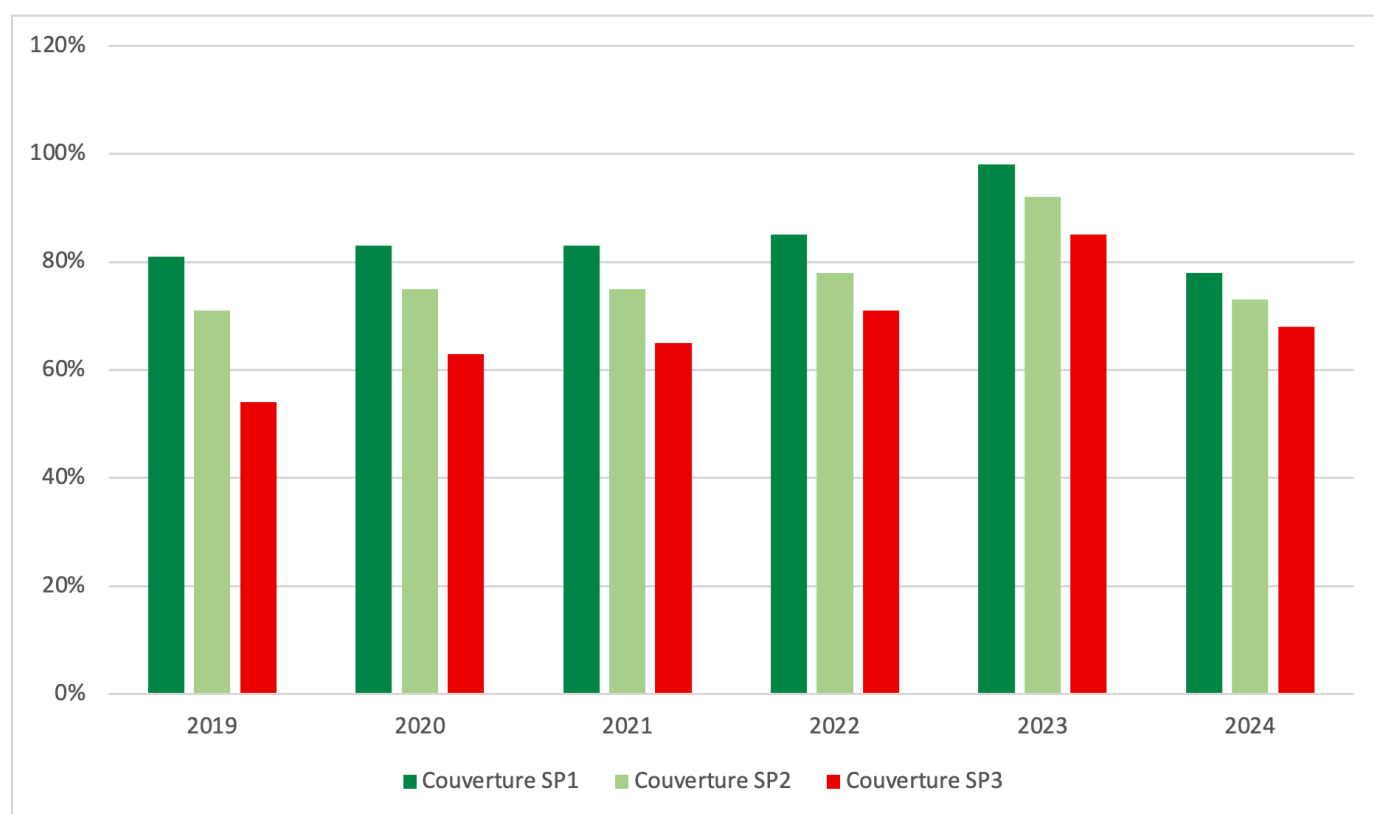


Figure 7 : Évolution des indicateurs du TPI chez la femme enceinte de 2019 à 2024

L’objectif de couverture en SP3 est 80%, alors que le résultat obtenu en 2024 est de 68%. Cette faible couverture contraste avec celle obtenue en 2023 où le TPI3 avait atteint 85 %. Cette situation est liée à l’insuffisance de la gestion de la SP au niveau opérationnel entraînant des ruptures virtuelles, l’absence et/ou retard de financement des plans de relance TPI dans certains districts sanitaires, les consultations prénatales tardives, le non-respect des rendez-vous, l’insuffisance dans la communication interpersonnelle entre autres. La mise en œuvre du TPI communautaire avait aussi montré une efficacité dans les districts où elle avait été mise en œuvre avec une progression importante du nombre de femmes ayant reçu les 3 doses de SP durant la grossesse

b.Chimioprévention du Paludisme Saisonnier (CPS)

Tableau IX: Taux de couverture de la CPS par passage en 2024

Passages	Taux de Couverture réelle	Taux de Couverture théorique
Premier passage	90,2%	88%
Deuxième passage	90,6%	86,6%
Troisième passage	96,5%	91,6%
Quatrième passage	97,1%	99,8%
Cinquième passage	97,3%	93,8%
Moyenne	94,3%	92%

Le taux de couverture réelle en TDO3 de tous les passages CPS en 2024 est de 94,3% pour une cible de 95%. Ce léger décalage est lié à la grève du personnel, aux cas de refus élevés dans les communes des districts sanitaires de Kaolack, Diourbel, Touba et Kédougou.

On observe une amélioration de la couverture à chaque passage, ce qui témoigne d’une bonne prise en compte des leçons apprises après chaque campagne.

c. Administration de Masse de Médicaments (AMM)

Cette intervention menée en 2024 dans le district de Bakel a ciblé 118 514 personnes âgées de 3 mois et plus excluant les femmes enceintes et les femmes allaitant les enfants de moins de 3 mois. Les campagnes d’administration ont été organisées entre Juillet et Septembre avec une couverture réelle en TDO 3 de 96% pour tous les passages et une couverture théorique en TDO3 de 73,4%. .

d.Vaccination contre le paludisme

Elle cible prioritairement les districts de Kédougou, Saraya et Salimata et Dianké Makha où les taux d’incidence restent élevés.

Les principales actions menées ont consisté à participer à des rencontres internationales d’orientation et à des dialogues pays pour échanger et avoir un consensus sur les conditions de la mise en œuvre, de la vaccination au niveau des 4 districts ciblés et faire le plaidoyer pour l’acquisition de vaccins. Le Comité Consultatif pour la Vaccination au Sénégal (CCVS) a recommandé l’introduction du vaccin depuis Septembre 2024. Le processus est en cours et reste retardé par la contrepartie financière que doit engager l’Etat

2.2.1.5. Performances sur la prise en charge

Tableau X : Evolution des indicateurs de prise en charge entre 2019 et 2024

Indicateurs	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Taux de réalisation des tests de diagnostic	99,8%	99,7%	99,6%	98,5%	96,5%	96,8%
Taux de dispensation des médicaments CTA	95,7%	99,9%	97,0%	82,8%	83,2%	85,6%

Le taux de réalisation des TDR a diminué, passant de 100 % visés à 96,8 % en 2024. Cette baisse s'explique par des ruptures virtuelles de TDR, une gestion insuffisante des intrants et l'absence de tests pour certains cas suspects.

Entre 2019 et 2024, eu égard aux indicateurs évalués, on note une baisse des performances dans la prise en charge correcte des cas de paludisme, notamment dans la dispensation des ACT. Cette contre-performance dans la dispensation des antipaludiques serait en partie attribuable à l'insuffisance dans la gestion des stocks (ruptures d'intrants, prescription abusive d'ACT devant des cas négatifs) mais aussi à la grève des prestataires qui impactent sur la régularité des commandes effectuées par les districts sanitaires

Toutefois, l'objectif de 100% de cas de paludisme chez les femmes enceintes vues dans les structures sanitaires et traités conformément aux directives nationales, a été atteint.

L'évaluation de la qualité de la prise en charge des cas de paludisme grave dans les EPS a montré qu'en moyenne 88% des cas étaient pris en charge conformément aux directives.

Le partenariat avec le secteur privé a été renforcé avec l'enrôlement de structures sanitaires privées des régions de Dakar, Kaolack, Thiès, Diourbel et Saint Louis dans la lutte contre le paludisme avec leur dotation en TDR et ACT et la transmission de leurs données.

Au niveau communautaire, la PECADOM a mobilisé 4500 DSDOM qui ont vu 129 213 028 cas suspects en 2024. Parmi les cas suspects, 128 368 ont bénéficié d'un TDR soit un taux de dépistage de 99%. Cette confirmation biologique a permis d'identifier 33 482 cas de paludisme soit un taux de positivité de 26%. Sur ces cas positifs 98% ont reçu un traitement conforme aux directives nationales.

En 2024, tous les lots de TDR Malaria Antigen Pf dont des échantillons ont été testés étaient de bonne qualité avec une sensibilité de 100%. En outre, la proportion de parasites présentant une délétion du gène pfhrp2 était faible, de 0,02 %.

Le suivi de l'efficacité des antipaludiques mené au niveau des deux (02) sites sentinelles a montré une efficacité des ACT utilisées par le PNLP de l'ordre de 100%.

2.2.1.6. Progrès sur la Gestion des Achats et Stocks

Pour la période du PSN 2021-2025, une disponibilité des intrants a été assurée grâce à l'appui des partenaires. Le défi porte sur l'acquisition des intrants par l'Etat du Sénégal dans le cadre de la vision de souveraineté pharmaceutique. Le renforcement des capacités a été assuré avec la formation des pharmaciens et dépositaires des districts et hôpitaux. Le suivi du système d'information est amélioré par la collecte des données logistiques sous forme de PANORAMA auprès des 14 PRA. Chaque mois, une analyse des stocks est effectuée par la SEN-PNA et le PNLP après partage du PANORAMA pour une prise de décision commune

Le tableau ci-dessous montre les niveaux d'atteinte des cibles annuelles sur le GAS

Tableau XI: Evolution des indicateurs GAS entre 2021 et 2024

Indicateurs	Baseline Cibles et Réalisations de 2021 à 2024									2025
	Baseline 2019	2021		2022		2023		2024		Cibles PSN
		Cibles	Réalisations	Cibles	Réalisations	Cibles	Réalisations	Cibles	Réalisations	
Proportion de structures sanitaires n'ayant pas connu une rupture d'ACT supérieure à 7 j par trimestre	96,00%	99,00%	98,50%	99%	99%	99,00%	76,04%	100%	76,08%	100%
Proportion de structures sanitaires n'ayant pas connu une rupture de TDR supérieure à 7 j par trimestre	97,60%	99,00%	99,10%	99%	99%	99,00%	91,53%	100%	90,41%	100%

Source des données : Bulletin épidémiologique du PNLP et le DHIS2.

Les deux indicateurs portant sur la proportion de structures sanitaires n'ayant pas connu de rupture d'ACT et de TDR supérieurs à 7 jours ont atteint globalement la cible entre 2021 et 2022 avant de chuter entre 2023 et 2024. Cette situation est liée à la rétention d'informations sanitaires qui a occasionné une faible complétude des données qui ne permet pas d'obtenir la visibilité de bout en bout des consommations. Il s'y ajoute l'insuffisance dans la gestion des intrants et, en outre, les commandes sont faites sur la base de la distribution et non de la consommation réelle.

2.2.1.7. Progrès sur la Communication et la Promotion de la Santé

Les principales réalisations dans le domaine de la communication sont : le plaidoyer, la conception et production de spots et de supports promotionnels, l'appui dans la mise en œuvre des campagnes (CPS, MII, AID, AMM) et le renforcement des capacités de communication avec l'orientation de 120 jeunes issus des structures de conseils Ado-jeunes au niveau des 14 régions en collaboration avec les DRS concernées.

L'évaluation Malaria Matchbox a été conduite pour identifier des populations les plus exposées au paludisme y compris les populations mal desservies et les obstacles liés à l'accès aux services pour elles. Parmi ces groupes exposés au paludisme, on peut distinguer les transhumants, les orpailleurs et les enfants talibés, les personnes vivant avec un handicap mais aussi les adolescents et jeunes. Des actions mettant l'accent sur la promotion de l'utilisation des services auprès de ces cibles ont été menées.

NB : Il n'y avait pas d'indicateurs spécifiques pour la communication

2.2.1.8. Progrès sur la Surveillance

Les interventions d'investigation-riposte dans les zones en pré-élimination reposent sur la notification et l'investigation des cas de paludisme avec l'administration ciblée de médicaments. Des résultats satisfaisants dans le domaine de l'investigation dans les 72h ont été notés avec des performances de 81,5% et 80% respectivement en 2021 et 2022 sur une cible de 80%. En revanche, pour l'année 2023, une contreperformance a été notée avec 66,3%. En 2024, les données recueillies dans 35 districts montrent que 97% des cas sont documentés dans les 24h et parmi ceux-ci, 75% ont été investigués dans les 72h.

Cette situation pourrait être expliquée par le retrait de certains partenaires comme la BID et PATH/Macepa et l'insuffisance du financement dans les régions de Thiès, Fatick et Diourbel (DS Bambey).

Concernant la maîtrise des épidémies dans les deux semaines suivant leur détection, l'évaluation a montré une bonne performance durant toutes les années de mise en œuvre avec un taux de 100%.

Entre 2021 et 2022, on a enregistré respectivement 264 et 152 flambées qui ont été prises en charge dans le cadre de la gestion des épidémies. Toutes ces épidémies ont été gérées dans les

deux semaines suivant leur détection en 2021 et en 2022. L'avènement de l'approche FDA a naturellement réduit le nombre de détection des flambées car elle n'intègre plus la recherche active de cas lors des investigations. En 2024, 128 flambées ont été détectées, toutes gérées dans la semaine suivant leur détection.

2.2.1.9. Progrès sur le Suivi-Evaluation et la recherche

Tableau XII : Evolution du taux de complétude et de promptitude des données entre 2019 et 2024

Indicateurs	2019 (année de base)	2020	2021	2022	2023	2024
Complétude	99,1%	93,3%	97,8%	84,4%	70,5%	82,1%
Promptitude	56,8%	50,4%	54,1%	30,8%	9,5%	9,8%

La promptitude, la complétude et la qualité des données ont été fortement affectées d'une part par la situation de grève des prestataires (boycott des activités et la rétention des données sanitaires) et d'autre part par la non disponibilité de financement ou un retard dans la mise à disposition des ressources.

L'enquête nationale sur les indicateurs du paludisme n'a pas été réalisée en 2025 par manque de financement.

Sur le plan de la recherche, l'étude menée sur l'AMM dans le district de Tambacounda par l'Université Iba Der Thiam de Thiès a obtenu des résultats satisfaisants qui ont permis d'étendre la stratégie dans le district de Bakel. Le Centre International de Génomique Appliquée et de Surveillance Sentinelle (CIGASS), apporte une assistance technique au PNLP pour les aspects génomiques. Une étude sur la réduction de la transmission du paludisme dans les zones de haute transmission utilisant la stratégie 1.7 mRCTR à Saraya a été réalisée entre 2022-2024.

Deux autres études ciblant en partie des populations à haut risque dans des contextes différents sont menées. Il s'agit de l'étude « Palu urbain » qui est une intervention basée sur la lutte antivectorielle et la chimioprévention du paludisme saisonnier dans les daaras urbains de Touba et du Projet Administration de Masse d'Antipaludiques et lutte ciblée contre le portage pour réduire la Transmission de Plasmodium au Sahel (AMARETi) à Kédougou. Leurs résultats permettront de disposer de nouvelles options pour la protection des groupes à haut risque.

2.2.1.10. Progrès sur la gestion du programme

Plusieurs initiatives ont été entreprises dans le cadre de l'amélioration de la gouvernance et des capacités managériales et opérationnelles du programme à tous les niveaux.

Dans le cadre de la décentralisation, avec l'appui de PATH, une collaboration entre le COUS et le PNLP a permis de mettre en place des unités mixtes de coordination avancées (UMCA) au niveau régional pour renforcer les capacités de surveillance et de riposte des régions et districts. Les UMCA permettent aussi d'élaborer et d'analyser la cartographie des risques pour anticiper sur des situations pouvant influencer la transmission du paludisme.

De même, pour renforcer les capacités de gestion au niveau périphérique, des conventions annuelles ont été signées entre le PNLP et 3 DRS (Ziguinchor, Kaolack et Kaffrine) bénéficiaires du financement direct avec l'appui de PMI/USAID.

Dans le cadre de la gestion transfrontalière de la lutte, il existe des initiatives avec la Gambie (distribution synchronisée de MILDA) et avec les autres pays frontaliers (Mali, Guinée Conakry, Mauritanie et Gambie). Un MOU a été signé avec la Gambie ce qui a permis de mettre en place un cadre de gestion transfrontalière tandis qu'avec les autres pays, la signature de convention reste encore à l'état de projet même si toutes les parties ont manifesté leur intérêt pour cela.

L'objectif de 80% d'activités à réaliser fixé dans le PSN 2021-2025, pour l'amélioration de la gouvernance, les capacités managériales et opérationnelles à tous les niveaux, n'a pas été atteint. Toutefois, une légère amélioration a été notée dans la performance brute qui s'établit à 42,78% contre 41% pour le PSN 2016-2020. Cette performance toujours faible s'explique par le faible taux d'exécution des activités des différentes interventions de la composante liée essentiellement à une insuffisance des ressources financières.

2.2.2. Paysage financier et Partenariat pour la lutte contre le paludisme

2.2.2.1. Analyse des écarts ou gaps de financement du paludisme

Tableau XIII : Analyse des gaps de financement sur la durée du PSN (Budget en XOF)

Indicateurs	Années					Total
	2021	2022	2023	2024	2025	
A. Total planifié PSN par an	50 674 853 714	29 566 521 196	33 552 535 779	35 644 074 510	23 788 227 523	173 226 212 722
B. Total mobilisé par an	20 526 546 676	6 708 874 03	8 279 938 038	26 683 426 934	10 710 342 211	72 909 127 890
C. Gaps de financement (A-B)	30 148 307 038	22 857 647 165	25 272 597 741	8 960 647 576	13 077 885 312	100 317 084 832
% Gap financier par an (C/A)	59%	77%	75%	25%	55%	58%

Sur la période de mise en œuvre du PSN 2021-2025, 42% seulement des besoins de financements ont été mobilisés. L'essentiel des ressources était apporté par les partenaires financiers.

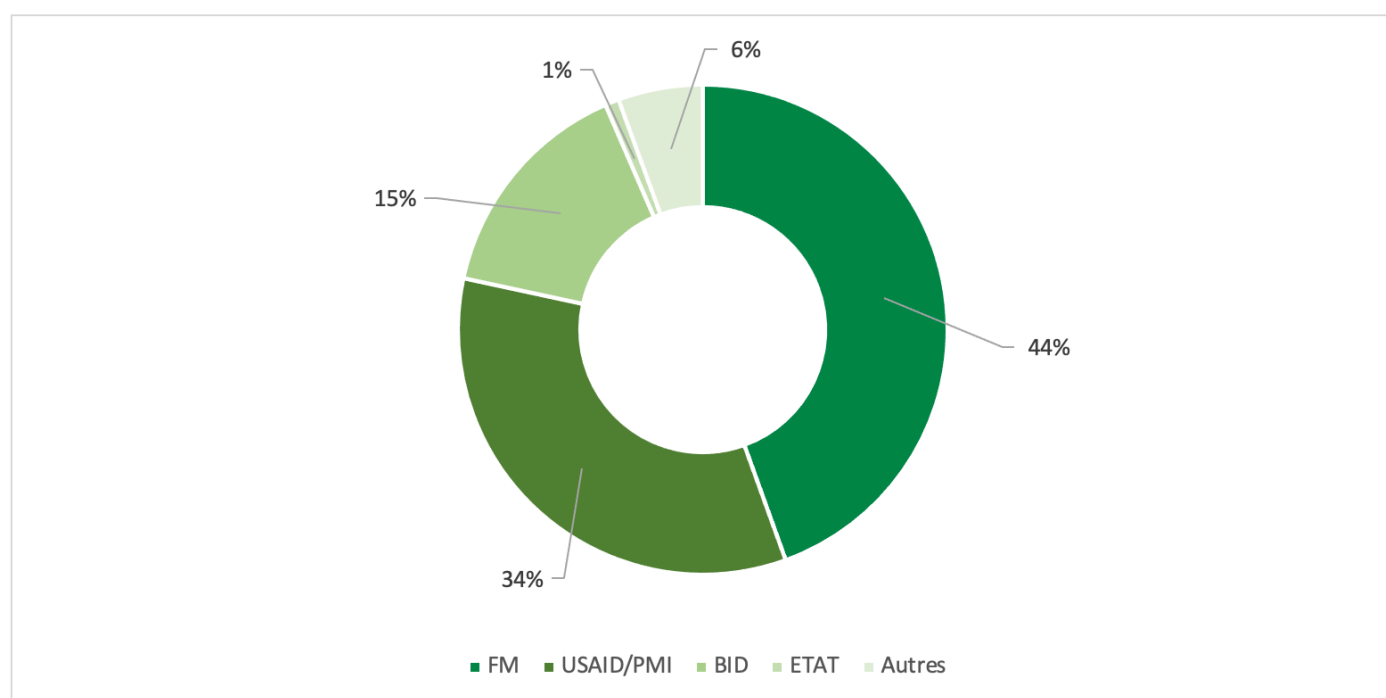


Figure 8 : Répartition de la contribution financière de l'Etat et des partenaires

2.2.3. Analyse des SWOT (FFOM) de la mise en œuvre de la lutte contre le paludisme

La lutte contre le paludisme au Sénégal a connu des avancées solides mais reste confrontée à des défis majeurs que l'analyse des forces/ faiblesses/ opportunités et menaces permet de mettre en lumière pour orienter les stratégies futures.

2.2.3.1. Forces

- Engagement politique ;
- Existence du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) avec des plans stratégiques clairs ayant conduit à des résultats satisfaisants ;
- Existence de RH qualifiées avec un renforcement continue de compétences ;
- Mise en place des UMCA ;
- Distribution gratuite de moustiquaires imprégnées ;
- Expérience accumulée dans la mise en œuvre des activités de contrôle et d'élimination du paludisme et dans la gestion des campagnes de prévention et de sensibilisation ;
- Disponibilité des tests de diagnostic rapide (TDR) et des médicaments dans les structures de santé et au niveau communautaire ;

- Expansion et renforcement de la PECADOM ;
- Partenariat solide avec les universités et les instituts de recherche depuis la création du PNLP ;
- Existence d'un cadre de concertation des partenaires de la lutte contre le paludisme ;
- Partenariats internationaux (OMS, Fonds mondial, PMI/USAID, Banque Islamique de Développement, Fondation Gates) qui apportent financement et expertise.

2.2.3.2. Faiblesses

- Forte dépendance financière vis-à-vis des bailleurs internationaux, ce qui fragilise la durabilité des actions ;
- Inégalités géographiques avec certaines zones rurales et isolées et certains groupes de populations qui sont sous-desservies en termes de prévention et de soins ;
- Capacité limitée du système de santé avec des ressources humaines et des infrastructures parfois insuffisantes et des grèves du personnel de santé ;
- Absence de mise en œuvre du plan de pérennisation des UMCA ;
- Retard dans la mise en place de l'entrepôt de données ;
- Faible collaboration multisectorielle à tous les niveaux.

2.2.3.3. Opportunités

- Engagement de l'état pour assurer la disponibilité des intrants ;
- Implication des collectivités territoriales dans la lutte contre le paludisme ;
- Implication du secteur privé avec les entreprises locales et multinationales qui soutiennent la prévention et la sensibilisation ;
- Existence d'un vaste réseau d'acteurs communautaires pour la mobilisation communautaire ;
- Collaboration transfrontalière : coopération avec les pays voisins pour réduire la transmission transfrontalière ;
- Recherche et développement : introduction progressive de nouveaux médicaments, outils de prévention et vaccins antipaludiques ;
- Innovation technologique : nouveaux outils de surveillance digitale, cartographie des cas, et suivi en temps réel

2.2.3.4. Menaces

- Changements climatiques favorisant la création de zones propices à la prolifération des moustiques et/ ou le déplacement de populations ;
- Urbanisation rapide et anarchique qui favorise la stagnation des eaux et la multiplication des gîtes larvaires ;
- Changement noté dans le comportement des vecteurs ;
- Résistance du parasite aux antipaludiques ;
- Retrait de certains partenaires financiers ;
- Insuffisance de ressources financières domestiques ;
- Instabilité du climat social avec la grève des prestataires et la rétention des données ;
- L'apparition d'épidémies et de situations d'urgence ;
- Recul de l'intérêt accordé au paludisme au profit des maladies non transmissibles
- Résistance des vecteurs aux insecticides.

2.2.4. Recommandations stratégiques pour le PSN 2026-2030

Pour atteindre l'objectif d'élimination du paludisme à l'horizon 2030, le prochain PSN devra s'appuyer sur une gouvernance renforcée, une territorialisation effective, une mobilisation accrue des ressources et une culture de la performance axée sur les résultats. .

✓ **Management, gouvernance et coordination**

- Mettre en place une instance unique multisectorielle de pilotage sous l'égide du MSHP et installer formellement ses membres et assurer un suivi régulier.
- Renforcer le rôle stratégique du PNLP dans la coordination technique et le suivi de la mise en œuvre du PSN.
- Adapter le dispositif de lutte aux exigences de l'élimination du paludisme
- Améliorer la motivation, la fidélisation et la gestion des ressources humaines (incitations, gestion du turn-over, valorisation des acteurs communautaires, prévention des grèves).
- Mettre en œuvre des audits organisationnels et des plans de renforcement de capacités à tous les niveaux.
- Renforcer la collaboration avec la Gambie sur d'autres interventions et élargir la collaboration avec les autres pays frontaliers

✓ **Décentralisation et territorialisation**

- Relancer l'implication des collectivités territoriales avec un mécanisme de cofinancement.
- Renforcer les capacités des structures décentralisées comme les UMCA et assurer leur pérennisation.
- Adapter les stratégies de lutte contre les spécificités épidémiologiques, sociales et environnementales des territoires

✓ **Partenariat et financement**

- Réactiver les partenariats avec le secteur privé et les ONG communautaires
- Ancrer davantage l'engagement communautaire à s'appuyant sur l'héritage de la PECADOM et des projets ABCD (atteindre les bénéficiaires communautaires à travers les districts)
- Faire de la collaboration multisectorielle un levier puissant pour la mobilisation des ressources domestiques avec une plus grande responsabilisation des collectivités territoriales et une meilleure capitalisation des contributions des autres secteurs
- Accroître significativement la part du financement domestique, en complément des financements extérieurs
- Institutionnaliser le plaidoyer budgétaire multisectoriel en faveur de la lutte contre le paludisme, aux niveaux national et local

✓ **Approche centrée sur l'impact**

- Utiliser les résultats du SNT pour appliquer les orientations de la stratégie « Big Push » pour le PNE
- Cibler les zones rouges avec des interventions intensifiées
- Cibler les interventions pour les groupes à haut risque (cf malaria matchbox)
- Réaliser des enquêtes parasitologiques régulières (EDS, MIS) et trouver des alternatives pour le suivi régulier des progrès
- Intégrer les stratégies de lutte dans les plans de résilience climatique.

✓ **Gestion des urgences et de la résilience**

- Mettre en place un plan de gestion des épidémies et des situations d'urgence en lien avec le paludisme et les autres maladies cibles (Fièvre vallée du Rift, Chikunguya...)

✓ **Suivi-évaluation et redevabilité**

- Renforcer la qualité, la disponibilité et l'utilisation des données.
- Créer une plateforme nationale intégrée de centralisation des données paludisme y compris le partage des bonnes pratiques, innovations et leçons apprises, accessible à tous les acteurs.

- Intégrer explicitement l'approche genre et équité dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions

✓ **Recherche et innovation :**

- Accélérer la digitalisation du système de santé (applications mobiles, intelligence artificielle, etc.) pour améliorer la réactivité, l'efficacité, la qualité des interventions et des données à tous les niveaux.
- Développer un agenda national de recherche opérationnelle, incluant l'innovation locale de concert avec les universités et instituts de recherche.

CHAPITRE III : CADRE STRATEGIQUE

3.1. Vision du Programme

Dés 2030 pour, « Un Sénégal libre du paludisme, souverain et équitable, avec un système de santé résilient et innovant au service d'un développement durable ».

3.2. Mission du Programme

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

3.3. Principes directeurs du Programme

Le plan stratégique repose sur des principes directeurs fondamentaux qui constituent les piliers dans la mise en œuvre des interventions :

- L'équité dans l'accès aux soins préventifs et curatifs de qualité pour tous,
- La gestion axée sur les résultats,
- L'amélioration de la gouvernance sanitaire,
- La recherche de complémentarité,
- La multisectorialité
- La synergie entre les directions, services et programmes du ministère de la santé (interdisciplinarité et intra-sectorialité au MSHP)
- La dématérialisation des données, outils de gestion etc

3.4. Orientations stratégiques et priorités nationales

Pour atteindre de l'objectif d'élimination du paludisme à l'horizon 2030, ce présent PSNEP va s'aligner aux orientations stratégiques et priorités nationales suivantes :

- Renforcement du management et de la gouvernance du programme en vue d'adapter le dispositif et les organes de lutte aux exigences de l'élimination du paludisme
- Décentralisation et territorialisation effectives de la lutte avec une meilleure responsabilisation et implication des structures décentralisées, des collectivités locales et des acteurs locaux
- Promotion de la collaboration multisectorielle comme un levier puissant pour la mobilisation des ressources domestiques avec une plus grande responsabilisation des collectivités territoriales et une meilleure capitalisation des contributions des autres secteurs ;

- Augmentation significative de la part du financement domestique, en complément des financements extérieurs ;
- Adaptation des stratégies d'élimination du paludisme aux spécificités épidémiologiques, socio-économiques et environnementales des territoires et points de prestation de service ;
- Renforcement de l'engagement et de la participation communautaires ;
- Développement du partenariat avec le secteur privé, et le lobbying à tous les niveaux ;
- Intégration de la dimension climat et l'entomologie dans le ciblage des stratégies d'élimination du paludisme
- Gestion intégrée des épidémies et des situations d'urgence en lien avec le paludisme et les autres maladies à transmission vectorielle cibles (Dengue, Fièvre de la vallée du Rift, Chikunguya...)
- Accélération de l'innovation et de la digitalisation pour améliorer la réactivité, l'efficacité, la qualité et l'utilisation des interventions et des données à tous les niveaux.
- Intégration effective de l'approche genre et l'équité dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions d'élimination du paludisme

3.5. But et objectifs du PSNEP

3.5.1. But

« Contribuer à la réduction des endémies majeures au Sénégal »

3.5.2. Objectifs généraux

En rapport avec la situation de l'année 2024, le PNE vise d'ici 2030 à :

1. Réduire l'incidence nationale du paludisme à moins de 1 ‰ ;
2. Réduire à zéro le nombre de décès liés au paludisme.

3.5.3. Objectifs spécifiques (OS)

Pour atteindre les objectifs stratégiques, des objectifs spécifiques ont été définis selon le domaine de prestation de services (DPS)..

3.5.3.1. Gestion du programme

Deux objectifs spécifiques (OS) sont visés dans la gestion du programme

- a) **OS1** : Augmenter de 42% à au moins 80% le taux d'exécution brut des activités du plan
- b) **OS2** : Mobiliser au moins 80 % des ressources financières nécessaires pour assurer la durabilité financière du PNE

3.5.3.2. Lutte Anti Vectorielle (LAV)

Cinq (5) objectifs spécifiques ont été définis :

- a) **OS1** : Amener au moins 80% de la population à dormir sous MII
- b) **OS2** : Protéger au moins 90% de la population par les AID au niveau des hot spots ciblés de la zone de pré élimination
- c) **OS3** : Traiter au moins 95% des gîtes larvaires productifs par la LAL dans les hot spots ciblés de la zone de pré-élimination
- d) **OS4** : Protéger au moins 90% de la population cible par de nouvelles interventions de LAV
- e) **OS5** : Assurer une surveillance entomologique intégrée et durable

3.5.3.3. Prévention médicamenteuse

Quatre (4) objectifs spécifiques ont été définis

- a) **OS1**: Protéger au moins 80% des femmes enceintes par la SP3 conformément aux directives nationales
- b) **OS2** : Couvrir au moins 98% des enfants de 3 à 120 mois avec la CPS pour chaque passage dans les zones ciblées
- c) **OS3** : Atteindre au moins 98% de couverture des personnes de 3 mois et plus éligibles pour chaque passage AMM dans les zones ciblées
- d) **OS4** : Atteindre au moins 90% de couverture vaccinale antipaludique des enfants de 5 à 23 mois dans les districts cibles

3.5.3.4. Prise en charge

Deux (2) Objectifs spécifiques ont été définis

- a) **OS1** : Prendre en charge selon les directives nationales 100% des cas de paludisme au niveau des structures sanitaires publiques et privées
- b) **OS2** : Prendre en charge selon les directives nationales 100% des cas de paludisme au niveau communautaire

3.5.3.5. Surveillance et recherche

Trois (3) objectifs spécifiques ont été définis pour le domaine de la surveillance et recherche

- a) **OS1** : Détecter, dans la semaine, 100% des épidémies et situations d'urgence avec un système d'alerte précoce
- b) **OS2** : Contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence dans la semaine suivant leur détection
- c) **OS3** : Mettre en œuvre au moins 80% des sujets/projets de recherche planifiés pour une prise de décision

3.5.3.6. Communication

Deux (2) objectifs ont été définis pour la communication

- a) **OS1** : Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à l'élimination du paludisme
- b) **OS2** : Accroître (à au moins 80% de taux brut d'exécution), la visibilité du programme national d'élimination du paludisme à travers une couverture médiatique régulière

3.5.3.7. Gestion des approvisionnements et des stocks (GAS)

Un (1) seul objectif a été déterminé

- a) **OS1** : Assurer une disponibilité permanente (0% de rupture) en médicaments et produits de santé de lutte contre le paludisme dans la totalité des structures sanitaires publiques et privées.

3.5.3.8. Suivi et évaluation

Quatre(4) objectifs ont été définis

- a) **OS1** : Amener 100% des structures sanitaires à avoir des données de qualité sur le paludisme

- b) **OS2** : Amener 80 % des districts sanitaires à procéder à une utilisation documentée des données de surveillance, à travers un rapport, un plan d'action ou une décision programmatique validée
- c) **OS3** : Assurer la transformation digitale d'au moins 95% des interventions du programme
- d) **OS4** : Assurer la mise en œuvre de 100% des activités de suivi et évaluation du PSNEP

3.6. Principales priorités et stratégies de lutte

Les interventions prioritaires ont été définies sur la base d'une stratification détaillée du paludisme sur l'ensemble du pays. Cette approche a permis de classer les districts et de projeter l'évolution de leur incidence annuelle respective avec un ciblage spécifique des stratégies à mettre en œuvre.

3.6.1. Description des jalons pour l'élimination : (cf. tableau XIV)

La stratification de l'incidence, selon le PNLP du Sénégal, à partir des données de 2024, a permis d'identifier 8 groupes de districts (groupes A à H). Pour amener l'ensemble des 79 districts du pays à une incidence <1‰, d'ici 2030, les principales stratégies vont reposer sur :

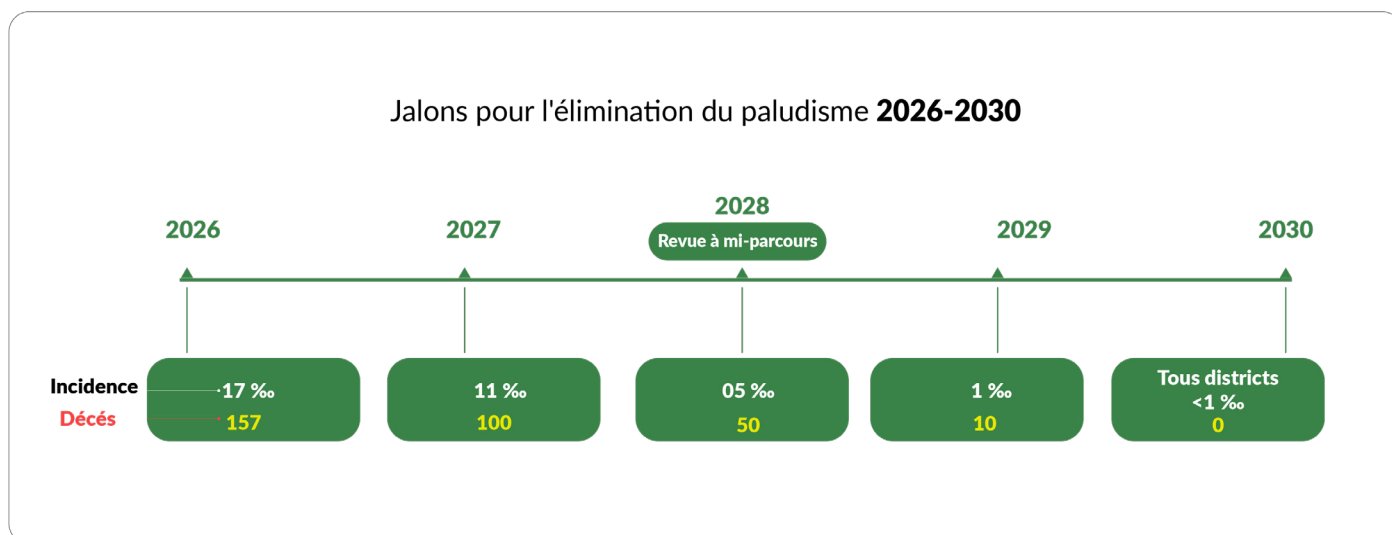
- le maintien des acquis dans les zones de très faible incidence (zone verte : groupe A et B) ;
- le renforcement des interventions dans les zones d'incidence modérée (zone jaune : groupe C)
- et l'accélération des interventions dans les zones à forte incidence (zone rouge : groupe D à H).

En considérant la stratification de l'OMS, 73 sur les 79 districts avaient une incidence < 100‰. D'ici 2028, 89 % parmi eux soient 65 districts devraient atteindre une incidence < 5‰ et tendre tous vers l'élimination entre 2029 et 2030. Les districts ayant des incidences plus élevées en 2024 devront connaître une baisse beaucoup plus importante. Le défi sera de les faire passer en situation de transmission intermédiaire (<5 ‰ selon la stratification nationale) à une incidence < 1‰.

L'évaluation à mi - parcours en 2028, permettra de réajuster les jalons ainsi que l'adaptation des interventions pour arriver à une incidence nationale < 1 ‰ en 2030.

Tableau XIV : Les jalons pour l'élimination du paludisme selon l'incidence entre 2026 et 2030

Groupe districts	Nombre districts	Baseline 2024	Objectif 2026	Objectif 2027	Objectif 2028	Objectif 2029	Objectif 2030
A	6	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰
B	29	1 ‰ – 5 ‰	< 4 ‰	< 3 ‰	< 2 ‰	< 1,5 ‰	< 1 ‰
C	25	5 ‰ – 15 ‰	< 10 ‰	< 8 ‰	< 5 ‰	< 2 ‰	< 1 ‰
D	8	15 ‰ – 50 ‰	< 25 ‰	< 20 ‰	< 15 ‰	< 5 ‰	< 1 ‰
E	5	50 ‰ – 100 ‰	< 40 ‰	< 30 ‰	< 20 ‰	< 7 ‰	< 1 ‰
F	4	100 ‰ – 250 ‰	< 70 ‰	< 50 ‰	< 30 ‰	< 10 ‰	< 1 ‰
G	1	250 ‰ – 450 ‰	< 150 ‰	< 100 ‰	< 50 ‰	< 15 ‰	< 1 ‰
H	1	≥ 450 ‰	< 200 ‰	< 150 ‰	< 50 ‰	< 15 ‰	< 1 ‰

schéma 1 : Jalons pour l'élimination du paludisme 2026-2030**Tableau XV** : Phasage par an, pour l'élimination du paludisme dans l'ensemble des districts, entre 2026 et 2030

Année	A (< 1 ‰)	B (1-5 ‰)	C (5-15 ‰)	D (15-50 ‰)	E (50-100 ‰)	F (100-250 ‰)	G (250-450 ‰)	H >450 ‰	Total
2026	6	28	25	8	5	4	1	1	79
2027	14	20	21	8	5	4	1	1	79
2028	30	15	17	7	5	4	1		79
2029	55	10	9	3	2	0	0		79
2030	79	0	0	0	0	0	0		79

3.6.2. Ciblage des interventions

Pour atteindre cet objectif un paquet d'activités spécifiques a été identifié pour chaque groupe de districts

Groupes avec Incidence : entre [0‰ et 5‰ [

Les districts sanitaires qui sont déjà en situation proche de l'élimination devront maintenir leur statut par la mise en œuvre d'interventions de prévention et de surveillance riposte renforcée. L'exercice de documentation de l'interruption de la transmission locale sera une activité importante. Dans ces zones, il s'agira d'assurer les activités suivantes :

- Sous stratification jusqu'au niveau village/quartier
- Distribution de MII en routine
- Surveillance hebdomadaire
- Notification immédiate de tous les cas
- Prise en charge des cas selon les directives et administration de primaquine à dose faible unique
- Introduction de la génomique pour affiner le diagnostic
- Investigation et riposte des cas et des flambées par approche FDA
- AID pour les villages présentant des flambées récurrentes
- LAL pour les gîtes larvaires à proximité des cas index
- Renforcement du système d'information avec une surveillance intégrée : entomologique, parasitologique, génomique, environnementale et transfrontalière
- Surveillance des foyers
- Elimination de la transmission chez les populations spécifiques et ou groupes à haut risque
- Documentation de l'interruption de la transmission locale dans les districts avec incidence < 1 ‰ et dans les foyers zéro cas.

Groupes : entre [5‰ et 15‰[

- Sous stratification jusqu'au niveau village/ quartier

- Distribution de MII en routine
- Prise en charge des cas selon les directives et administration de primaquine à dose faible unique
- Surveillance hebdomadaire
- Documentation des cas durant toute l'année
- Investigation utilisant le Focal Test And Treat pour rechercher les cas asymptomatiques autour du cas index
- Application des stratégies du groupe avec incidence $< 5\%$ pour les postes qui sont passés au vert selon le niveau de progression de l'incidence.

Groupes : entre [15% et 100%[

- Sous stratification jusqu'au niveau PS
- Campagne de distribution de MII
- Distribution de MII en routine
- CPS dans les postes de santé Hotspot
- Introduction des nouveaux outils LAV comme les répulsifs et diffuseurs spatiaux
- Prise en charge des cas selon les directives et administration de primaquine à dose faible unique
- PECADOM +
- Stratégie 1.7 qui est une réponse à base communautaire consistant à tester tous les habitants du village ayant enregistré le plus de cas de paludisme dans la semaine (dans l'aire du PS) et à traiter les cas positifs
- Application des stratégies des groupes A, B ou C pour les postes de santé dont l'incidence a régressé pour correspondre aux seuils d'un de ces groupes après une évaluation annuelle des performances.

Groupes : entre [100% et 250%[

- Sous stratification jusqu'au niveau PS
- Campagne de distribution de MII

- Distribution de MII en routine
- CPS dans les postes de santé Hotspot
- Prise en charge dans les structures de santé selon les directives
- PECADOM +
- AMM
- Vaccination
- Introduction de nouveaux outils pour la protection des groupes à haut risque :
 - LAV: émanateurs spatiaux, Attractive Sugar Base Target
 - Malakit
- Adaptation du paquet d'activités des postes de santé en fonction du niveau de progression de l'incidence selon la classification des groupes

Groupes : > 250‰

- Sous stratification jusqu'au niveau PS
- Campagne de distribution de MII
- Distribution de MII en routine
- CPS dans les postes de santé Hotspot
- Prise en charge dans les structures de santé selon les directives
- PECADOM +
- Stratégie 1.7
- Vaccination
- Introduction de nouveaux outils pour la protection des groupes à haut risque :
 - LAV : émanateurs spatiaux, Attractive Sugar Base Target
 - Malakit
- Adaptation du paquet d'activités des postes de santé en fonction du niveau de progression de l'incidence eu égard à la classification des groupes

3.7. Description des stratégies et interventions de lutte par domaine de prestation de service

3.7.1. Gestion du programme, partenariat, mobilisation des ressources et finances

Cette stratégie repose sur deux objectifs spécifiques et 6 interventions

Tableau XVI : Identification des interventions par objectifs spécifiques

Objectifs spécifiques	Principales interventions
OS1 : Augmenter de 42% à au moins 95% le taux d'exécution brut des activités du PSNEP	1. Gouvernance 2. Pilotage stratégique 3. Collaboration / Partenariat
OS2 : Mobiliser au moins 80% des ressources prévues pour assurer la durabilité financière du PNE	4. Mobilisation des ressources domestiques 5. Mobilisation des ressources externes 6. Redevabilité financière

3.7.1.1. Description des interventions par objectifs spécifiques

✦ OS1 : Augmenter de 42% à au moins 80% le taux d'exécution brute des activités du PSNEP

a. Gouvernance

Cette intervention vise à renforcer l'architecture institutionnelle et les mécanismes de gouvernance du PNLP afin de garantir une orientation stratégique claire, une coordination efficace entre les acteurs et une prise de décision fondée sur des données probantes. Elle s'appuiera sur la mise en place d'un comité multisectoriel pour l'élimination du paludisme avec des démembrements épousant l'organisation du système administratif et territorial du pays. Elle permettra d'assurer la transparence, la redevabilité et la cohérence dans la mise en œuvre du PNE, tout en améliorant la prise de décision, le suivi des actions et la gestion des risques.

b. Pilotage stratégique

Il s'agit d'améliorer la capacité du PNLP à piloter stratégiquement le PNE en renforçant l'organisation interne, la gestion des ressources humaines et la performance des équipes. Il vise à doter le programme d'outils modernes de planification, de suivi et d'évaluation, à adapter l'organigramme et les postes de travail aux exigences de l'élimination, et à développer durablement les compétences techniques, managériales et opérationnelles du personnel au niveau stratégique et au niveau périphérique.

c. Collaboration et Partenariat

L'élimination du paludisme requiert la création et le maintien de partenariats et de coalitions solides impliquant les différents secteurs de l'État, les acteurs non étatiques, le secteur privé et les pays frontaliers afin de créer une réponse coordonnée, intégrée et efficace. Cette collaboration permettra d'harmoniser les stratégies, de créer plus de synergie, de capitaliser les contributions des autres secteurs, de partager les bonnes pratiques, de renforcer la gestion transfrontalière, et d'assurer une mise en œuvre cohérente du PNE.

A cet égard, il est prévu de poursuivre la mise en place des UMCA dans toutes les régions pour une gestion locale des investigations et ripostes pour le paludisme et les autres épidémies et situations d'urgence.

✦ OS2 : Mobiliser au moins 80 % des ressources prévues pour assurer la durabilité financière du PSNEP

a. Mobilisation des ressources domestiques

L'ambition est d'accroître, de diversifier et de pérenniser les financements nationaux dédiés à l'élimination du paludisme en mobilisant l'État, les collectivités territoriales, le secteur privé et les mécanismes innovants de financement. Elle contribuera à renforcer l'appropriation nationale du PNE et à réduire progressivement la dépendance vis-à-vis des financements extérieurs.

Ainsi il est prévu de manière progressive :

- d'engager le secteur privé dans le cadre de la responsabilité sociale des entreprises mais aussi à travers des partenariats publics-privé et le mécénat.
- d'engager les communautés à travers les collectivités territoriales, les CDS etc. dans la lutte à travers le financement de plans locaux d'élimination
- d'engager les parlementaires et le ministère des finances pour l'achat de médicaments et d'autres intrants
- d'engager des champions pour le plaidoyer et la mobilisation de ressources

b. Mobilisation des ressources extérieures

Cette intervention a pour objectif de consolider et d'élargir l'appui des partenaires techniques et financiers au PNE, à travers un plaidoyer structuré, la préparation de propositions de financement de qualité et l'alignement des appuis extérieurs sur les priorités stratégiques nationales. Elle vise à garantir un flux de financements suffisant, prévisible et coordonné pour soutenir l'atteinte des objectifs d'élimination.

c. Redevabilité

Cette intervention vise à garantir une gestion financière transparente, efficiente et responsable des ressources mobilisées pour le PNE. Elle permettra de renforcer les mécanismes de contrôle interne, d'audit, de suivi budgétaire et de reporting financier, tout en promouvant la redevabilité. Elle contribuera ainsi à renforcer la confiance des partenaires et des parties prenantes dans la gestion des fonds et à améliorer la performance financière globale du programme.

3.7.1.2. Résultats attendus de la gestion du programme et du partenariat

A l'issue de la mise en œuvre des interventions, il est attendu d'ici 2030 que :

- Au moins 80% des activités prévues en termes de gouvernance et de management soient exécutées
- Au moins 80 % des ressources du PNE sont mobilisés avec 20 % de ressources domestiques et 80 % de ressources extérieures.

3.7.2. Lutte anti vectorielle

La LAV s'articule autour de 5 objectifs spécifiques avec 15 interventions clefs :

Objectifs spécifiques	Principales interventions
OS1: Amener au moins 80% de la population à dormir sous MII	1. Distribution de routine 2. Distribution de masse
OS2: Protéger au moins 90% de la population par les AID au niveau des hot spots ciblés de la zone de pré élimination	3. Identification et sélection des hot spots 4. Renforcement des capacités 5. Mise en œuvre et suivi-évaluation de l'AID 6. Gestion de l'environnement
OS3: Traiter au moins 95% des gîtes larvaires productifs par la LAL dans les hot spots ciblés de la zone de pré-élimination	7. Identification et sélection des gîtes 8. Mise en œuvre de la LAL 9. Suivi et évaluation
OS4: Protéger au moins 90% de la population cible par de nouvelles interventions de LAV	10. Distribution et posage de produit répulsif au niveau des sites 11. Suivi et évaluation
OS5 : Assurer une surveillance entomologique intégrée et durable	12. Renforcement de la surveillance entomologique au niveau national et opérationnel 13. Surveillance entomologique communautaire intégrée 14. Surveillance des nouveaux vecteurs (Anopheles stephensi et autres...) 15. Surveillance entomologique transfrontalière

3.7.2.1. Description des interventions par objectifs spécifiques

✦ OS1 : Amener au moins 80% de la population à dormir sous MII

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

a. Distribution de routine

Pour permettre à la population de disposer en permanence des MII entre les campagnes de distribution de masse, la distribution de routine sera maintenue et renforcée. En sus du canal de distribution basé sur les structures sanitaires, d'autres circuits seront utilisés comme la distribution scolaire, celle communautaire et le marketing social. Une contractualisation sera faite avec les OCB des districts pour mettre en œuvre la distribution communautaire. Pour protéger les groupes spécifiques, une couverture se fera au niveau des daaras des districts ciblés et pour les orpailleurs, transhumants et camionneurs, l'approche MALAKIT avec une MII sera appliquée.

Le guide méthodologique de la distribution de routine des MII sera révisé tout en intégrant les groupes à haut risque (talibés, orpailleurs, camionneurs, transhumants etc..) et le document mis à jour validé sera partagé avec les acteurs. Le plan de suivi devra intégrer une supervision régulière (mensuelle, trimestrielle et semestrielle) du niveau opérationnel pour le respect strict des directives du guide.

b. Distribution de masse

Dans le cadre de l'accélération de la couverture universelle, une campagne de distribution gratuite de masse sera menée au niveau national en 2028. En ce qui concerne la quantification, le principe d'estimation basé sur une MII pour 1,8 personne sera maintenu. La campagne de distribution de MII de 2028 se fera à l'échelle régionale pour Kédougou, Tambacounda et Kolda et dans les autres régions elle se déroulera dans les districts dont l'incidence est $\geq 15\%$. Les données épidémiologiques de 2025 ou de 2026 serviront de base de quantification.

La campagne de distribution sera synchronisée avec la Gambie en 2028 et sera élargie aux autres pays transfrontaliers si possible.

Les déterminants de l'utilisation des MII dans les communautés seront utilisés pour mieux agir sur une bonne utilisation des moustiquaires.

Le suivi de l'accessibilité et de l'utilisation se feront surtout à travers les enquêtes avec l'EDS/MICS, ENP.

✦ OS2 : Protéger au moins 90% de la population par les AID au niveau des hot spots ciblés de la zone de pré élimination

a. Identification et sélection des hot spots

Le choix est déterminé selon les objectifs d'interrompre la transmission résiduelle dans la zone de pré élimination et d'empêcher un retour des cas.

Sur la base d'une cartographie, 28 postes hot spots (un poste par district avec incidence [1‰ - 5 ‰] seront enrôlés pour servir de pilote. Une mise à échelle se fera en fonction des évidences obtenues après la première année de MEO. Un enrôlement progressif de 1 poste par district se fera de 2027 à 2029. Pour chaque poste hot spot enrôlé, des critères d'exclusion tels que l'urbanisation dominante seront pris en compte. La collecte des données de base se fera dans les districts à enrôler pour l'AID hot spot.

La cartographie se fera avec une collecte des données complémentaires notamment sur l'identification des bases potentielles, des obstacles et contraintes naturelles. Il est également prévu de procéder à la réactualisation des données démographiques et l'estimation du nombre et de la taille moyenne des structures à traiter.

b. Renforcement de capacités

Le renforcement des capacités se fera à tous les niveaux (central, régional et district) avec une réactualisation des directives pour une approche communautaire.

c. Mise en œuvre et suivi-évaluation

Le processus de la mise en œuvre des AID va démarrer par une planification opérationnelle adaptée aux réalités de la zone. La mise en œuvre des opérations d'AID va s'appuyer sur le guide actualisé qui intègre une adaptation du Manuel opérationnel des AID de l'OMS. Les supervisions des activités seront effectuées à tous les niveaux avant, pendant et après les opérations dans leurs diverses composantes. Des réunions de restitution des résultats de la campagne AID seront organisées à tous les niveaux (postes, districts et central)

Le laboratoire d'écologie vectorielle et parasitaire de l'UCAD partenaire du PNLP assurera le suivi/ évaluation du traitement dans le cadre des AID avec l'appui des partenaires.

En ce qui concerne le contrôle de la qualité de l'application, une mission sera organisée selon le protocole standard de l'OMS (WHOPES, 2013). Pour le suivi de la rémanence, la même procédure sera respectée jusqu'à ce que le niveau d'efficacité soit au-dessous du seuil fixé par l'OMS (70%). L'étude de la sensibilité des vecteurs aux différentes classes d'insecticides homologués par l'OMS sera également réalisée.

d. Gestion de l'environnement

Un plan de gestion des déchets sera mis en place en coordination avec les services de l'environnement et du Centre anti poison. Un système de gestion des déchets sera mis en place en collaboration avec certaines sociétés nationales (cimenterie, entreprises de produits plastiques etc.) pour le recyclage et les DRS et DS en ce qui concerne l'incinération.

✦ OS3 : Traiter au moins 95% des gites larvaires productifs par la LAL dans les hot spots ciblés de la zone de pré-élimination

a. Identification et sélection des zones à traiter

La LAL sera mise en œuvre dans les zones où une flambée de cas a été notifiée. L'équipe d'investigation devra identifier les gites potentiels domestiques et péri domestiques et assurer leur traitement. Tous les hot spots éligibles dans la zone de pré élimination seront enrôlés progressivement. Certaines zones urbaines inondables seront aussi ciblées par cette stratégie.

b. Mise en œuvre de la LAL

L'enrôlement des districts se fera en fonction du phasage proposé avec 35 districts enrôlés de 2026 à 2027, 60 districts en 2028 et 68 en 2029 et 79 en 2030.

Un biolarvicide sera utilisé pour le traitement des gites potentiels à Anopheles identifiés par la cartographie vers la fin de la saison des pluies coïncidant avec la période de haute transmission. Le traitement sera assuré par le niveau communautaire sous la supervision des agents du SNH.

Cette stratégie sera également mise en œuvre dans les zones urbaines et péri-urbaines qui présentent des situations d'inondations récurrentes avec utilisation de drones associées à l'IA.

c. Suivi-évaluation de la LAL

L'évaluation de l'efficacité du traitement et de l'impact environnemental se fera à la fin de chaque campagne.

✦ OS4: Protéger au moins 90% de la population cible par de nouvelles interventions de LAV

a. Distribution et posage de produit répulsif au niveau des sites

L'objectif est de combler le gap de protection observée dans l'utilisation des MII à travers le pays en particulier pour les groupes à haut risque. Pour ce faire une démarche progressive sera adoptée avec une phase pilote pour partir des évidences avant d'aller à l'échelle. C'est ainsi qu'en 2026 des Daaras à Touba, Kaolack et Diourbel bénéficieront de l'intervention

d'abord. Ensuite, un site d'implantation d'une société minière de Kédougou, un poste de santé de Bandafassi, les districts de Dakar et de Thiès seront choisis de 2026 à 2027. Il s'en suivra un enrôlement progressif des daaras de Vélingara et de Tivaouane en 2028 et ceux de Louga, Matam et de Saint-Louis en 2029.

Le renouvellement se fera de manière annuelle

b. Suivi et évaluation

Une supervision sera organisée pour jauger l'utilisation du produit post distribution. Une mission d'évaluation de l'efficacité du produit sera menée après un mois et un atelier final d'évaluation permettra d'apprécier les résultats obtenus.

✦ **OS5 : Assurer une surveillance entomologique intégrée et durable**

a. Renforcement de la surveillance entomologique

Le comité de pilotage de la LAV a été mis en place autour du PNLP pour la prise en compte de toutes les mesures de LAV recommandées dans les zones où elles peuvent être efficaces. Un groupe thématique LAV a été mis en place par le CCPLP. Il s'agira de renforcer le fonctionnement de ces comités et d'élaborer et de mettre en œuvre le document national de surveillance entomologique adaptée à l'élimination.

Le groupe LAV partagera les résultats entomologiques et de recherche pendant les réunions trimestrielles du CCPLP. En outre il sera organisé une réunion semestrielle du COPIL LAV dont une pour la préparation des activités pré hivernales et une seconde pour la revue annuelle.

b. Surveillance entomologique communautaire intégrée

Il s'agira d'organiser une réunion de partage avec les principales parties prenantes pour étudier les approches méthodologiques pour intégrer la surveillance entomologique dans le paquet des CVACI et OCB contractants.

Ensuite des ateliers de formation avec un paquet d'activités dédié seront organisés au niveau communautaire. Enfin le dashboard conçu par le CIGASS sera utilisé et de concert avec la DSISS l'interopérabilité avec le DHIS2 national doit être assurée.

c. Surveillance d'*Anopheles stephensi* et autres.

Le pays fait une surveillance active de *An. Stephensi* depuis 2022 et jusqu'à présent il n'a pas été identifié au niveau national. Il s'agira de renforcer cette surveillance en ajoutant la collecte d'adultes dans les sites choisis au suivi des gîtes larvaires. Pour la pérennisation de cette intervention, un renforcement de capacités progressif sera destiné à des équipes d'acteurs communautaires identifiés pour assurer cette surveillance dans le temps.

3.7.2.2. Résultats attendus

Les résultats attendus de la lutte antivectorielle sont :

- Au moins 80% de la population dans les zones à forte transmission dort sous MII (zones ciblées par la campagne de masse)
- 90% de la population au niveau des hot spots ciblés de la zone de pré élimination sont protégés par les AID
- 95% des gîtes larvaires productifs dans les hot spots ciblés de la zone de pré-élimination sont traités
- Au moins 90% de la population cible est protégée par de nouvelles interventions de LAV
- 90% des études de surveillance entomologique dans les sites sentinelles ont été réalisées

3.7.3. Prévention médicamenteuse

Cette stratégie repose sur quatre objectifs spécifiques en rapport avec le TPI, la CPS, l'AMM et la vaccination. Sa mise en œuvre fait appel à 11 interventions

Objectifs spécifiques	Principales interventions
OS1: Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le TPI à la SP3 conformément aux directives nationales	1. TPI dans les structures de santé 2. TPI communautaire
OS2 : Couvrir au moins 98% des enfants de 3 à 120 mois avec la CPS pour chaque passage dans les zones ciblées	3. Mise en œuvre de la CPS dans les zones hot spots 4. Introduction de la CPS en routine 5. Protection des enfants à haut risque
OS3 : Atteindre au moins 98% de couverture des personnes de 3 mois et plus éligibles pour chaque passage AMM dans les zones ciblées	6. Renforcement de capacités 7. Disponibilité des intrants et équipements 8. Suivi et évaluation de l'AMM
OS4 : Atteindre au moins 90% de couverture vaccinale antipaludique des enfants de 5 à 23 mois dans les districts cibles	9. Renforcement des capacités 10. Disponibilité des vaccins et équipements 11. Suivi et évaluation de la vaccination

✦ OS1 : Protéger au moins 80% des femmes enceintes par le TPI à la SP3 conformément aux directives nationales

a. TPI dans les structures de santé

L'intervention concerne le TPI dans les districts sanitaires au cours des consultations prénatales effectuées par les prestataires qualifiés.

Juste après les consultations prénatales, si la femme enceinte est éligible à la prise de SP, le prestataire l'administre une dose de SP sous observation dans son bureau.

Par ailleurs, pour l'exécution de cette administration de SP sous traitement directement observé (TDO), le seau à robinet avec des tasses devront être disponible dans le bureau du prestataire à cet effet.

Tous ces résultats devront être saisis mensuellement par le prestataire dans la plateforme DHIS2

b. TPI communautaire

L'intervention concerne le TPI communautaire dans les districts sanitaires ayant des difficultés d'atteindre la couverture de 80% en SP3.

Tous les districts sanitaires ayant une couverture en SP3 inférieure à 75% choisira les PPS n'ayant pas une couverture de 80% en SP3.

En effet, le prestataire enregistrera sur un cahier à chaque consultation prénatale journalière, des femmes enceintes n'ayant pas honoré leur rendez-vous. À la fin de la journée de consultation prénatale, le prestataire remettra la liste avec adresse au complet l'acteur communautaire pour la recherche de toutes ces femmes absentes. Si ces femmes sont retrouvées, l'acteur communautaire fera une communication pour que cette dernière aille à la consultation auprès du prestataire. Si par contre, la femme enceinte a des difficultés pour y aller, l'acteur communautaire lui proposera une administration de la SP sous observation à partir de la 2^{ème} dose.

Le partage des résultats enregistrés dans les outils de l'acteur communautaire, devra être fait au cours des réunions de coordination du district.

★ OS2 : Couvrir au moins 98% des enfants de 3 à 120 mois avec la CPS pour chaque passage dans les zones ciblées

a. Mise en œuvre de la CPS dans les zones hots spots

En 2026, la CPS sera mise en œuvre dans les 15 districts sanitaires. Cependant à partir de 2027, la CPS sera mise en œuvre dans les PPS hot spots des districts sanitaires cibles avec une incidence supérieure à 15‰. La routinisation sera mise en pilote en 2027 dans 3 districts sanitaires qui seront choisis en commun accord avec les responsables des districts et des DRS concernés.

b. Introduction de la CPS en routine

Dans le contexte de raréfaction des ressources financières et retrait de certains partenaires, il est important de réfléchir sur l'utilisation des fonds disponibles pour la mise en œuvre de la CPS.

Ainsi, le PNLP prévoit d'intégrer la CPS dans les activités de routine des services de santé en lieu et place des campagnes qui sont très coûteuses. Cette initiative débutera en 2027 par une phase pilote en ciblant un district sanitaire dans chaque région bénéficiaire de la CPS. Les conclusions de cette première phase guideront la mise à l'échelle à partir de 2028 avec des stratégies à base communautaire pour pérenniser cette approche avec de très bons niveaux de couverture des enfants.

Il est important de doter les districts de suffisamment d'intrants et de suivre l'état de stocks.

c. Protection des enfants à haut risque

Les enfants talibés et les enfants dans les sites d'orpaillage sont des groupes à haut qui nécessitent une approche particulière permettant d'atteindre tous les enfants cibles pour une bonne couverture CPS.

Dans les daras (enfants talibés), une campagne CPS sera organisée en stratégie fixe au niveau des grandes villes (Touba, Diourbel, Vélingara, Kaolack et Tambacounda). Une cartographie des sites d'orpaillage sera effectuée dans les districts sanitaires de Saraya et Kédougou pour la mise en œuvre de la CPS.

Les districts sanitaires de Touba, Diourbel, Kaolack et Kédougou ayant des difficultés d'atteindre des couvertures mettront en œuvre la PECADOM+, il s'y ajoutera la PECA DAARA pour renforcer la protection des populations à haut risque.

Dans chaque district, un plan spécifique sera élaboré pour une sensibilisation et l'acceptation de la CPS. Les évaluations de la CPS dans les districts et DRS, permettront d'apporter les corrections nécessaires afin d'avoir les meilleures performances souhaitées. L'évaluation annuelle de la CPS intégrera celle de l'AMM pour partager les bonnes pratiques et leçons apprises par les districts sanitaires cibles.

✦ OS 3 : Atteindre au moins 98% de couverture des personnes de 3 mois et plus éligibles pour chaque passage AMM dans les zones ciblées

a. Renforcement de capacités

L'AMM sera mise en œuvre dans les PPS ayant une incidence entre 100 et 250‰, afin d'accélérer les progrès des PPS vers la pré-élimination.

Les acteurs impliqués dans la mise en œuvre aux différents niveaux seront formés. Dans la mesure du possible les différentes formations AMM seront couplées avec celles de la CPS notamment en ce qui concerne la digitalisation.

b. Disponibilité des intrants et équipements

Il s'agit de doter suffisamment d'intrants aux districts cibles et de suivre les stocks de DHAPQ, afin de prévenir les ruptures au niveau des PPS. En outre les smartphones ou tablettes et les power banks seront distribués pour la digitalisation des données AMM et CPS.

c. Suivi et évaluation de l'AMM

Les évaluations de l'AMM dans les districts et DRS, permettront d'apporter les corrections nécessaires afin d'avoir les meilleures performances souhaitées.

L'évaluation annuelle de l'AMM intégrera celle de la CPS pour partager les bonnes pratiques et leçons apprises par les districts sanitaires.

✦ OS 4 : Atteindre au moins 90% de couverture vaccinale antipaludique des enfants de 5 à 23 mois dans les districts cibles

a. Renforcement de capacités

Au regard de la nouvelle stratification, il est prévu de déployer la vaccination dans deux districts supplémentaires (Kaolack et Kidira) en plus des quatre qui ont été retenus initialement dans le dernier PSN (Kédougou, Saraya, Salimata et Dianké Makha) ; soit au total 6. La mise en place se fera de manière graduelle d'abord dans 2 (2027), 4 (2028) puis 6 districts (2029).

L'introduction du vaccin (dans les DS à incidence > 100‰) nécessite une large concertation avec les parties prenantes et l'élaboration d'un plan d'introduction de concert avec le PEV. Il suit la formation en cascades depuis le niveau central jusqu'aux prestataires des PPS. Le processus d'acquisition du vaccin est largement avancé. Les aspects techniques ont été finalisés et le pays est en attente de la mobilisation de la contrepartie de l'Etat pour bénéficier du vaccin.

b. Disponibilité des vaccins et équipements

Le vaccin antipaludique choisi par le comité consultatif sur le vaccin est le R21/Matrix.

La DP fera la demande de vaccin à GAVI sous réserve que l'Etat mobilise la contrepartie et ce vaccin intégrera le programme élargi de vaccination de routine.

Les 3 premières doses seront administrées avant la CPS et la 4ème dose au moment de la CPS.

c. Suivi et évaluation de la vaccination

Les évaluations de la vaccination antipaludique se feront d'abord dans les districts concernés, puis une évaluation nationale intégrera celle de la CPS et AMM.

3.7.3.1. Résultats attendus

Le mise en œuvre des actions de prévention médicamenteuse devrait permettre d'obtenir :

- 80% des femmes enceintes ont reçu au moins trois doses de TPI (TPI3)
- 98% des enfants de 3 à 120 mois couverts par la CPS dans les zones cibles
- 98% des personnes de 3 mois et plus éligibles couvertes par l'AMM dans les zones ciblées
- 90% des enfants de 5 à 23 mois dans les zones cibles couverts par la vaccination antipaludique

3.7.4. Prise en charge

Conformément aux directives nationales, la prise en charge (PEC) repose sur le diagnostic biologique (TDR et/ou GE) de tous les cas suspects et le traitement correct des cas positifs au niveau des structures de santé et au niveau communautaire. Cinq interventions ont été identifiées en lien avec ces deux objectifs.

Objectifs spécifiques	Principales interventions
OS1: Prendre en charge selon les directives nationales 100% des cas de paludisme au niveau des structures sanitaires publiques et privées	1. PEC au niveau du secteur public 2. PEC au niveau du secteur privé 3. Suivi et évaluation de la PEC
OS2: Prendre en charge selon les directives nationales 100% des cas de paludisme au niveau communautaire	4. Mise en œuvre de la PECADOM 5. Suivi et évaluation de la PECADOM

3.7.4.1. Description des interventions en fonction des objectifs spécifiques

✦ **OS 1 : Prendre en charge selon les directives nationales 100% des cas de paludisme au niveau des structures sanitaires publiques et privées**

a. PEC au niveau du secteur public

Cette intervention comporte des sessions de formation/recyclage à l'intention des prestataires du public sur les directives de PEC et de prévention du paludisme dans les districts et EPS. Ces sessions seront animées par les membres du pool de formateurs paludologues de la région concernée. Il en sera de même pour les cours de paludologie à l'intention des infirmiers et sages-femmes.

Cependant, les cours de paludologie des cadres supérieurs et intermédiaires seront réalisés par les spécialistes universitaires, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique et certains partenaires à l'ISED à Mbour.

Par ailleurs tous les modules proposés aussi bien pour les sessions de formation sur les directives de PEC et de prévention du paludisme et les cours de paludologie seront révisés et adaptés au contexte de l'élimination.

Les sessions de formation des acteurs communautaires seront dispensées par les infirmiers et sages-femmes sous la supervision des membres des équipes cadres de districts.

La formation des techniciens des laboratoires va se poursuivre de même que l'accréditation des microscopistes

Chaque année des équipements consommables pour le diagnostic microscopique seront acquis pour appuyer les districts et hôpitaux.

Compte tenu de nouvelles créations de centres de santé, de la mise en place d'unités de microscopie dans certains grands PPS par certains districts et l'insuffisance de microscopes dans certains centres de santé, 100 microscopes seront acquis d'ici 2027 pour couvrir le gap. Ces équipements nécessitent une maintenance régulière semestrielle pour garantir leur performance.

Pour le traitement, en plus des CTA, la Primaquine à faible dose sera introduite dans les zones de très faible et faible transmission pour éliminer les gamétocytes et interrompre la chaîne de transmission

Le PNLP veillera à doter les districts et EPS de suffisamment d'intrants en améliorant le taux de satisfaction des commandes à 100% mais également en assurant un suivi rapproché des stocks disponibles de concert avec la SEN-PNA.

Les commandes seront basées sur les données de consommation au niveau communautaires et poste de santé.

b. PEC au niveau du secteur privé

L'accent est mis sur l'intégration du secteur privé dans la prise en charge des cas et la transmission des données afin d'avoir une plus grande couverture, une harmonisation des pratiques et une collecte exhaustive des données. Les actions de renforcement du secteur privé cible principalement les régions de Dakar, Thiès, Kaolack, Saint Louis et Diourbel où des activités de formation, de coaching et de supervision sont planifiées. Des approches particulières devront être discutées et adoptées avec le privé sous la houlette de la direction en charge du secteur privé au sein du MSHP. Il sera également intégré dans ce cadre une collaboration avec les services médicaux des cités universitaires et autres internats pour renforcer la qualité de la prise en charge. Les pharmacies officines, souvent sollicitées en premier recours en cas de fièvre par une partie de la population seront aussi prévues pour une détection des cas suspects et leur traitement conformément aux directives.

c. Suivi et évaluation de la PEC

Le suivi et l'évaluation se feront dans les structures publiques et privées dans les 14 régions.

Pour s'assurer du respect des directives et de la qualité de la PEC du paludisme des missions de supervisions et d'audit des outils de prise en charge seront organisées régulièrement au niveau des PPS. De même, le contrôle de qualité du diagnostic biologique sera renforcé dans le contexte d'élimination.

Une évaluation trimestrielle des résultats sera aussi réalisée au niveau district avec la participation de l'autorité préfectorale et les membres du conseil de direction du CDS. Au niveau régional, l'évaluation semestrielle sera réalisée par l'ERCS avec la présence du gouverneur et les différentes ECD

★ OS2 : Prendre en charge selon les directives nationales 100% des cas de paludisme au niveau communautaire

a. Mise en œuvre de la PECADOM

La prise en charge du paludisme au niveau communautaire repose sur : (i) la prise en charge dans les cases de santé et sites PECADOM respectivement par les ASC et les DSDOM.

La PECADOM est une stratégie initiée depuis 2008 au Sénégal qui repose sur le diagnostic précoce des cas à l'aide de TDR et le traitement rapide des cas simples avec les CTA par des dispensateurs de soins à domicile (DSDOM) dans les zones reculées ou difficiles d'accès. Elle a donné plusieurs variantes en fonction des besoins et des contextes locaux. Ainsi on a :

- la PECADOM Plus avec un dépistage actif des cas par le DSOM à travers des ratissages hebdomadaires dans l'aire du village,
- la PECADOM Intégrée qui combine le traitement du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie,

- la PECA DAARA pour la prise en charge des talibés dans les daaras ou écoles coraniques,
- la PECA Ecole comme son nom l'indique pour la formation d'enseignants chargés de tester et de traiter les élèves souffrant de paludisme.
- la PECA Ferlo dans la zone et la PECA Transhumant

Les sessions de formation/recyclage à l'intention des acteurs communautaires (ASC des cases, DSDOM et superviseurs communautaires) sur la PEC du paludisme seront réalisées au niveau des districts.

b. Suivi-évaluation de la PECADOM

Pour assurer la qualité de la PECADOM des supervisions formatives hebdomadaires et mensuelles des DSDOM seront organisées. Des réunions mensuelles seront tenues avec les acteurs communautaires autour des postes de santé en présence des autorités administratives et territoriales pour partager les résultats obtenus, les contraintes, les difficultés rencontrées et les solutions proposées.

Une inscription annuelle aux mutuelles de santé sera réalisée pour appuyer les DSDOM et superviseurs communautaires dans leurs soins de santé, contribuant ainsi à maintenir leur motivation.

3.7.4.2. Résultats attendus de la prise en charge

Deux résultats sont attendus quel que soit le niveau de prise en charge

- 100% des cas suspects de paludisme ont bénéficié d'un test de diagnostic biologique
- 100% des cas de paludisme confirmés sont traités conformément aux directives nationales

3.7.5. Gestion des achats et des stocks

Pour ce domaine de prestation, un seul objectif spécifique a été défini avec 8 interventions

Objectif spécifique	Principales interventions
Assurer une disponibilité permanente en médicaments et produits de santé de lutte contre le paludisme dans 100 % des structures sanitaires publiques et privées	1. Renforcement des capacités 2. Suivi et système d'information de gestion logistique 3. Quantification des intrants 4. Achats et Acquisition d'intrants y compris les vaccins 5. Coordination avec la PNA et les partenaires 6. Renforcement des capacités de stockage et de transport des intrants 7. Surveillance de la qualité, de l'efficacité et de l'innocuité des médicaments et produits 8. Politique et Documents GAS

3.7.5.1. Description des interventions de l'objectif spécifique

✦ **OS : Assurer une disponibilité permanente en médicaments et produits de santé de lutte contre le paludisme dans 100 % des structures sanitaires publiques et privées**

a. Renforcement des capacités

Cette intervention vise à renforcer les compétences des acteurs du niveau opérationnel sur la gestion des achats et des stocks sur la base des manuels révisés. La formation se tiendra tous les 2 ans en sessions de 2 jours et ciblera les gestionnaires de stock (pharmaciens et dépositaires, des secteurs public, privé et parapublic).

Ces sessions de formation seront animées de concert avec les équipes de cadres et permettront d'améliorer les performances dans la gestion des intrants.

b. Suivi et système d'information de gestion logistique

La mise en place d'un bon système d'information permettra de renforcer la disponibilité de données de qualité pour une bonne prise de décisions. Il s'agira de rendre disponible chaque mois le panorama de stock de la PNA, ainsi que des résultats de l'inventaire annuel de la SEN PNA et de supervisions annuelles.

Un rapport mensuel de la situation des stocks au niveau opérationnel (DS et PS) sera produit et partagé.

Il s'agira aussi de renforcer le suivi de la pharmacovigilance des antipaludiques en général et de la primaquine en particulier avec la tenue tous les semestres de réunions entre les acteurs du niveau central et opérationnel.

En outre un renforcement des mécanismes d'alerte précoce et de gestion des ruptures sera de mise à travers les outils digitaux.

c. Quantification des intrants

Elle consistera à estimer les besoins du pays par an pour la période 2026-2030 les 5 ans de ce présent PNE sur la base des données disponibles au niveau central et des hypothèses de quantification avec l'appui des partenaires. Elle inclut également l'élaboration des plans d'approvisionnement avec un suivi trimestriel et parfois des ajustements au besoin.

Cette quantification doit tenir compte des besoins du secteur public, privé et des autres catégories sociales (cités universitaires, internats, dotations spéciales...).

d. Achats et Acquisition d'intrants

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

Le PNLP prévoit d'organiser la campagne de masse en 2028. L'achat de MII de routine sera maintenu chaque année pour renforcer les différents canaux de distribution.

L'acquisition de la SP pour le TPI chez les femmes enceintes durant les cinq années du PNE se fera avec les fonds de l'Etat sur la base des procédures de passation de la SEN PNA.

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

e. Coordination avec SEN PNA et partenaires

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

f. Renforcement des capacités de stockage et de transport des intrants

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

Pour pallier aux difficultés liées à la faiblesse des capacités de stockage du niveau central, il faudrait envisager la construction et l'équipement d'un entrepôt de stockage des intrants.

Il est aussi prévu de mener des activités de plaidoyer ciblant la SEN PNA pour mutualiser la construction d'entrepôts dans certaines régions cibles pour améliorer le stockage des intrants.

g. Surveillance de la qualité, de l'efficacité et de l'innocuité des médicaments et produits

Le PNLP accorde une grande importance à la surveillance de la qualité, de l'innocuité, de la tolérance ainsi que de l'efficacité des produits de lutte contre le paludisme.

Pour cela le PNLP s'appuie sur l'Agence de Régulation Pharmaceutique pour l'amélioration du système d'enregistrement, la surveillance post marketing des médicaments, ainsi que le suivi actif de la pharmacovigilance des antipaludiques. En outre le suivi de la qualité des TDR et le suivi de l'efficacité des antipaludiques sont réalisés par le laboratoire de parasitologie de l'UCAD et le CIGASS.

h. Politique et Documents GAS

Le PNLP en collaboration avec l'ensemble des acteurs du MSHP et avec l'appui des partenaires envisage d'organiser un atelier national de révision du plan GAS en 2026 et des manuels de procédures de formation tenant compte des nouvelles orientations du programme. Ces documents une fois élaborés, seront reproduits et disséminés à tous les niveaux du système sanitaire national.

3.7.5.2. Résultats attendus de la GAS

Il est attendu que tous les médicaments et intrants soient disponibles dans l'ensemble des structures sanitaires et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sans aucune rupture en MII, TDR, CTA ACT, SP, Primaquine, Artésunate, Rectocaps.

3.7.6. Communication et Promotion de la santé (COM)

Dans le domaine de la communication on distingue deux objectifs spécifiques avec 6 interventions

Objectifs spécifiques	Principales interventions
OS1 : Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à l'élimination du paludisme	1. Engagement communautaire, appropriation et redevabilité 2. Communication de masse 3. Documentation et capitalisation
OS2 : Accroître la visibilité du programme national d'élimination du paludisme en assurant une couverture médiatique régulière	4. Planification stratégique 5. Engagement des médias 6. Communication digitale

3.7.6.1. Description des interventions par objectifs spécifiques

✦ OS 1 : Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à l'élimination du paludisme

a. Engagement communautaire, appropriation et redevabilité

Cette intervention repose sur la conviction que l'élimination durable du paludisme ne peut être atteinte sans une implication effective et une responsabilisation des communautés, en particulier dans les zones à forte transmission. Elle cherche à instaurer des mécanismes de dialogue, de co-construction et de redevabilité sociale avec les communautés.

L'intervention vise à placer les communautés au cœur de la dynamique d'élimination du paludisme, en renforçant leur appropriation des enjeux, leur participation active aux actions de lutte et leur rôle dans le suivi des progrès vers l'élimination. Ainsi il est prévu de faire émerger des champions communautaires, de contractualiser avec les réseaux communautaires autour du district et de mener des actions spécifiques à l'endroit des groupes à haut risques.

b. Communication de masse

Il s'agit d'une communication intégrée et ciblée, utilisant les mass média et les nouvelles technologies, afin de répondre aux besoins spécifiques des différentes zones épidémiologiques. Elle sera axée notamment sur le recours précoce, l'utilisation des MILDA, les campagnes de masse (CPS, AMM, vaccination etc.), la réduction des comportements à risque et des résistances sociales, le niveau de vigilance communautaire.

c. Documentation et capitalisation

L'intervention vise à identifier, capitaliser, valoriser et diffuser les expériences réussies mises en œuvre au niveau communautaire, district, régional et national, afin de les vulgariser.

Cette intervention permettra de transformer les acquis, innovations et succès de la lutte contre le paludisme en outils de communication, d'apprentissage, de plaidoyer et de mobilisation de ressources, tout en contribuant à une meilleure harmonisation et amélioration continue des pratiques.

✦ OS 2 : Accroître la visibilité du programme national d'élimination du paludisme en assurant une couverture médiatique régulière

a. Planification stratégique

L'élaboration d'un plan de communication permet de fournir au programme un cadre structuré de communication, en cohérence avec les orientations stratégiques nationales et capable d'accompagner efficacement la transition vers l'élimination.

Le diagnostic constitue une étape initiale du plan de communication et vise à établir un état des lieux exhaustif, et participatif des interventions de communication et de promotion de la lutte contre le paludisme, afin d'orienter les stratégies pour les aligner aux objectifs d'élimination. Cet exercice permettra ainsi de traduire les priorités, les résultats attendus et les piliers du PNE 2026-2030 en objectifs stratégiques de communication clairs, mesurables, réalisables et adaptés aux différentes strates du pays.

b. Engagement des médias

L'intervention vise à renforcer le rôle des médias comme acteurs clés de l'élimination du paludisme, en consolidant leur capacité à informer, sensibiliser, influencer et soutenir durablement les efforts nationaux vers l'atteinte des objectifs du PNE 2026-2030.

Cette intervention s'inscrit dans une logique de partenariat structuré, pérenne et orienté vers des résultats entre le PNLP et les médias (presse écrite, audiovisuelle, digitale et radios communautaires). Elle permettra une meilleure compréhension des enjeux techniques et stratégiques de l'élimination et de la diffusion d'informations appropriées par les professionnels des médias.

c. Communication digitale

L'intervention vise à exploiter de manière stratégique les plateformes numériques et le pouvoir d'influence des leaders d'opinion digitaux afin d'amplifier la portée et l'impact des messages relatifs à l'élimination du paludisme.

Cette intervention permettra aussi de moderniser la communication sur l'élimination du paludisme en s'appuyant sur les réseaux sociaux, les outils numériques et les créateurs de contenus, pour toucher efficacement les populations, en particulier les ado-jeunes, les femmes en âge de reproduction, les populations mobiles et urbaines mais également de mieux gérer les rumeurs et réticences.

3.7.6.2. Résultats attendus de la COM

La mise en œuvre du DPS communication doit permettre :

- D'avoir au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à l'élimination du paludisme notamment sur la connaissance des signes/causes de paludisme, l'utilisation correcte des moustiquaires imprégnées, l'assainissement du milieu et le recours rapide au diagnostic en cas de fièvre entre autres
- D'accroître la visibilité du programme national d'élimination du paludisme en atteignant une couverture médiatique régulière avec au moins une diffusion mensuelle dans les médias et une présence active sur les réseaux sociaux avec un million d'abonnés.

3.7.7. Surveillance et recherche opérationnelle

Les stratégies de surveillance et de recherche opérationnelle reposent sur 3 objectifs et 9 principales interventions

Objectifs spécifiques	Principales interventions
OS1 : Détecter, dans la semaine, 100% des épidémies et situations d'urgence avec un système d'alerte précoce	1. Renforcement de la détection de la notification des cas 2. Surveillance communautaire 3. Documentation des foyers éteints
OS2 : Contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence dans la semaine suivant leur détection	4. Renforcement à la préparation et la mise en œuvre des activités de riposte 5. Investigation et riposte dans les zones d'incidence inférieure à 5 ‰ 6. Investigation et riposte dans les zones d'incidence comprise entre 5 ‰ – 15 ‰ 7. Investigation et riposte dans les zones d'incidence supérieure à 15 ‰
OS3 : Mettre en œuvre au moins 80% des sujets/projets de recherche planifiés pour une prise de décision d'ici 2030	8. Renforcement de la recherche pour l'élimination 9. Dissémination et utilisation des résultats de recherche

3.7.7.1. Description des interventions par objectifs spécifiques

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

a. Renforcement de la détection et de la notification des cas

Il s'agira d'abord d'améliorer la prédiction des épidémies et flambées avec la surveillance des risques climatiques liés à l'élimination du paludisme, ainsi que des risques de résurgence du paludisme en raison du changement climatique, à l'aide d'analyses et d'outils prédictifs de la relation climat-paludisme. Cette prédiction des épidémies repose sur un système intégré combinant surveillance épidémiologique, entomologique, environnementale et socio-démographique, appuyé par des outils analytiques modernes et une réponse rapide.

Dans le contexte d'élimination du paludisme à l'échelle pays, la révision des outils de surveillance est nécessaire pour arrimer les compétences aux objectifs d'élimination en fonction des strates. Après la validation des outils révisés, une formation en cascade sera réalisée pour l'ensemble des acteurs. Le renforcement de capacité des acteurs communautaires permettra d'outiller les membres des OCB et des CVACi en vue de bien mettre en œuvre le paquet des activités d'alerte précoce et d'investigation pour la surveillance communautaire.

La notification des cas dans le DHIS2 Tracker devient obligatoire quel que soit la strate du district et doit se faire dans les 24 heures qui suivent la détection par les prestataires et les acteurs communautaires. Elle permet aussi de détecter les flambées et de préparer les investigations et ripostes appropriées.

Avec l'appui permanent des instituts de recherche (CIGASS, LEVP, Universités...), le suivi des activités de surveillance des résistances (entomologiques et parasitologiques) qui constitue un maillon important du système de surveillance va se poursuivre et se renforcer afin de disposer de données actualisées sur la sensibilité des vecteurs et des parasites aux produits et médicaments utilisés.

b. Surveillance communautaire

En collaboration avec la cellule de santé communautaire et la division de la surveillance épidémiologique, le processus d'intégration du paludisme dans les maladies prioritaires sera entamé. L'intégration du paludisme dans la surveillance communautaire à travers les CVACi permettra de renforcer la détection précoce au sein de la communauté et de circonscrire ainsi la transmission locale.

Un système de notification des données communautaires sera mis en place avec la transmission des informations au poste de santé à temps réel via les téléphones ou tablettes.

c. Documentation des foyers éteints

Cette intervention consiste à : (i) identifier chaque année les structures n'ayant enregistré aucun cas de paludisme : « zéro cas », (ii) enclencher le processus de documentation, et (iii) organiser et encadrer la riposte aux flambées et épidémies pour une réduction du fardeau du paludisme. Cette intervention permettra aussi de mettre à jour la cartographie des zones de flambées et des foyers. La surveillance transfrontalière et les mouvements de populations internes seront très soutenus pour éviter la réintroduction des cas.

L'acheminement des prélèvements pour une PCR ou une sérologie va intégrer le système de transport mis en place par la DLM avec l'appui de La Poste. La confirmation biologique des résultats se fera par le laboratoire de la CIGASS.

★ OS 2 : Contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence dans la semaine suivant leur détection

a. Renforcement de la préparation pour la riposte

Pour une réponse rapide et efficace face aux flambées et épidémies les dispositions nécessaires doivent être prises en amont à travers une bonne préparation.

Cette organisation part d'une bonne connaissance du terrain avec la cartographie des zones de flambées et des foyers, la formation des équipes d'interventions, des ECRS et ECD sur le système de gestion des incidents et ensuite la préposition des médicaments et des équipements. Cette préparation se fera de concert avec le COUS qui a une bonne expertise dans le domaine. Cette intervention contribuera aussi à mettre à jour et à former les acteurs.

b. Investigation et riposte dans les zones d'incidence inférieure à 5 ‰

Les districts logés dans cette strate mèneront des investigations de cas selon une approche FDA conformément aux procédures opératoires normalisées. En plus, l'administration de la primaquine en SLD sera systématique devant tout cas de paludisme confirmé selon les directives. En fonction des résultats de la cartographie des cas, des stratégies spécifiques seront mises en œuvre pour accélérer le processus d'interruption de la transmission locale.

c. Investigation et riposte dans les zones d'incidence comprise entre 5 ‰ – 15 ‰

En plus de la notification immédiate des cas durant toute l'année dans tous les districts, des stratégies d'investigation riposte sont prévues. Il s'agira de mettre en œuvre l'approche FTAT contrairement à la strate < 5 ‰ qui font le FDA. En effet, l'expérience de FTAT dans les zones de pré-élimination a révélé non seulement une absence de plus-value par rapport au FDA et avec un coût pouvant être 10 fois plus cher. Avec une incidence entre 5 ‰ – 15 ‰, la détection active, dans sa forme pro-active, des cas asymptomatiques est censée réduire la transmission.

La primaquine en SLD qui était destinée à la zone 5 ‰ sera introduite dans cette strate.

Il sera nécessaire de former les prestataires sur les nouvelles directives de prise en charge et de surveillance.

d. Investigation et riposte dans les zones d'incidence supérieure à 15 ‰

En plus de la notification systématique des cas, les investigations-ripostes seront déroulées en cas de dépassement des seuils épidémiques dans des zones bien déterminées et l'identification de zones hotspots à l'issue de la sous stratification. Des stratégies nouvelles telles que le 1.7 mRCTR et l'AMM vont être appliquées selon les orientations du PNLP.

★ OS 3 : Mettre en œuvre au moins 80% des projets de recherche planifiés pour une prise de décision

a. Renforcement de la recherche pour l'élimination

Il s'agira d'abord de maintenir la collaboration avec les structures de recherche pour une meilleure définition des priorités de recherche du Programme. Ensuite la mise en œuvre des

sujets de recherche permettra d'obtenir des évidences relatives aux aspects parasitologiques, épidémiologiques, entomologiques, anthropologiques, environnementaux, génomiques et climatiques. A cet égard les équipes de régions et de districts seront encouragés et appuyés pour mener des recherches localement en vue de mieux orienter les actions en fonction des strates épidémiologiques. Cette démarche permettra une meilleure prise en compte des résultats de la recherche dans les activités de lutte contre le paludisme.

b. Dissémination et utilisation des résultats de recherche

Les actions prévues ont trait au partage des résultats de la recherche à travers notamment l'organisation annuelle de journées scientifiques, la participation à des conférences nationales et internationales, la rédaction de notes politiques et la rédaction d'articles scientifiques. Aussi l'accent sera mis sur l'utilisation des résultats de la recherche par la diffusion de notes politiques et la promotion de la prise de décision basée sur les évidences.

3.7.7.2. Résultats attendus de la surveillance et recherche opérationnelle

Il est attendu de ces interventions que :

- 100% des épidémies et situations d'urgence soient détectés dans les 7 jours suivant leur apparition
- 100% des épidémies et situations d'urgence soient contrôlés dans les 7 jours suivant leur détection

3.7.8. Suivi évaluation et transformation digitale

Trois objectifs spécifiques et 7 principales interventions ont été retenus pour le SE

Objectifs spécifiques	Principales interventions
OS1 : Amener 100% des structures sanitaires à avoir des données de qualité sur le paludisme	1. Renforcement de capacité des prestataires sur la gestion des données 2. Renforcement du dispositif d'information de routine 3. Suivi de la qualité des données
OS2 : Amener 80 % des districts sanitaires à procéder à une utilisation documentée des données de surveillance, à travers un rapport, un plan d'action ou une décision programmatique validée	4. Renforcement de capacités des acteurs sur les outils d'analyse 5. Intégration des données génomiques, entomologiques, climatiques et environnementales du référentiel national dans l'analyse des données du paludisme
OS3 : Assurer la transformation digitale des interventions du programme	6. Identification des solutions digitales 7. Mise en œuvre des solutions digitales

Trois (3) objectifs spécifiques ont été définis

- a) **OS1** : Amener 100% des structures sanitaires à avoir des données de qualité sur le paludisme
- b) **OS2** : Amener 80 % des districts sanitaires à procéder à une utilisation documentée des données de surveillance, à travers un rapport, un plan d'action ou une décision programmatique validée
- c) **OS3** : Assurer la transformation digitale d'au moins 50% des interventions du programme

3.7.8.1. Description des interventions en fonction des objectifs spécifiques

✦ OS 1 : Amener 100% des structures sanitaires à avoir des données de qualité sur le paludisme

a. Renforcement de capacité des prestataires sur la gestion des données

Il s'agira de renforcer les capacités des prestataires du public et du privé en cascade, à tous les niveaux, pour harmoniser la compréhension et améliorer l'appropriation du processus de collecte et de transmission des données de qualité.

D'abord, il y a la formation des formateurs ECR et ECD suivie de la formation des prestataires. Ces formations seront appuyées par des séances de coaching surtout à l'endroit des prestataires nouvellement affectés et les PPS à problèmes.

b. Renforcement du dispositif d'information de routine

Il s'agit de doter les PPS d'équipements et d'intégrer le formulaire de surveillance hebdomadaire dans le formulaire national de la Direction de la Prévention pour améliorer la capitalisation des données pour une utilisation plus optimale de l'information sanitaire.

c. Suivi de la qualité des données

L'intervention vise à améliorer la qualité et l'utilisation des données du paludisme à tous les niveaux du système de santé. Elle comprend la révision et l'harmonisation des indicateurs, des audits semestriels de qualité des données dans tous les districts, ainsi que des revues semestrielles régionales et une revue nationale annuelle des performances. Des ateliers semestriels permettront la mise à jour régulière du Data Repository avec l'ensemble des structures contributrices. L'ensemble de ces actions vise à garantir des données fiables, cohérentes et exploitables pour une meilleure prise de décision.

✦ OS 2 : Amener 80 % des districts sanitaires à procéder à une utilisation documentée des données de surveillance, à travers un rapport, un plan d'action ou une décision programmatique validée

a. Renforcement des capacités des acteurs sur les outils d'analyse

Les capacités de l'ensemble des gestionnaires de données du paludisme seront renforcées en vue de garantir une analyse approfondie et intégrée des données. Plusieurs sessions de formation intensives à l'intention des prestataires du secteur public et privé dans les 14 DRS, ainsi que des gestionnaires de données seront tenues, avec un accent particulier sur l'utilisation des outils d'analyse avancée et la modélisation.

Le coaching, mettra le focus sur les prestataires qui n'ont pas été formés.

Cette approche permettra une meilleure interprétation des données et un ciblage plus efficace des interventions de lutte contre le paludisme.

b. Intégration des données génomiques, entomologiques, climatiques et environnementales dans l'analyse des données du paludisme

Il s'agira d'identifier et de cartographier toutes les sources nationales de données génomiques, entomologiques, climatiques et environnementales (PNLP, LNSP, ANACIM, CRODT, CSE, universités). En outre, il s'agira de mettre en place un cadre national harmonisé de métadonnées et d'indicateurs et de définir des normes consensuelles de type de données, de collecte, de partage et d'utilisation et de fréquence.

Pour la surveillance, il faudra intégrer les données de résistance aux antipaludiques et aux insecticides dans l'analyse de la morbidité. Aussi les profils génomiques régionaux seront suivis pour orienter les stratégies thérapeutiques et de lutte antivectorielle à travers un tableau de bord national de surveillance génomique du paludisme.

✦ OS 3 : Assurer la transformation digitale d'au moins 95% des interventions du programme

a. Identification des solutions digitales

Cette intervention vise à accompagner le PNLN dans une démarche progressive de transformation digitale. D'abord une analyse situationnelle sera réalisée pour dresser un état des lieux complet de l'écosystème numérique existant et identifier les forces, faiblesses et besoins prioritaires. Ensuite les résultats seront partagés, les observations recueillies pour obtenir un consensus sur les transformations nécessaires. Enfin un plan de transformation digitale structuré définissant les orientations, projets prioritaires, ressources et calendrier de mise en œuvre sera élaboré, garantissant ainsi une digitalisation cohérente, participative et durable des activités de lutte contre le paludisme..

b. Mise en œuvre des solutions digitales

L'accélération des progrès vers l'élimination nécessitera la mise en place d'un écosystème numérique intégré et durable. Ce dispositif combinera plusieurs éléments notamment : la création d'un dépôt national de données interopérables, le développement d'applications pour la conduite et le suivi des interventions (PTA, eRDQA, supervision, gestion de stock en temps réel), la standardisation des procédures de digitalisation des campagnes de masse, le déploiement de Trackers de référence pour le suivi opérationnel, l'intégration transfrontalière des systèmes DHIS2, ainsi que la maintenance continue et la montée en compétence des équipes locales.

L'ensemble de ces actions permettra d'améliorer la qualité, la disponibilité et l'utilisation des données, de renforcer la transparence et l'efficacité des interventions, d'optimiser la chaîne logistique, et de garantir la pérennité financière et technique de l'écosystème numérique du PNLP, contribuant directement aux objectifs nationaux d'élimination du paludisme.

3.7.8.2. Résultats attendus du DPS suivi évaluation et transformation digitale

Les résultats suivants sont attendus pour le domaine SE et transformation digitale :

- 100% de complétude des données de routine
- 80% de promptitude des données de routine
- 100% d'exactitude des données de routine
- 100% d'exhaustivité des données de routine
- 80% des districts sanitaires utilisent les données de surveillance, avec une documentation comprenant un rapport, un plan d'action ou une prise de décision
- Au moins 95% des initiatives de digitalisation sont mises en œuvre.

CHAPITRE IV : CADRE DE MISE EN ŒUVRE

4.1. Organigramme du PNLP et schéma institutionnel de mise en œuvre

Le PNLP à travers ses sept (07) bureaux assure la direction de la lutte contre le paludisme au Sénégal depuis la conception, la mise en œuvre, la coordination, le suivi jusqu'à l'évaluation. Les bureaux sont composés de points focaux chargés du suivi de la mise en œuvre de domaines d'interventions spécifiques.



Figure 9 : Organigramme du PNLP

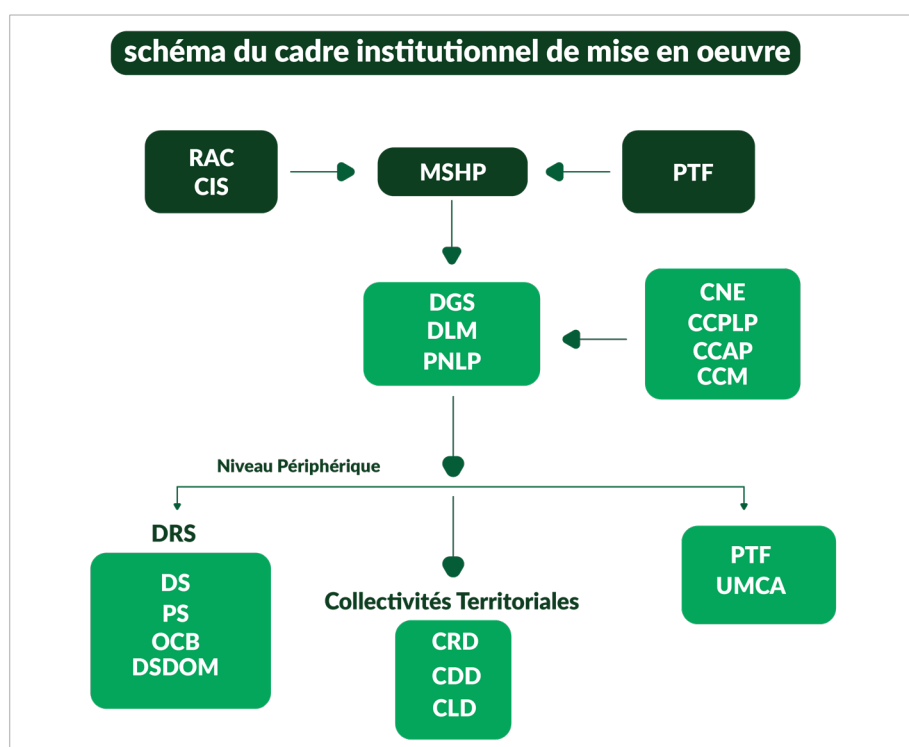


Figure 10 : schéma du cadre institutionnel de mise en œuvre du PSNEP

4.2. Mécanismes de planification et de mise en œuvre

Le PNLP, à travers ces différents bureaux, est l'unité technique dédiée, responsable de la planification, de la mise en œuvre et du suivi-évaluation du PNE. La mise en œuvre se fera sur la base d'une planification annuelle dont les activités sont extraites du plan d'action quinquennal du PNE.

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

Le plan de travail annuel (PTA) du PNLP sera intégré dans le Plan de travail annuel global de la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM). Un cadre de performance sera adjoint au PTA du PNLP qui servira à alimenter le projet annuel de performance (PAP) du programme Pilotage, coordination et gestion administrative du secteur auquel il est rattaché.

Le plan annuel est décliné ensuite en plans régionaux et districts. En effet chaque année des ateliers de planifications régionaux seront organisés pour analyser la situation du paludisme dans chaque district, faire une micro stratification (jusqu'au niveau des postes de santé ou des villages/quartiers selon le niveau transmission) pour aboutir à un ciblage précis des interventions par aires géographiques. Ces ateliers organisés sous la direction des autorités administratives et territoriales regrouperont en plus des techniciens de la santé, les techniciens des autres secteurs notamment de l'hydraulique, de l'agriculture, de l'environnement, de l'éducation, du développement communautaire, de l'urbanisme/habitat et de la sécurité/défense ainsi que les collectivités territoriales, les organisations de la société civile et les partenaires pour une meilleure intégration et une synergie d'action.

L'appui des partenaires sera guidé par les orientations du PNE afin de prendre en charge les besoins non couverts en phase avec leur mandat. Les partenaires prendront part aux ateliers de planification et d'évaluation et le PNLP veillera à une distribution équitable des actions des partenaires avec un souci d'efficacité. Enfin les contributions des partenaires seront intégrées dans les plans nationaux et régionaux, suivies et capitalisées.

Les DRS sont les maîtres d'œuvre des plans régionaux qui feront l'objet d'un suivi trimestriel et d'une évaluation annuelle. Ils veilleront à ce que les plans intègrent aussi bien les POCT que les plans d'action des CDS.

L'approche de mise en œuvre s'appuie sur une décentralisation qui fait intervenir :

- les comités régionaux et départementaux qui assurent l'adaptation des stratégies aux réalités locales, l'exécution et le suivi des interventions
- les collectivités locales pour la mobilisation de ressources et l'intégration des activités de lutte contre le paludisme dans les plans de développement communaux

- des partenariats locaux pour la mobilisation de ressources et la valorisation des contributions des partenaires
- la participation communautaire avec l'implication des OCB et réseaux communautaires, les relais au niveau des districts et villages, les agents de santé communautaires, DSDOM les associations locales

L'exécution des activités de ce plan stratégique suivra les procédures administratives et de gestion établies par le MSHP. Aussi bien pour les crédits alloués par l'Etat à la lutte contre le paludisme ainsi que ceux alloués par les partenaires techniques et financiers, le PNLP veillera à leur utilisation conformément aux procédures.

En outre, les ressources seront mises à la disposition des DRS pour la mise en œuvre des activités planifiées au niveau des régions et districts. Des conventions de partenariats seront établis pour formaliser le transfert de fonds et le devoir de redevabilité.

Par ailleurs, le MSHP a mis en place un dispositif qui permet aux partenaires de financer directement les PTA des régions dans lesquelles ils interviennent.

Pour les financements reçus directement des partenaires techniques et financiers, le PNLP dispose d'un manuel de procédures et d'un logiciel qui permet une gestion, un reporting et un contrôle par partenaire.

L'utilisation des fonds mobilisés se fera sur la base d'une programmation annuelle et des extraits sous forme de requêtes trimestrielles qui préciseront les activités à mener et les besoins de financement correspondants. Les décaissements se feront toujours sur cette base et en fonction des résultats atteints ainsi que des justifications comptables. Le système de contrôle et d'audits interne et externe sera renforcé pour garantir la transparence et la confiance mutuelle.

4.3. Coordination et gouvernance

La mise en œuvre PNE implique plusieurs intervenants à différents niveaux nécessitant une bonne coordination. La coordination est assurée par le PNLP à travers un mécanisme de coordination structuré par niveau. La coordination et le suivi des actions vont s'intégrer aux mécanismes déjà mis en place par le PNLP et le MSHP.

- ✦ Au niveau central, il existe la revue annuelle conjointe (RAC) et le comité interne de suivi (CIS). La revue annuelle conjointe est centrée sur l'examen de la performance des programmes. Elle regroupe toutes les directions et services du MSHP, les acteurs nationaux et les partenaires techniques et financiers.
- ✦ Au sein de l'unité de coordination du PNLP des réunions hebdomadaires sont organisées avec les chefs de bureau et les responsables de projets spécifiques. Ces réunions permettent d'assurer un suivi rapproché de la mise en œuvre. Tous les mois ces réunions sont élargies à l'ensemble du personnel du PNLP.

- ✦ En outre il existe deux instances de gouvernance qui vont appuyer le PNLP dans sa mission. Il s'agit du :
 - Comité national pour l'élimination qui regroupera en plus de la santé, les autres secteurs (l'Éducation, Agriculture, Environnement, finances...), le secteur privé, les partenaires internationaux, les universitaires, experts indépendants, et la société civile. Ce comité indépendant du PNLP, se réunira à intervalles réguliers pour examiner les tendances épidémiologiques et les progrès pour apporter son point de vue externe sur les progrès et les manquements d'un programme d'élimination du paludisme. Ce comité permettra entre autres de mieux aborder les déterminants sociaux et environnementaux pour l'élimination du paludisme.
 - Cadre de Concertation des Partenaires pour la Lutte contre le Paludisme (CCPLP) qui regroupe l'ensemble des partenaires et qui est organisé en groupes thématiques.
 - Comité Consultatif des Anciens du PNLP (CCAP) : c'est un comité qui sera mis en place pour accompagner la coordination dans le suivi des performances du PSN, la prise de décision et la mobilisation des ressources financières. Il regroupe tous les anciens du PNLP, en retraite ou en activité qui souhaitent apporter leur expertise dans l'objectif d'élimination du paludisme à l'horizon 2030. Ce comité se réunit périodiquement tous les trois mois ou sur demande du coordonnateur du PNLP.
- ✦ Au niveau régional, la coordination s'appuie sur ::
 - ● les réunions de coordination trimestrielles des directions régionales de la santé serviront aussi de plateforme de coordination des activités de lutte contre le paludisme. Elles impliquent les districts sanitaires et les structures régionales de la santé, notamment les hôpitaux et les PRA.
 - ● Les comités régionaux de développement (CRD) qui sont des instances élargies à tous les secteurs de développement de la région présidés par les gouverneurs. Elles servent de cadre de collaboration multisectorielle régionale.
- ✦ Au niveau départemental, les mécanismes de coordination intègrent :
 - Le comité départemental de développement (CDD) dirigé par le préfet et,
 - La réunion mensuelle de coordination du district
- ✦ Enfin au niveau des arrondissements et des communes, il existe les comités locaux de développement (CLD) autour du sous-préfet, la réunion autour du poste de santé et les réunions mensuelles des agents de santé communautaires/DSDOM autour de l'ICP.

4.4. Mobilisation des ressources et partenariat :

Le MSHP mettra en œuvre une démarche proactive pour mobiliser les ressources permettant au PNLP et à ses partenaires techniques de réaliser les interventions déclinées dans ce plan stratégique.

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

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

Les efforts de plaidoyer viseront à établir et favoriser un environnement propice à la bonne exécution des stratégies de lutte contre le paludisme, notamment à travers un plan de mobilisation de ressources financières durables et d'un soutien fort au plus haut niveau des instances gouvernementales. La stratégie de plaidoyer développée prendra en compte les intervenants majeurs dans la lutte contre le paludisme et se construira autour des cibles identifiées comme essentielles à la réalisation des objectifs du PNLP :

- Leaders politiques.
- Ministères clés.
- Partenaires financiers nationaux et internationaux,
- Secteur privé local et les autres mécanismes de financement internationaux.
- Leaders communautaires et
- Partenaires d'exécution.

Dans le secteur public, la stratégie de plaidoyer se concentrera sur l'élaboration ou l'ajustement de politiques et lois essentielles à la bonne mise en œuvre des stratégies du PNLP. Un soutien fort et continu au niveau du MSHP sera nécessaire pour la réalisation des objectifs. En outre, des investissements importants sont attendus de la part des partenaires stratégiques. Le PNLP fera appel à ses partenaires pour renforcer la volonté collective, mobiliser et sensibiliser les populations cibles surtout celles à haut risque. Le secteur privé constituera un partenaire essentiel dans le développement d'une base solide qui contribuera à la pérennisation des financements.

La stratégie de plaidoyer sera accompagnée d'une matrice de financement (ou matrice des contributions) permettant de fixer les engagements de l'Etat et ceux des partenaires.

4.5. Analyse des risques et mesures d'atténuation

Tableau XVII : Identification des risques critiques et proposition de mesures par anticipation

RISQUES	CONSEQUENCES	IMPACT POTENTIEL	NIVEAU DU RISQUE	MESURES D'ATTENUATION
Contexte international défavorable (crise économique, sanitaire)	Difficulté d'acquisition d'intrants	Rupture de stocks	élevé	Assurer des commandes suffisantes et durables pour tous les intrants essentiels
Faible contribution de l'Etat, des CT Retrait des PTF faible engagement des entreprises privées dans le financement	Insuffisance de financement	Faible niveau d'exécution du plan	modéré	Mise en œuvre du plan de plaidoyer mobilisation des ressources
Altération du climat social (grève, boycott, rétention d'information)	Discontinuité/Arrêt de la mise en œuvre des activités du plan	Absence de visibilité sur les performances	élevé	Susciter un engagement des partenaires sociaux sous la tutelle du MSHP signer un pacte de stabilité avec les partenaires sociaux Mettre en place des dispositifs permettant d'avoir des alternatives en cas de rétention d'information
Manque de volonté politique et/ ou instabilité institutionnelle	Absence d'appropriation de l'élimination par les autorités	Faible accompagnement politique	Faible	Assurer un fonctionnement optimal du comité de pilotage Obtenir l'engagement des autorités politiques dès le début du processus

Mobilité du personnel (turn-over)	Discontinuité dans le suivi de la réalisation des activités du plan	Retard de mise en oeuvre, contre performance...	modéré	Motiver le personnel PNLP renforcement de l'effectif du personnel renforcer les capacités de tous les techniciens du PNLP Elaborer un plan de carrière en interne partager tous les documents clés Veiller à la formation du personnel sur le terrain
Epidémies, situations d'urgence et évènements de santé publique	Réorientation du focus vers l'urgence Utilisation des moyens existants pour juguler la crise	Retard de la mise en œuvre contre performance	élevé	Elaborer des plans de contingence au niveau opérationnel s'appuyer sur les UMCA pour la mise en place de système de gestion des incidents Prévoir des fonds d'urgence
Faible fonctionnalité des instances de coordination et de gouvernance	Faible leadership multisectoriel	Fragmentation des efforts	modéré	Renforcer le Comité national de pilotage avec des mandats clairs et des réunions trimestrielles
	Manque de coordination entre niveaux	Retards dans la mise en œuvre	Faible	Déployer des plateformes numériques de coordination (district-région-national)

4.6. Considérations éthiques et socio-culturelles

- Respect des valeurs locales : intégration des réalités et des croyances locales et du contexte dans la mise en œuvre des actions.
- Équité : une attention particulière sera accordée aux zones rurales, populations vulnérables et aux populations à haut risque (talibés, orpailleurs, camionneurs..) avec des interventions spécifiques adaptées à chaque groupe ou communauté.
- Approche genre : désagrégation des indicateurs en fonction du sexe pour une meilleure analyse des données et une prise en compte appropriée des besoins spécifiques des femmes et des hommes dans la formulation des interventions
- Transparence et redevabilité : traçabilité des financements et des activités avec des justificatifs clairs disponibles à temps et la publication régulière des résultats, rapports et audits.

4.7. Budget et Plan de mobilisation des ressources

4.7.1. Analyse du Budget

Le budget du PSNEP pour la période 2026 à 2030 est estimé à **150 406 389 546 F CFA**.

4.7.1.1. Répartition du budget par DPS

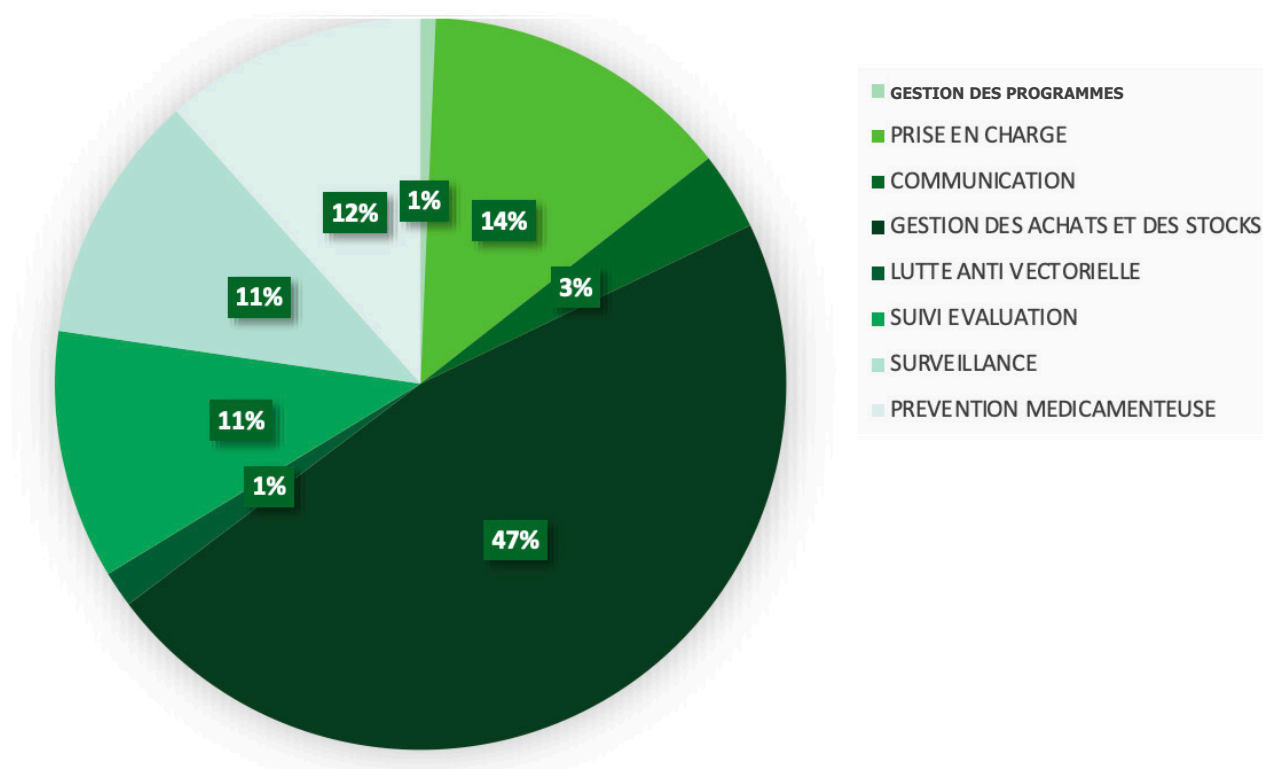


Figure 11 : Répartition du budget par DPS

4.7.1.2. Répartition du budget par axe prioritaire

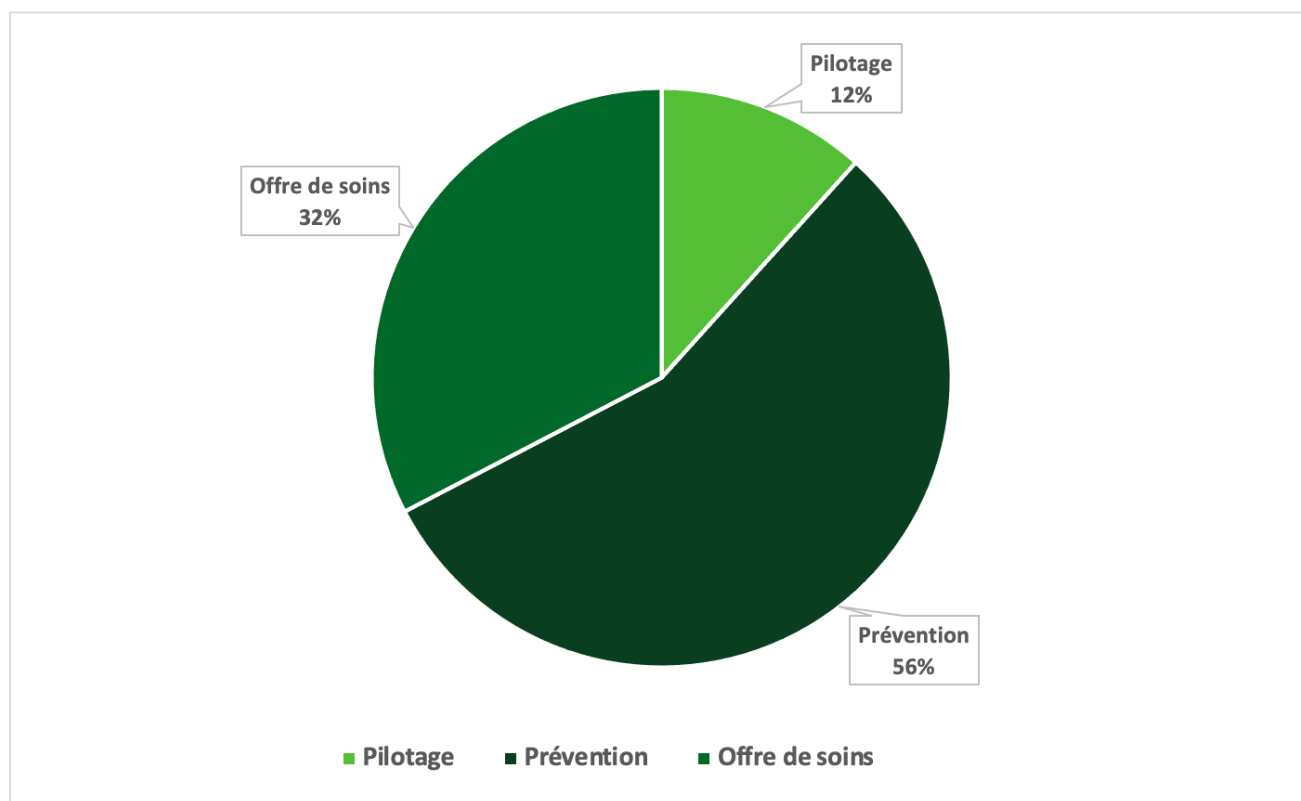


Figure 12 : Répartition du budget par axe prioritaire

Conformément à la nouvelle orientation du MSHP, la lutte contre le paludisme, inscrite dans l'axe prévention a un budget de 56% alloué à cette composante.

Tableau XVIII : Résumé du budget par DPS et par année

DPS	Année 2026	Année 2027	Année 2028	Année 2029	Année 2030	TOTAL	Pourcent. Du budget PNSEP
Gestion du programmes	566 870 560	54 855 000	128 022 077	54 855 000	201 189 154	1 005 791 791	1%
Prise en charge	4 573 552 702	4 275 819 658	4 536 679 538	3 780 985 692	3 545 742 108	20 712 779 697	14%
Communication - promotion	1 033 955 640	1 033 955 640	1 042 890 640	1 033 955 640	1 033 955 640	5 178 713 200	3%
Gestion des achats et stocks	7 513 896 787	24 801 888 748	12 482 548 042	12 656 958 076	12 970 393 742	70 425 685 396	47%
Lutte antivectorielle	274 893 925	364 295 733	1 108 405 140	292 713 015	356 046 813	2 396 354 626	2%
Suivi - Evaluation	6 373 085 708	5 130 859 160	1 326 154 560	1 325 229 560	2 405 397 960	16 560 726 948	11%
Surveillance - recherche	3 634 969 920	3 085 598 940	3 200 669 740	3 234 145 740	3 467 849 820	16 623 234 160	11%
Prévention médicamenteuse	4 398 051 396	2 926 726 871	3 017 384 296	4 143 556 871	3 017 384 296	17 503 103 728	12%
TOTAL	28 369 276 637	41 673 999 750	26 842 754 032	26 522 399 593	26 997 959 533	150 406 389 546	100%
POURCENTAGE	18,86%	27,71%	17,85%	17,63%	17,95%	100,00%	

Selon les DPS, la GAS représente la part la plus importante du budget avec 46,82%, suivie de la PEC (13,77%) et la PM (11,64%).

La plus grande part du budget (27,71%) est consommée en 2027 (année d'achat de MII, pour préparer la campagne CUM de 2028), suivie par l'année 2026 avec 19%.

4.7.1.3. Répartition du budget par objectifs spécifiques

Tableau XIX : Résumé du budget par Objectif spécifique et par année

OS	Libellés	Année 2026	Année 2027	Année 2028	Année 2029	Année 2030	TOTAL	Pourcentage du Budget PSNEP
GESTION DU PROGRAMME								
OS1	Augmenter de 42% à au moins 80% le taux d'exécution brute des activités de la gouvernance, des capacités managériales et opérationnelles à tous les niveaux d'ici 2030	423 034 200	44 130 000	117 297 077	44 130 000	190 464 154	819 055 431	0.5%
OS2	Mobiliser au moins 80 % des ressources nécessaires pour assurer la durabilité financière du PNE, dont 20 % de ressources domestiques (à échelonner) et 80 % de ressources extérieures..	143 836 360	10 725 000	10 725 000	10 725 000	10 725 000	186 736 360	0.1%
	Budget	566 870 560	54 855 000	128 022 077	54 855 000	201 189 154	1 005 791 791	0.7%
PRISE EN CHARGE								
OS1	Prendre en charge selon les directives nationales 100% des cas de paludisme au niveau des structures sanitaires publiques et privées	2 158 272 702	1 862 609 658	2 121 399 538	1 707 315 692	1 470 002 108	9 319 599 697	6.2%
OS2	Prendre en charge selon les directives nationales 100% des cas de paludisme au niveau communautaire	2 415 280 000	2 413 210 000	2 415 280 000	2 073 670 000	2 075 740 000	11 393 180 000	7.6%
	Budget	4 573 552 702	4 275 819 658	4 536 679 538	3 780 985 692	3 545 742 108	20 712 779 697	13.8%

Communication - Promotion								
OS1	Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à l'élimination du paludisme (connaissances signes/causes du paludisme, utilisation correcte des moustiquaires imprégnées, assainissement de l'environnement, recours rapide au diagnostic en cas de fièvre)	874 245 640	874 245 640	874 245 640	874 245 640	874 245 640	4 371 228 200	2.9%
OS2	Accroître la visibilité du programme national d'élimination du paludisme en atteignant une couverture médiatique régulière (au moins une diffusion mensuelle dans les médias) et une présence active sur les réseaux sociaux (interactions, abonnés)	159 710 000	159 710 000	168 645 000	159 710 000	159 710 000	807 485 000	0.5%
	Budget	1 033 955 640	1 033 955 640	1 042 890 640	1 033 955 640	1 033 955 640	5 178 713 200	3.4%
Gestion approvisionnement des stocks								
OS1	OSGA1: Assurer une disponibilité permanente (0% de rupture) en médicaments (ACT, SP, Primaquine, Artésunate, Rectocaps) et produits (MII et TDR) de lutte contre le paludisme dans 100 % des structures sanitaires publiques et privées	7 513 896 787	24 801 888 748	12 482 548 042	12 656 958 076	12 970 393 742	70 425 685 396	46.8%
	Budget	7 513 896 787	24 801 888 748	12 482 548 042	12 656 958 076	12 970 393 742	70 425 685 396	46.8%

Lutte Anti Vectorielle								
OS1	Amener au moins 80% de la population cible à dormir sous MII	29 650 000	144 543 798	888 653 205	65 400 000	144 543 798	1 272 790 801	0.8%
OS2	Protéger au moins 90% de la population par les AID au niveau des hot spots à l'année récurrente) de la zone de pré élimination	108 178 025	109 081 735	109 081 735	100 832 815	100 832 815	528 007 125	0.4%
OS3	Traiter au moins 95% des gîtes larvaires productifs par la LAL dans les hot spots ciblés de la zone de pré-élimination	64 553 190	64 553 190	64 553 190	64 553 190	64 553 190	322 765 950	0.2%
OS4	Protéger au moins 90% de la population par de nouvelles interventions de LAV	18 625 010	18 625 010	18 625 010	18 625 010	18 625 010	93 125 050	0.1%
OS5	Assurer une surveillance entomologique intégrée et durable	53 887 700	27 492 000	27 492 000	43 302 000	27 492 000	179 665 700	0.1%
	Budget	274 893 925	364 295 733	1 108 405 140	292 713 015	356 046 813	2 396 354 626	1.6%
Suivi - Evaluation								
OS1	Amener 100% des structures sanitaires à avoir des données de qualité sur le paludisme (100% de Complétude, 80% de promptitude, 100% d'exactitude et 100% d'exhaustivité) ;	4 195 515 508	4 045 263 160	232 178 560	231 253 560	229 647 760	8 933 858 548	5.9%

OS2	Atteindre 80 % des districts sanitaires disposant d'une utilisation documentée des données de surveillance, à travers un rapport, un plan d'action ou une décision programmatique validée d'ici 2030	2 501 800	2 501 800	2 501 800	2 501 800	2 501 800	12 509 000	0.0%
OS3	Assurer la transformation digitale de toutes les interventions du programme	2 175 068 400	1 083 094 200	1 091 474 200	1 091 474 200	2 173 248 400	7 614 359 400	5.1%
	Budget	6 373 085 708	5 130 859 160	1 326 154 560	1 325 229 560	2 405 397 960	16 560 726 948	11.0%
Surveillance - Recherche								
OS1	Détecter, dans la semaine, 100% des épidémies et situations d'urgence avec un système d'alerte précoce	3 123 066 980	2 588 307 600	2 585 010 400	2 572 529 200	2 769 643 200	13 638 557 380	9.1%
OS2	Contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence dans la semaine suivant leur détection	395 592 480	380 980 880	499 348 880	545 306 080	581 896 160	2 403 124 480	1.6%
OS3	Mettre en œuvre au moins 80% des sujets/projets de recherche planifiés pour une prise de décision d'ici 2030	116 310 460	116 310 460	116 310 460	116 310 460	116 310 460	581 552 300	0.4%
	Budget	3 634 969 920	3 085 598 940	3 200 669 740	3 234 145 740	3 467 849 820	16 623 234 160	11.1%

Prévention médicamenteuse								
OS1	Protéger au moins 80% des femmes enceintes par la SP3 conformément aux directives nationales	255 556 800	122 258 400	122 258 400	124 088 400	122 258 400	746 420 400	0.5%
OS2	Couvrir au moins 98% des enfants de 3 à 120 mois avec la CPS pour chaque passage dans les zones ciblées	3 763 600 206	2 537 762 941	2 614 488 506	3 662 762 941	2 614 488 506	15 193 103 098	10.1%
OS3	Atteindre au moins 98% de couverture des personnes de 3 mois et plus éligibles pour chaque passage AMM dans les zones ciblées	374 668 090	264 898 030	278 829 890	354 898 030	278 829 890	1 552 123 930	1.0%
OS4	Atteindre au moins 90% de couverture vaccinale antipaludique des enfants de 5 à 23 mois dans les districts cibles	4 226 300	1 807 500	1 807 500	1 807 500	1 807 500	11 456 300	0.0%
	Budget	4 398 051 396	2 926 726 871	3 017 384 296	4 143 556 871	3 017 384 296	17 503 103 728	11.6%

N°	Objectif spécifique	Montant	%
GPR.OS1	Augmenter de 42% à au moins 80% le taux d'exécution brute des activités de la gouvernance, des capacités managériales et opérationnelles à tous les niveaux d'ici 2030	819 055 431	1%
GPR.OS2	Mobiliser au moins 80 % des ressources nécessaires pour assurer la durabilité financière du PNE, dont 20 % de ressources domestiques (à échelonner) et 80 % de ressources extérieures.	186 736 360	0%
PEC.OS1	Prendre en charge selon les directives nationales 100% des cas de paludisme au niveau des structures sanitaires publiques et privées	9 319 599 697	6%
PEC.OS2	Prendre en charge selon les directives nationales 100% des cas de paludisme au niveau communautaire	11 393 180 000	8%
COM.OS1	Amener au moins 80% de la population à adopter des comportements favorables à l'élimination du paludisme (connaissances signes/causes paludisme, utilisation correcte des moustiquaires imprégnées, assainissement de l'environnement, recours rapide au diagnostic en cas de fièvre)	4 371 228 200	3%
COM.OS2	Accroître la visibilité du programme national d'élimination du paludisme	807 485 000	1%
GAS.OS1	OSGA1: Assurer une disponibilité permanente (0% de rupture) en médicaments et produits de lutte contre le paludisme dans 100 % des structures sanitaires publiques et privées	70 425 685 396	47%
LAV.OS1	Amener au moins 80% de la population cible à dormir sous MII	1 272 790 801	1%
LAV.OS2	Protéger au moins 90% de la population par les AID au niveau des hot spots à lambée récurrente) de la zone de pré élimination	528 007 125	0%
LAV.OS3	Traiter au moins 95% des gîtes larvaires productifs par la LAL dans les hot spots ciblés de la zone de pré-élimination	322 765 950	0%
LAV.OS4	Protéger au moins 90% de la population par de nouvelles interventions de LAV	93 125 050	0%
LAV.OS5	Assurer une surveillance entomologique intégrée et durable	179 665 700	0%
SEV.OS1	Amener 100% des structures sanitaires à avoir des données de qualité sur le paludisme	8 933 858 548	6%

SEV.OS2	Atteindre 80 % des districts sanitaires disposant d'une utilisation documentée des données de surveillance, à travers un rapport, un plan d'action ou une décision programmatique validée d'ici 2030	12 509 000	0%
SEV.OS3	Assurer la transformation digitale d'au moins 50% des interventions du programme	7 614 359 400	5%
SUR.OS1	Détecter, dans la semaine, 100% des épidémies et situations d'urgence avec un système d'alerte précoce	13 638 557 380	9%
SUR.OS2	Contrôler 100% des épidémies et situations d'urgence dans la semaine suivant leur détection	2 403 124 480	2%
SUR.OS3	Mettre en œuvre au moins 80% des sujets/projets de recherche planifiés pour une prise de décision d'ici 2030	581 552 300	0%
PRM.OS1	Protéger au moins 80% des femmes enceintes par la SP3 conformément aux directives nationales	746 420 400	0%
PRM.OS2	Couvrir au moins 98% des enfants de 3 à 120 mois avec la CPS pour chaque passage dans les zones ciblées	15 193 103 098	10%
PRM.OS3	Atteindre au moins 98% de couverture des personnes de 3 mois et plus éligibles pour chaque passage AMM dans les zones ciblées	1 552 123 930	1%
PRM.OS4	Atteindre au moins 90% de couverture vaccinale antipaludique des enfants de 5 à 23 mois dans les districts cibles	11 456 300	0%
TOTAL		150 406 389 546	100%

Tableau XX : Résumé du budget par intrant et par année de 2026 à 2030

INTRANTS	Année 2026	Année 2027	Année 2028	Année 2029	Année 2030	TOTAL
Achat MII Routine DUAL	3 240 638 865	3 931 931 265	4 640 386 175	5 271 294 663	5 469 085 440	22 553 336 408
Achat MII CDM DUAL	-	-	7 861 667 082	-	-	7 861 667 082
Achat SP	220 000 000	230 000 000	240 000 000	250 000 000	260 000 000	1 200 000 000
Achat TDR	1 560 000 000	1 647 360 000	1 690 052 000	1 716 218 400	1 806 638 080	8 420 268 480
Achat ACT(AL)	198 900 000	184 035 000	169 035 000	154 035 000	139 035 000	845 040 000
Achat ACT(SPAQ)	913 129 140	1 148 542 500	1 180 504 710	1 201 797 030	1 247 338 260	5 691 311 640
Achat ACT (DHAPQ/MDA)	-	2 372 281 200	2 436 333 600	2 502 114 000	2 569 671 600	9 880 400 400
Achat Primaquine	15 000 000	33 765 000	39 112 500	56 497 500	68 670 000	213 045 000
Achat artésunate rectocaps	7 000 000	6 650 000	6 300 000	5 950 000	5 600 000	31 500 000
Achat artésunate injectable	226 319 275	152 375 000	151 050 000	149 725 000	148 400 000	827 869 275
Achat Consommables et réactifs laboratoire	19 699 408	19 699 408	19 699 408	19 699 408	19 699 408	98 497 040
Achat microscopes	-	-	132 447 775	-	-	132 447 775
Achat Insecticides (AID hotspots)	51 016 800	51 016 800	51 016 800	51 016 800	-	204 067 200
Achat Insecticides biolarvicide (LAL)	84 000 000	84 000 000	84 000 000	84 000 000	-	336 000 000
TOTAL	6 535 703 488	9 861 656 173	18 701 605 050	11 462 347 801	11 734 137 788	58 295 450 300

4.7.1.4. Répartition du budget par année

Année	Montant	%
2026	28 369 276 637	19%
2027	41 673 999 750	28%
2028	26 842 754 032	18%
2029	26 522 399 593	18%
2030	26 997 959 533	18%
Total	150 406 389 546	100%

La répartition par année montre que la plus grande part du budget (28%) est consommée en 2027 (année d'achat de MII, pour préparer la campagne CUM de 2028), suivie par l'année 2026 avec 19%.

4.7.2. Plan de mobilisation des ressources :

4.7.2.1. Analyse des écarts / gaps budgétaires par année

	BUDGET TOTAL	Année 2026	Année 2027	Année 2028	Année 2029	Année 2030
BUDGET PSNEP	150 406 389 546	28 369 276 637	41 673 999 750	26 842 754 032	26 522 399 593	26 997 959 533
BUDGET Disponible	4 200 084 254	4 200 084 254		-	-	-
GAP	146 206 305 291	24 169 192 383	41 673 999 750	26 842 754 032	26 522 399 593	26 997 959 533

A 3 mois, de l'année 1 de mise en œuvre, 97,21% du budget global est à rechercher. Cependant, la table ronde de mobilisation, les stratégies et ou mécanismes pour un financement durable, permettront de réduire considérablement ce gap.

4.7.2.2. Mécanismes pour un financement durable

Un financement durable est la clef de la réussite du PNE. La diversification des sources de financement s'avère incontournable avec une orientation réelle vers la mobilisation de ressources domestiques. L'accent doit être d'abord mis sur le financement à partir des ressources de l'Etat avec une augmentation conséquente des lignes budgétaires accordées à la lutte contre le paludisme. Les collectivités locales devront être davantage mises à contribution à travers les compétences décentralisées qui sont à leur charge. Aussi le secteur privé devra-t-il être plus sollicité à travers la RSE, le mécénat et les partenariats publics-privés. Des initiatives locales de mobilisation de ressources devront être encouragées et suivies pour supporter des interventions spécifiques dans les régions et districts.

L'apport des partenaires internationaux devra être maintenu et élargi à d'autres donateurs comme les fondations pour combler les gaps de financements mais surtout permettre la transition. En effet un plan de transition devra être adopté pour la réduction progressive de la dépendance aux financements externes.

CHAPITRE V : CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi-évaluation est une composante stratégique incontournable du PSNEP. Il permet de mesurer les progrès réalisés, d'assurer la redevabilité et de renforcer la prise de décision fondée sur des données fiables. Sans un système de suivi-évaluation solide, il serait difficile de démontrer l'efficacité des interventions et de garantir l'atteinte des objectifs d'élimination du paludisme.

Le cadre de suivi-évaluation constitue la pierre angulaire de ce dispositif. Il définit les indicateurs de performance, les sources de données, les responsabilités institutionnelles et les calendriers de collecte.

En complément, le modèle logique apporte une structuration conceptuelle indispensable. Il clarifie la chaîne de résultats en reliant les activités aux produits, les produits aux effets, et les effets à l'impact attendu. Il met en évidence les hypothèses et conditions nécessaires à la réussite, tout en facilitant la compréhension des liens de causalité. Le modèle logique est ainsi un instrument de planification et de communication, qui permet de rendre lisible la stratégie du PNLP auprès des décideurs et des partenaires techniques et financiers.

En combinant le cadre de suivi-évaluation et le modèle logique, le PNLP dispose d'un système intégré qui :

- assure une planification cohérente et mesurable,
- permet un suivi systématique des progrès,
- facilite l'évaluation de l'impact des interventions,
- et renforce la crédibilité du programme auprès des partenaires.

5.1. Le cadre de performance

Indicateurs d'impact										
Indicateurs	Baseline et Cibles						Sources	Méthode	Fréquence	Responsable
	Baseline 2024	2026	2027	2028	2029	2030				
Indicateurs d'impact										
Taux d'in- cidence national	22,8‰	17‰	11‰	5‰	1‰	<1‰	Rapport statis- tique PNLP / DSISS	Routine	Annuelle	PNLP/DSISS
Nombre de Décès dû au palu- disme	314	157	100	50	10	0	Rapport statis- tique PNLP / DSISS	Routine	Annuelle	PNLP

Indicateur d'effets et de résultats									
Domaine	Indicateur	Baseline		Cibles année					Source de vérification
		année	Valeur	2026	2027	2028	2029	2030	
Prévention médicamenteuse	Pourcentage d'enfants de 3mois à 10 ans ayant bénéficié de tous les passages de CPS dans les zones ciblées par rapport à la cible théorique	2024	87,1%	90%	90%	95%	95%	98%	Bulletin CPS
	pourcentage de personnes de 3 mois et plus éligibles dans les zones ciblées bénéficiant de l' AMM pour chaque passage	2024	80%	90%	90%	95%	95%	98%	Bulletin AMM
	Proportion de femmes enceintes ayant pris trois doses de SP conformément aux directives	2024	64,8%	70%	75%	75%	80%	80%	PNLP/DSISS
	Couverture vaccinale antipaludique des enfants de 5 à 23 mois dans les districts cibles	NA	NA	NA	80%	90%	90%	90%	PNLP/DP/DSISS

Prise en charge Communication - Promotion	Taux de réalisation des tests des cas suspects	2024	96.8%	98%	99%	99%	99%	100%	Bulletin annuel PNLP/ DSISS/DHIS2
	Proportion de cas de paludisme confirmé ayant bénéficié d'un traitement antipaludique conformément à la politique nationale dans les structures sanitaires	2024	85.6%	95%	95%	98%	100%	100%	Bulletin annuel PNLP/ DSISS/DHIS2
	Proportion de cas de paludisme confirmé ayant bénéficié d'un traitement antipaludique conformément à la politique nationale au niveau communautaire	2024	98%	98%	98%	99%	99%	100%	Bulletin annuel PNLP/ DSISS/DHIS2
	Pourcentage de paludisme vu chez les femmes enceintes ayant bénéficié d'un traitement antipaludique conforme aux directives nationales	2024	100%						Bulletin annuel PNLP/ Card Score/DHIS2
	Pourcentage de cas de paludisme hospitalisés ayant reçu un traitement antipaludique conforme aux directives nationales	2024	98.6%	99%	100%	100%	100%	100%	PNLP/DSISS
	Pourcentage de la population connaissant les mesures préventives contre le paludisme	NA	NA	50%	60%	70%	80%	80%	EDS Continue

Lutte anti vectorielle	Pourcentage de ménages disposant au moins d'une MII pour deux personnes	2023 (EDS)	27.4%	50%	55%	65%	75%	80%	EDS Continue
	Proportion de la population ayant dormi sous MII la veille de l'enquête	2023 (EDS)	36.9%	50%	55%	65%	75%	80%	EDS continue
	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MII la veille de l'enquête	2023 (EDS)	37%	50%	55%	65%	75%	80%	EDS/ESIP
	Proportion de la population par les AID au niveau des hot spots ciblés de la zone de pré élimination	NA	NA	90%	90%	90%	90%	90%	Rapport AID
	Proportion de gîtes larvaires productifs traités par la LAL dans les hot spots ciblés de la zone de pré-élimination	NA	NA	95%	95%	95%	95%	95%	Rapport LAL
	Proportion de population protégée par de nouvelles interventions de LAV	NA	NA	90%	90%	90%	90%	90%	Rapport d'activités
	Nombre de sites de surveillance d'Anopheles stephensi fonctionnelle	2024	3	3	3	3	3	3	Rapport d'activités
	Densité agressive sur homme des vecteurs du paludisme (Nombre de piqures/homme par nuit)	2024	2,7	2,1	1,7	1,3	1,1	0,8	Rapport annuel entomologique
	Taux d'infection des vecteurs du paludisme (% de femelles infectées)	2024	0,005	0,003	0,002	0,002	0,001	0,001	Rapport annuel entomologique

GAS	Proportion de structures sanitaires n'ayant pas connu une rupture de TDR supérieure à 7 jours au cours des 3 derniers mois	2024	99%	99%	99%	99%	99%	99%	PNLP/DSISS
	Proportion de structures sanitaires n'ayant pas connu une rupture d'ACT supérieure à 7 jours au cours des 3 derniers mois	2024	98%	98%	98%	98,5 %	98,8 %	100%	PNLP/DSISS
Surveillance	Nombre d'épidémies rapportées dans les districts en investigation	2024	131	100	75	50	25	0	Rapport investigation/ DHIS2 Tracker
	Pourcentage d'épidémies ou de flambées qui ont fait l'objet de réponse dans les 7 jours suivant leur détection	2024	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Rapport investigation/ DHIS2 Tracker
	Pourcentage de cas documentés dans les 24 heures dans les zones éligibles	2024	88%	90%	95%	100%	100%	100%	Rapport investigation/ DHIS2 Tracker
	Pourcentage de cas de paludisme éligibles à l'investigation, enquêtés dans les 3 jours (72 heures) parmi les cas observés.	2024	82%	90%	95%	100%	100%	100%	Rapport investigation/ DHIS2 Tracker
Suivi - Evaluation	Pourcentage de structures ayant transmis les rapports à temps (Taux de promptitude)	2024	9.8 %	30%	50%	60%	70%	80%	Bulletin annuel PNLN/ DSISS/DHIS2
	Pourcentage de structures ayant transmis les rapports (Taux de complétude)	2024	82.1%	90%	95%	95%	98%	100%	Bulletin annuel PNLN / DSISS/DHIS2

5.2. Le système de gestion des données

5.2.1. Le système d'information sanitaire de routine

Le système d'information sanitaire de routine concernant la lutte contre le paludisme respecte celui du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique tel que défini par la division d'information sanitaire et sociale (DSISS). Les données sont produites à partir du niveau opérationnel depuis les sites communautaires pour être transmises à l'échelon supérieur suivant la pyramide sanitaire. La remontée des données concerne aussi bien les structures publiques que celles parapubliques et privées. Elles sont issues des activités de prévention, de promotion, de prise en charge et de riposte y compris la gestion des stocks des intrants.

Les données sont transmises suivant une fréquence variable en fonction du type de strate et selon le type de données. La surveillance épidémiologique respecte une transmission hebdomadaire et mensuelle sur toute l'étendue du territoire tandis que dans les zones de pré élimination en plus des rapports hebdomadaires, il existe une notification immédiate des cas (dans les 24h suivant le diagnostic) associée aux informations relatives aux ripostes. La plateforme DHIS2 stocke les données classiques tandis que celles relatives aux investigations de cas sont conservées dans le tracker – malaria ; ce dernier initialement géré par Macepa est désormais totalement administré par le MSHP à travers la DSISS.

Les données de routine permettent de suivre régulièrement l'évolution des performances pour la plupart des indicateurs à tous les niveaux de la pyramide. Leur utilisation prompt permet de prendre des décisions rapides afin d'atteindre les résultats attendus. Les réunions de coordination des postes de santé, des districts, des régions ainsi que les revues régionales où le PNLP participe sont des cadres importants de suivi des performances mais aussi d'échange pour améliorer la qualité de la lutte contre le paludisme.

Le tableau suivant présente l'organisation du rapportage des données de surveillance de routine.

Niveaux	Données de routine
National Services centraux	Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 Géré par : PNLP et DSISS Périodicité : Trimestrielle, mensuelle Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données districts, analyse des données, retro - information et recommandations au niveau régional et opérationnel. Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires
Régional Districts Hôpitaux	Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 Géré par : Equipes de coordination régionales Périodicité : Mensuelle, trimestrielle Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données districts, analyse des données, retro- information et recommandations au niveau opérationnel. Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires
District	Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 Géré par : Equipes cadre de districts Périodicité : Mensuelle, hebdomadaire, journalière Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données des Centres de santé et des postes de santé ainsi que les informations du niveau communautaire , analyse des données prise de décision et transmission au niveau régional ; validation des données DHIS2 (Avant le 15 du mois). Diffusion : Avec tous les acteurs, partenaires et communautés.
Structures de santé : Centres de santé Poste de santé (Structures publiques et privées)	Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 Géré par : Major / infirmière de chef de poste Périodicité : Mensuelle, hebdomadaire, journalière Tâches principales : saisie des données, contrôle de la cohérence des données, analyse initiale, prise de décision, prise en compte des feedbacks du niveau supérieur, intégration des données du niveau communautaire, élaboration des rapports
Poste de Santé Niveau Communautaire	Format/plateforme de rapportage : registre, cahier Périodicité : Mensuelle, hebdomadaire, journalière Tâches principales : élaboration rapport mensuel d'activité, notification immédiate des cas à l'ICP dans les zones d'investigation, transmission rapport hebdomadaire à l'ICP (par téléphone) Saisie des données dans le DHIS2 : dès disponibilité plateforme et formation (5 du mois). Diffusion : Avec tous les acteurs, partenaires et communautés

5.2.2. L'assurance qualité des données

L'utilisation des données de surveillance trouve leur importance essentiellement dans la prise de décision pour ajuster, renforcer ou accélérer les efforts de lutte contre le paludisme. Pour cela, la qualité des données doit être optimale. Pour ce présent plan, un objectif de 100 % de données de qualité a été fixé pour les structures sanitaires. La qualité se mesurera à travers la complétude, la promptitude, l'exhaustivité et l'exactitude des données. Un système de contrôle continu de la cohérence des données à travers le DHIS2 sera réalisé aussi bien par les équipes cadres de district, les équipes de coordination régionale ainsi que le PNLP pour assurer des feedbacks réguliers aux acteurs afin de garantir une correction des erreurs de saisie. Au sein du PNLP, il a été désigné des points focaux pour chaque région. Ces derniers correspondent avec les points focaux paludisme des régions et des districts et partagent les extractions du DHIS2 où des incohérences auront été notées pour leur permettre de faire le suivi de la correction par les différents PPS concernés.

D'autres parts, les activités de supervision intègrent systématiquement une vérification des données sur site ce qui permet d'apprécier le taux de conformité entre les supports de collecte et la plateforme DHIS2. Des recommandations seront faites en cas d'écart selon les constats faits sur place. Par ailleurs, les réunions de coordination et les revues périodiques sont des instances importantes de discussions et de validation des données. Dans ces instances, les résultats sont discutés et les points à améliorer font l'objet de recommandations pour toujours améliorer les performances y compris la qualité des données. En plus de ces stratégies, un audit de la qualité des données sera organisé tous les trimestres par les DRS et les districts ciblant 30 % des PPS des districts afin de faire une vérification exhaustive des données produites pour assurer la qualité des données de surveillance.

5.3. Les mécanismes de S&E.

5.3.1. Suivi

Le suivi de la mise en œuvre du PNE s'inscrit dans un processus continu de collecte et d'utilisation de données dans le but de s'assurer que les activités à tous les niveaux se déroulent de manière satisfaisante.

Il fait appel à des activités de supervision, de monitoring, de revues etc. dont l'analyse systématique des données collectées permettra à tous les niveaux de faire des ajustements si nécessaires. Durant ce plan stratégique, le PNLP envisage de rendre fonctionnel les cadres régionaux de la lutte contre le paludisme qui permettra un suivi des plans annuels avec l'implication des autorités administratives qui pourront faciliter l'implication de tous les acteurs nécessaires à l'atteinte des résultats fixés.

5.3.2. Evaluation

Les évaluations des interventions de lutte contre le paludisme se feront tout au long de la mise en œuvre du PSN suivant une fréquence et des objectifs différents. Le plan stratégique sera décliné en plan de travail annuel avec un cadre de performance qui fixe les indicateurs à atteindre chaque année. Ces indicateurs nationaux seront désagrégés en indicateurs régionaux afin de mesurer la contribution de chacun et identifier les zones à problème par une évaluation des plans de travail annuels des DRS et du PNLP.

Au bout de deux ans et demi de mise en œuvre, le plan stratégique fera l'objet d'une évaluation exhaustive à mi-parcours. Elle se fera à partir du troisième trimestre de l'année 2028 et les conclusions issues de cet exercice vont servir à mettre à jour le plan pour la durée restante

jusqu'en 2030 année d'évaluation finale. Cette revue finale va dégager la vision et les objectifs du prochain plan et les recommandations permettront d'identifier les interventions et activités à mettre en œuvre.

En outre pour mesurer certains indicateurs, des enquêtes au sein de la population seront organisées pendant l'exécution du plan stratégique. Il s'agit essentiellement :

- Des enquêtes démographiques et de santé (EDS) : elle se fait classiquement tous les deux ans. La dernière prévue en 2025 n'a pas pu être mise en œuvre faute de ressources financières. Un des indicateurs phares est la mesure de la prévalence parasitaire au sein de la population.
- Les enquêtes sur les indicateurs du paludisme : il s'agit d'une enquête ménage sur un échantillon représentatif de la population générale du Sénégal suivant les mêmes modalités de l'EDS, et se fait tous les deux ans. Ces enquêtes mesurent des indicateurs spécifiques du PNLP au sein des ménages notamment les couvertures (MII, TPI etc.).

En dehors de ces enquêtes, des études seront conduites pour évaluer les interventions en cours ou tester des molécules, insecticides, outils ou approches en collaboration avec les universités et instituts de recherche.

5.4. Dissémination et Utilisation de l'Information

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

- les présentations trimestrielles de la synthèse des données de routine
- Le bulletin annuel épidémiologique du PNLP
- le site web du PNLP
- le remplissage des DHIS2 national et de l'OMS
- le rapport annuel d'activités
- les rapports d'évaluation et
- les articles scientifiques et autres résultats de recherche

Ces supports seront partagés suivant plusieurs canaux qui sont :

- la voie électronique par courriels
- lors des réunions de coordination
- les cadres régionaux de lutte contre le paludisme
- les rencontre du CCPLP et
- les conférences et rencontres internationales....

CONCLUSION

Le contexte sanitaire, socio-économique et démographique du Sénégal présente à la fois des opportunités et des défis considérables. La volonté politique et l'expérience du pays dans la lutte contre le paludisme constituent des atouts importants, mais elles requièrent une mobilisation massive de ressources et d'actions efficaces pour créer un environnement favorable.

Le Sénégal dispose d'une assise solide pour atteindre ses objectifs d'élimination du paludisme mais la durabilité dépendra de la diversification et de la pérennisation des financements, de sa capacité d'innovation, et de la résilience face aux menaces climatiques et biologiques.

Le PNE 2026-2030 devra prendre en compte ces réalités pour proposer des solutions adaptées aux spécificités territoriales et sectorielles du pays.

REFERENCES

1. Agence nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD 2023, 2024, 2025) :
2. Recensement Général de la Population et de l'habitat (RGPH-5)
3. Worldometer (2025) : Projections démographiques
4. CIA_Gov,_2023
5. MSAS (2023-2024) : Dépenses de santé
6. Ministère des Finances (2024-2025) : Données budgétaires et économiques
7. Vision Sénégal 2050 : Orientations et priorités nationales, projections
8. Stratégie Nationale de Développement (SND) 2025-2029 :
9. Lettre de Politique Sectorielle de la santé (LPS) 2025- 2029
10. Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016–2030
11. Bulletin épidémiologique annuel du PNLP
12. District Health Information Software 2 du MSHP (DHIS2)
13. Programme National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) (2019-2028)
14. Revue des performances du PSN 2021 – 2025, décembre 2026
15. Document de Programmation Pluriannuel des Dépenses (2024-2026)
16. Aide-Mémoire du MPR, mars 2026
17. Enquêtes Démographiques et de santé (EDS)
18. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF 2023)
19. BA, Santé et climat 2023
20. Rapport de la banque mondiale sur le climat et le développement, BM, 2022
21. Rapport de la banque mondiale sur le climat et le développement, BM, 2023
22. IAHO_Climate_change_in_health_Fact_Sheet-April_2024
23. <https://www.healthdata.org/senegal>
24. Rapport vulnérabilité du secteur de la santé au CC, 2022
25. www.cncd.be/senegal, oct 2022
26. Rapport revue de la gouvernance de la santé et de l'éducation (DGPPE/MEPC, 2023)
27. SYSBUDGEP, années 2020 à 2024
28. Mladovsky, 2015;
29. Seck et al., 2017;
30. OIT, 2021
31. Rapport revue de la gouvernance de la santé et de l'éducation 2024 (DGPPE/MEPC)
32. Caputo et al., 2024

ANNEXES

ANNEXES

Matrice des indicateurs

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

Morbidité proportionnelle palustre chez la femme enceinte	Numérateur : Nombre de cas de paludisme chez les femmes enceintes enregistrés par an dans les formations sanitaires. Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes vues en consultations externes (et les cas graves), y compris les CPN, dans les formations sanitaires	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Mortalité palustre proportionnelle (tous âges)	Numérateur : Nombre de décès dus au paludisme enregistrés par an dans les formations sanitaires. Dénominateur : Nombre total de décès de population (tous âges) enregistrés dans les formations sanitaires	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Mortalité palustre proportionnelle (moins de 5 ans)	Numérateur : Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans dus au paludisme enregistrés par an dans les formations sanitaires Dénominateur : Nombre total de décès de malades de moins de 5 ans hospitalisés enregistrés dans les formations sanitaires.	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Mortalité palustre dans la tranche 0-120 mois (dans les zones CPS)	Numérateur : Nombre de décès d'enfants de moins de 0 à 120 mois dus au paludisme enregistrés par an dans les formations sanitaires Dénominateur : Nombre total de décès de malades de moins de 0 mois à 120 mois hospitalisés enregistrés dans les formations sanitaires (dans les zones CPS)	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Mortalité proportionnelle palustre chez les femmes enceintes	Numérateur : Nombre de décès de femmes enceintes dus au paludisme enregistrés par an dans les formations sanitaires Dénominateur : Nombre total de décès de femmes enceintes hospitalisées enregistrés dans les formations sanitaires	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Taux de létalité (moins de 5 ans)	Numérateur : Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour paludisme dans les formations sanitaires. Dénominateur : Nombre total d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour paludisme dans les formations sanitaires.	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Taux de létalité (tous âges)	Numérateur : Nombre de décès de malades hospitalisés (tous âges) dus au paludisme. Dénominateur : Nombre total de malades hospitalisés pour paludisme enregistrés dans les formations sanitaires.	Rapport annuel Statistiques PNLP. DSIS	Annuel
Prévalence parasitaire chez les 6-59 mois.	Numérateur : Nombre d'enfants de 6-59 mois testés positifs par microscopie. Dénominateur : Nombre total d'enfants de 6-59 mois testés par microscopie.	Rapport d'évaluation des partenaires : MICS, EDS.	Tous les 2 ans.

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs de résultats	Définition	Sources	Fréquence
Assurer la disponibilité et l'utilisation des ACT, SP-AQ, TDR et MII et autres produits				
Traitement antipaludique rapide / efficace	Nombre et pourcentage de structures sanitaires (postes de santé et centres de santé) ne signalant aucune rupture d'ACT pendant une semaine au cours des trois derniers mois	Numérateur : Nombre de structures sanitaires (postes et centre) sans rupture du médicament recommandé par la politique nationale pendant une semaine continue et au cours des 3 derniers mois Dénominateur : Nombre total des formations sanitaires (postes et centre) visitées Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de supervision des formations sanitaires DSISS	Mensuelle Annuelle
	Nombre et pourcentage de cas de santé sans rupture continue du médicament recommandé par la politique nationale pendant une semaine au cours des trois derniers mois	Numérateur : Nombre de cas de santé sans rupture du médicament recommandé par la politique nationale pendant une semaine continue et au cours des trois derniers mois Dénominateur : Nombre total des cas de santé visités	Rapports de supervision des formations sanitaires DSISS	Mensuelle Annuelle
	Pourcentage de structures sanitaires sans rupture continue de TDR pendant une semaine au cours des trois derniers mois dans leur stock médicaments	Numérateur : Nombre de structures sanitaires (postes et centres) sans rupture de TDR pendant une semaine continue et au cours des trois derniers mois Dénominateur : Nombre total des formations sanitaires (postes et centres) visitées	Rapports de supervision des formations sanitaires DSISS	Mensuelle Annuelle
	Pourcentage de cas de paludisme vus en consultation externe qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale dans les formations sanitaires.	Numérateur : Nombre de patients atteints de paludisme simple qui ont bénéficiés d'une prescription correcte d'ACT conformément aux directives nationales. Dénominateur : Nombre total de patient atteints de paludisme simple. Note: Il est recommandé de faire l'analyse par région et par district.	Rapports d'activités/ supervision des formations sanitaires DSISS	Trimestrielle Annuelle
	Pourcentage de cas de paludisme vus en consultation externe qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale aux niveaux des formations sanitaires et communautaire.	Numérateur : Nombre total de cas de paludisme vus en consultation enregistrés sur la période qui ont reçu un traitement antipaludique approprié, conformément à la politique nationale aux niveaux des formations sanitaires et communautaire (cases et PECADOM). Dénominateur : Nombre total de cas paludisme vus en consultation externe enregistrés sur la période aux niveaux des formations sanitaires et communautaire (cases et PECADOM)	Rapports d'activités/ supervision des formations sanitaires DSISS	Trimestrielle Annuelle
	Nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme simple et pris en charge correctement dans les formations sanitaires	Nombre total Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports d'activités/ supervision des formations sanitaires DSIS	Mensuelle Annuelle

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

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

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

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs de résultats	Définition	Sources	Fréquence
Assurer la disponibilité et l'utilisation des ACT, SP-AQ, TDR et MILDA et autres produits				
Paludisme pendant la grossesse	Pourcentage de femmes enceintes dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII)	Numérateur : Nombre de femmes enceintes qui ont dormi sous MII la nuit dernière Dénominateur : Nombre total de femmes enceintes qui résident dans les ménages visités Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Enquête de couverture annuelle Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, Enquête EDS)	Tous les 2 ans
	Pourcentage de ménage disposant au moins d'une MII pour deux personnes	Numérateur : Nombre de ménage disposant au moins d'une MII pour deux personnes Dénominateur : Nombre total de ménage	Enquête de couverture annuelle Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, Enquête EDS)	Tous les ans
	Pourcentage de la population (tous âges) ayant dormi sous moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'Action (MILDA) la nuit dernière.	Numérateur : Nombre de personne qui ont dormi sous MILDA la nuit dernière Dénominateur : Population totale interrogée Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Enquête de couverture annuelle Rapport d'évaluation des partenaires (Enquête MICS, Enquête EDS)	Tous les 2 ans

Paludisme pendant la grossesse	Nombre de prestataires de service formés sur le TPI	Nombre total Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de formation	Ponctuel
	Couverture des femmes enceintes en TPI3	Numérateur : Nombre de femmes enceintes qui ont reçu au moins trois doses de SP (TPI3) Dénominateur : Nombre total de femmes ayant accouché au cours des deux dernières années.	- Données d'enquêtes Monitoring -ENP et EDS	Annuelle
	Le pourcentage de femmes enceintes s'étant rendu à des consultations prénatales et ayant reçu le TPI3 sous observation directe	Numérateur : Nombre de femmes enceintes qui ont reçu au moins trois doses de SP (TPI3) en TDO au cours de la CPN Dénominateur : Nombre total de premier contact	Rapports de supervision des formations sanitaires - DSISS - Données de Monitoring	Annuelle
	Proportion de personnes se considérant comme à risque de paludisme (vulnérabilité perçue)	Numérateur : Nombre de personnes enquêtés se considérant à risque Dénominateur : Nombre total de personne interrogées	Rapport d'enquête	Annuelle
	Proportion de personnes convaincues que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque	Numérateur : Nombre de personnes enquêtés convaincus que la pratique ou le produit recommandé réduira leur risque Dénominateur : Nombre total de personne interrogées		

PROCESSUS

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

Domaine de Prestation de Service	Indicateurs	Définition	Sources	Fréquence
	Nombre de prestataires formés en PEC du paludisme au niveau communautaire	Nombre total de prestataires formés Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de formation	Ponctuel
	Nombre de membres d'OCB formés sur le suivi des activités communautaires	Nombre total de membres d'OCB formés Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de formation	Routine
	Nombre de relais formés pour appuyer les activités IEC au niveau communautaire	Nombre total de relais formés Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de formation	Ponctuel
SUIVI - EVALUATION				
Traitement antipaludique efficace rapide	Nombre de sites sentinelles créés pour le suivi de la résistance aux médicaments antipaludiques	Nombre total de sites sentinelles créés Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région et par district	Rapports d'étude de la résistance des médicaments de chaque site	Annuel

Supervision	Proportion de districts appuyés pour le suivi des activités	Nombre appuyé / Nombre prévu	Rapports d'activités	Trimestriel
	Proportion de cases de santé équipées et rendues fonctionnelles	Nombre fonctionnel / Nombre prévu	Rapports d'activités	Trimestriel
	Pourcentage d'équipes médicales ayant reçu une visite de supervision durant la période rapportée.	Nombre visité / Nombre prévu Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district	Rapports d'activités	Semestriel
	Nombre et pourcentage d'agents de santé communautaires formés ayant reçu une visite de supervision durant la période rapportée.	Nombre total d'agents visités Nombre visité / Nombre prévu Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district	Rapports d'activités	Trimestriel
Communication	Nombre de mères sensibilisées sur la prise en charge du paludisme	Nombre total Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapport de séances de sensibilisation	Ponctuel
	Nombre de zones visées par les services IEC et ayant bénéficié des séances IEC	Nombre total Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapports de séances de sensibilisation	Ponctuel

Évaluation	Nombre d'enquêtes de couverture menées	Nombre total	Rapport d'enquêtes	Ponctuel
	Pourcentage de sites sentinelles ayant transmis l'ensemble de leur rapport conformément aux directives.	Nombre de sites ayant rapporté / Nombre total de sites Note : Il est recommandé de faire l'analyse par district	Bulletins de surveillance sentinelle	Semestriel
Partenariat	Nombre d'ONG ayant reçu un financement pour la lutte contre le paludisme au niveau communautaire	Nombre total Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région	Rapports d'activités des réseaux/ partenaires	Annuel
Gestion Financière	Pourcentage du budget mobilisé consacré au suivi/évaluation	Numérateur : Montant du budget de S/E mobilisé Dénominateur : Montant total du budget mobilisé Note : Il est recommandé de faire l'analyse par région, par district et par zone (rurale et urbaine)	Rapport annuel	Annuel

Liste des participants à l'Elaboration du Plan National d'Elimination du Paludisme du Sénégal de 2026 à 2030

N°	PRENOM et NOM	FONCTION	SERVICE
1.	Pr Aliou THIONGANE	Coordonnateur National	PNLP
2.	Dr Ibrahima DIALLO	Coordonnateur adjoint	PNLP
3.	Dr El Hadji DOUCOURE	Chef Bureau SESRTD / Coordonnateur Elaboration PSNEP	PNLP
4.	Dr Standeur Nabi KALY	Chef Bureau PFPM	PNLP
5.	Dr Abdoulaye M. BA	Chef Bureau PPMR	PNLP
6.	Dr Hamidou DIALLO	PF Plan d'accélération	PNLP
7.	Dr Marie Louise GUEYE	Pharmacienne	PNLP
8.	Ameth KAMARA	Chef Bureau Communication promotion	PNLP
9.	Dr Libasse GADIAGA	Entomologiste médical	PNLP
10.	Dr Kadidiatou Doucouré SADIAKHOU	Médecin de santé publique	PNLP
11.	Dr Noguaye NDOUR	Médecin de santé publique	PNLP
12.	Fatou Wade	Assistante de direction	PNLP
13.	Mame Diarra DIALLO	Administrateur des soins de santé	PNLP
14.	Abdoul Aziz DIAGNE	Point Focal Partenariat avec les ONG PNL	PNLP
15.	Abdou Khadir DIOUF	Responsable RH	PNLP
16.	Mamadou SARR	Contrôleur Interne	PNLP
17.	Romain KALY	Comptable	PNLP
18.	Maguette Wadji	Comptable	PNLP
19.	Moussa SIAMAN	Technicien supérieur en administration	PNLP
20.	Mbacké GUEYE	PF PECADOM	PNLP

21.	Meliane J. DOSSOU	ADSS	PNLP
22.	Fatoumata Binetou SALL	Technicienne supérieure en santé,	PNLP
23.	Aissatou Assetle Diao	IT	PNLP
24.	Souleymane Malamine DIEME	Webmaster	PNLP
25.	Rougui SYLLA	Agent administratif	PNLP
26.	Mawdo DRAME	PNLP	PNLP
27.	Oumou Khairy DIOP	Conseillère Juridique	PNLP
28.	Ibra SEYE	Point Focal MII	PNLP
29.	Issa GUEYE	PF Partenariat	PNLP
30.	Alioune SAGNA	Assistant de direction	PNLP
31.	Daouda Abdoulaye SAWARE	Comptable	PNLP
32.	Ndéye Coura SECK	Journaliste	PNLP
33.	Pr Mayacine NDIONGUE	Consultant	Dakar
34.	Dr Sylla THIAM	Consultant	Dakar
35.	Dr Bakary SAMBOU	Expert Malaria OMS	Dakar
36.	Seynabou DIOKHANE	Advocacy specialist	Dakar
37.	Dr Mame Diarra FAYE	Médecin de santé publique, HEALTH Manager	FHIR
38.	Dr Moustapha CISSE	Malaria Advisor	PATH/REACH
39.	Dr Fatima Bintou SALL	Médecin -Chercheur	UFR Thiès
40.	Dr Yacine NDIONE	Pharmacienne	CAP
41.	Pr Daouda NDIAYE	Paludologue, enseignant-chercheur	CIGASS/UCAD

42.	Dr Mamadou Alpha DIALLO	Enseignant UCAD	CIGASS/UCAD
43.	Serigne NDIAYE	SP / SSP	DRS Diourbel
44.	Dr El Hadj BA	Chercheur	IRD
45.	Dr Seynabou GAYE	Malaria Advisor	PATH/REACH
46.	Dr Isaac A Manga	Enseignant- chercheur	UCAD
47.	Dr Makhtar NIANG	Directeur de recherche	Institut Pasteur
48.	Ibrahima NDIAYE	SG Réseau des OCR	Dakar
49.	Dr Marcel DASSOKA	Responsable qualité programme de Santé	ARP
50.	Dr Christophe Koiti KANFOM	Médecin Chef de District	Kaffrine
51.	Mame Ndième MBENGUE	S/SSP	DS Rufisque
52.	Fatou NDIAYE	Stagiaire entomologiste	LEVP/ UCAD
53.	Dr Niéne SECK	Médecin Chef de District	Kaolack
54.	Dr Pape Saliou NDOYE	Médecin Chef de District	DS de Joal
55.	Saba NDIAYE	S/SSP	DS de Touba
56.	Dr Abdoulaye DIOP	Entomologiste	Dakar
57.	Amadou Bamba CISSE	CSS	CCA
58.	Dr Yakou DIEYE	Personne ressource	Mbour
59.	Dr Demba KANE	Digital Health / IT	PATH/REACH
60.	Amadou Tidiane DIALLO	RAF	PLAN International
61.	Dr Serigne Amdy THIAM	Coordonnateur Adjoint Subvention Z MoH	Sen ZEN MOH
62.	Dr Tidiane THIAM	Country Manager	PATH/ MACEPA

63.	Pr Doudou SOW	Enseignant chercheur	UGB de St Louis
64.	Ibrahima DIA	IPD	DAKAR
65.	Dr Abiboulaye SARR	Adjoint Directeur régional de la santé	DRS Saint LOUIS
66.	Landing SAGNA	SSP	DS Kedougou
67.	Dr Serigne Modou FAYE	Médecin Chef de District	MYF
68.	Dr Moussa NDIAYE	Médecin Chef de District	DIOURBEL
69.	Dr Mountaga E DIA	Coordonnateur	ECOSS
70.	Dr Cheikh Sadibou SENGHOR	Directeur Régional de la Santé	Louga
71.	Dr Babacar Valentin BADJI	Médecin Chef de District	Goudomp
72.	Dr Tidiane Gadiaga	Chef DSISS	MSHP
73.	Daouda SARR	BOE	DLM
74.	Marie SARR	Agent	Dakar
75.	Elhadj Cheikh SY	PM	CRS
76.	Alpha Mouhamadou DIOP	DLSN	Dakar
77.	Dr Fatou THIAM	Enseignant chercheur/ GRBA	ESP UCAD
78.	El hadji Amadou NIANG	Chercheur	LEVP
79.	Dr Aboubacar SADOU	Conseiller technique	DoS
80.	Pr Babacar FAYE	Parasitologie, enseignant-chercheur	UCAD/ CCPLP
81.	Dr Ndella DIAKHATE	PF Paludisme	OMS

82.	Dr Alioune Badara GUEYE	DU	MSHP
83.	Dr Alpha Seyda NDIAYE	Chef de programme Santé	UNICEF
84.	Amadou GUEYE	Stagiaire comptable	Dakar
85.	Serge Wadji	DL	MSHP
86.	Bamby SYLLA	Chef de projet	Plan International
87.	Fatoumata D NIANG	Secrétaire stagiaire	Thiès
88.	El h Malick Fall	Stagiaire Comptable	Dakar
89.	Maimouna BA	Sociologue spécialiste en Santé publique	Dakar
90.	Dr Mame Birame DIOUF	Personne ressource	Dakar
91.	Pr Mame Cheikh SECK	Coordonnateur	PLPA/ Armées
92.	Dr Amady BA	Médecin Chef de District	Keur Massar

Programme National De Lutte Contre Le Paludisme

