



COLLECTION PROGRÈS ET IMPACT

Numéro 4 • novembre 2010

Focus sur le Sénégal



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION



Programme National
de Lutte contre le Paludisme



COLLECTION PROGRÈS ET IMPACT

Numéro 4 • novembre 2010

Focus sur le Sénégal



Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Focus sur le Sénégal / Eric Mouzin ... [et al].

(Collection progrès et impact, n. 4)

1. Paludisme - prévention et contrôle. 2. Paludisme - thérapeutique. 3. Paludisme - économie. 4. Financement, Santé. 5. Sénégal. I. Mouzin, Eric. II. Thior, Pape Moussa. III. Diouf, Mame Birame. IV. Sambou, Bakary. V. Partenariat mondial pour Faire reculer le paludisme. VI. Série.

ISBN 978 92 4 250040 0

(Classification NLM : WC 765)

© Organisation mondiale de la Santé au nom du Secrétariat du Partenariat RBM (Faire reculer le paludisme) 2010

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, Avenue Appia 20, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int). Certaines photographies sont soumises aux honoraires de licence et ne peuvent pas être reproduites librement ; les demandes relatives à la permission de reproduire les photographies devraient être adressées au Secrétariat du Partenariat RBM.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, du Secrétariat du Partenariat RBM ou de ses partenaires, aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

Les données fournies dans ce rapport ont été assemblées de juin à août 2010 (inclus). En raison des mises à jour constantes des informations relatives à la couverture des interventions par les pays et agences, quelques montants figurant dans ce rapport peuvent avoir changé dans l'intervalle ; tous les montants ne sont pas mis à jour à une même date. De tels changements sont généralement secondaires et n'affectent pas, au moment de la publication, l'image consolidée de la couverture des interventions antipaludiques et de l'impact observé ou supposé de ces interventions.

La mention ou l'apparition dans des photographies de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés de préférence à d'autres de nature analogue, par l'Organisation mondiale de la Santé, le Secrétariat du Partenariat RBM ou ses partenaires. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé et les auteurs ont pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur.

En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé, le Secrétariat du Partenariat RBM ou ses partenaires ne sauraient être tenus responsables des préjudices subis du fait de son utilisation.

Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les éditeurs cités nommément.

Photographies | Couverture et pp. 4, 12, 14, 23, 31, 34, 39 : © Maggie Hallahan/Sumitomo Chemical | pp. 6, 8, 10, 17, 19, 20, 22, 25, 27, 28, 29, 41, 42, 46, 49 : © Programme National de Lutte contre le Paludisme | pp. 20, 33, 50 : © Catherine Karnow.

Contact | Secrétariat du Partenariat RBM | siégeant à l'Organisation mondiale de la Santé | Avenue Appia 20 | 1211 Genève 27 | Suisse | Tél. : +41 22 791 5869 | Fax : +41 22 791 1587 | Courriel : inforbm@who.int

Création : messaggio studios | Impression : natura print

TABLE DES MATIÈRES

Abréviations.....	5
Remerciements.....	7
Avant-propos.....	9
Résumé : Progrès et impact de la lutte contre le paludisme au Sénégal en un clin d’œil.....	11
<i>Encadré 1 : L’ampleur du paludisme au Sénégal.....</i>	<i>12</i>
I. Les premiers pas : La naissance du programme de contrôle, 1995–2003.....	15
<i>Encadré 2 : Youssou N’Dour en première ligne contre le paludisme au Sénégal.....</i>	<i>16</i>
II. La construction d’un programme de prévention et de contrôle à grande échelle.....	21
<i>Encadré 3 : Entretien avec le Dr Pape Moussa Thior, coordonnateur du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) à Dakar.....</i>	<i>24</i>
<i>Encadré 4 : Le programme de prise en charge à domicile (PECADOM).....</i>	<i>28</i>
<i>Encadré 5 : Équité des interventions et effets bénéfiques du programme.....</i>	<i>32</i>
<i>Encadré 6 : Forces et faiblesses de la lutte contre le paludisme au Sénégal.....</i>	<i>38</i>
<i>Encadré 7 : La courbe de Tivaouane.....</i>	<i>45</i>
III. Les prochaines étapes : Renforcer la lutte.....	47
IV. Conclusion.....	51
Annexe : Liste des partenaires du PNLP.....	52



ABRÉVIATIONS

ABCD	<i>Atteindre les Bénéficiaires Communautaires à travers les Districts</i>
ACT	<i>Artemisinin-based combination therapy (Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine)</i>
AID	<i>Aspersions intradomiciliaires</i>
CCM	<i>Country Coordinating Mechanism (Instance de coordination nationale du Fonds mondial)</i>
DSDOM	<i>Dispensateur de soins à domicile</i>
EDS	<i>Enquête démographique et de santé</i>
ENPS	<i>Enquête nationale sur le paludisme au Sénégal</i>
GMP	<i>Programme mondial de lutte antipaludique créé par l'OMS</i>
LiST	<i>Lives Saved Tool (Modèle permettant d'estimer l'impact en fonction des taux de couverture de différentes interventions)</i>
MII	<i>Moustiquaire imprégnée d'insecticide</i>
MILDA	<i>Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action</i>
OMD	<i>Objectifs du Millénaire pour le Développement</i>
OMS	<i>Organisation mondiale de la Santé</i>
PECADOM	<i>Prise en charge à domicile</i>
PID	<i>Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent</i>
PMI	<i>The President's Malaria Initiative (Initiative du Président américain contre le paludisme)</i>
PNLP	<i>Programme National de Lutte contre le Paludisme</i>
RAC	<i>Réseaux d'appui communautaires</i>
RBM	<i>Roll Back Malaria (Faire reculer le paludisme)</i>
SP	<i>Sulfadoxine-pyriméthamine</i>
TDR	<i>Test de diagnostic rapide</i>
TPI	<i>Traitement préventif intermittent</i>
TPIp	<i>Traitement préventif intermittent pendant la grossesse</i>
UNICEF	<i>Fonds des Nations Unies pour l'Enfance</i>
USAID	<i>Agence américaine pour le développement international</i>



L'équipe du PNLN au Sénégal

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé sous l'égide du Partenariat RBM (Roll Back Malaria, Faire reculer le paludisme) dans le cadre de l'évaluation des progrès par rapport aux objectifs de 2010 du Plan d'action mondial contre le paludisme et aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Ce rapport a été rédigé par Eric Mouzin (Secrétariat du Partenariat RBM, Genève), Pape Moussa Thior et Mame Birame Diouf (Programme National de Lutte contre le Paludisme/PNLP, Ministère de la Santé et de la Prévention de la République du Sénégal, Dakar) et Bakary Sambou (Organisation mondiale de la Santé/OMS, Dakar).

Les informations utiles à la rédaction de ce rapport ont été obtenues auprès de nombreux membres du PNLP du Sénégal, parmi lesquels Oulèye Beye, Abdoulaye Diop et Moustapha Cissé ainsi que Doudou Ba (Académie Nationale des Sciences et Techniques du Sénégal, Dakar), Oumar Gaye (Université Cheikh Anta Diop, Dakar), El Hadji Yankhoba Dial (District de santé, Tivaouane). Nous tenons également à remercier Thomas Eisele et David Larsen (Université Tulane, La Nouvelle-Orléans), Martin Edlund (Malaria No More, New York), Musoke Jackson Sempala et Ryuichi Komatsu (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Genève), Robert Perry (Initiative du Président américain contre le paludisme/PMI, Dakar), Christopher Hedrick (Peace Corps, Dakar), Paul Libiszowski et Rick Steketee (Partenariat pour le contrôle et l'évaluation du paludisme en Afrique [MACEPA], un programme de PATH, Ferney-Voltaire) et Eric-Marie Dupuy (consultant MACEPA).

Une aide et des commentaires précieux ont été apportés à la rédaction de ce rapport par James J. Banda, Richard Carr, Boi-Betty Udom (Secrétariat du Partenariat RBM) et Robert Newman (OMS). Il a été révisé et relu en français par Hana Bilak (MACEPA) et Lauren Ptitto Anderson (consultante RBM).

Nous remercions vivement Élodie Genest Limouzin (PATH/MACEPA), Marina Gavrioushkina, Michel Smitall, Prudence Smith et Christelle Thomas (Secrétariat du Partenariat RBM) pour leur soutien et leur participation à la réalisation et à la production de ce rapport.



AVANT-PROPOS

La matérialisation des engagements venant du plus haut niveau du Sénégal dans le Partenariat RBM s'est traduite par la mise à l'échelle des interventions à efficacité prouvée, grâce à l'appui des partenaires techniques et financiers. En effet, l'intensification des interventions communautaires de lutte contre le paludisme, la distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), ainsi que la mise en place de tests de diagnostic rapide (TDR) et de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) ont permis d'obtenir une baisse considérable de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme. L'introduction de ces nouveaux outils de lutte contre le paludisme a été réalisée au prix d'un effort important de plaidoyer et de renforcement du système de santé à tous les niveaux, y compris communautaire.

La mise en place de réseaux communautaires encadrés par les agents de santé a permis de créer des synergies d'actions entre les différentes parties prenantes de la lutte. Ainsi, la population a pu prendre conscience des dangers du paludisme, adopter les mesures préventives appropriées contre cette maladie et recourir aux structures sanitaires en cas de fièvre.

L'amélioration de la qualité du diagnostic, grâce à l'introduction des TDR fournis gratuitement aux patients, peut être considérée comme un tournant décisif dans la lutte contre le paludisme au Sénégal. Elle a permis de cibler plus justement la lutte contre la maladie tout en suscitant l'adhésion des prestataires et des populations.

Dans le domaine curatif, la gratuité des ACT et la mise en œuvre de la prise en charge à domicile

(PECADOM) ont rendu plus accessibles les services de lutte contre le paludisme pour tous les Sénégalais, en particulier pour ceux qui vivent dans les zones rurales enclavées. Cette politique vient confirmer, si besoin en était, le souci d'équité qui est une préoccupation permanente des autorités sanitaires du pays.

Les résultats remarquables ainsi obtenus – surtout pour les groupes vulnérables – permettent d'affirmer que la lutte contre le paludisme contribuera de façon significative à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement notamment ceux en rapport avec la santé de la mère et de l'enfant (OMD 4 et 5).

Le Sénégal a aujourd'hui l'honneur et le privilège de partager ces résultats avec l'ensemble des partenaires et espère par la même occasion sensibiliser davantage les pays et organismes donateurs sur la nécessité et la pertinence de l'augmentation des ressources à allouer aux pays affectés par le paludisme.

Dans un contexte marqué par des évolutions techniques et programmatiques rapides, le partage de l'information et des expériences n'est pas seulement souhaitable, il est nécessaire. Nous espérons donc que ce rapport contribuera à cet échange d'informations que tous les acteurs appellent de leurs vœux.

C'est à ce prix qu'ensemble nous vaincrons le paludisme en Afrique.

*Son Excellence, Monsieur Modou Diagne Fada
Ministre de la Santé et de la Prévention
de la République du Sénégal*



RÉSUMÉ

Progrès et impact de la lutte contre le paludisme au Sénégal en un clin d'œil.

- Depuis 2005, le Sénégal a construit un programme efficace de contrôle du paludisme qui s'appuie sur un management renforcé et des plans bien définis.
- Les bonnes pratiques mises en place et la planification de la stratégie ont permis d'attirer partenaires et ressources financières extérieures. Ainsi, entre 2005 et 2010, plus de 130 millions de dollars US ont été mobilisés pour étendre la lutte contre le paludisme au niveau national.
- Ces financements ont servi à déployer un certain nombre d'interventions de prévention et de traitement du paludisme, et c'est ainsi que :
 - environ 6 millions de moustiquaires auront été distribuées à la fin 2010 ;
 - plus de 300 000 pièces d'habitation ont été aspergées d'insecticide ;
 - les 14 régions du pays ont bénéficié de la mise à disposition gratuite de traitement préventif intermittent pendant la grossesse, de tests de diagnostic rapide (TDR) et de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) ;
 - un million de TDR et 1,5 million d'ACT ont été distribués ;
 - 17 000 agents ont été formés à l'utilisation de ces tests et de ces traitements ; et
 - le soutien aux associations communautaires a été étendu aux 69 districts du pays.
- Grâce à une planification active, le déploiement méthodique des interventions a engendré de bons taux de couverture au niveau national :
 - 82 % des ménages possèdent au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) en 2010, soit une augmentation de 36 % en moins de deux ans ;
 - 45 % des enfants et 49 % des femmes enceintes dans la population générale (disposant ou non d'une moustiquaire), ont utilisé une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête post-campagne début 2010, des pourcentages qui ont augmenté de 40 % en un an ;
 - 52 % des femmes enceintes ont reçu au moins deux doses de sulfadoxine-pyriméthamine au cours de consultations prénatales en 2008/2009¹ contre 13 % en 2005 ;
 - 86 % des patients présentant une fièvre suspecte de paludisme ont bénéficié d'un TDR en 2009.
- Le taux de couverture élevé, à son tour, a permis d'avoir un impact sur la santé, de réduire le fardeau de la maladie et de sauver des vies, plus précisément :
 - la mortalité des enfants de moins de 5 ans a été réduite de 30 % entre 2005 et 2008/2009 ;
 - l'anémie modérée (entre 7 et 10g/dL) chez l'enfant de moins de 5 ans est passée de 55 % à 48,5 % entre 2005 et 2008/2009 ;
 - le nombre de cas de paludisme confirmés a été réduit de 41 % en un an ;
 - 26 800 enfants de moins de 5 ans ont été sauvés, d'après le modèle d'estimation Lives Saved Tool (LiST), depuis 2001.
- Ces interventions et ces gains en matière de santé ont atteint les populations rurales les plus économiquement défavorisées et ont contribué à améliorer à la fois le système de santé et les programmes de protection mère-enfant.
- À présent que les mesures de prévention et de contrôle du paludisme ont montré leur efficacité, il est essentiel de maintenir l'effort humain et financier pour continuer à faire reculer la maladie. C'est à ce prix que l'élimination du paludisme pourra devenir un jour réalité. Sinon le retour rapide de ce fléau sanctionnera toute complaisance.
- La prochaine phase demandera beaucoup d'efforts et elle ne sera pas associée à des résultats aussi marquants. En revanche, bien conduite, cette étape pourra annoncer un temps où le paludisme deviendra anecdotique et où son élimination deviendra réalisable.

¹ L'enquête ENPS-II a été effectuée entre décembre 2008 et janvier 2009.

Encadré 1 : L'ampleur du paludisme au Sénégal

Le paludisme au Sénégal en un clin d'œil

- 12,5 millions d'habitants au Sénégal.
- Paludisme endémique stable, recrudescence saisonnière de juillet à décembre.
- Sahélien, hypo-endémique au Nord ; guinéo-soudanien, hyper-endémique au Sud.
- Environ 2 millions de cas suspects, 2000 décès en 2005.
- Le paludisme est responsable de plus de 20 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans.

La population du Sénégal est d'environ 12,5 millions d'habitants. Le pays est divisé en 14 régions et 46 départements. Le système de santé suit la division administrative avec un médecin responsable de la région, mais chacun des 69 districts de santé couvre soit la totalité, soit une partie d'un département administratif. Chaque district sanitaire est placé sous l'autorité d'un médecin-chef. La pyramide de santé repose, au niveau périphérique, sur 913 postes de santé, placés sous la responsabilité

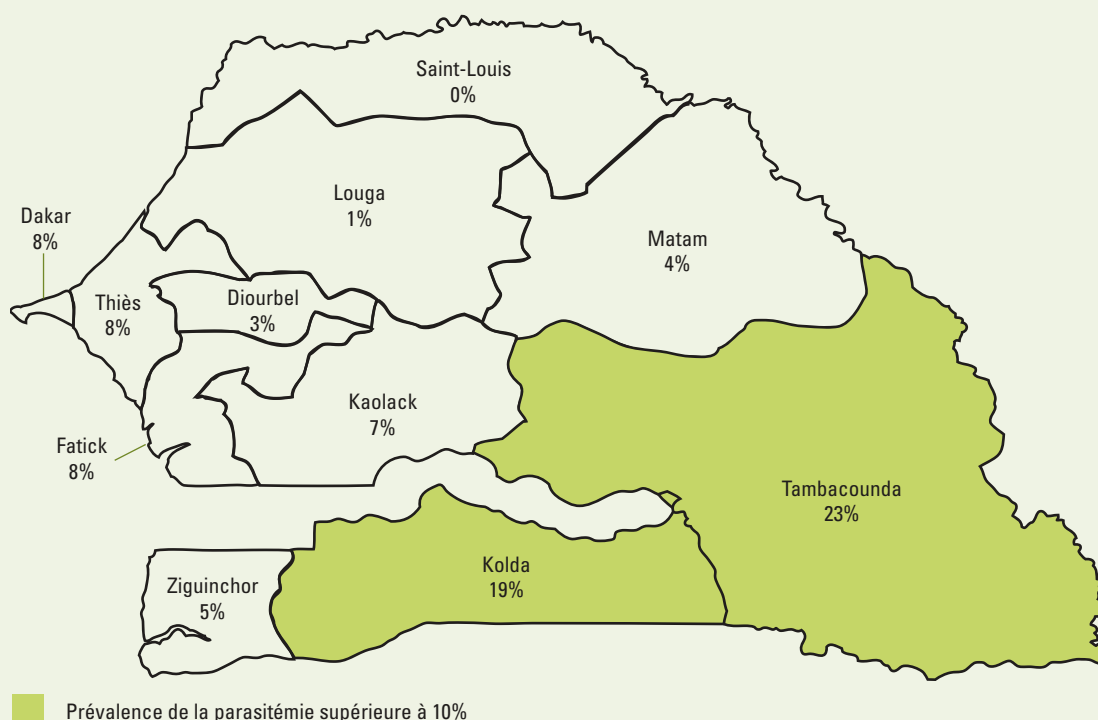
de l'infirmier(ière) chef de poste et sur 1383 cases de santé gérées par des agents de santé communautaires, eux-mêmes placés sous l'autorité et la supervision de l'infirmier(ière) du poste.

Le paludisme au Sénégal est défini comme endémique stable à recrudescence saisonnière. La saison des pluies s'étend de juillet à octobre. Le pic de paludisme, qui en est la conséquence, se situe entre juillet et décembre.



Figure 1.1 : Prévalence de la parasitémie au Sénégal

Les variations épidémiologiques sont importantes du Nord, sahélien et hypo-endémique, au Sud, guinéo-soudanien et hyper-endémique. Ces variations géographiques expliquent en partie les différences de prévalence de parasitémies enregistrées en 2008 et reproduites sur la carte ci-dessous.



Source : ENPS-II, 2008–2009.

Le paludisme a toujours représenté un fléau de santé publique pour la population sénégalaise :

- En 2005, environ **2 millions de cas de paludisme** (confirmés ou non) étaient recensés au niveau national ainsi que **plus de 2000 décès** attribuables à la maladie (PNLP, 2006).
- Le paludisme est responsable de **32 % des consultations externes** et de plus de **20 % des décès des moins de 5 ans**.
- L'impact humain et économique de la maladie constitue un frein sérieux au développement économique : soit de manière directe par les coûts de santé relatifs aux soins et hospitalisations, soit de manière indirecte par les journées de travail chômées par incapacité personnelle ou pour s'occuper d'un enfant malade.



LES PREMIERS PAS : LA NAISSANCE DU PROGRAMME DE CONTRÔLE, 1995–2003

*« Avec 10 000 dollars US par an, un coordonnateur, une assistante, un chauffeur et un véhicule de supervision pour couvrir tout le pays, les résultats ne pouvaient être que très limités ! »
Dr Bakary Sambou, coordonnateur du PNLP de 1997 à 2000.*

Pendant des dizaines d'années, la lutte contre le paludisme a tourné autour de quelques actions sporadiques et surtout de programmes de recherche universitaires.

Au cours des années 90, le besoin de mener une action à plus grande échelle s'est fait sentir. En 1995, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) est créé et placé sous la tutelle du Ministère de la Santé et de la Prévention. Le « programme » ne comprend qu'un point focal et une assistante, un simple bureau au sein du Service National des Grandes Endémies, sans moyens véritables. Son budget est celui alloué par l'OMS, soit 20 000 dollars US tous les deux ans.

L'année 1997 marque un tournant. L'OMS accorde 185 000 dollars US pour concentrer les efforts et les financements dans 12 districts du Sénégal à travers le premier Plan accéléré de lutte contre le paludisme. L'évaluation externe réalisée en octobre 1998 est encourageante : les premiers résultats sont là. En se donnant les moyens humains et financiers, la lutte contre le paludisme peut devenir une réalité concrète et efficace.

En 1999, le Sénégal est un pays pilote, avec le Mali et la Mauritanie, lors du lancement du Partenariat RBM. Dans ce cadre, une analyse de situation est réalisée en collaboration avec un cabinet de consultants privé. Le mouvement généré et l'analyse critique effectuée attirent financements et partenaires : l'Agence japonaise de coopération internationale, l'UNICEF

et la Banque mondiale appuient l'État sénégalais. Ils financent l'achat de moustiquaires ainsi que la première enquête nationale pour identifier les besoins et guider l'action à accomplir. Un grand Ministère de la Santé est créé.

En 2000, après la Déclaration d'Abuja, un groupe de facilitateurs et un comité technique sont mis en place. Le Ministre de la Santé s'engage dans un mouvement de mobilisation sociale, « la croisade contre le paludisme ». Le premier plan stratégique (2001–2005) est élaboré à partir de l'analyse de situation. Il sert d'outil de plaidoyer et permet d'assurer des financements supplémentaires.

En 2003, une mission RBM (REAPING, *RBM Essential Actions, Progress, Investment Gaps*) permet d'identifier les besoins et de définir les actions prioritaires. Cette réflexion critique et cette analyse conduiront à l'élaboration d'un plan d'action, serviront d'outil de plaidoyer efficace et permettront d'obtenir le premier financement important, lors de la série 1 du Fonds mondial. Toujours en 2003, le Sénégal modifie sa politique de traitement, remplaçant la chloroquine en monothérapie par les combinaisons thérapeutiques (amodiaquine/sulfadoxine-pyriméthamine initialement) et adopte le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte.

La dynamique est amorcée et le PNLP va pouvoir engager des actions efficaces et de plus grande ampleur.

Encadré 2 : Youssou N'Dour en première ligne contre le paludisme au Sénégal

La lutte contre le paludisme s'est dotée d'un soutien de taille au Sénégal : Youssou N'Dour s'est engagé très tôt aux côtés du PNLP. Déjà engagé auprès de l'UNICEF et du Partenariat RBM, Youssou N'Dour a compris que la seule façon d'atteindre des résultats tangibles et durables et de garantir le soutien des partenaires est de s'approprier le combat localement. En 2005, Youssou N'Dour était en haut de l'affiche d'AFRICA LIVE. Le concert RBM, suivi par environ un milliard de personnes dans le monde, incluait de la musique des principaux artistes africains ainsi que des messages sur le paludisme, grâce aux efforts concertés de nombreux partenaires RBM. « La musique peut accélérer le mouvement de la lutte contre le paludisme » déclarait Youssou N'Dour à ce moment là.

Fidèle à ses paroles, Youssou N'Dour crée avec son frère Boubacar *Sénégal Surround Sound*, une initiative de communication et d'éducation, destinée à aider à réduire le fléau du paludisme au Sénégal.

Pour atteindre le public, *Sénégal Surround Sound*, allié au PNLP et à l'ONG américaine Malaria No More, lance une campagne nationale en 2009, *Xeex Sibbiru* («Luttons contre le Paludisme» en Wolof) ; celle-ci est destinée à informer et responsabiliser la population afin de se protéger contre le paludisme, tout en mobilisant tous les secteurs de la société sénégalaise. La campagne touche tous les publics : personnalités du monde des affaires et du sport, médias, leaders religieux ont ainsi apporté leur soutien et leur contribution.

La campagne *Xeex Sibbiru*, une initiative originale en termes de partenariat public-privé, utilise plusieurs canaux de communication, comme un concours national de chant, le réseau des agents de santé communautaires et la mobilisation des partenaires de la société civile pour intensifier les messages de prévention du paludisme.





Les activités orchestrées par cette campagne incluent :

- **Le soutien à la campagne nationale de distribution de moustiquaires imprégnées :** la campagne s'est ouverte avec un concert retransmis au niveau national pour promouvoir la distribution de 2,2 millions de moustiquaires. Les agents de santé communautaires ont pu utiliser des spots radio incluant des personna-

lités reconnues, des chansons, ainsi que des certificats signés par Youssou N'Dour pour promouvoir la distribution et l'utilisation de ces moustiquaires. La chanson de Youssou N'Dour *Xeex Sibiru*, écrite pour l'occasion, a été enregistrée en trois versions – Wolof, Pulaar et Serere – et a été diffusée sur les ondes et dans plus de 1300 cases de santé.

- **L'engagement des chefs religieux et du secteur privé :** pendant le Ramadan 2009,

Youssou N'Dour et l'équipe *Xeex Sibbiru* se sont rendus dans les principaux centres spirituels du Sénégal pour recevoir la bénédiction des chefs religieux du pays et leur engagement à encourager leurs fidèles à utiliser les moustiquaires. Dans le même temps, des entreprises nationales et internationales comme Africa Cola, ExxonMobil ainsi que le Conseil Économique et Social du Sénégal ont rejoint la campagne comme mécènes pour aider à atteindre les populations cibles.

- **Un concours de chant *Xeex Sibbiru*** : il s'est déroulé de mars à juin 2010. Plus de 1000 candidats ont participé au concours de chant et des activités ont été conduites dans les 14 régions du Sénégal. Pour s'inscrire les candidats devaient démontrer leurs connaissances sur le paludisme, soumettre une chanson originale à propos de la maladie et travailler aux côtés d'éducateurs de santé pour éduquer leur communauté. Des campagnes de promotion ont été conduites dans chaque case, poste et centre de santé sur toute l'étendue du territoire national. Huit concerts régionaux ont été donnés avec la participation d'artistes, y compris Youssou N'Dour et Viviane. Retransmise à la télévision nationale, la finale de ce concours a eu lieu le 9 juin 2010, à Dakar, en présence de représentants de *Sénégal Surround Sound*, du PNL, de Malaria No More et de Roll Back Malaria. Le vainqueur, Djibril Diop, a pu enregistrer sa chanson contre le paludisme avec Youssou N'Dour et Viviane. Il continuera à prêter sa voix à la lutte contre le paludisme pour une durée d'un an.

L'approche *Sénégal Surround Sound* pour la campagne *Xeex Sibbiru*

- **Un message approprié** : des enquêtes CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) ont permis de déterminer le contenu du message à

transmettre. Les personnalités comme Youssou N'Dour ont travaillé avec le PNL pour adapter ces messages afin qu'ils soient percutants dans les populations cibles.

- **Des messagers reconnus** : une enquête quantitative a permis d'identifier les porte-paroles les plus crédibles dans les différentes régions. C'est ainsi qu'ont été recrutés des musiciens célèbres, des chefs religieux, des sportifs et des comédiens pour incarner *Xeex Sibbiru* auprès du public.
- **Une participation multisectorielle** : des porte-paroles reconnus et des activités à forte visibilité ont permis à la campagne d'engager des partenaires clés dans le domaine religieux, de la santé, du sport, des médias et du monde des affaires pour élargir l'audience et augmenter l'impact.
- **Des mesures d'impact**, collectées lors d'enquêtes nationales :

	Avant <i>Surround Sound</i> (juin 2009)	Depuis <i>Surround Sound</i> (novembre 2009)
Pourcentage de la population se souvenant d'au moins un élément de la campagne.	-	64 %
Nombre de grandes entreprises ou associations actives dans la lutte contre le paludisme.	1	8
Nombre d'institutions religieuses nationales impliquées.	0	3
Nombre de porte-paroles reconnus au plan national (musiciens, chefs spirituels, athlètes, comédiens).	2	30

Cette stratégie fait des émules. En avril 2010, Youssou N'Dour était au Cameroun pour explorer la possibilité de lancer «*Cameroun Surround Sound*» et essayer de répliquer là-bas les résultats obtenus au Sénégal. D'autres pays pourraient suivre.



Deux questions à Youssou N'Dour

Quels conseils donneriez-vous aux pays qui voudraient s'inspirer de ce que vous avez construit au Sénégal ?

Utilisez le talent et la richesse de votre culture locale. Les donateurs internationaux contribuent énormément au bien-être de l'Afrique, mais seuls les Africains sont capables de créer la transformation culturelle durable qui est nécessaire pour gagner la lutte contre le paludisme. Personne d'autre que nous ne peut vivre et comprendre nos réalités. Comme mon frère Boubacar aime à le dire : « Si nous arrivons à faire que tout le monde au Sénégal connaisse par cœur cinq cents chansons, alors on devrait pouvoir éduquer les gens sur le paludisme ! ».

Est-ce important d'impliquer des partenaires venant du domaine des affaires, religieux ou des médias ?

C'est crucial ! Nous avons la chance que les donateurs internationaux s'intéressent au paludisme pour l'instant. Mais c'est un combat de longue haleine. Sur le long terme, nous aurons besoin des ressources, du talent, et de l'implication de tous les secteurs de la société sénégalaise si nous voulons pérenniser les succès obtenus et éliminer le paludisme. Cela ne sera ni facile, ni rapide mais ensemble, nous sommes capables de le faire.



LA CONSTRUCTION D'UN PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE À GRANDE ÉCHELLE

L'objectif de ce chapitre est de décrire méthodiquement la séquence des événements nécessaires à la mise en œuvre d'un programme de contrôle : de la planification et la gestion permettant la recherche de financements, à l'implémentation des interventions nécessaires, puis au suivi et à l'évaluation avec mesures des taux de couverture et d'impact. Cette dernière phase permet alors de revenir à une nouvelle étape de planification, avec de nouvelles données et de recommencer le cycle.

a. Gérer et planifier

Le PNLP du Sénégal en un clin d'œil

- Création du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) en 1995.
- Réorganisation majeure en 2005 après annulation des financements du Fonds mondial (série 1).
- Renforcement important des capacités de gestion et de planification.
- Augmentation des effectifs qui passent de 5 à 32 membres en cinq ans.
- Accélération des financements et des activités sur les cinq dernières années.

L'année 2004 commence sous de mauvais augures pour le PNLP au Sénégal : une évaluation négative de l'utilisation des fonds alloués par le Fonds mondial conduit à l'annulation des financements de la série 1. Cela permettra toutefois au PNLP de prendre rapidement les mesures adéquates et d'améliorer l'efficacité de son administration et de sa gestion.

À la suite de missions d'enquête, le PLNP entreprend une réorganisation majeure en 2005, qui s'accompagne d'un renforcement de ses ressources humaines. Le Sénégal obtient un deuxième financement du Fonds mondial (série 4) et élabore un second plan stratégique portant sur la période 2006-2010.



Les actions du programme s'intensifient et s'accroissent :

- 2006 : Couverture nationale en combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT).
- 2007 : Couverture nationale en tests diagnostiques rapides et gratuits, obtention d'un troisième financement du Fonds mondial (série 7).
- 2008 : Lancement de la prise en charge à domicile des cas de paludisme (PECADOM) dans les districts choisis pour leur forte prévalence palustre et faible densité des postes de santé.
- 2009 : Lancement de la première campagne de distribution de masse de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) à l'échelon national.
- 2010 : Amplification des efforts ;
 - extension de la couverture de la PECADOM ;
 - mise à disposition gratuite des ACT ;
 - mise en œuvre de la couverture universelle en MII dans 4 régions du Sud-Est ;
 - revue des performances du PNLP (entre avril et mai) ;
 - interdiction des monothérapies à base d'artémisinine pour lutter contre l'émergence des résistances (juin) ;
 - élaboration du troisième plan stratégique 2011-2015 (juin) ;
 - soumission d'une nouvelle demande de financement au Fonds mondial (série 10) (août).

L'action du PNLP a toujours été guidée par la recherche opérationnelle. Une commission « recherche » a été instituée en son sein depuis 1995. Dirigée par le Professeur Oumar Gaye, de la Faculté de Médecine de l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD) de Dakar, elle regroupe des spécialistes du Ministère de la Santé, des universitaires, des instituts de recherche locaux (Institut de recherche pour le développement (IRD), Institut Pasteur, laboratoire d'écologie vectorielle et d'entomologie médicale...), des experts de l'OMS et d'autres partenaires techniques internationaux.

Par le biais de cette commission, le PNLP planifie et coordonne les activités de recherche sur le paludisme. Celles-ci vont des essais cliniques au suivi de l'efficacité des antipaludéens (surveillance de l'apparition des résistances), en passant par le contrôle de la qualité des médicaments. Des études de faisabilité peuvent également être conduites, comme cela a été le cas lors de l'introduction des tests de diagnostic rapides.

Ainsi, les principales interventions peuvent s'appuyer sur des données de recherche opérationnelle.

Ce large partenariat avec les structures de recherche a permis d'une part de développer la recherche sur le paludisme au Sénégal et d'autre part, de disposer de ressources pour orienter, développer et/ou suivre les actions du PNLP.



Figure 2.1.
Objectifs du plan national stratégique de lutte contre le paludisme au Sénégal

Plan national stratégique 2006–2010	
	Objectif
Couverture MII	>80 % des foyers disposant d'une moustiquaire.
Couverture pulvérisation ID	>80 % des foyers éligibles dans les zones cibles.
Couverture TPI grossesse	>80 % des femmes enceintes recevant ≥ 2 doses TPIp.
Utilisation de MII chez les enfants < 5 ans	>80 % des enfants de moins de 5 ans dormant sous une MII.
Prise en charge médicamenteuse	>80 % des personnes malades traitées par un traitement ACT approprié au cours des premières 24 heures.

Depuis la réorganisation de 2005, l'équipe du PNLP est passée de 5 à 32 membres, grâce à la contribution du Fonds mondial qui finance 18 de ces 32 postes. Elle comprend 4 médecins, 2 pharmaciens, 2 ingénieurs, 1 technicien supérieur, 1 logisticien, 1 économiste, 3 comptables, 2 secrétaires, 7 chauffeurs et 9 agents assurant la sécurité, l'entretien et l'accueil.

Les principaux objectifs qui guident le deuxième plan stratégique, venant à échéance à la fin de l'année 2010, sont détaillés dans la figure 2.1.

Le PNLP et ses partenaires procèdent à une planification stratégique quinquennale. En revanche, le programme ne dispose pas de plans de mise en œuvre opérationnels et financiers en dehors de ceux élaborés pour la mise en œuvre des subventions allouées par des partenaires comme le Fonds mondial, le PMI, la Banque islamique de développement. Pour remédier à cette situation, le PNLP est en train de développer des plans opérationnels triennaux ainsi que des plans annuels et de demander aux bailleurs de souscrire à tout ou partie des activités décrites.

Encadré 3 : Entretien avec le Dr Pape Moussa Thior, coordonnateur du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) à Dakar

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme au Sénégal est souvent cité comme un exemple de réussite pour ses résultats en termes de réduction de morbidité et de mortalité liées au paludisme. Comment en êtes-vous arrivé là ?

Je pense que pour nous, l'électrochoc a été l'annulation du premier financement du Fonds mondial (série 1) en 2004. Subitement, les responsables politiques et techniques ont réalisé qu'une grande opportunité était en train d'être perdue. Une évaluation de la gestion du programme a été entreprise ; celle-ci a souligné des faiblesses importantes.

Le programme a été complètement remanié. Appuyés par le Fonds mondial, nous avons pu recruter, le programme est ainsi passé de 5 à 32 personnes, un organigramme clair et fonctionnel a été établi avec des descriptions de postes détaillées et précises.

Pour moi, les clés du succès sont dans la **gestion** du programme, la **décentralisation** et aussi notre implication sur le **terrain**, comme en témoigne le grand nombre de kilomètres parcourus chaque année par nos équipes et nos véhicules !

Quelles sont les principales forces du programme de lutte contre le paludisme au Sénégal aujourd'hui ?

Avant tout, l'**appui politique**. Pouvoir compter sur un soutien sans faille de la part de notre autorité de tutelle, être suivi et encouragé dans notre travail, travailler ensemble à lever les obstacles.

Ensuite, l'**organisation interne** de notre structure, basée sur des tâches spécifiques bien réparties.

Le soutien renouvelé de nos **partenaires** permet quant à lui de compter sur des ressources et expertises vitales, tout en ciblant les interventions dans un cadre concerté.

Enfin, l'**engagement de communautés** actives et bien organisées à nos côtés, permet de bénéficier de l'appui local indispensable. Sans cela, sans ce relais au niveau du terrain, aucune de nos actions n'aurait pu être suivie d'effets.

À l'inverse, que voyez-vous comme faiblesses ?

Je regrette depuis longtemps l'implication insuffisante du secteur privé (hors ONG). Le secteur médical et paramédical privé d'abord. Nous allons essayer de renouer et d'intensifier le dialogue avec les syndicats de médecins et pharmaciens pour obtenir leur participation active à notre travail. Le secteur des entreprises privées ensuite qui ont mené des actions appréciées mais encore insuffisantes. Je pense entre autres à Sonatel, dans le domaine des télécommunications, qui a soutenu la gratuité du traitement préventif intermittent gratuit pendant la grossesse ou à TOTAL Sénégal qui a aidé à la distribution de moustiquaires imprégnées.

Le secteur privé pourrait jouer un rôle bien plus important et participer à l'adhésion de la société civile à notre combat contre la maladie.

Quelles sont maintenant les prochaines étapes que vous envisagez ?

Nous sommes dans une phase de réflexion, d'évaluation, mais aussi d'expansion et d'intensification du programme.

Nous avons pu mener successivement la revue des performances de notre programme selon les nouvelles directives de l'OMS, l'élaboration d'un nouveau plan stratégique (2011–2015), ainsi que la soumission d'une demande de financement au Fonds mondial pour la série 10. Ces travaux successifs nous ont permis de réfléchir à nos forces et nos faiblesses et au travail qui nous attendait dans les années à venir.

Il me semble qu'au vu des situations géographiques et épidémiologiques propres au Sénégal, deux stratégies principales devront être adoptées :

- La première, pour les zones du Nord, en phase de pré-élimination, axée sur un renforcement de la surveillance, une détection active et en temps réel des cas suspects, avec intervention immédiate pour essayer d'interrompre



la transmission. Il nous faudra inventer des stratégies souples, réactives, rapides. Pourquoi, par exemple, ne pas tirer parti de l'initiative *SMS for Life* testée en Tanzanie par l'Institut Tropical Suisse, pour associer gestion efficace des stocks de combinaisons à base d'artémisinine et détection rapide des cas ?

- La deuxième, pour les zones du Sud, à forte prévalence, où nous devons travailler à augmenter l'accessibilité aux soins au travers de la PECADOM, à renforcer la communication et à œuvrer vers la couverture universelle en moustiquaires imprégnées. Ces districts resteront dans une phase de contrôle renforcé.

Quels conseils, quelles suggestions auriez-vous à offrir pour lutter contre le paludisme dans la région ?

Les moustiques ne s'arrêtent pas aux frontières et il est nécessaire de mener une approche intégrée, transfrontalière. Mettre en commun les idées, les stratégies, les protocoles de recherche me paraît primordial.

C'est ce que nous essayons de concrétiser au travers de la *Trans-Gambian Initiative for Malaria Elimination* (projet TIME), qui regroupe le Sénégal, la Gambie, la Guinée-Bissau, la Mauritanie et le Mali. Les pays membres travaillent ensemble sur la recherche opérationnelle dont les résultats serviront à définir une stratégie de pré-élimination. Nous aurons besoin de la même approche pour l'épidémiologie et les moyens de lutte eux-mêmes, avec le soutien de RBM, de l'OMS, de l'Organisation Ouest-Africaine de Santé (OOAS) et de tous nos partenaires.

La confirmation biologique du diagnostic par TDR est devenue maintenant un impératif pour tous les programmes de lutte contre le paludisme. Aujourd'hui, on ne peut plus considérer tous les cas de fièvre comme des cas de paludisme et les traiter comme tels. À partir de l'expérience acquise par quelques-uns, nous devons appuyer tous les pays pour que la mise à l'échelle des TDR devienne une réalité en Afrique. Il nous faut faire preuve d'audace, d'innovation et éviter l'immobilisme. C'est à ce prix que nous ferons avancer la lutte contre le paludisme de manière significative.

b. Assurer les financements

Les financements extérieurs pour le paludisme au Sénégal en un clin d'œil

- Les différents partenaires ont engagé plus de 130 millions de dollars US au Sénégal en faveur du programme de prévention et de lutte contre le paludisme.
- En 2004, les financements extérieurs s'élevaient à 1 million de dollars US contre 30 millions de dollars US annuels en 2010 engagés par le Fonds mondial et le PMI.
- D'autres partenaires, comme la Banque mondiale, l'OMS, UNICEF, la Banque islamique de développement, collaborent activement et contribuent de façon croissante.

La réorganisation du PNLP et l'engagement du gouvernement sénégalais portent vite leurs fruits. Les bonnes pratiques mises en place, les plans établis attirent des partenaires et des ressources croissantes. Ainsi, après l'évaluation positive du Fonds mondial pour l'attribution de la série 4, les financements extérieurs augmentent rapidement et de façon substantielle.

Le financement des interventions de contrôle du paludisme par le gouvernement du Sénégal commence d'abord par s'intensifier. Ainsi, le budget de l'État consacré à la santé passe de 36 milliards de francs CFA (US \$40 millions) en 1998 à 90,5 milliards de francs CFA (US \$100 millions) en 2008. La santé représente aujourd'hui environ 10 % du budget de l'État. La part de ce budget allouée au paludisme est difficile à estimer; en effet, elle comprend le financement des agents et structures de santé (hôpitaux, dispensaires, postes et cases de santé, laboratoires) assurant la majorité des soins.

Le soutien extérieur s'est considérablement accru avec l'attribution des financements du Fonds mondial en 2005 (série 4) et 2008 (série 7). Il s'est accéléré avec l'inclusion du Sénégal parmi les pays soutenus par le PMI dont les premiers fonds sont disponibles en 2006 et dont le soutien devient déterminant en 2007.

D'autres partenaires les ont rejoints : la Banque mondiale finance un projet de contrôle du paludisme le long du bassin du fleuve Sénégal. Plusieurs agences apportent des contributions techniques, de plaidoyer ou de renforcement des services au niveau local, notamment l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'UNICEF et la Banque islamique de développement (BID).

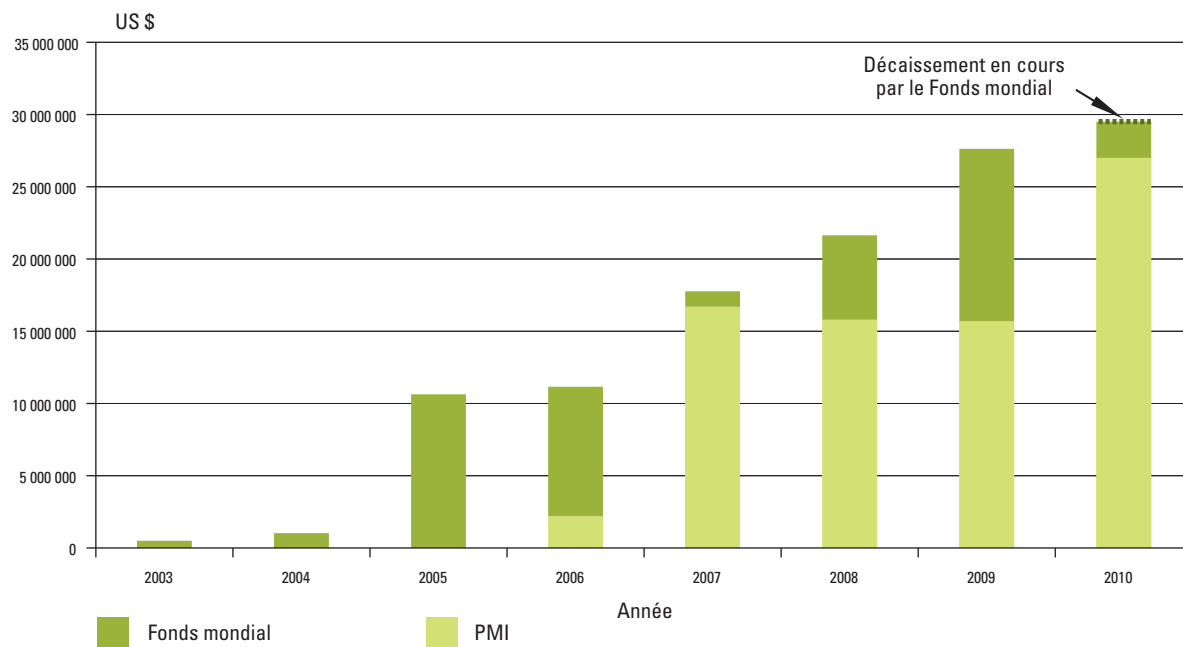
Le mécanisme national de coordination (CCM) du Fonds mondial a lui aussi été restructuré en 2005. Présidé par le Professeur Doudou Ba, vice-président de l'Académie des Sciences et Techniques du Sénégal, il comprend 47 membres représentant tous les acteurs impliqués dans la mise en place des programmes. Au travers de réunions trimestrielles et de visites de terrain, il veille au bon déroulement des activités, à l'obtention de résultats, et accompagne la mise en œuvre des interventions par ses conseils. Il entretient une relation étroite à la fois avec le Ministère de la Santé, auquel il a un accès direct, et avec les coordonnateurs des programmes, tous membres du CCM, qui informent le comité de l'avancement des activités à chaque réunion trimestrielle.



Figure 2.2.

Financements du Fonds mondial et du PMI pour le contrôle du paludisme au Sénégal, estimations pour 2003–2010

Aujourd'hui, les montants des financements annuels approchent le niveau requis dans les dernières demandes de financements faites aux bailleurs internationaux. Les ressources nécessaires pour la lutte contre le paludisme entre 2007 et 2014 étaient alors estimées à US \$280 millions soit environ US \$40 millions par an.



Source : Fonds mondial et PMI.

Encadré 4 : Le programme de prise en charge à domicile (PECADOM)

La plupart des cas de fièvre ne sont pas évalués dans le cadre du système de santé. En effet, la dernière enquête nationale sur le paludisme (ENPS-II) de 2008/2009 a révélé que parmi les 52 % de patients fébriles ayant reçu une forme

d'évaluation sanitaire, 35 % avaient été vus en dehors d'un hôpital, d'un centre ou d'un poste de santé. Ceci est principalement dû à l'éloignement.

Pour remédier à cette situation, le Sénégal a introduit un nouveau type d'agent de santé, le dispensateur de soins à domicile (DSDOM), qui permet la prise en charge à domicile (PECADOM) des cas de fièvre. Le DSDOM est rattaché à la case de santé la plus proche. Le réseau des cases de santé permet déjà une meilleure couverture des zones où les postes de santé sont très éloignés. La PECADOM améliore encore cette couverture.

Les DSDOM sont choisis dans leur village et formés aux diagnostics par TDR et aux traitements utilisant les ACT. À la fin de leur formation, ils reçoivent un kit complet incluant ACT, TDR, une boîte de recyclage des objets coupants, des formulaires de collecte de données, deux t-shirts, deux casquettes, deux dossards, une mallette, une sacoche, une lampe torche et une boîte de gants. La visite du DSDOM, le TDR et le traitement éventuel par ACT sont gratuits. Le réapprovisionnement en ACT et TDR se fait au niveau du poste de santé sur présentation du dernier rapport d'activités. La supervision est assurée à plusieurs niveaux. D'une part l'infirmier(ière) du poste de santé supervise directement le DSDOM, d'autre part, l'équipe médicale du district assure une supervision trimestrielle, et enfin, l'équipe nationale du PNLP effectue des visites semestrielles. Les DSDOM sont tous bénévoles mais reçoivent, lors des sessions de formation, des indemnités journalières qui servent de motivation.

En 2009, sur les 7198 patients évalués par les DSDOM et pour lesquels un paludisme était suspecté, 6707 (ou 93 %) ont bénéficié d'un TDR. Sur les 2300 cas de paludisme confirmés, 2226 cas ont été traités par ACT au niveau communautaire, soit 97 % des cas. Le taux de guérison de ces cas de paludisme simple était de 100 % ; 74 patients (ou 3 %) ont dû être référés à l'échelon sanitaire supérieur pour des soins plus spécialisés. Aucun cas de décès attribuable au paludisme n'a été enregistré dans les villages cibles.





c. Intervenir auprès des populations

La prestation de services en un clin d'œil

- 4,7 millions de MII ont été distribuées entre 2006 et 2009.
- 6 millions de MII auront été distribuées à la fin 2010.
- 330 000 pièces d'habitation situées dans trois districts cibles ont fait l'objet d'une aspersion intradomiciliaire entre 2006 et 2009.
- 89 % des cliniques prénatales ont permis aux femmes de bénéficier de MII et TPI gratuits pendant leur grossesse en 2006.
- 1 million de TDR gratuits ont été distribués depuis 2007.
- Plus d'1,5 million d'ACT ont été dispensés, dont la majorité en 2007.
- Une centaine de personnes ont été formées en paludologie et 17 000 agents ont été formés à l'utilisation des TDR et des ACT entre 2008 et 2009.
- Les 69 districts sanitaires du pays reçoivent un soutien aux activités communautaires d'information et de communication (programme ABCD).

Les interventions menées auprès des populations s'articulent autour de trois axes :

1. La promotion de l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide (MI)

Entre 2006 et 2009, le Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal et ses partenaires ont acheté et distribué **4,7 millions de MI**, dont plus de la moitié au cours de la seule année 2009 grâce à des campagnes de distribution massive. La plani-

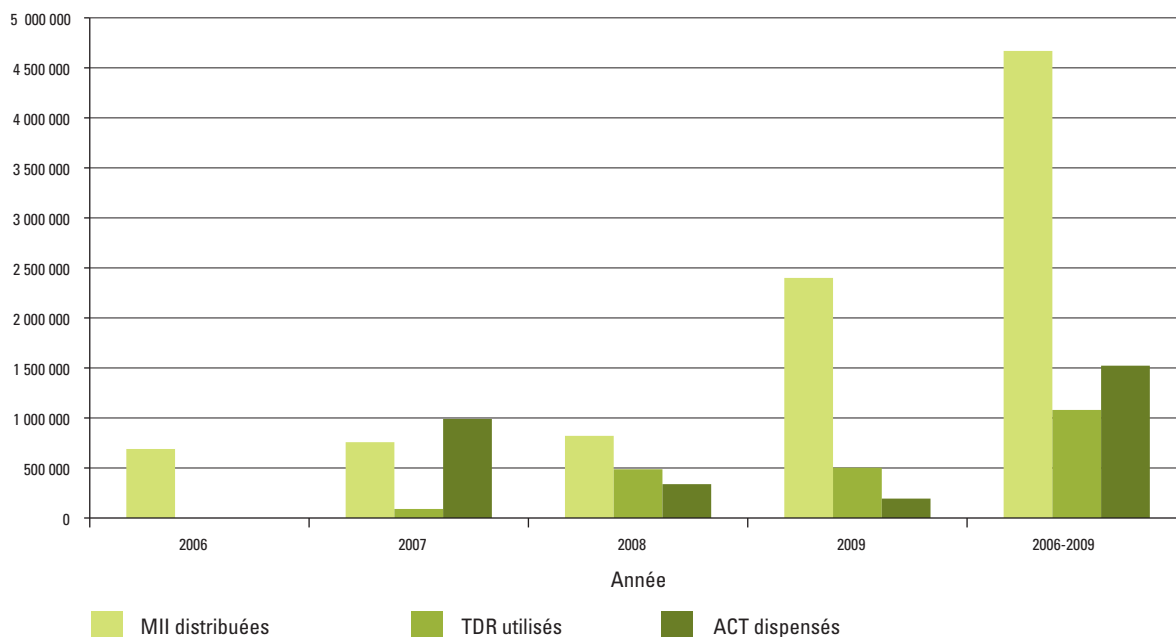
fication et les efforts de gestion des campagnes couvrant progressivement le pays, district par district, ont permis d'atteindre de bons taux de couverture et d'utilisation des moustiquaires, en particulier dans les régions rurales et défavorisées du pays.

En 2010, cet effort s'est poursuivi et **le seuil des 6 millions de moustiquaires** devrait être atteint, permettant de se rapprocher du niveau de couverture universelle (estimé autour de 8 millions de moustiquaires pour le pays).

Figure 2.3.

Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MI) distribuées (vert pâle), tests de diagnostic rapide (TDR) utilisés (vert), et combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) (vert foncé) par année, au Sénégal, 2006–2009

La prestation de services a suivi la mise à disposition des financements extérieurs. La majorité des MI ont été distribuées pendant la campagne nationale de 2009. Le nombre de traitements par ACT se réduit avec la précision diagnostique rendue possible par les TDR.



Source : PNLP, 2010.

2. Les campagnes d'aspersions intradomiciliaires

Entre 2007 et 2009, des campagnes d'aspersion intradomiciliaires ont été conduites dans trois districts pilotes du Sénégal : 330 000 pièces d'habitation ont ainsi pu être traitées, soit 95 % des pièces éligibles.

Les activités comportaient l'énumération des zones cibles, l'achat et l'acheminement des produits insecticides et du matériel d'aspersion, la formation des équipes d'aspersion, les campagnes d'aspersion proprement dites et enfin, la mise en place de cinq sites sentinelles destinés à assurer le contrôle de qualité pour chaque district.

En 2010, une extension de ces activités à trois autres districts a été rendue possible grâce au soutien de l'Initiative du Président américain contre le paludisme. Les districts cibles, où la morbidité et la mortalité restent élevées, devraient être portés à 16 dans les années à venir.

3. Le déploiement des MI, du TPI, des TDR et des ACT, ainsi que la formation du personnel dans les 14 régions du Sénégal

Grâce à des liens étroits entre le programme de santé maternelle et infantile et le PNLP, les femmes enceintes ont pu bénéficier du TPI avec la sulfa-



doxine-pyriméthamine et recevoir des moustiquaires imprégnées sur la quasi-totalité du territoire.

Ainsi, 89 % des cliniques de protection materno-infantile évaluées étaient en mesure d'offrir ces services aux femmes enceintes en 2006 (données de l'évaluation du plan stratégique).

Depuis 2007, après une période intense de formation sur deux mois, tous les centres de santé du pays utilisent les tests de diagnostic rapide (TDR) – mis à disposition gratuitement – pour poser le diagnostic de paludisme. Plus d'un million de tests ont été ainsi fournis et utilisés à travers le pays.

De la même façon, en 2007 et 2008, tous les centres de santé du secteur public ont été approvisionnés en ACT et ont pu utiliser ces traitements – gratuitement depuis 2010 – pour les cas de paludisme diagnostiqués par TDR. Au total, plus d'1,5 millions de traitements par ACT ont été acheminés vers les centres de soin, dont la majorité en 2007, avant la diffusion des TDR. Il est intéressant de noter qu'avec l'intensification des mesures de prévention et la généralisation de l'utilisation des TDR, le nombre de traitements par ACT nécessaires devrait devenir de moins en moins important. Ceci permettra de réaliser des économies substantielles sur les coûts d'approvisionnement en ACT.

En matière de formation, plus d'une centaine de personnes, dont 70 médecins-chefs de district et 24 respon-

sables de soins de santé primaire, ont reçu des cours de paludologie de haut niveau en 2008–2009. Au cours de la même période, plus de 17 000 agents de santé, incluant médecins, infirmiers et agents de santé communautaires ont été formés à l'utilisation des TDR et des ACT. Des algorithmes de prise en charge des fièvres et de traitement du paludisme ont été mis à jour ou développés.

En juin 2010, un arrêté ministériel a été signé, interdisant l'utilisation de l'artémisinine en monothérapie. Mais des ruptures de stock en ACT dans les centres de santé sont encore fréquentes et 40 % des médicaments contre le paludisme disponibles sur le marché sénégalais ne sont pas conformes aux recommandations internationales.

Au niveau communautaire, le PNLP a soutenu des activités de lutte contre le paludisme à travers son programme ABCD (Atteindre les Bénéficiaires Communautaires à travers les Districts), qui est désormais opérationnel dans les 69 districts du pays grâce aux financements du Fonds mondial. Des contrats sont passés entre le district de santé et les associations communautaires. Celles-ci sont alors en mesure d'organiser un ensemble d'activités, comme des rassemblements communautaires et des visites à domicile pour éduquer les populations sur le paludisme, des distributions de moustiquaires imprégnées et des campagnes de ré-imprégnation, ainsi que des activités d'hygiène et d'assainissement.

Encadré 5 : Équité des interventions et effets bénéfiques du programme

Interventions et équité

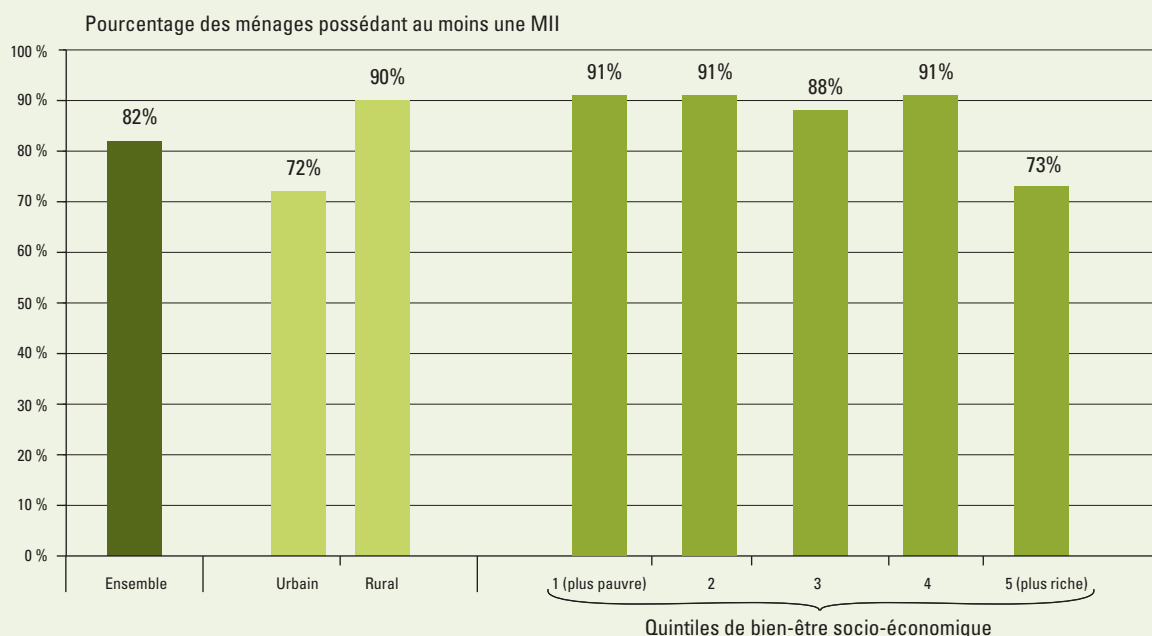
Pour chacune des interventions, chaque fois que les données des différentes enquêtes ont été analysées par quintile économique ou zone géographique, les résultats concordent avec ce qui a déjà été trouvé dans d'autres pays. Les quintiles les plus défavorisés et les zones rurales

bénéficient d'un meilleur taux de couverture. Seul l'accès au diagnostic et au traitement rapide du paludisme semble pénaliser les zones rurales les plus défavorisées. C'est à cette inégalité que veut remédier l'élargissement de la prise en charge à domicile (PECADOM).

Figure 2.4.

Pourcentage des ménages qui possèdent au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII), Sénégal, 2010

Après la campagne de distribution nationale de 2009 le pourcentage de ménages possédant au moins une MII a augmenté de façon notable. Les ménages vivant en zone rurale et/ou représentant les quintiles socio-économiques les plus défavorisés sont généralement mieux couverts.



Source : Enquête post-campagne de distribution massive, 2010.

Les effets sur la santé de la mère et de l'enfant

Lors de la campagne de distribution massive de moustiquaires imprégnées en 2009, 90 % des

enfants de moins de 5 ans ont également reçu du mébendazole et de la vitamine A, montrant l'impact élargi que peuvent avoir les activités de lutte contre le paludisme sur d'autres interventions relatives à la santé de l'enfant.



De la même façon, le renforcement de la couverture du traitement préventif intermittent (TPIp) pendant la grossesse a permis d'élargir le message et les interventions de santé. Au cours des visites de consultation prénatales, dont 80% des femmes enceintes bénéficient au moins une fois au cours de leur grossesse, la prévention du paludisme est abordée dans un cadre plus large de protection de la santé de la mère et de l'enfant.

Les effets sur le système de santé

La formation de milliers d'agents de santé dans le cadre de la lutte contre le paludisme a contribué au renforcement global du système de santé sénégalais.

Mais c'est peut-être à travers la réduction du nombre de cas (voir Figure 2.9) que le programme de contrôle du paludisme contribue le plus à

l'allègement du poids placé sur le système de santé. En réduisant de manière drastique le nombre de cas de paludisme, et aussi en permettant grâce au diagnostic précoce un meilleur traitement à la fois du paludisme et des fièvres non-palustres, le programme de lutte contre le paludisme permet d'alléger et d'améliorer le fonctionnement du système de santé.

En effet, le nombre de cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est passé de 400 000 cas suspects en 2006 à 78 000 cas confirmés en 2008, puis 30 000 cas confirmés en 2009. Ceci montre à la fois la réduction du nombre de cas confirmés lié à la lutte contre le paludisme (de 78 à 30 000 cas en un an par exemple) et l'impact (non quantifié ici) que peut avoir un diagnostic plus précoce des fièvres suspectes chez l'enfant, induisant probablement une guérison plus rapide et une mortalité réduite.

d. Augmenter les taux de couverture des interventions

Les résultats des interventions en un clin d'œil

- 82 % des ménages possèdent au moins une MII en 2010, soit un accroissement de 36 % en moins de deux ans.
- 45 % des enfants de moins de 5 ans et 49 % des femmes enceintes dans la population générale (disposant ou non d'une moustiquaire) ont utilisé une MII la nuit précédant l'enquête post-campagne début 2010, des taux qui ont augmenté de 40 % en un an.
- 52 % des femmes enceintes ont reçu au moins deux doses de sulfadoxine-pyriméthamine au cours de consultations prénatales en 2008/2009 contre 13 % en 2005.
- 86 % des patients présentant une fièvre potentiellement due au paludisme ont bénéficié d'un TDR en 2009.

Le succès de ces interventions de lutte contre le paludisme est illustré par les taux de couverture obtenus au niveau des ménages et au niveau individuel, lors des enquêtes réalisées sur le terrain.

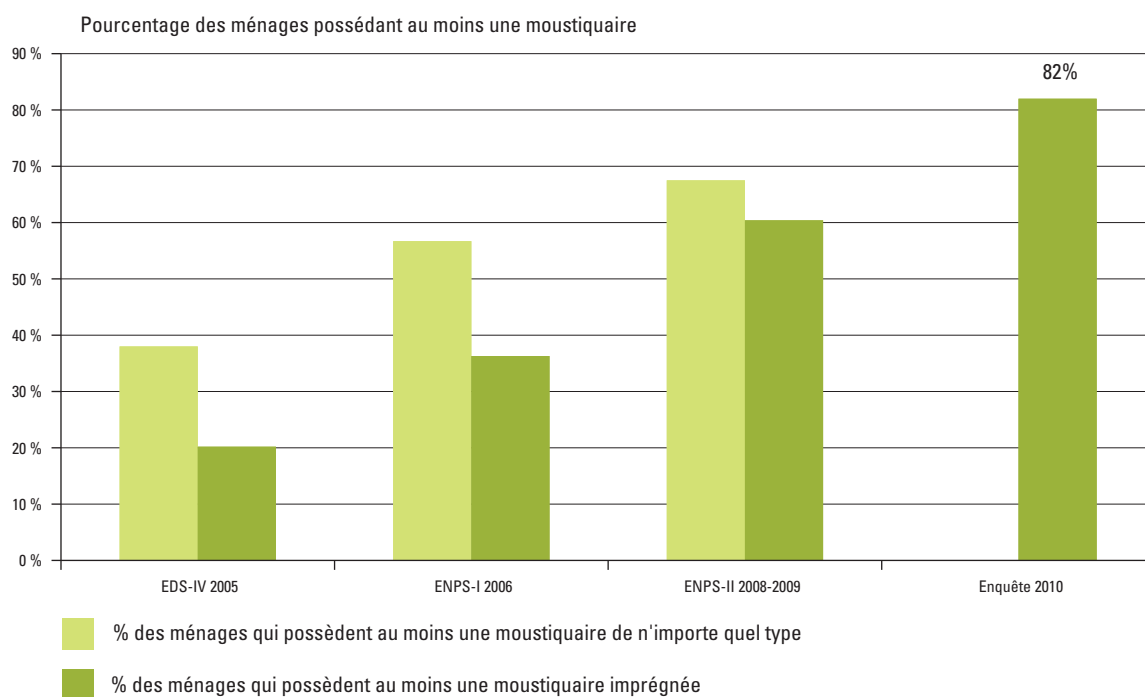
Ces taux ont nettement augmenté depuis l'enquête de 2005 jusqu'en 2010.



Figure 2.5.

Pourcentage des ménages qui possèdent au moins une moustiquaire de n'importe quel type (en vert clair), au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII, vert foncé), Sénégal, 2005–2010

*En 2005, seulement 20 % des ménages possédaient une moustiquaire imprégnée d'insecticide, alors qu'en 2010, après la campagne de distribution nationale de 2009, **82 % des ménages possèdent au moins une MII**. En cinq années seulement, la proportion des ménages disposant d'une MII a été multipliée par quatre. Entre 2008 et 2010, le pourcentage des ménages qui possèdent une moustiquaire imprégnée est passé de 60 % à 82 %, soit un **accroissement de 36 % en moins de 2 ans**.*



Source : Enquête post-campagne de distribution massive, 2010.

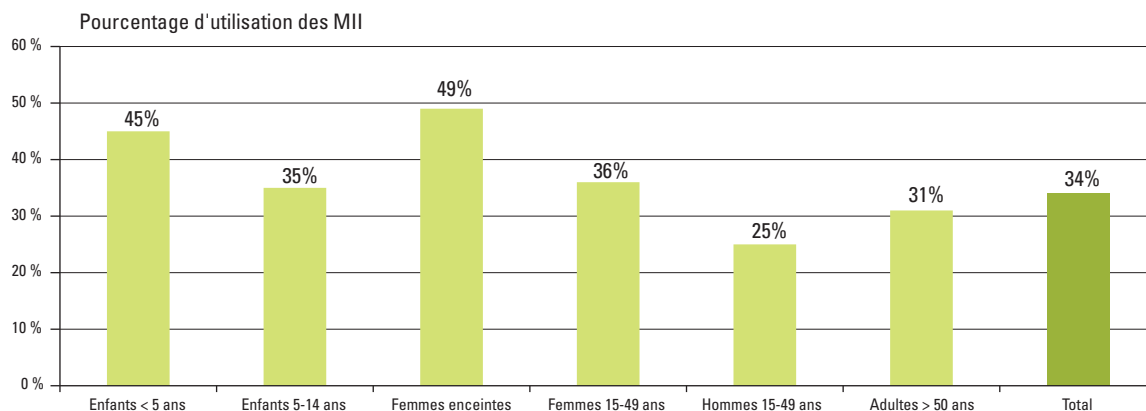
Les caractéristiques des moustiquaires observées lors de l'enquête de 2010 sont les suivantes :

- 82% des moustiquaires sont des MII, 6% n'ont jamais été imprégnées ;
- 67% des moustiquaires ont été acquises gratuitement, 18% ont été subventionnées par l'achat de coupons à 1000 francs CFA (US \$2), 6% ont été acquises pour plus de 2000 francs CFA (US \$4) ;
- 75% des moustiquaires ont été acquises au cours des 18 mois précédents l'enquête ; et
- 46% ont été acquises lors de la campagne de 2009.

Figure 2.6.

Utilisation des MII dans la population générale, disposant ou non de moustiquaires, la nuit précédant l'enquête, Sénégal, 2010

Les plus forts taux d'utilisation sont obtenus chez les enfants de moins de 5 ans (45 %) et chez les femmes enceintes (49 %). Le message de sensibilisation aux dangers accrus du paludisme dans ces populations vulnérables semble avoir été entendu.



Source : Enquête post-campagne de distribution massive, 2010.

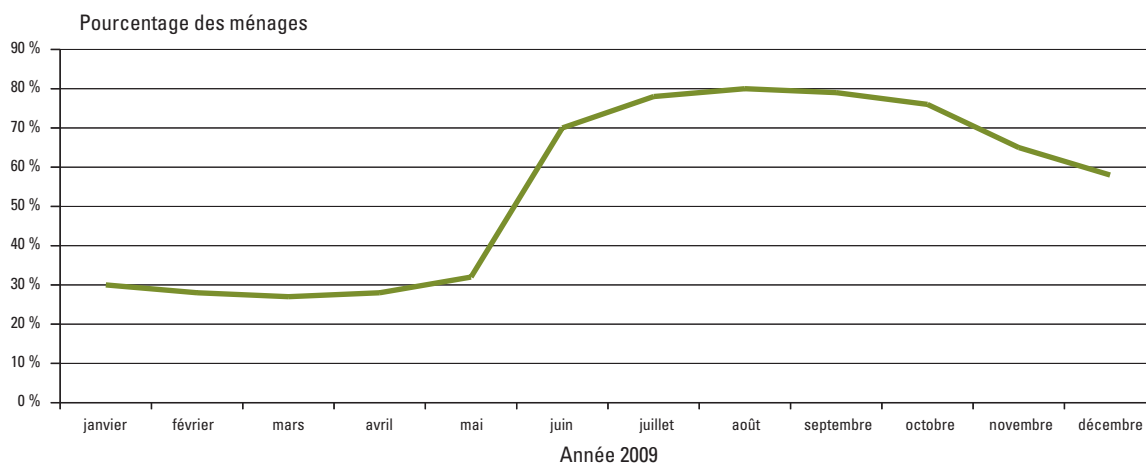
Le taux d'utilisation d'une moustiquaire imprégnée chez les enfants de moins de 5 ans est passé de 28 % en 2008/2009 (ENPS-II) à 45 % en 2010 (enquête post-campagne) et chez les femmes enceintes de 27 à 49 %, soit une augmentation d'environ 40 % dans les deux groupes.

Dans les ménages possédant une moustiquaire, le taux d'utilisation la nuit précédant l'enquête était de 65 %. La raison principale de non-utilisation était l'absence ressentie de moustiques (72 % des cas).

Figure 2.7.

Pourcentage des ménages utilisant une moustiquaire au cours de l'année, Sénégal, 2009

L'utilisation des moustiquaires dans la population suit une variation saisonnière marquée. Elle se superpose à la saison des pluies correspondant à la période de haute transmission entre juillet et octobre.

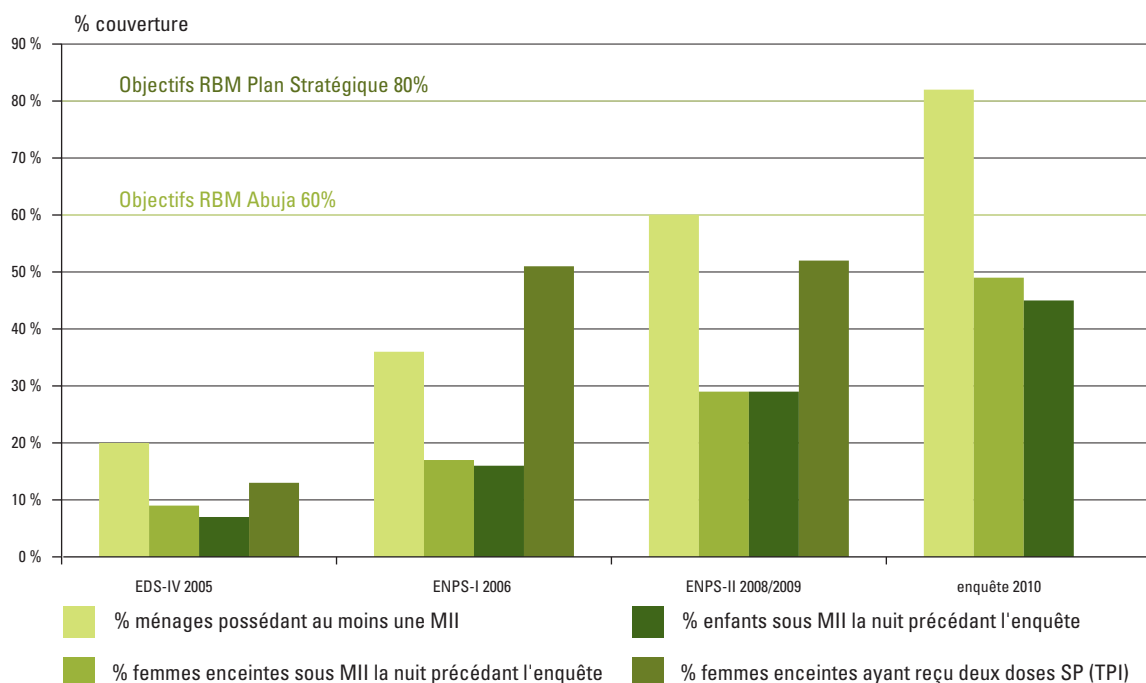


Source : Enquête post-campagne de distribution massive, 2010.

Figure 2.8.

Progrès en couverture des interventions, Sénégal, 2005–2010

L'augmentation des taux de couverture est notable pour toutes les interventions entre 2005 et 2010.



Source : PNLP, 2010.

La proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de SP au cours de visites prénatales est passée de 13 % en 2005 (EDS-IV) à 52 % en 2008/2009 (ENPS-II). Ce pourcentage aurait pu atteindre 70 % si les ruptures de stock en médicaments n'avaient pas empêché les femmes venant en consultation de recevoir les deux doses de SP recommandées. Il est à noter que 78 % des femmes enceintes ont reçu au moins une dose de SP au cours de visites prénatales.

La proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant présenté une fièvre dans les deux semaines précédant l'enquête et qui ont été évalués en centre de santé ou par un agent de santé le même jour ou le jour suivant est restée relativement stable, avec des taux passant de 30 % en 2005 à 31 % en 2008/2009. Cette proportion devrait toutefois augmenter suite à l'extension de la PECADOM dans les régions les moins bien pourvues en centres de santé.

En revanche, la proportion d'enfants fébriles de moins de 5 ans traités pour paludisme a diminué de manière importante passant de 27 % en 2005 à 9 % en 2008/2009 (EDS-IV, ENPS-II). Une partie de cette baisse est liée à la distribution de TDR à l'échelle nationale et donc à un diagnostic confirmé biologiquement à partir de 2007. En 2009, sur 585 000 patients évalués pour suspicion de fièvre palustre en centre de santé, 503 000 ont pu bénéficier d'un TDR, soit un taux d'utilisation des TDR de 86 % (données PNLP, 2010).

Sur les 9 % d'enfants fébriles traités pour paludisme, un peu plus de la moitié l'ont été avec des ACT (ENPS-II, 2008–2009). La proportion des cas de paludisme infantile traités par ACT devrait notablement augmenter suite à la diffusion nationale de ces traitements dans les centres de santé en 2008.

Encadré 6 : Forces et faiblesses de la lutte contre le paludisme au Sénégal

Les forces

1. La bonne intégration du PNLP dans le système de santé

L'action du PNLP est bien intégrée dans le système national de santé publique. Elle s'appuie sur tous les relais existants au niveau opérationnel et renforce les structures en place par une formation continue et un appui technique et logistique.

2. Une volonté politique forte à tous les niveaux de l'administration

Depuis le ministre jusqu'aux représentants de l'État au niveau local, la lutte contre le paludisme bénéficie d'un soutien fort de l'administration. Il y a une interaction régulière entre le médecin de district et le préfet. De la même façon, la prise de fonction d'un DSDOM se fait en présence du sous-préfet de région. Les réseaux d'appui communautaires (RAC) ont tous une reconnaissance administrative. Un arrêté préfectoral a entériné leur création.

3. La gestion du PNLP

La gestion du PNLP s'est considérablement renforcée après 2005 et l'annulation de la série 1 par le Fonds mondial. Grâce à l'augmentation des ressources financières disponibles, le personnel du PNLP est passé de cinq à plus de trente personnes. Aidé par une stabilité institutionnelle (seulement quatre coordonnateurs depuis la création du programme en 1995), le programme bénéficie d'une direction forte et efficace. En témoignent la rapidité (moins de six mois) avec laquelle ont été déployés à travers tout le pays les traitements ACT en 2006, puis les tests de diagnostic rapide en 2007, et enfin la PECADOM en 2008–2009. Dans chaque cas, les formations nécessaires étaient organisées sur deux mois, avec déploiement de tout le personnel du PNLP sur le terrain et la couverture nationale méthodiquement organisée.

4. La communication et l'utilisation des réseaux communautaires

Dans chaque village sénégalais, il existe des associations de jeunes et de femmes, mais aussi sportives et culturelles, qui ont pu être utilisées par le PNLP pour la mise en place de réseaux d'appui communautaires. En s'appuyant sur ces réseaux, des activités de sensibilisation à l'utilisation de moustiquaires et à l'importance du TPIp ont été conduites, grâce aux financements des séries 4 et 7 du Fonds mondial. De la même façon, des actions portant sur l'hygiène et l'assainissement ont été engagées dans de nombreuses communautés. La tontine, ou caisse communautaire, permet, par un système de collecte, de financer l'achat de moustiquaires, par exemple pour les femmes enceintes les plus défavorisées dans la communauté.

C'est de ces réseaux associatifs que sont souvent issus les acteurs de la PECADOM, qui se rendent à des réunions de supervision mensuelles au niveau du district mais font également l'objet de visites de supervision ciblées sur le terrain.

5. Une interaction étroite entre PNLP et la recherche scientifique

Grâce à l'existence de nombreux partenariats avec les centres hospitalo-universitaires et les instituts de recherche, les actions programmatiques sont guidées par la recherche scientifique. L'arrêt de l'utilisation de la chloroquine en 2003 ou l'introduction des premiers traitements par les combinaisons thérapeutiques sont des exemples concrets de cette interaction.

Ces partenariats permettent également à des médecins et à des techniciens supérieurs de la santé de recevoir des formations appropriées et pointues sur le paludisme. En 2000, environ 10 médecins avaient été formés en paludologie. Aujourd'hui, ce sont plus de 180 personnes au total qui ont bénéficié de cet



enseignement, dont notamment tous les médecins de district, grâce à l'appui technique de l'Institut Santé et Développement, de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar et de l'OMS et au financement de la série 7 du Fonds mondial.

Les faiblesses

1. Les ruptures d'approvisionnement

Il existe un déficit de coordination entre le PNLP et la pharmacie centrale, ce qui affecte les communautés : une fois sensibilisées, celles-ci peuvent ne pas être en mesure de se fournir en sulfadoxine-pyriméthamine ou en ACT. Par exemple, le taux de couverture du TPI (deux doses reçues) n'a pas atteint son potentiel de 70% simplement parce que la sulfadoxine-pyriméthamine n'était pas disponible.

2. Un partenariat intersectoriel faible

Le partenariat intersectoriel dans le domaine du paludisme n'est pas aussi fort que dans celui du VIH/sida. Si le secteur de l'éducation est bien impliqué, les autres le sont moins et le comité de pilotage a besoin d'être redynamisé.

3. Des réseaux communautaires sous-utilisés

Les capacités d'organisation et d'intervention des réseaux d'action communautaires mériteraient d'être

plus utilisées, notamment dans le domaine du traitement ou de la surveillance. Les ressources disponibles sont pour l'instant trop faibles pour optimiser ces leviers considérables que représentent réseaux et associations sur le terrain.

4. L'implication insuffisante du secteur privé

Le réseau des médecins et pharmaciens du secteur privé est insuffisamment impliqué dans la lutte nationale contre le paludisme et n'adhère pas au plan national élaboré par le PNLP. Même si la population cible du secteur privé est peu importante, des prescriptions divergentes peuvent générer des confusions ou contribuer à l'émergence de résistances médicamenteuses.

5. Une surveillance épidémiologique encore trop faible

Il n'existe que 15 sites sentinelles dans les régions inondables autour de Dakar et dans la vallée du fleuve Sénégal. La surveillance épidémiologique est encore trop faible, en particulier quand le PNLP commence à envisager une phase de pré-élimination dans le Nord du pays.

e. Sauver des vies et mesurer l'impact

L'impact en un clin d'œil

- La mortalité des enfants de moins de 5 ans est passée de 121 pour 1000 naissances en 2005 à 85 pour 1000 en 2008/2009, soit une réduction de 30 %. La mortalité des enfants de 1 à 4 ans a elle été réduite de 48 %.
- La prévalence de la parasitémie chez l'enfant de moins de 5 ans en 2008/2009 est de 5,7 % (la réduction de la prévalence est démontrée par les données régionales).
- L'anémie modérée (entre 7 et 10g/dL) chez l'enfant de moins de 5 ans est passée de 55 % à 48,5 % entre 2005 et 2008/2009, soit une réduction de 12 %.
- Le nombre de cas de paludisme confirmés a été réduit de 41 % en un an, passant de près de 300 000 en 2008 à 175 000 en 2009.
- D'après le modèle d'estimation Lives Saved Tool (LiST), le nombre de vies d'enfants de moins de 5 ans, sauvées grâce aux interventions, depuis 2001, est de 26 800.

Les preuves de l'impact sur la santé des activités de prévention et de contrôle du paludisme au Sénégal s'accumulent, enquête après enquête, particulièrement chez les enfants.

Ainsi l'enquête nationale ENPS-II conduite en 2008/2009 a montré que :

- La prévalence de la parasitémie chez l'enfant de moins de 5 ans était de 5,7 %. Il n'existe pas d'enquête similaire antérieure pour servir de référence, mais on peut comparer des données régionales obtenues par l'Université Cheikh Anta Diop (Pr Gaye) en 2003.

Régions / faciès	Données de base 2003	Données 2008/2009	Écart
St Louis (sahélien)	3,8 %	0 %	- 3,8 %
Diourbel (sahélo-soudanien)	14,6 %	3 %	- 11,6 %
Kolda (guinéo-soudanien)	21 %	19 %	- 2 %

- L'anémie modérée à sévère chez les enfants a également diminué mais de manière moins évidente que dans d'autres pays. Ceci est peut-être dû à des carences nutritionnelles associées. La prévalence de l'anémie globale

(<11g/dL) est passée de 83 % en 2005 (EDS-IV) à 79 % en 2008/2009 (ENPS-II). La prévalence de l'anémie sévère (<7g/dL) est restée stable à 7 %. En revanche, l'anémie modérée (entre 7 et 10g/dL) a été réduite de 12 % passant de 55 % à 48,5 % entre 2005 et 2008/2009.

- La mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de 5 ans) est passée de 121 décès pour 1000 naissances en 2005 (EDS-IV) à 85 pour 1000 en 2008/2009 (ENPS-II), ce qui représente une réduction de 30 % de la mortalité chez les moins de 5 ans.
- La mortalité infantile (enfants de moins d'un an) a modérément régressé, passant de 61 à 54 pour 1000 naissances entre 2005 et 2008/2009, soit une réduction de 11 %.
- La mortalité juvénile (enfants de 1 à 4 ans), a elle été réduite de 48 %, passant de 64 pour 1000 en 2005 à 33 pour 1000 en 2008/2009.

La réduction de la mortalité chez les enfants n'est évidemment pas entièrement attribuable aux mesures de contrôle du paludisme même si elles y contribuent grandement. En effet, il n'y a pas eu d'expansion aussi marquée d'autres interventions ayant un impact sur la mortalité infantile et de plus, cette réduction survient au même moment que l'intensification de la lutte contre le paludisme.

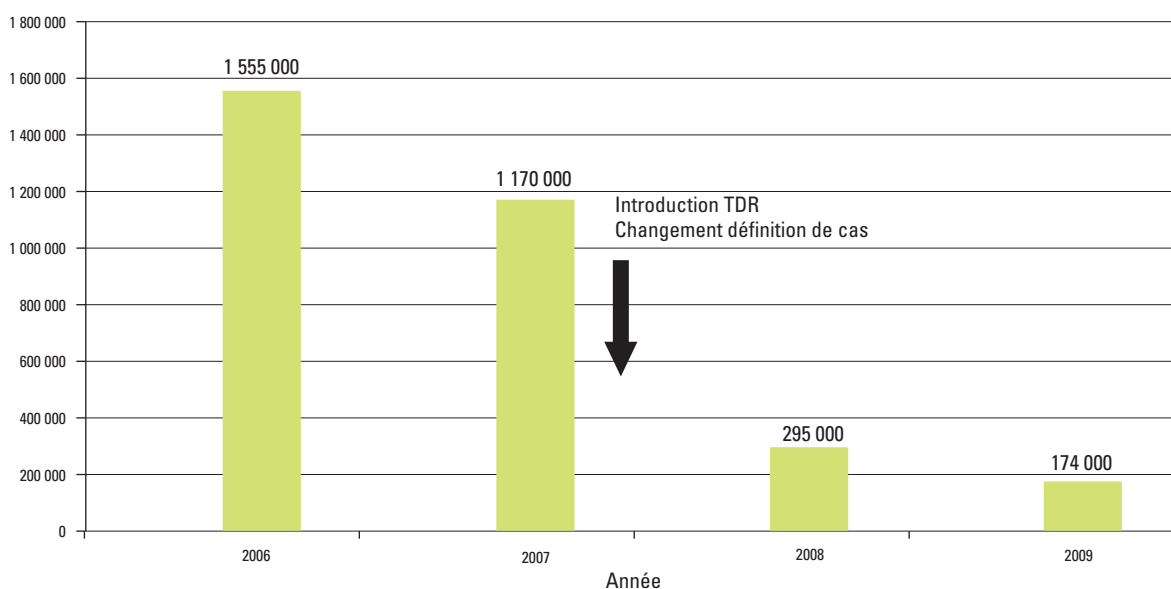




Figure 2.9.

Cas de paludisme, Sénégal, 2006–2009

L'impact sur la morbidité est également manifeste quoique plus difficile à quantifier du fait d'un changement de la définition de cas. Avant 2007, les cas de paludisme étaient des cas suspects, sans confirmation biologique par lecture de lame ou par test diagnostique rapide. En revanche, après 2007, les cas de paludisme rapportés sont des cas confirmés biologiquement. Les données sont alors véritablement comparables. Le nombre de cas confirmés passe de 295 000 en 2008 à 174 000 en 2009 soit une réduction de 41 % en une seule année.



Source : PNLP, 2010.

Nombre de vies sauvées estimées par le modèle LiST

Le modèle LiST (Lives Saved Tool) permet d'estimer le nombre de vies sauvées en fonction de l'efficacité estimée des interventions de prévention.

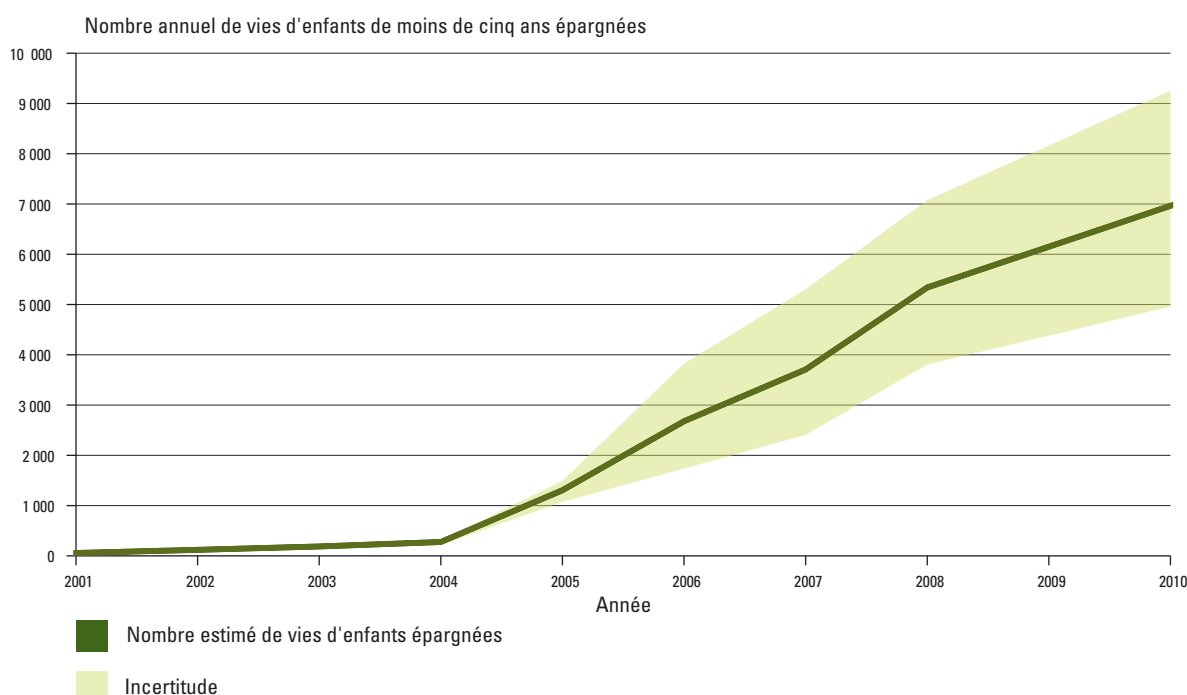
Selon ce modèle, la mortalité prématurée d'environ 26 800 enfants de moins de 5 ans a été évitée au

Sénégal entre 2001 et 2010, grâce à l'utilisation de moustiquaires et de traitement préventifs intermittents pendant la grossesse. Ce chiffre ne prend pas en compte les autres aspects de la lutte contre le paludisme, comme le dépistage et le diagnostic précoces. Il est donc légitime de penser qu'il s'agit d'une sous-estimation et que le nombre de vies sauvées est encore bien plus important.

Figure 2.10.

Vies d'enfants de moins de 5 ans sauvées grâce à la prévention du paludisme au Sénégal, 2001–2010

La grande majorité des vies sauvées l'ont été depuis 2004, grâce à l'accroissement important de la couverture en moustiquaires imprégnées depuis cette date.



Source : Données générées par le modèle LiST (Eisele T and Larsen D, Université Tulane), 2010.

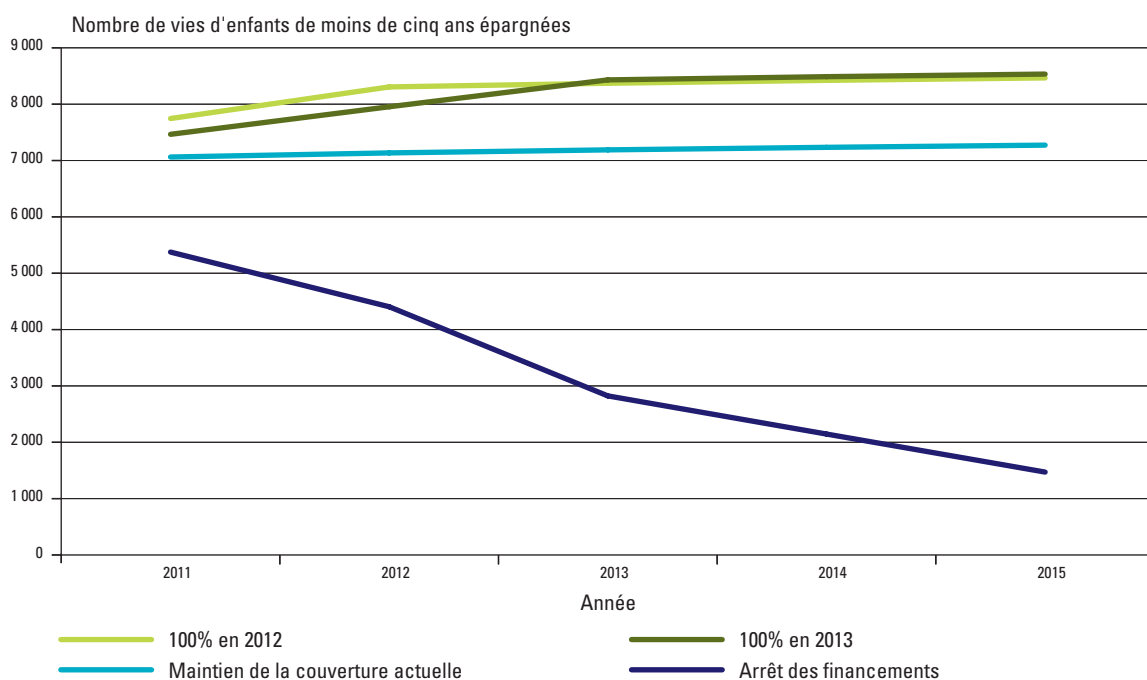
Ce nombre de vies sauvées représente une réduction de 21 % de la mortalité liée au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans depuis 2001 et une

réduction de 47 % de cette même mortalité, en 2010, si l'expansion des activités de prévention orchestrée par le PNLP n'avait pas eu lieu.

Figure 2.11.**Projections de l'impact de différents scénarios des activités du PNLP entre 2011 et 2015**

Quatre scénarios d'expansion ont été analysés avec le modèle LiST. Le premier (en vert clair) maintient le rythme annuel d'expansion pour atteindre 100 % de couverture (au moins une MII dans le ménage) en 2012, le deuxième (en vert foncé) atteint 100 % de couverture en 2013, le troisième (en bleu clair) maintient le taux de couverture actuel (estimé à 85 %), et le quatrième (en bleu foncé) suppose l'arrêt des financements entraînant un déclin du taux de couverture en moustiquaires. Le nombre annuel de vies d'enfants de moins de 5 ans en fonction des différents scénarios est reporté sur le graphe ci-dessous.

En augmentant le taux de couverture à 100 %, on dépasse, plus ou moins rapidement selon la vitesse d'expansion, 8500 vies d'enfants sauvées par an. En conservant un taux de couverture de 85 %, le nombre de vies d'enfants sauvées se stabilise à 7000 par an. En arrêtant les financements et donc en réduisant le taux de couverture, les gains en termes de vies sauvées se réduisent rapidement pour s'annuler en l'espace de cinq ans.



Source : Données générées par le modèle LiST (Eisele T and Larsen D, Université Tulane), 2010.

Encadré 7 : La courbe de Tivaouane

Tivaouane est situé à environ 100 km au nord-est de Dakar, dans la région de Thiès. Le docteur El Hadji Yankhoba Dial est le médecin-chef du district de Tivaouane, responsable de 23 postes de santé pour une population de 250 000 habitants environ, qui vivent essentiellement de culture maraîchère et de pêche.

Il décrit avec enthousiasme les différentes vagues d'activités qui se sont déroulées dans son district depuis 2006 (distribution de moustiquaires imprégnées lors de visites de routine ou de consultations prénatales ou lors de campagnes de distribution massive, campagnes de ré-imprégnation, approvisionnement et gratuité des

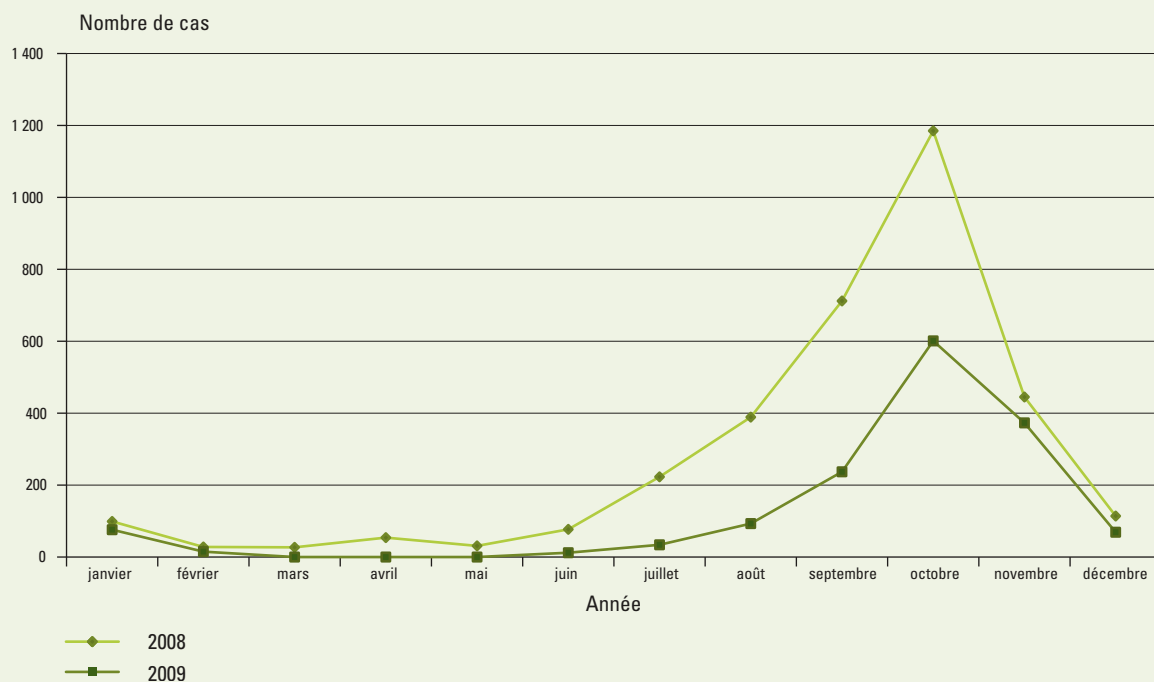
ACT, approvisionnement de tous les postes et cases de santé en TDR et éducation des communautés) :

« Ces différentes activités ont eu un impact majeur sur le paludisme et les populations ont ressenti la différence en quelques années seulement. Les gens sont sensibilisés, réclament les moustiquaires, remarquent l'amélioration de l'état de santé, surtout chez les enfants. Aujourd'hui, dans la plupart des postes de santé du district, près de 80 % des femmes enceintes reçoivent les deux doses de sulfadoxine-pyriméthamine pendant la grossesse. Plus de 65 000 moustiquaires imprégnées ont été distribuées au cours de ces trois dernières années. Cette amélioration ressentie par les populations, nous l'enregistrons dans notre système de collecte de données. »

Figure 2.12.

Cas de paludisme confirmés, Tivaouane, 2008–2009

« Le paludisme a véritablement reculé dans notre district. Je sais que la définition de cas a changé depuis 2006, mais regardez la courbe montrant l'évolution du nombre de cas, tous confirmés biologiquement cette fois, entre 2008 et 2009. En 2008, nous avons environ 3000 cas confirmés de paludisme dans le district, aujourd'hui 1500, soit la moitié ! Je crois que c'est assez parlant ! » Dr El Hadji Yankhoba Dial.



Source : Données district sanitaire de Tivaouane, PNLP, 2010.



LES PROCHAINES ÉTAPES : RENFORCER LA LUTTE

Les années qui viennent devront permettre de confirmer les résultats obtenus, de maintenir l'effort et d'adapter les mesures de contrôle aux nouvelles données épidémiologiques.

Les prochaines étapes en un clin d'œil

- La prévention et le contrôle du paludisme fonctionnent et produisent des résultats probants.
- Les succès les plus marquants ont déjà été obtenus.
- Il faut maintenant maintenir l'effort humain et financier pour ancrer les progrès accomplis dans une perspective durable, au risque d'assister à une recrudescence du paludisme.
- Une stratégie différenciée est envisagée pour le futur, avec au Nord, une approche proactive de surveillance, détection et traitement des cas persistants et au Sud, des actions d'intensification des mesures de contrôle et de prévention.

Toutes les données rapportées dans ce document pointent dans la même direction : la prévention et le contrôle du paludisme fonctionnent et produisent des résultats remarquables quand ils sont mis en place avec les ressources financières et humaines adéquates.

Au niveau local, l'engagement des associations communautaires et le succès de la prise en charge à domicile renforcent les résultats obtenus : les taux de positivité des diagnostics rapides ou sur lames sont en baisse constante et les différents groupes communautaires adhèrent fortement à l'action collective.

Les données de routine, quand elles sont disponibles depuis plusieurs années, montrent le déclin substantiel de la morbidité et de la mortalité liées

au paludisme. Les données des enquêtes sur un échantillon représentatif de la population confirment et valident les progrès enregistrés.

De 2006 à 2010 le Sénégal s'est efforcé d'étendre la couverture des interventions de prévention du paludisme à tout le pays (MII et AID au niveau des ménages, TPI et MII pour les femmes enceintes). Parallèlement, le système de santé offre aux patients suspects de paludisme un meilleur outil diagnostique avec les TDR et une meilleure qualité de soin grâce aux ACT distribuées jusqu'au niveau communautaire.

L'expansion du programme de prise en charge à domicile (PECADOM) a permis de remédier aux difficultés d'accès aux soins de qualité de nombreuses

communautés isolées et défavorisées, comme il en existe partout. La formation intensifiée et accélérée des personnels de santé a également contribué à l'effort national visant à étendre et à améliorer l'accès aux soins.

Aujourd'hui, le Sénégal a entamé la dernière ligne droite pour atteindre les niveaux recommandés de couverture des interventions de prévention du paludisme. Les succès les plus impressionnants en termes de réduction de morbidité et de mortalité ont déjà été obtenus. Le travail qui reste à faire pour maintenir ces taux de couverture sera très important mais s'accompagnera vraisemblablement de résultats plus modestes.

Cela pourrait conduire à une certaine complaisance vis-à-vis de l'intensité de l'effort qui reste à fournir et à une réduction des financements si les priorités se déplacent vers d'autres sujets plus «à la mode».

Pourtant si l'effort se relâche, le retour du paludisme sera inévitable, accompagné d'une forte morbidité et mortalité associées, comme on l'a vu récemment ailleurs. Il convient donc d'être

vigilant pour maintenir la mobilisation humaine et financière, et poursuivre la lutte afin de continuer à réduire transmission et prévalence de la maladie.

Dès maintenant, une stratégie différenciée est envisagée au Sénégal : au Nord, où la prévalence est plus faible, et où la maladie sévit de manière plus focalisée, une approche proactive de surveillance, détection et traitement des cas persistants paraît recommandée. Au Sud, où la prévalence est plus forte, l'accès aux soins encore inégal, une intensification des mesures de contrôle et de prévention continue d'être la meilleure approche.

Quoiqu'il en soit, l'augmentation des taux de couverture et la réduction de la morbidité et de la mortalité palustres seront directement proportionnelles à l'intensité de l'effort financier et humain que le Sénégal et ses partenaires voudront consentir. Comme il a déjà été montré ailleurs, un programme important et agressif de prévention et de contrôle sera associé à des gains plus marqués et rapides sur la maladie. Une augmentation plus graduelle des moyens s'accompagnera de victoires plus modestes.





CONCLUSION

Grâce à une réorganisation réussie en 2005 et une gestion décentralisée, ancrée sur le terrain, le PNLPSénégalais a démontré sa capacité opérationnelle.

Entre 2005 et 2010, plus de 130 millions de dollars US d'aide de partenaires extérieurs, essentiellement le Fonds mondial et l'Initiative du Président américain sur le paludisme (PMI) ont servi à déployer des interventions de prévention et de contrôle bien planifiées.

C'est grâce à elles que 82 % des ménages au Sénégal possèdent au moins une moustiquaire imprégnée en 2010. L'impact de ces mesures est notable ; parasitémie, anémie et mortalité des enfants de moins de 5 ans sont en régression et on estime à au moins 26 800 le nombre d'enfants sauvés grâce au contrôle du paludisme sur les dix dernières années.

Si des résultats remarquables ont été obtenus, il faudra néanmoins maintenir l'effort humain et financier pour ancrer les progrès accomplis dans une perspective durable, au risque d'assister à une recrudescence du paludisme.

Ces prochaines années seront décisives. Elles offriront au Sénégal et à ses partenaires, si l'effort est maintenu et bien conduit, une opportunité inédite : celle de faire reculer le paludisme, pour la première fois de manière aussi prononcée, à l'échelle d'un pays de grande taille. Le Sénégal pourrait alors servir d'exemple, en termes de bonnes pratiques, et ouvrir la voie de l'élimination à de nombreux programmes nationaux de lutte contre le paludisme.

ANNEXE : LISTE DES PARTENAIRES DU PNLP

De nombreux acteurs se sont engagés aux côtés du PNLP pour mener à bien les activités décrites et obtenir les résultats rapportés ici. Parmi ceux-ci, on peut citer :

Les partenaires nationaux :

Alliance des religieux	Association des Femmes de l'Afrique de l'Ouest (AFAO)	Association islamique Sopey Mohamed (AISM) de Thiénaba	Caritas Sénégal	Conseil National de la Jeunesse du Sénégal (CNJS)	Entente des Mouvements et Associations de Développement (EMAD)
Environnement et Développement du tiers-monde (ENDA)	Fédération des Associations de Femmes Sénégalaises (FAFS)	Fédération Nationale des Groupements de Promotion Féminine (FNGPFF)	Fondation Sonatel	Fondation Youssou N'Dour	Institut Pasteur de Dakar
Jeunes Actions Développement	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM)	Migration et Développement en Afrique (MIDA)	Organisations communautaires de base	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA)	Sahel 3000
TOTAL Sénégal	Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD/Écologie vectorielle)	Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD/Parasitologie)			

Les partenaires internationaux :

Africare	Agence japonaise de coopération internationale (JICA)	Agence thaïlandaise de coopération internationale (TICA)	Banque africaine de développement (BAD)	Banque islamique de développement (BID)	Banque mondiale
Catholic Relief Services (CRS)	ChildFund International	Coopération française	Counterpart International	Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
Forum sur la coopération sino-africaine (FOCAC)	Initiative du Président américain contre le paludisme (PMI)	Institut de recherche pour le développement (IRD)	IntraHealth International	Malaria No More	Management Sciences for Health (MSH)
Medicines for Malaria Venture (MMV)	Organisation mondiale de la Santé (OMS)	Organisation pour la mise en valeur du fleuve Sénégal (OMVS)	Partenariat pour le contrôle et l'évaluation du paludisme en Afrique (MACEPA)	Partenariat RBM (Roll Back Malaria, Faire reculer le paludisme)	Peace Corps (US) (Corps de la Paix)
Pfizer	Plan International	Secours islamique France	The United States Pharmacopeia (USP)	UNICEF	USAID
US Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	World Vision				



Secrétariat siégeant à l'Organisation mondiale de la Santé



**Organisation
mondiale de la Santé**

Avenue Appia 20, 1211 Genève 27, Suisse • www.rollbackmalaria.org • inforbm@who.int • Tél. +41 22 791 5869 • Fax +41 22 791 1587

