

CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

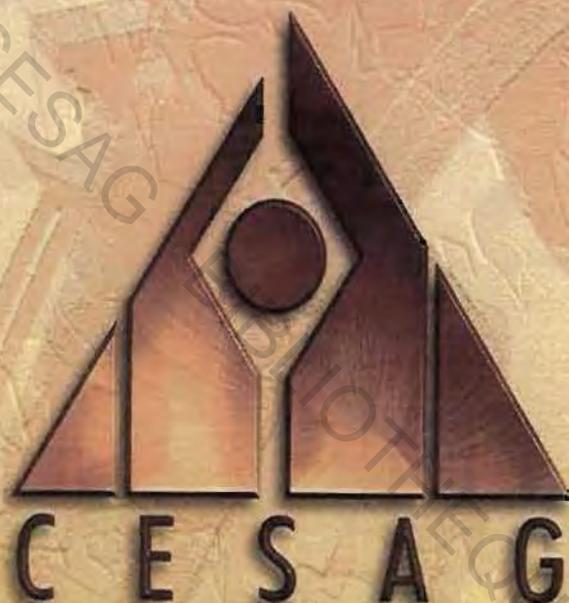
**INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT
DE LA SANTE (ISMS)**

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

Pour l'obtention du

**DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN ECONOMIE DE LA SANTE**

Année académique 2009-2010



THEME :

***INFLUENCE DU FINANCEMENT SUR LES
PERFORMANCES DU PROGRAMME NATIONAL DE
LUTTE CONTRE LE PALUDISME AU SENEGAL DE
2006 à 2009***



Présenté par :

**Mr Léonce AMOAKON
Economiste**

Directeur de mémoire :

**Dr Amani KOFFI
Directeur de l'Institut Supérieur de
Management de la Santé**

2011

M0169DSES11

- la mémoire de mon père, mon meilleur ami
- mes mamans, ANOH Bertine et MIAN Pra
- mon Frère Emmanuel et ma sœur Cynthia, la 'cousine' Yolande
- l'association Sukyo Mahikari du Sénégal, son directeur

M. DILIBI DIAGNE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Dédicaces

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Remerciements

Mes remerciements à ...

- l'UNFPA Côte d'ivoire, à la Direction Générale de la Population et Renforcement des Capacités (DGPRC) de m'avoir accordé la bourse d'étude me permettant de suivre cette formation.
- Dr Amani KOFFI, Directeur de l'Institut Supérieur de Management de la Santé d'avoir accepté de diriger ce travail et pour toutes les remarques et suggestions apportées pour l'aboutissement de cette étude. Je vous admire pour votre travail et votre humilité, Que Dieu vous accorde une brillante suite de carrière.
- Au personnel du Programme National de Lutte contre le Paludisme du Sénégal en particulier à Dr Mame Birame DIOUF coordonnateur adjoint chef du bureau Suivi Evaluation, à Mr Medoune DIOP chargé de la gestion des données et à Mme Ndeye Magatte GUEYE secrétaire.
- Mr Morris KOUAME, pour ses conseils et critiques tout au long de ce travail qui m'ont été d'une grande utilité.
- Dr El Hadj GUEYE, chef département Economie de l'Institut Supérieur de Management de la Santé
- Mesdames Fatoumata GUEYE et Aissatou LO pour toute la sympathie dont nous avons bénéficiée.
- Tous les enseignants de l'Institut Supérieur de Management de la Santé du CESAG pour la qualité de la formation reçue.
- Tout le personnel administratif du CESAG

- Tous les stagiaires de la 12^e promotion DESS Economie de la Santé 2009-2010 en particulier à mon groupe de travail, le groupe 6.
- Tous mes amis qui depuis la Côte d'Ivoire, m'ont encouragé, soutenu et porté dans leur cœur.
- Tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à ma formation et à la réalisation de ce travail

Veillez trouver ici l'expression de mon infinie gratitude.

CFEAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES ABREVIATIONS

ABCD	Atteindre les Bénéficiaire Communautaire à travers les Districts
ACT	Combinaison Thérapeutique à base de dérivé d'Artémésinine
ANDS	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
BID	Banque Islamique de Développement
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CS	Comité de Santé
DNS	Dépenses Nationales de Santé
DSDOM	Dispensateur de Soins à Domicile
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EIP	Enquête sur les Indicateurs du Paludisme
ENPS	Enquête Nationale sur le Paludisme au Sénégal
EPS	Etablissement Publique de Santé
FCFA	Franc de la Communauté Française d'Afrique
FM	Fonds Mondial
IB	Initiative de Bamako
IEC	Information, Education, Communication
IPM	Institution de Prévoyance Maladie
LiST	Lives Saved Tool
MICS	Enquête à grappes à Indicateurs Multiples
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILD	Moustiquaire Imprégnée Longue Durée
MSP	Ministère de la Santé et de la Prévention
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OUA	Organisation de l'Unité Africaine
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PECADOM	Prise en Charge à Domicile
PEV	Programme de Vaccination Elargi
PIB	Produit Intérieur Brut
PID	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PLCME	Projet de Lutte Contre les Maladies Endermiques
PMI	Initiative du Président des Etats-Unis contre le Paludisme
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS	Poste de Santé
RBM	Roll Back Malaria (FRP: Faire Reculer le Paludisme)
SNIS	Service National de l'Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine Pirymethamine
SSP	Soins de Santé Primaire
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	United Nations International Children Fund
USAID	Agence Américaine pour le Développement International

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution du budget du secteur de la santé 2000-2010.....	27
Tableau 2 :Cadre de référence pour le monitoring et l'évaluation des programmes de santé.	37
Tableau 3: Financement Global du PNLP 2006-2009	57
Tableau 4: Etat du financement des activités 2006-2009.....	61

LISTE DES GRAPHIQUES

Figure 1 : Evolution du financement du PNLP par source 2006-2009.	58
Figure 2 : Niveau du financement par activité sur la période 2006-2009	62
Figure 3 : Récapitulatif des MII distribuées, TDR utilisés et ACT dispensés par années.	65
Figure 4 : Taux de couverture MII, utilisation MII et couverture TPI.....	67
Figure 5 : Evolution de la morbidité et de la mortalité palustre de 2006 à 2009	68

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	I
REMERCIEMENTS.....	III
LISTE DES ABREVIATIONS	VI
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES GRAPHIQUES	VII
TABLE DES MATIERES	VIII

INTRODUCTION.....	11
--------------------------	-----------

PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL

CHAPITRE I : CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	15
--	-----------

1.1. CONTEXTE DE L'ETUDE.....	15
-------------------------------	----

1.1.1. CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE DU SENEGAL.....	15
--	----

1.1.1.1. PROFIL GEOGRAPHIQUE.....	15
-----------------------------------	----

1.1.1.2. PROFIL DEMOGRAPHIQUE	16
-------------------------------------	----

1.1.1.3. PROFIL ECONOMIQUE	17
----------------------------------	----

1.1.2. CONTEXTE SANITAIRE.....	18
--------------------------------	----

1.1.2.1. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE	18
---------------------------------------	----

1.1.2.2. SYSTEME DE SANTE	20
---------------------------------	----

1.1.2.2.1. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	21
---	----

a) Secteur Public.....	21
------------------------	----

b) Secteur privé.....	22
-----------------------	----

1.1.2.2.2. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	23
---	----

a) Les grandes dates	23
----------------------------	----

b) Organisation du PNLP	24
-------------------------------	----

c) Mission et rôle de PNLP	24
----------------------------------	----

1.1.2.2.3. RESSOURCES HUMAINES	25
--------------------------------------	----

1.1.2.2.4. FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE.....	25
---	----

a) Structure du financement	26
b) Gestion des fonds	26
c) Répartition des dépenses par prestataire	26
d) Répartition des dépenses par type de prestation.....	27
1.2. JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	28
1.2.1. PROBLEMATIQUE	28
1.2.2. INTERETS DE L'ETUDE.....	31
1.3. OBJECTIFS DE L'ETUDE	32
1.3.1. OBJECTIF GENERAL.....	32
1.3.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	32
1.4. HYPOTHESES DE L'ETUDE	32
CHAPITRE II : DEFINITIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE	33
2.1. DEFINITIONS DES CONCEPTS.....	33
2.1.1. LES CONCEPTS LIEES AU FINANCEMENT	33
2.1.2. INTERVENTIONS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME	34
2.1.3. LES INDICATEURS DES PROGRAMMES LIES AU PALUDISME	36
2.2. REVUE DE LA LITTERATURE	38
DEUXIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL	
CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	48
3.1 CADRE DE L'ETUDE.....	48
3.1.1 CADRE ADMINISTRATIF	48
3.1.2. CADRE TECHNIQUE	49
3.1.2.1. LA COORDINATION.....	49
3.1.2.2. LES POINTS FOCaux	50
3.1.2.3. LES COMMISSIONS	50
3.2. METHODOLOGIE	51
3.2.1. TYPE D'ETUDE.....	51
3.2.2. TECHNIQUES DE COLLECTE ET TRAITEMENT DE DONNEES.....	52
3.2.3. LIMITES DE L'ETUDE	52

CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS ET DISCUSSIONS.....	53
4.1. PRESENTATION DES RESULTATS.....	53
4.1.1. IDENTIFICATION DES ACTIVITES MISES EN ŒUVRE : PLAN STRATEGIQUE 2006-2010	53
4.1.1.1. OBJECTIFS DU PLAN STRATEGIQUE.....	53
4.1.1.2. CADRE STRATEGIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....	54
4.1.1.3. MISE EN ŒUVRE DES STRATEGIES	54
4.1.2. ANALYSE DU FINANCEMENT DES ACTIVITES DU PNLP	56
4.1.2.1. EVOLUTION DU FINANCEMENT PAR SOURCE DE 2006-2009	56
4.1.2.2. EVOLUTION DU FINANCEMENT PAR ACTIVITE 2006-2009.....	59
4.1.3. PERFORMANCES REALISEES AU NIVEAU DES POPULATIONS.....	63
4.1.3.1. RESULTATS DES INTERVENTIONS MENEES AUPRES DES POPULATIONS.....	63
4.1.3.1.1 RENFORCEMENT DE LA PREVENTION.....	63
4.1.3.1.2. TRAITEMENT CORRECT DES CAS DE PALUDISME À TOUS LES NIVEAUX.....	64
4.1.3.2. EFFETS DES INTERVENTIONS MENEES AUPRES DES POPULATIONS.....	66
4.1.3.3. IMPACT DES INTERVENTIONS MENEES AUPRES DES POPULATIONS.....	68
4.2. DISCUSSION DES RESULTATS	70
4.3. RECOMMANDATIONS	72
CONCLUSION.....	74
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	76
ANNEXES.....	82

INTRODUCTION

Le paludisme touche aujourd'hui les régions tropicales et subtropicales. Il est dû à un parasite unicellulaire, le Plasmodium, transmis d'une personne à une autre par les piqûres d'un moustique Anophèle femelle, qui a besoin de sang pour nourrir ses œufs. Chez l'être humain, ces parasites se multiplient dans le foie puis s'attaquent aux globules rouges. (*Roll Back malaria, 2010*)

Le paludisme se manifeste par de la fièvre, des maux de tête et des vomissements. Ces symptômes apparaissent généralement dix à quinze jours après la piqûre de moustique. En l'absence de traitement, le paludisme peut entraîner rapidement le décès par les troubles circulatoires qu'il provoque. Il est responsable chaque année de plus de 300 millions de cas de maladie aiguë et de 1,5 à 2,7 millions de décès. (*Roll Back malaria, 2010*).

Le paludisme, le VIH/sida et la tuberculose constituent les trois maladies les plus endémiques de notre époque. Leur éradication constitue le sixième point des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), de par leur importance. Pour cela, des efforts immenses sont mis en œuvre par les acteurs de la lutte contre les maladies à travers des activités qui nécessitent énormément de financement.

Le financement de la santé est l'une des quatre fonctions des systèmes de santé. Il désigne la collecte de fonds auprès de différentes sources (par exemple, les gouvernements, les ménages, les entreprises, les donateurs), leur mise en commun afin de partager le risque financier entre de plus grands groupes au sein de la population, et leur utilisation pour le paiement des services fournis par les prestataires publics et privés de soins de santé (*OMS, 2000*). Ce financement constitue un problème majeur dans tous les pays à travers le monde en particulier ceux d'Afrique.

L'Afrique, qui représente 10% de la population mondiale, supporte 25% du fardeau global de la maladie. Près de 60% de personnes vivant avec le VIH/sida vivent en Afrique et le continent supporte le fardeau de la tuberculose et du paludisme le plus lourd dans le monde. Pourtant, l'Afrique effectue moins de 1% des dépenses générales de santé et le personnel de santé ne représente que 2% par rapport au reste du monde. Avec de faibles niveaux de revenus par habitant, des perspectives de croissance limitées et un faible potentiel de mobilisation des ressources dans de nombreux pays, le continent fait face à de nombreux défis surtout sur le

plan du financement de la santé. (*Sommet extraordinaire de l'Union Africaine sur le VIH/SIDA, 2006*)

Cependant, nous constatons ces dernières années une considérable amélioration du contexte international du financement de la santé pour faire face aux défis posés par la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et notamment pour le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

Le financement pour la lutte antipaludique a vite évolué au niveau mondial depuis 2003, passant de quelque 0,3 milliard \$US en 2003 à 1,7 milliard \$US en 2009. Cette progression s'explique largement par la montée en puissance du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (70%) et par la hausse des engagements de l'Initiative du Président des États-Unis contre le paludisme (PMI) (15%), de la Banque Mondiale (8%) et d'autres institutions (7%). Elle a permis d'accroître considérablement la couverture des interventions antipaludiques dans de nombreuses zones, et de parvenir à une réduction de la charge palustre. (*OMS, 2009*)

Au Sénégal, le financement du paludisme connaît une nette amélioration. Toutefois, il ne peut contribuer significativement à l'amélioration de la santé des populations qu'à condition de la mise en œuvre d'activités de lutte contre le paludisme à travers des plans stratégiques efficaces.

En effet, si les stratégies de lutte contre le paludisme sont connues et relativement simples, les progrès accomplis avant 2003 ont été peu significatifs. Ceci parce que le passage à l'échelle des expériences menées ici et là semblaient difficile à mettre en œuvre. Cependant, une volonté forte de la part des États et des partenaires, grâce notamment au Fonds mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose, s'est affirmé depuis 2003 en vue d'accélérer ce processus de lutte et tenter d'atteindre les OMDs.

Le Sénégal fait partie de ces pays qui ont décidé d'accélérer ce processus de lutte contre le paludisme en soumettant pour financement une partie de leurs activités de lutte contre le paludisme à l'aide extérieure. Le pays s'est doté de son premier plan stratégique pour faire reculer le paludisme élaboré sur la base d'une analyse situationnelle exhaustive qui couvrait la période 2001 – 2005. Compte tenu du changement de politique de traitement avec l'utilisation des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine et de l'adoption de la chimio prévention par le TPI à la SP (Traitement Préventif Intermittent) chez la femme enceinte en

2003 et du besoin d'une augmentation significative de la couverture en moustiquaires imprégnées, le budget de l'Etat s'avérait insuffisant. Ceci a amené l'Etat du Sénégal à soumettre une proposition au Fonds mondial pour un financement complémentaire.

Un deuxième plan quinquennal 2006-2010 a été élaboré sur la base des résultats de l'évaluation du premier plan dans le but de réduire de 50% en fin 2010 la morbidité et la mortalité dues au paludisme.

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. (*Roll Back Malaria, 2010*)

La multiplicité des sources de financement rend plus complexe la tâche qui consiste à formuler une politique de santé efficace. A ce titre, la coordination de différentes sources de financements dans la poursuite de l'équité et de l'efficacité peut être très difficile (*HSIAO W., 1999*). La mise en œuvre de plan stratégique permet une meilleure allocation du financement lié aux interventions du Programme National de Lutte contre le Paludisme. Cela peut être la source d'obtention de résultats qui aboutiront à un impact sur les populations en termes de morbidité et de mortalité.

C'est ce processus que nous essayerons d'analyser dans notre étude. C'est-à-dire l'influence du financement sur la mise en œuvre de différentes interventions du programme. Ces interventions devraient permettre la réalisation de performances en termes, d'activités réalisées au niveau de la population et des différentes zones, d'effets produits comme la couverture et l'utilisation des services fournis par les interventions et d'impacts tel la réduction de la morbidité et la réduction de la mortalité sur la population.

Nous présenterons pour ce faire : D'abord, en première partie dans le cadre conceptuel, un chapitre portant sur le contexte et la justification de l'étude puis un second portant sur les définitions et la revue de la littérature. Ensuite, en deuxième partie dans le cadre opérationnel, un premier chapitre sur la méthodologie de recherche puis un second sur la présentation et la discussion des résultats. Enfin nous essayerons de proposer des recommandations avant la conclusion.

***PREMIERE PARTIE :
CADRE CONCEPTUEL***

CHAPITRE I : CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, après une description du contexte de l'étude où nous montrerons le contexte socio-économique et le contexte sanitaire, nous passerons à sa justification puis à la présentation des objectifs et hypothèses d'étude.

1.1. CONTEXTE DE L'ETUDE

Nous évoquerons dans cette partie le contexte socio-économique du Sénégal à travers son profil géographique, démographique et économique et le contexte sanitaire par son profil épidémiologique, l'organisation du système de santé et le financement du système de santé.

1.1.1. CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE DU SENEGAL

1.1.1.1. PROFIL GEOGRAPHIQUE

Le Sénégal est un pays soudano-sahélien situé à l'extrême Ouest du continent africain. Il est compris entre le 12°8 et 16°41 de latitude Nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest. Sa superficie est de 196 722 km². Il est limité au Nord par la République de Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée Bissau et la Guinée et à l'Ouest par l'Océan Atlantique. Il est traversé par la Gambie, enclave de terre située sur le cours inférieur du fleuve Sénégal, entre les régions de Kaolack et de Ziguinchor. (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2008*)

Pays côtier (700 kilomètres sur l'océan atlantique) et plat (altitude rarement supérieure à 100 mètres), le Sénégal est traversé d'Est en Ouest par quatre fleuves : le Sénégal, la Gambie, la Casamance et le Saloum et leurs affluents. Ce réseau hydrographique est complété par quelques cours d'eau temporaires et une contribution significative du lac de Guiers au Nord du pays. (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2007*)

Le climat est tropical et se caractérise par une longue saison sèche de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre. Celle-ci est plus longue en Casamance au sud du pays où les précipitations annuelles sont les plus importantes, avec une moyenne de 1 400 mm. Celles-ci chutent considérablement au Nord, avec moins de 381 mm. A l'instar des autres pays du Sahel, le Sénégal est confronté à la désertification depuis plusieurs décennies. (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2008*)

Au niveau administratif, le territoire national est découpé en 14 régions administratives. Les régions sont subdivisées en départements, ceux-ci étant découpés en communes (assimilées au milieu urbain) et arrondissements. (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2007*)

1.1.1.2. PROFIL DEMOGRAPHIQUE

En 2008, la population du Sénégal est estimée à 11,6 millions d'habitants, soit une densité moyenne de 58 habitants au km². Cette moyenne cache une répartition extrêmement inégale de la population, avec une opposition entre le sous-peuplement de l'Est et une forte concentration sur la côte ainsi qu'au centre. (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2008*)

La région de Dakar abrite 22,4% de la population totale alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale. Les régions les moins peuplées sont celles de Tambacounda (y compris Kédougou) et de Matam avec respectivement 11 et 16 habitants au km². Ce sont aussi les régions les plus vastes du pays avec respectivement 30,4% et 14,8% du territoire national. Il faut également souligner le fait que certaines villes (Guédiawaye et de Pikine dans la région de Dakar et celle de Touba dans la région de Diourbel) sont plus peuplées que certaines régions.

Liés à des facteurs naturels et historiques, ces contrastes ont été accentués ces dernières décennies par l'exode rural (ce phénomène intéressant plus particulièrement les jeunes). Le Sénégal a l'un des taux d'urbanisation les plus élevés d'Afrique noire, 41,5% selon la Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS) en 2005. Le développement des centres urbains absorbe une grande partie de la croissance de la population sénégalaise qui a plus que doublé en trente ans (de 5 millions en 1976 à 9,8 millions en 2002 et plus de 12 millions en 2008) (*Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2009*). Cette expansion démographique est principalement due à l'accroissement naturel de la population (2,3% en 2006) qui résulte à la fois du recul de la mortalité (9,4 pour 1 000 en 2006) et d'une forte natalité (32,8 pour 1 000 en 2006). Outre son inégale répartition, le dépeuplement des campagnes au profit des villes et sa croissance rapide, la population sénégalaise se caractérise par sa jeunesse : en 2008, les moins de 20 ans représentent 54% et les plus de 65 ans 4%. A l'heure actuelle, le nombre de femmes en âge de reproduction (15-49 ans) est estimé à 3 124 600 et celui des enfants de moins de 5 ans à 1 755 800. (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2008*)

Le Sénégal compte plus de vingt ethnies. Les groupes ethniques dominants sont le Wolof (43%), le Poular (24 %), le Sérér (15 %), le Diola (5 %) et le Mandingue (4 %). La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94 %). On y trouve aussi des Chrétiens (4 %). L'animisme et les autres religions représentent environ 2 % de la population (*Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2009*).

1.1.1.3. PROFIL ECONOMIQUE

L'année 2008 a été marquée par un ralentissement de la croissance économique qui s'est établie à 3,3% contre 4,9% en 2007. Cette décélération de l'activité est essentiellement liée aux difficultés traversées par le secteur industriel et celui des bâtiments et travaux publics (BTP) qui se sont traduites par un recul de 1,0% de la valeur ajoutée en volume du secteur secondaire. Le secteur tertiaire a également enregistré un fléchissement avec un taux de croissance de 2,6%, après 6,6% en 2007. Néanmoins, les bonnes performances notées au niveau du secteur primaire (17,7%), en particulier pour le sous-secteur agricole, ont permis d'atténuer le ralentissement de la croissance économique.

Nonobstant ce retrait de la croissance économique, le PIB à prix courants a connu une progression de 10,0%, sous l'effet de la forte hausse du déflateur du PIB (6,5%). Cet accroissement a induit un relèvement de 7,1% du PIB par habitant qui se situe à 501 978 FCFA en 2008 contre 468 773 FCFA en 2007.

En dépit de cette augmentation du PIB par tête, la forte inflation enregistrée en 2008 a contribué à grever le pouvoir d'achat des ménages. Cette évolution des prix à la consommation est principalement imputable aux tensions sur les prix du marché extérieur des produits pétroliers et des produits alimentaires, ainsi que leurs répercussions sur les produits de consommation locale¹.

Cette forte inflation, combinée à un ralentissement de l'activité économique, a affecté la consommation finale privée (en volume) qui n'a progressé que de 3,1%, après 5,3% en 2007.

Au titre de la Formation Brute de Capital Fixe (FBCF), elle a enregistré une progression de 7,3% en termes réels et 11,9% en valeur. Il en résulte un léger accroissement du taux de FBCF qui a atteint 26,6% en 2008, après 26,1% en 2007.

Les échanges extérieurs de biens et services en volume ont été marqués, en 2008, par une augmentation de 0,2% des exportations et un recul de 2,8% des importations. En valeur, les

¹ ANSD, Evolution annuelle de l'Indice Harmonisé des Prix à la Consommation en 2008, mars 2009.

exportations de biens et services se sont accrues de 7,8% en 2008, tandis que les importations ont progressé de 7,4%. Au total, le déficit de la balance des biens et services est ressorti à 1 295 milliards FCFA en 2008 contre 1 211 milliards FCFA en 2007 (*Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2009*).

1.1.2. CONTEXTE SANITAIRE

1.1.2.1. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

La situation épidémiologique du Sénégal est caractérisée par la persistance de nombreuses maladies transmissibles. Les maladies infectieuses, ainsi que les parasitoses restent les premières causes de morbidité : paludisme (29,6% des causes de consultations), les parasitoses (9,5%), les dermatoses (6%) et les affections respiratoires (4,7%). (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2010*)

On note l'ampleur et la gravité des maladies négligées. Outre la co-endémicité dans certaines régions, la filariose lymphatique (FL) à *Wuchereria bancrofti* est endémique dans 8 régions, avec une prévalence moyenne variant de 0,57 à 29,7 %. Les géo-helminthes sont largement répandus dans tout le territoire avec une haute prévalence chez les enfants en âge scolaire.

En ce qui concerne la schistosomiase, la forme à *S. haematobium* est endémique dans toutes les régions sauf à Dakar, avec une prévalence variable d'une région à une autre. Les régions les plus touchées sont celles de Tambacounda, Saint-Louis, Diourbel et Fatick avec des prévalences moyennes allant de 17,6 à 35,8%. Les enfants d'âge scolaire sont les plus vulnérables. (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2010*)

Les taux relativement élevés de mortalité infantile (61 pour 1000 en 2005, 78 pour 1.000 en 2002) et infanto-juvénile (121 pour 1000 en 2005, 138 pour 1.000 en 2002) sont essentiellement dus aux carences nutritionnelles (22% de cas chroniques et 8% de malnutrition sévère), à l'avitaminose A et aux carences en micronutriments. Les maladies diarrhéiques et le paludisme, ainsi que les affections respiratoires, apportent leur lot aux causes de mortalité infantile et infanto-juvénile. (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2010*)

Le taux de mortalité maternelle (434 pour 100000 en 2005 510 pour 100.000 naissances vivantes en 2002) a pour principales causes les grossesses précoces, nombreuses ou rapprochées.

En ce qui concerne le VIH, en 2005, la situation épidémiologique est décrite comme une épidémie de type concentré avec un taux de prévalence de 1,5% dans la population générale et une prévalence de l'ordre de 15 à 20% chez les travailleuses du sexe.

En 2005 les résultats de l'enquête démographique de santé (EDS-IV) ont montré qu'au niveau national la prévalence globale (tous sexes confondus) est de 0,7 %. Les femmes, avec un taux de prévalence de 0,9 %, sont plus infectées que les hommes (0,4 %).

Ces taux cachent cependant les disparités entre les régions dont certaines affichent une prévalence supérieure à la moyenne nationale. Il en est ainsi pour les régions de Kolda et de Ziguinchor dans le Sud du pays qui enregistrent respectivement des taux de 2,8% et 2,3%.

Depuis quelques années, on enregistre la progression des maladies non transmissibles (diabète, maladies cardiovasculaires, hypertension, cancer, drépanocytose, insuffisance rénale, asthme). L'apparition et l'augmentation de la prévalence de ce dernier type d'affections sont favorisées par le changement de mode de vie, notamment sur le plan des habitudes alimentaires, le manque d'exercice physique, le tabagisme, la consommation d'alcool, etc. Aussi bien les jeunes que les personnes du 3^e âge sont concernés.

Le paludisme, objet de notre étude, 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. Les variations épidémiologiques sont importantes du Nord, sahélien et hypo-endémique au Sud, guinéo-soudanien et hyper-endémique. En 2005, environ 2 millions de cas de paludisme (confirmé ou non) étaient recensés au niveau national ainsi que plus de 2000 décès attribuables à la maladie. Le paludisme est responsable de 32% des consultations externes et de plus de 20% des décès de moins de 5 ans. (*Roll Back Malaria, 2010*)

La structure des dix causes de morbidité et de mortalité recensées auprès des structures sanitaires du Sénégal se présente comme suit :

- ***La morbidité***

Les dix maladies les plus fréquentes au Sénégal en 2008 représentent à elles seules 58,1% des cas de maladies constatées auprès des structures sanitaires du pays. Le paludisme demeure la maladie la plus présente avec 298 849 cas (Accès palustre simple et Accès palustre grave) soit 31,6% des dix principales affections. Ensuite, viennent dans l'ordre les Infections Respiratoires Aigües basses (IRA), les autres maladies de la peau, les diarrhées et l'hypertension artérielle. (*Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2009*)

- **La mortalité**

La structure des dix causes de mortalité les plus fréquentes au Sénégal n'a pas considérablement évolué entre 2007 et 2008. Les maladies telles que les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), la malnutrition, le SIDA et le diabète ne figurent plus parmi les dix premières causes de mortalité. Le paludisme demeure la maladie qui tue le plus au Sénégal avec 4869 cas (Accès palustre simple + Accès palustre grave). Ensuite viennent dans l'ordre l'hypertension artérielle (1049 cas) et l'hypotension artérielle (186 cas). (*Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, 2009*)

1.1.2.2. SYSTEME DE SANTE

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui dispose en son article 17 que «...l'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général, et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ». (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2009*)

La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les objectifs du millénaire pour le développement (OMD). (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2009*)

Malgré le contexte mondial marqué par la crise financière et économique d'une part, la survenue de catastrophes naturelles (*inondations*) et de pandémies d'autre part (*choléra, gripes*), la situation sanitaire du Sénégal a favorablement évolué ces dernières années, donnant même l'espoir de l'élimination voire de l'éradication de maladies restées longtemps meurtrières ou invalidantes dans le pays (*paludisme, lèpre, onchocercose, ver de Guinée*). (*www.santé.gouv.sn*)

1.1.2.2.1. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

a) Secteur Public

L'organisation du système de santé du Sénégal se présente sous forme pyramidale à trois niveaux : l'échelon périphérique (district), l'échelon régional (région médicale) et l'échelon central. Le système de santé suit la division administrative.

- L'échelon périphérique :

Correspond au district sanitaire. Le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie de département. Chaque district ou zone opérationnelle est géré par un médecin-chef. Les postes de santé sont implantés dans les communes, les communautés rurales ou les villages et sont gérés par des infirmiers ; ils polarisent au niveau rural des infrastructures communautaires (cases de santé et maternités rurales). Le Sénégal compte 69 districts sanitaires polarisant 77 Centres de Santé, 971 postes de santé, 2270 cases de santé et 476 maternités rurales.

- L'échelon régional :

Correspond à la région médicale comprend 14 régions médicales. C'est la structure de coordination du niveau régional ou intermédiaire et elle correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de service rattachés à la région médicale. Au niveau de chaque région, la référence régionale est représentée par un hôpital ou Etablissement Public de Santé (EPS) de niveau 2. Le Ministère de la Santé a initié la signature de contrats de performance avec les médecins-chefs de région dans lesquels les indicateurs liés au VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose occupent une place prépondérante.

- L'échelon central ou national :

Le Ministère de la Santé et de la prévention comprend outre le cabinet du ministre, les 7 directions et services rattachés, les 7 Hôpitaux nationaux ou établissements publics de santé de niveau 3. Chaque direction comprend des divisions et des programmes de santé. En dehors du Plan Elargi de vaccination (PEV) qui est logé à la Direction de la Prévention Médicale, la Direction de la Santé comprend :

- la Division Sida /IST ;
- le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNT) ;
- le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), érigé en Etablissement Public de Santé (EPS), est chargée de l'achat des médicaments et produits sur le marché international, de la gestion et de la distribution au niveau périphérique par l'intermédiaire des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA).

b) Secteur privé

Le secteur privé joue un rôle important dans le dispositif de santé. On distingue le secteur privé à but lucratif et à but non lucratif (secteur confessionnel et médecine d'entreprise). Le secteur privé compte 1 hôpital privé confessionnel, 32 cliniques, 70 maternités, 131 cabinets médicaux et 77 postes de santé privés, 843 officines de Pharmacie, 4 Grossistes répartiteurs, 3 Industries pharmaceutiques et l'Institut Pasteur de Dakar devenu Fondation de droit sénégalais en décembre 2008 et qui fabrique le vaccin anti-amaril. A cela s'ajoute l'offre de santé des ONG et des Associations. Il convient de signaler l'existence d'une offre privée en matière d'aide au diagnostic avec 12 laboratoires privés d'analyses médicales dont 10 à Dakar et une dizaine de services d'imagerie à Dakar.

Le Sénégal a mis en place un système de référence et de contre référence basé sur le système pyramidal pour l'orientation des malades et le transfert d'informations sanitaires entre le niveau périphérique (PS et CS) et les structures hospitalières. En termes de couvertures, les ratios par rapport à la population sont de :

- pour un hôpital : 464.623 habitants en 2009
- pour un centre de santé : 152.836 habitants en 2009
- pour un poste de santé : 10.559 habitants en 2009.

Ce qui traduit un rapprochement significatif des services de santé de la population utilisatrice. Les normes du Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) prévoient :

- 1 hôpital par région,
- 1 Centre de Santé pour 150 000 habitants,
- 1 Poste de Santé pour 10 000 habitants.

1.1.2.2.2. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Compte tenu de l'ampleur du problème, le Sénégal a toujours manifesté la volonté de combattre le paludisme avec détermination.

a) Les grandes dates

- En **1992**, le Sénégal a introduit l'Initiative de Bamako (IB) dans le cadre de la mise en œuvre de la politique des Soins de Santé Primaires (SSP) et s'est engagé dans la politique d'abandon de la chimio prophylaxie de masse.
- En **1995**, le Sénégal a élaboré un Programme National de Lutte contre le Paludisme dont les activités ont été intégrées dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 1998-2007 et le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS).
- En **1997**, à l'instar de 21 autres pays africains, le Sénégal a bénéficié d'un financement de l'OMS dans le cadre d'un plan d'accélération de la lutte contre le paludisme dans 12 districts sanitaires. A la même période, la lutte contre le paludisme a été intégrée dans le Projet de Lutte Contre les Maladies Endémiques (PLCME) financé par la Banque Mondiale.
- En juin **1999**, le Sénégal a adhéré à l'Initiative Roll Back Malaria (Faire Reculer le Paludisme), lancée conjointement par l'OMS, la Banque Mondiale, l'UNICEF et le PNUD en 1998.
- En avril **2000**, la déclaration d'Abuja issue du Sommet des Chefs d'Etats et de Gouvernements est venue renforcer cette initiative mondiale.
- En juillet **2000**, les Assises Nationales sur la Santé ont identifié la lutte contre le paludisme comme une des principales priorités du Gouvernement du Sénégal.
- En **2003**, le Sénégal a bénéficié d'un financement dans le cadre du 1^{er} round du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. La même année, le Sénégal a changé de politique de traitement et de prévention du paludisme suivant un processus consensuel.
- En **2004**, le Sénégal a bénéficié d'un financement dans le cadre du 4^{ème} round du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.
- Le 17 juin **2005**, le Sénégal a signé un accord de subvention dans le cadre du 4^{ème} round du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

- Le 20 mars 2008, le Sénégal a signé un accord de subvention dans le cadre du 7^{ème} round du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

b) Organisation du PNLP

Le Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme est une structure de la Division de la Lutte contre la Maladie qui dépend de la Direction de la Santé du Ministère de la santé et de la Prévention Médicale. L'équipe du programme comprend 32 membres. Le PNLP dans son organigramme comprend : une Coordination et de Bureaux

La coordination est assurée par le Coordonnateur assisté d'un Adjoint, d'un auditeur interne et du secrétariat. Il existe 4 Bureaux:

- le Bureau administration et finances
- le Bureau suivi/évaluation
- le Bureau prévention et partenariat
- le Bureau prise en charge, recherche et pharmacovigilance.

Chaque bureau est dirigé par un chef de bureau. A l'intérieur de chaque bureau, il existe des points focaux qui animent en permanence le fonctionnement des bureaux. Dans un souci de rationalisation des ressources humaines, il peut arriver que le Chef de bureau soit en même temps point focal. (*Programme National de Lutte Contre le Paludisme, 2010*)

c) Mission et rôle de PNLP

Le PNLP a pour mission de coordonner et de mettre en œuvre la politique nationale de lutte contre le Paludisme à travers des plans quinquennaux subdivisés en plans biennaux pour leur opérationnalisation. Au niveau intermédiaire et opérationnel, la gestion du programme est intégrée à l'organisation déjà existante dans le cadre du pilotage des plans de développement sanitaire des régions médicales et des districts.

Dans l'exécution de sa mission, le PNLP travaille en étroite collaboration avec :

- les acteurs du système de santé (Public et Privé) ;
- les différents partenaires stratégiques du ministère de la santé et de la prévention médicale (OMS, UNICEF, USAID,...). (*Programme National de Lutte Contre le Paludisme, 2010*)

1.1.2.2.3. RESSOURCES HUMAINES

Concernant le personnel sanitaire nous avons les indicateurs suivants :

Personnels dans la fonction publique

- Médecins : 757
- Chirurgiens Dentistes : 105
- Infirmiers d'Etat : 2 193
- Sages-femmes d'Etat : 797
- Pharmaciens : 107
- Techniciens supérieurs de Santé : 493

Personnels contractuels Après 2000

- Médecins : 22
- Infirmiers : 213
- Sages-femmes d'Etat : 64
- Techniciens supérieurs de Santé : 19

Le personnel contractualisé a permis de ré-ouvrir plusieurs postes de santé fermés avant 2000. Aujourd'hui plus de **470 agents de santé** ont été contractualisés pour résorber le déficit du secteur. A cela s'ajoute plus de **276 agents de soutien** au système de santé.

1.1.2.2.4. FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

Le système public de santé du Sénégal tire son financement principalement de quatre sources : le budget de l'état, les collectivités locales, la population à travers leurs contributions au financement des prestations, et les partenaires extérieurs.

Selon les Comptes Nationaux de la santé (CNS) 2005, le financement de la santé a mobilisé 254,2 milliards de FCFA ce qui représente 5,5% du PIB et correspond à une moyenne des dépenses de santé par tête de 42 dollars US en 2005. Ces deux indicateurs placent le Sénégal parmi les pays dont les niveaux de dépenses de santé sont les plus élevés en Afrique de l'Ouest. (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2005*)

a) Structure du financement

- Les fonds publics s'élèvent à 91,4 milliards de FCFA (soit 35,95% du financement) et sont constitués à hauteur de 96% par les fonds provenant de l'administration centrale et 3% des collectivités locales.
- Les fonds privés s'élèvent à 109,4 milliards de FCFA (soit 43,04% du financement) répartis ainsi : 87% fonds des ménages, 9% fonds des employeurs, 3% autres fonds privés et 1% fonds des ONG.
- Les fonds du Reste du Monde sont de 53,4 milliards de FCFA (soit 21,01% du financement) dont 59% des fonds proviennent de la coopération bilatérale, 14% de la coopération multilatérale, 0,7% de la coopération décentralisée, 26% des ONG, des initiatives internationales et globales et 0,3% des fonds des sénégalais de l'extérieur. (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2005*)

b) Gestion des fonds

- Le secteur public gère 134,3 milliards de FCFA soit 53% de la Dépense Nationale de Santé (DNS) dont 78,2% est géré par le Ministère de la Santé et de la Prévention et seulement 7% sont gérés par les collectivités locales ;
- Le secteur privé gère 43% de la DNS soit 109,4 milliards de FCFA dont 77% sont gérés par les ménages, 10% par les sociétés d'assurance et 9% par les assurances sociales ;
- Les partenaires extérieurs ne gèrent que 4% de la DNS soit 101,6 millions de FCFA, ils confient leurs fonds essentiellement au ministère de la santé. (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2005*)

c) Répartition des dépenses par prestataire

Les dépenses par prestataire du MSP montre une prédominance des programmes de santé publique (38%) et des structures hospitalières qui reçoivent 38% (21% aux hôpitaux et 17% aux centres de santé) ; les postes de santé ne recevant que 3% de ce fonds publics ;

- L'achat de médicaments constitue près de la moitié des dépenses directes des ménages. Les dépenses directes des ménages chez les tradipraticiens sont aussi importantes que dans les cabinets privés et les postes de santé. Hors médicaments, les dépenses des ménages se concentrent dans les structures publiques hospitalières ;

- Les dépenses des assureurs privés et des IPM se concentrent sur le secteur privé tandis que les dépenses des mutuelles de santé hors médicaments s'orientent vers le secteur public. (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2005*)

d) Répartition des dépenses par type de prestation

- Sur l'ensemble des 254,2 milliards de FCFA, l'essentiel des dépenses privées et notamment celles des ménages est orientée vers les médicaments (45,9 milliards de FCFA soit 18%) les soins curatifs (81,1 milliards de FCFA soit 32%) et la prévention (56,4 milliards de FCFA soit 22%) ;
- La structure des dépenses de l'ensemble des assurances montre que les services de santé les plus couverts sont les services de soins curatifs avec 46% dont 58% pour les soins curatifs hospitaliers puis les médicaments avec 23% de leurs dépenses totales. Enfin, les dépenses d'administration consomment 19% des dépenses des assureurs. (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2005*)

L'analyse, ci-dessus présentée, nous montre l'utilisation de l'ensemble du financement destiné au secteur sanitaire en 2005 dans les CNS. Le CNS n'ayant pas été élaboré les autres années, nous présentons dans le tableau qui suit l'évolution du budget alloué au secteur par l'Etat de 2000 à 2010.

Tableau 1 : Evolution du budget du secteur de la santé 2000-2010

Années	Valeurs du budget global du secteur de la santé en FCFA.
2000	29.707.000.000
2002	42.665.000.000
2004	50.304.000.000
2006	84.662.000.000
2008	98.402.000.000
2010	108.423.000.000

Source : Ministère de la santé et de la prévention (www.santé.gouv.sn)

1.2. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

1.2.1. PROBLEMATIQUE

Le paludisme demeure un problème de santé publique majeur. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, (OMS), environ 40 % de la population mondiale, habitant essentiellement dans les pays les plus pauvres du monde, sont exposés au paludisme. Cette maladie parasitaire est la cause de 1,5 à 2,7 millions de décès par an à travers le monde dont un million d'enfants de moins de 5 ans. Environ neuf de ces décès sur dix concernent l'Afrique subsaharienne. (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2009*) et (*Roll Back Malaria, 2010*)

Le paludisme au Sénégal est responsable de 32% des consultations externes et de plus de 20% des décès des moins de cinq ans (*Roll Back Malaria, 2010*). Il demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes (les femmes enceintes couvrant quatre fois plus de risque de souffrir des complications du paludisme que les femmes non enceintes) (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2008*). En plus des pertes en vies humaines, le paludisme affecte l'économie en réduisant son dynamisme et en entravant la scolarité des enfants. Considéré comme une maladie de la pauvreté, il en est aussi une cause. En effet, le paludisme et la pauvreté sont intimement liés. Le paludisme est à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté. Cette imbrication est particulièrement difficile à gérer pour les pays et les populations les plus pauvres, enfermés dans le cercle vicieux de la pauvreté et des problèmes sanitaires. (*Alliance Européenne contre le paludisme, 2007*)

En raison de l'ampleur de l'endémie, les Chefs d'Etat et de gouvernement, lors du 33^{ème} sommet de l'OUA en juin 1997 à Harare, ont manifesté leur volonté de combattre avec beaucoup de détermination cette maladie. Le 24 avril 2000, ils ont ratifié la Déclaration du plan d'action d'Abuja (Nigeria) sur le Projet « Faire Reculer le paludisme » (*Roll Back Malaria*) en Afrique et se sont engagés à prendre des mesures appropriées et durables pour une couverture universelle des principales interventions antipaludiques. (*Ministère de la Santé et de la Prévention, 2008*)

Réduire de moitié la charge de morbidité et de mortalité due au paludisme avant 2010, tel est l'objectif fixé pour la décennie 2001-2010 des Nations Unies pour faire reculer le paludisme. Cela à travers des interventions connues et qui reposent sur des stratégies bien définies. Ces interventions quand elles sont efficaces améliorent considérablement la santé maternelle et la survie de l'enfant.

Le financement reste un facteur limitant dans la lutte contre le paludisme dans de nombreux pays. Dans la plupart des pays endémiques, atteindre les objectifs fixés pour la décennie tout en maintenant un niveau de contrôle élevé nécessite une augmentation substantielle du financement, à la fois de la part de la communauté internationale et des pays endémiques.

Selon les chiffres, l'aide internationale au développement en matière de santé a quadruplé au cours des vingt dernières années, avec une explosion du financement pour la lutte antipaludique entre 2003 et 2009 (4,6 milliards de \$ US). Ainsi, certains pays ont vu une augmentation de leur fonds. C'est le cas de l'Ethiopie où le montant de la lutte est passé de 2,7 millions \$US en 2001 à 200 millions \$US entre 2004-2007 (OMS, 2009), la Zambie le montant passant de 5 millions \$US en 2002 à 17 millions \$US en 2008 (OMS, 2009). On pourrait aussi voir cette augmentation en termes de financement par personne à risque. Nous avons dans ce cas un financement par personne qui est passé, en Ethiopie de 0,74 \$US en 2005 à 7,94 \$US en 2009, en Zambie de 4,81 \$US en 2005 à 11,52 \$US en 2009, en Tanzanie de 1,69 \$US en 2005 à 9,5 \$US en 2009. (*Roll Back Malaria, 2010*)

Dans ces pays, l'augmentation du financement a permis l'intensification des principales interventions de la lutte contre le paludisme à savoir l'intensification de la couverture en MII (moustiquaires imprégnées d'insecticides), PID (pulvérisation intra-domiciliaire), TPIp (traitement préventif pendant la grossesse) et la prise en charge des cas de paludisme et a permis d'obtenir des résultats impressionnants.

Par exemple, en Zambie, pendant la période d'intensification de plusieurs interventions antipaludiques, la mortalité due au paludisme a diminué de 66 %, et la mortalité toutes causes confondues des moins de cinq ans a baissé de 29 % entre 2001-2002 et 2008. Dans le même temps, la prévalence du parasite chez les moins de cinq ans a diminué de 54 %, et les hospitalisations dues au paludisme de 55% (*Roll Back Malaria, 2010*). Le taux de couverture en MII est passé de 14% en 2005 à 62% en 2009, entre 2006-2008 317 000 structures ont bénéficié de la PID protégeant ainsi près de 9 812 000 personnes. L'estimation du nombre de décès dus au paludisme évité chez les moins de cinq grâce à l'augmentation de la couverture en MII et TPIp sur la période 2006-2009 s'élève à 22 328 personnes. (*Roll Back Malaria, 2010*)

Au Sénégal, l'évaluation en fin 2005 du plan stratégique 2001-2005 élaborer par le PNLN, a permis l'obtention des résultats suivant durant cette période : 45% de taux de prise en charge des cas de fièvre dans les 24 heures au niveau des communautés contre 36,2% en 2000; 18%

de taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées chez les enfants de moins de 5 ans contre 1,7% en 2000 ; 39% de taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées chez les femmes enceintes contre 1,7% en 2000 ; 77% de taux d'utilisation du Traitement préventif intermittent (TPI) à la SP chez les femmes enceintes contre 32% de chimio prévention à la Chloroquine en 2000. Toutefois le taux d'utilisation du Traitement préventif intermittent à la SP chez les femmes enceintes sous observation directe n'est que de 47% (PNLP, 2005).

Les ressources mobilisées au niveau national et l'obtention de ressources extra budgétaires massives des partenaires extérieurs ont permis d'accélérer la mise en œuvre des activités au cours de la 2^{ème} moitié du quinquennat. Ces ressources s'estiment à 23,5 millions \$US entre 2003 et 2005 (OMS, 2009).

Notre étude portant sur l'influence du financement sur les performances du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) du Sénégal s'articulera autour de l'analyse de l'influence du financement sur les performances du programme en particulier sur les groupes les plus vulnérables (les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq). Elle nous permettra de voir le lien entre les résultats des différentes interventions de la lutte, l'intensification des activités et l'augmentation des financements au cours de notre période d'analyse au Sénégal. Pour mener à bien cette étude nous nous sommes posé les questions suivantes :

- Quels sont les mécanismes de financement des activités du PNLP au Sénégal au cours de la période 2006-2009?
- Quels sont les performances réalisées par le PNLP, avec le financement reçu, en vue de l'atteinte de l'objectif fixé pour la décennie 2001-2010 dans la perspective de la réalisation des OMDs ?
- Quelles contributions peuvent apporter notre analyse sur les effets du financement pour améliorer les performances du PNLP dans le financement futur de ses activités ?

1.2.2. INTERETS DE L'ETUDE

Il est essentiel pour l'accomplissement des OMDs de contrôler le paludisme et de maintenir ce contrôle, tout particulièrement en ce qui concerne la mortalité infantile et la santé de la mère (*Roll Back Malaria, 2010*). C'est dans ce sens que s'aligne notre étude. Elle essaiera d'être un appui pour les différents acteurs :

- **Pour l'Etat du Sénégal à travers le PNLP**

Cette étude permettra d'apporter au PNLP un regard extérieur quant à l'analyse des performances des activités menées et du financement reçu. Elle fournira des informations supplémentaires détaillées sur l'efficacité et la réalité de la lutte contre le paludisme.

- **Pour les partenaires au développement**

Ce document pourra constituer un outil d'aide à la décision, en vue de l'aide conséquente à octroyer pour la réalisation des activités de lutte contre le paludisme au Sénégal.

- **Pour nous**

Ce mémoire nous permettra en tant que économiste de la santé de mettre en pratique les théories apprises tout au long de notre formation. Elle nous permettra de mieux appréhender les différents concepts de l'analyse du financement et de performance des programmes de santé.

1.3. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1.3.1. OBJECTIF GENERAL

Nous analyserons l'influence du financement sur les performances du Programme National de Lutte contre le Paludisme entre 2006 et 2009.

1.3.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Les objectifs spécifiques qui découlent de notre objectif général sont :

- Analyser le financement des activités:
 - déterminer les sources de financement du **PNLP**
 - déterminer la part de chacune des sources de financement
 - déterminer l'évolution du financement de 2005-2009

- Analyser les progrès réalisés par le PNLP vers l'atteinte des OMDs
 - déterminer les différentes activités mises en œuvre
 - déterminer les améliorations constatées à travers les résultats obtenus sur le terrain
 - déterminer l'évolution des performances de 2005-2009

- Faire des recommandations

1.4. HYPOTHESES DE L'ETUDE

Pour atteindre nos objectifs, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- *Le financement des activités du PNLP par l'aide extérieure ne baisse pas ;*
- *L'utilisation du financement a lieu au cours de l'année de son obtention ;*
- *Le financement des activités du PNLP a un effet positif sur les performances réalisées.*

CHAPITRE II : DEFINITIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE

Ce chapitre fait un bref aperçu de la revue de la littérature sur le sujet de l'influence du financement sur les performances des programmes de santé. Cependant, nous passerons en revue quelques définitions de concepts relatifs à notre étude avant la revue de la littérature.

2.1. DEFINITIONS DES CONCEPTS

Pour bien comprendre l'analyse que nous mènerons en deuxième partie de notre étude, nous définirons dans cette section les concepts liés au financement dans la santé, aux interventions de la lutte contre le paludisme et aux indicateurs des programmes de santé en particulier ceux liés au paludisme.

2.1.1. LES CONCEPTS LIEES AU FINANCEMENT

Le Dispositif de financement : il comprend les composantes suivantes :

- Les prestataires de soins, **destinataires ultimes du financement**.
- **Les agents de financement**, qui fournissent directement ou indirectement des ressources aux prestataires. Selon leur place dans le dispositif, on distinguera les **agents de financement primaires** (on décide de ne pas s'interroger sur leurs sources de financement) et les **agents de financement intermédiaires** (intermédiaires de financement). On pourrait parler d'**agents de financement ultimes** pour ceux qui financent directement les prestataires.
- **Les opérations de financement**, qui sont les modalités par lesquelles les ressources sont transférées d'un agent à l'autre. Les opérations de financement qui procurent finalement des ressources aux prestataires de soins sont dénommés « **modalités de paiement des prestataires** » (cependant, on parle souvent de « modalités de financement » pour les hôpitaux).
- **Les sources de financement** désignent la partie du dispositif de financement qui va de l'agent de financement primaire à l'agent de financement ultime des prestataires. L'étude des sources de financement décrit la façon dont les financeurs ultimes se sont procuré les ressources qu'ils allouent aux prestataires. (LAFARGE H., 2010)

2.1.2. INTERVENTIONS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME (*Roll Back Malaria, 2010*)

La communauté antipaludique dispose actuellement d'un certain nombre d'interventions très efficaces, applicables à grande échelle dans les zones endémiques. La lutte contre le paludisme repose sur la prévention de l'infection ou, en cas d'infection, sur un traitement rapide et efficace de l'infection et de la maladie. Il est clair qu'une prévention de qualité doit constituer une priorité, car elle permet de limiter la maladie et les besoins en traitement.

Prévention - Moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) aujourd'hui, la plupart des MII sont des MII longue durée (MILD) :

Les MII comptent parmi les méthodes de prévention les plus efficaces. En dormant sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide, une personne attire le moustique sur la moustiquaire. Celui-ci entre alors en contact avec l'insecticide et meurt peu après.

Si le moustique parvient à éviter la moustiquaire et à se nourrir de sang, il peut se poser sur cette moustiquaire par la suite, entrer en contact avec l'insecticide, et donc mourir peu après.

Des essais scientifiques contrôlés dans différentes zones présentant des risques de transmission différents (de faible à très élevé) ont montré les bénéfices de l'élimination des moustiques, à savoir la réduction de la transmission et une augmentation du taux de survie infantile. En outre, lorsqu'une partie importante de la communauté utilise des MII, ces dernières protègent également les personnes qui n'en utilisent pas et qui vivent à proximité de ceux qui les utilisent. Ceci est probablement dû à la faible proportion de moustiques femelles qui survivent assez longtemps pour transmettre le paludisme. Pour être efficaces, les MII doivent être imprégnées d'un insecticide de qualité et être utilisées régulièrement. Elles doivent également être suspendues et au moins une personne du foyer doit dormir sous moustiquaire. Même s'il est préférable que cette personne soit le jeune enfant ou la femme enceinte du foyer, le plus important reste que quelqu'un dorme sous la moustiquaire chaque nuit.

Prévention - Pulvérisation intra domiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID) :

La PID consiste à appliquer un insecticide long duré sur les murs intérieurs des habitations et des autres structures utilisées pour dormir afin de tuer les moustiques lorsqu'ils s'y posent. Cette méthode de prévention du paludisme est extrêmement efficace dans les zones où elle est appropriée d'un point de vue épidémiologique et logistique.

La PID doit être appliquée avant la saison de transmission (une ou deux fois par an s'il existe une saison continue ou plusieurs saisons de transmission) et est généralement réalisée par des personnes formées qui traitent toutes les structures appropriées au sein d'une communauté.

Cette procédure est facilitée si les habitations sont proches, comme dans les zones urbaines ou périurbaines.

Le type d'insecticide pulvérisé dépend de la composition des murs. Il peut être nécessaire d'utiliser un insecticide spécifique pour les murs en brique ou en plâtre, et un autre type d'insecticide pour les murs en terre ou en chaume. De plus, pour limiter la prolifération de moustiques résistant aux insecticides, les programmes de PID peuvent utiliser des insecticides différents à chaque cycle de pulvérisation.

Traitement rapide et efficace du paludisme :

Un traitement rapide (de préférence dans les 24 heures suivant l'apparition des premiers signes de fièvre) avec un agent antipaludique efficace (l'ACT est vivement recommandé pour l'infection à *Plasmodium falciparum*, mais la chloroquine reste très efficace pour la plupart des infections à *Plasmodium vivax*) est nécessaire pour éviter des complications potentiellement mortelles. Aussi, le diagnostic du paludisme par microscopie ou à l'aide de tests de diagnostic rapide (TDR) est de plus en plus important, voire primordial. Il permet en effet de déterminer i) qui est infecté par le paludisme et doit bénéficier d'un traitement antipaludique, ii) qui n'est pas infecté et doit donc se voir administrer un autre type de traitement, et iii) où les infections palustres sont localisées dans les communautés et le pays. Enfin, l'efficacité du médicament est essentielle. Les parasites du paludisme sont depuis longtemps capables de développer une résistance aux médicaments antipaludiques, ce qui menace l'efficacité des interventions. Les programmes doivent se baser sur les outils de diagnostic pour limiter l'utilisation de médicaments antipaludiques à ceux qui en ont besoin, et surveiller l'effet des médicaments au fil du temps pour s'assurer qu'ils utilisent les plus efficaces.

Traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIp) :

Associé à l'utilisation régulière de MILD, le TPIp est essentiel à la prévention du paludisme dans les zones endémiques. Le traitement se compose d'au moins deux doses d'un médicament antipaludique efficace, administrées pendant les deuxième et troisième trimestres de la grossesse. L'intervention réduit de manière importante la proportion de femmes enceintes souffrant d'anémie, d'infection du sang placentaire, et la proportion de naissances

prématurées et de nouveau-nés de faible poids de naissance. Aujourd'hui, la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) est considérée comme sûre et appropriée pour le traitement préventif intermittent pendant la grossesse dans les zones endémiques.

2.1.3. LES INDICATEURS DES PROGRAMMES LIES AU PALUDISME

Lors de notre analyse de données nous utiliserons les indicateurs pour mesurer l'atteinte des objectifs fixés par le PNLP. Nous mesurerons l'importance de l'influence du financement sur l'intensification des interventions à travers les indicateurs de monitoring et évaluation des programmes de santé. Dans notre cas, il s'agira de trois types d'indicateurs (voir tableau 2) : les indicateurs de résultats (personnes formées, services produits, partenariat mis en place), les indicateurs d'effet (augmentation des couvertures, augmentation de la qualité et de l'utilisation des services) et les indicateurs d'impact (réduction de la morbidité, réduction de la mortalité, amélioration de la qualité de vie).

Les indicateurs sont des mesures quantitatives pouvant être répétées dans le temps pour évaluer les progrès vers la réalisation des objectifs. Ils sont normalement exprimés sous forme de nombres, de proportions, de pourcentages ou de taux. (MAIGA A. et al, 1993) Il est utile dans un programme, d'avoir des indicateurs pour le suivi et l'évaluation. Les indicateurs d'effet et d'impact vont servir à l'évaluation des objectifs. Pour ce qui est des indicateurs du monitoring, ils seront exprimés en termes d'intrants (ressources), de processus (activités) et de résultats (services fournis).

Autant que l'objectif spécifique, l'indicateur d'effet ou d'impact qui doit le mesurer doit obéir à un certain nombre de critères : (FALL I.S. et al, 2005)

- la précision : mesure exacte du phénomène étudié ;
- la fiabilité, ou reproductibilité : des mesures différentes utilisant le même indicateur doivent donner significativement le même résultat ;
- la facilité d'interprétation ;
- la sensibilité : l'indicateur doit suivre les variations du problème étudié ;
- la spécificité : l'indicateur ne doit pas être influencé par des phénomènes autres que celui qu'il est sensé mesurer.

Le nombre d'indicateurs doit se limiter au strict nécessaire pour faciliter la collecte des données. (FALL I.S. et al, 2005)

Tableau 2 : Cadre de référence pour le monitoring et l'évaluation des programmes de santé.

Intrants	Monitoring de la mise en œuvre		Evaluation des effets et de l'impact	
	Processus	Résultats	Effets	Impact
<ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines • Ressources financières • Médicaments et produits • Logistique • Information • Infrastructure • Planification 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation • Appui technique • Production de guide et document • IEC, plaidoyer • Fourniture de médicaments et produits 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes formées • Services produits* • Partenariat mis en place • Mécanismes de coordination • Information • Infrastructure 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des performances • Augmentation des couvertures • Amélioration de l'accès • Augmentation de la qualité et de l'utilisation des services (bien-être socio-économique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la morbidité • Réduction de la mortalité • Amélioration de la qualité de vie
Indicateur d'entrées	Indicateur de processus	Indicateurs de Résultats	Indicateurs d'effet	Indicateurs d'impact

Source : FALL I.S. et collaborateurs, *Monitoring et Evaluation des programmes de Santé en Afrique Subsaharienne. Médecine Tropicale 2005, 65 : 184-188.*

Si la plupart des indicateurs varient selon les pays, cinq d'entre eux sont jugés si importants qu'ils ont été sélectionnés comme indicateurs mondiaux. Il est suggéré que tous les pays participant à l'initiative « Faire reculer le paludisme » utilisent ces indicateurs mondiaux à chaque fois qu'ils sont applicables. Les cinq indicateurs mondiaux sont :

- Le taux de mortalité par paludisme (cas présumés et confirmés) parmi les groupes cibles (moins de cinq ans et autres groupes cibles) ;
- Le nombre de cas de paludisme simple et grave (cas présumés et confirmés) parmi les groupes cibles (moins de cinq ans et autres groupes cibles) ;
- Le pourcentage de foyers possédant au moins une moustiquaire imprégnée ;
- Le pourcentage de patients atteints de paludisme simple qui reçoivent un traitement correct, dans une formation sanitaire ou au niveau de la communauté, selon les directives nationales, dans les 24 heures qui suivent l'apparition des symptômes ;
- Le pourcentage de formations sanitaires n'ayant enregistré au cours des trois derniers mois aucune rupture de stock de plus d'une semaine pour les antipaludiques prévus par la politique nationale des médicaments.

La sélection des indicateurs de base pour une région donnée dépendra du profil épidémiologique, des infrastructures sanitaires et des stratégies locales d'intervention.

2.2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

La revue de la littérature sur le paludisme est importante et les aspects de la lutte étudiés sont variés allant des politiques de lutte au financement en passant par les interventions. Cela témoigne de l'importance de cette maladie dans l'atteinte des OMDs. Cette revue permettra de faire le point sur l'état actuel de la recherche dans le domaine de la lutte contre le paludisme, de faire ressortir les points saillants du financement et des performances programmatiques.

Le partenariat Faire Reculer le Paludisme (FRP) a élaboré le plan d'action mondiale contre le paludisme² en vue d'apporter avant tout un soutien aux pays endémiques. Le plan d'action fournit un cadre d'action global à partir duquel les partenaires peuvent coordonner leurs efforts. Élaboré dans le cadre d'un processus consultatif intensif, il rassemble les contributions collectives de 30 pays et régions endémiques, 65 institutions internationales et 250 experts provenant de domaines divers. Le Plan offre i) une vue d'ensemble de la situation mondiale du paludisme, ii) une approche basée sur les preuves pour offrir une protection et un traitement efficaces à toutes les personnes à risque et (iii) une estimation des besoins annuels en financement pour atteindre les objectifs du Partenariat FRP à l'horizon 2010, 2015 et au-delà.

Le Plan expose la vision du Partenariat FRP:

- à court et moyen termes obtenir une réduction significative et durable du fardeau que représente le paludisme ;
- à long terme, dès que de nouveaux outils le permettront, l'éradication potentielle du paludisme à l'échelle planétaire.

Pour atteindre les objectifs de couverture universelle des interventions antipaludiques, une grande partie des actions doit être financée et fournie au niveau mondial. Bien que le financement international ait considérablement augmenté ces 5 dernières années, il subsiste d'importants besoins en financement dans chaque région endémique.

En effet, le Plan d'action mondial contre le paludisme met réellement l'accent sur l'investissement dans la lutte contre le paludisme. Selon les études menées, les auteurs expliquent que la prévention et le traitement du paludisme sauvent plus de vies par dollar dépensé et ont un impact plus important sur la santé en Afrique sub-saharienne que toutes les

² *The global malaria action plan. Geneva, World Health Organization, Roll Back Malaria, 2008.*
<http://www.rollbackmalaria.org/>

autres actions en matière de santé, à la seule exception de l'immunisation infantile³. Les études du Consensus de Copenhague ont montré qu'investir dans les traitements majeurs contre le paludisme (CTA) et dans la prévention (MILD) engendre des bénéfices et des rapports coût-bénéfice annuels plus importants que la plupart des autres actions sanitaires⁴.

Ainsi, malgré les coûts engendrés, le contrôle du paludisme figure parmi les initiatives les plus rentables en matière de santé. Une analyse faite à partir de 20 pays africains à forte morbidité montre que plus de 4,2 millions de vies seront sauvées entre 2008 et 2015 si les objectifs 2010 de couverture antipaludique sont atteints. Si les objectifs d'actions à l'échelle nationale ne sont pas atteints d'ici 2015, seules 2,8 millions de vies seront sauvées sur cette même période.

Le premier rapport de la Collection Progrès et Impact du Partenariat RBM *Lutte contre le paludisme : financement et utilisation des ressources – dix premières années du Partenariat RMB*, confirme que les fonds investis dans la lutte contre le paludisme ont eu des effets positifs notables pour les pays concernés et leur ont rapidement permis de diminuer leur taux de mortalité. Cependant, sans un financement pérenne et prévisible à long terme, les progrès de la lutte contre le paludisme sur la voie des cinq Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à cette maladie pourraient bien être compromis, à l'instar des progrès par rapport à la cible fixée pour 2010 dans la Déclaration d'Abuja, à savoir une couverture universelle des principales interventions antipaludiques.

Les auteurs font la synthèse des données des organisations intervenant dans la lutte antipaludique dans 12 pays. Les données financières proviennent des bases de données de trois sources la Banque mondiale, le Fonds mondial et le PMI. Quand aux données de couvertures, elles proviennent des données d'enquêtes démographiques et de santé (EDS), des enquêtes à grappes à indicateurs multiples (MICS) et des enquêtes sur les indicateurs du paludisme (EIP) des pays en questions. Il ressort de ce rapport que :

- Une analyse du financement et de l'utilisation des ressources dans douze pays africains pour lesquels des données sont disponibles montre clairement que des financements fiables et durables sont essentiels pour sauver des vies. Entre 2000 et 2009, on estime à quelque 384 000 le nombre d'enfants sauvés. De 2000 à 2003 on estime à 33 495 enfants sauvés, 61 450 enfants sauvés de 2004 à 2005 et la grande majorité de ces enfants

³ D.Jamison (2007), « Disease control » chapitre dans solutions for the world's biggest problems: costs and benefits. (Bjorn Lumberg, éd. Cambridge University Press).

⁴ Mills et Shillcut (2004) Challenge paper on Communicable Diseases. Consensus de Copenhague.

(289 108 enfants) a été sauvée au cours des quatre dernières années (2006-2009), période durant laquelle le financement et l'engagement politique pour la lutte contre la maladie ont été considérablement renforcés.

- Les financements externes pour l'intensification des interventions sont utilisés de manière efficace par les pays ; les fonds étant consacrés, par ordre d'importance, à la prévention, au traitement, au renforcement des systèmes de santé et au soutien à la gestion des programmes.

Ce rapport analyse le lien qu'il y a entre l'évolution des dépenses liées à l'achat des principaux produits antipaludiques grâce aux financements des bailleurs entre 2005 et 2008, l'évolution de la couverture des interventions financées avec ces fonds et l'impact estimé sur le fardeau du paludisme en fonction des résultats de ces programmes. L'analyse s'est concentrée en particulier sur le financement des quatre interventions de prévention et de traitement recommandées par le Partenariat RBM, à savoir MII, PID, médicaments antipaludiques et outils de diagnostic, et TPIp.

Il est ressorti de cette analyse qu'il existe un lien étroit entre les décaissements, les dépenses pour l'achat et la distribution de MII et l'augmentation obtenue en termes de couverture. Sur douze pays étudiés, 11 pays ont dépensé des fonds de la Banque mondiale, du Fonds mondial ou de PMI pour acheter des MII sur la période 2005–2008. Ces pays ont été analysés par groupes en fonction de l'augmentation de leur taux de couverture entre une enquête de référence (généralement 2003–2005) et une enquête plus récente (2007–2009). Ils ont été classés comme suit :

- *les pays très performants : leur taux de couverture a augmenté de 40 % entre les deux enquêtes ;*
- *les pays moyennement performants : l'augmentation de leur taux de couverture se situe entre 14 et 32 % ;*
- *les pays peu performants : leur taux de couverture n'a pas dépassé + 11 %.*

En ce qui concerne les activités de PID, Plus de 35 millions de personnes ont été protégées par des programmes de PID sur la période 2006–2008 grâce à un mécanisme de soutien financier. Des financements externes de la part de la Banque mondiale, du Fonds mondial ou d'autres bailleurs ont permis d'augmenter le taux de couverture et la protection des populations à risque.

Seuls 3 des 12 pays évalués dans ce rapport disposent de données d'enquête illustrant l'évolution de la couverture en ACT. Les ACT constituent leur traitement de première

intention des cas de paludisme simple, et ils représentent la majorité des médicaments thérapeutiques achetés avec les financements de la Banque mondiale, du Fonds mondial et de PMI. Les dépenses consacrées à l'achat d'ACT sont souvent trop faibles et trop variables d'une année sur l'autre dans la plupart des 12 pays, même si la couverture en ACT a augmenté de 2 % en 2005 à 21% en 2008.

Des données d'enquête pour le suivi de la couverture des activités de TPIp disponibles pour 10 des 12 pays montrent que la couverture en TPIp est faible dans la plupart des pays, avec moins de 40 % dans 7 des 10 pays pour lesquels des données sont disponibles.

Dans son *Rapport 2010 sur le paludisme dans le monde*, l'OMS met en exergue les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs internationaux de la lutte antipaludique fixés pour 2010 et 2015. Il résume les informations communiquées par 106 pays d'endémie palustre et d'autres sources. Le rapport décrit la situation en évolution du financement de la lutte antipaludique, la façon dont ces ressources croissantes ont entraîné une augmentation de la couverture des interventions recommandées par l'OMS, et l'association entre cette extension rapide des interventions et la réduction substantielle du fardeau du paludisme.

En effet, Les fonds décaissés pour la lutte antipaludique ont augmenté entre 2006 et 2009, passant d'US \$ 592 millions en 2006 à US \$ 652 millions en 2007 puis de US \$ 1 milliard en 2008 à US \$ 1,5 milliard en 2009, ce qui suggère que les financements continuent d'augmenter.

Il souligne combien l'augmentation du financement de la lutte antipaludique a entraîné d'énormes progrès dans l'accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide au cours des trois dernières années. En 2006–2008, près de 140 millions de moustiquaires à imprégnation durable ont été livrées dans les pays à forte charge de morbidité de la Région africaine.

Les programmes de pulvérisation intra-domiciliaire avec des insecticides ont aussi considérablement augmenté ces dernières années, avec un nombre de personnes protégées en Afrique subsaharienne augmentant de 13 millions en 2005 à 75 millions en 2009, ce qui correspond à la protection d'environ 10% de la population à risque du paludisme en 2009.

L'information provenant des fabricants de médicaments indique que le nombre acheté d'ACT a augmenté chaque année depuis 2005. Fin 2009, 11 pays africains fournissaient suffisamment d'ACT pour couvrir plus de 100% des cas de paludisme vus dans le secteur public; 8 autres pays d'Afrique ont distribué suffisamment de traitements pour couvrir de 50%

à 100% des cas. Ces chiffres représentent une augmentation substantielle depuis 2005, lorsque seulement 5 pays offraient suffisamment d'ACT pour couvrir plus de 50% des patients traités dans le secteur public.

Ces dernières années, un total de 11 pays et une zone dans la Région OMS de l'Afrique ont montré une réduction de plus de 50%, soit des cas confirmés de paludisme, soit des admissions et des décès liés au paludisme. Une diminution de plus de 50% du nombre de cas confirmés de paludisme entre 2000 et 2009 a été trouvée dans 32 des 56 pays d'endémie palustre en dehors de l'Afrique, tandis que les tendances à la baisse, de 25% à 50%, ont été observées dans 8 autres pays. Le Maroc et le Turkménistan ont été certifiés comme ayant éliminé le paludisme par le Directeur général de l'OMS en 2009.

En 2009, pour la première fois, la Région européenne de l'OMS n'a signalé aucun cas de paludisme à *P. falciparum*. On estime que le nombre de cas de paludisme a augmenté de 233 millions en 2000 à 244 millions en 2005, mais a diminué à 225 millions en 2009. Le nombre de décès dus au paludisme est estimé avoir diminué de 985 000 en 2000 à 781 000 en 2009. Une réduction du fardeau du paludisme a été observée dans toutes les Régions de l'OMS, avec les plus fortes baisses proportionnelles notées dans la Région européenne, suivie par la Région des Amériques. Les plus fortes baisses absolues des décès ont été observées en Afrique.

Dans, *World Malaria Day (2010): Africa Update (Journée mondiale contre le paludisme 2010 : mise à jour sur l'Afrique)*, le deuxième rapport de la Collection Progrès et Impact du Partenariat RBM, présente les progrès remarquables de la lutte contre le paludisme en Afrique et l'élan créé par ces programmes. Une augmentation très notable du financement accordé aux programmes de contrôle du paludisme et un accroissement des capacités nationales à mener cette lutte contre la maladie ont pour résultat une diminution très nette dans de nombreux pays des cas de paludisme et de la mortalité qui en découle. Environ un million de vies ont été épargnées depuis l'an 2000, la vaste majorité d'entre elles depuis 2006, lorsque l'intensification des efforts menés en Afrique a commencé à se faire sentir. Toutefois, alors même que les pays en cause sont en train d'atteindre les objectifs mondiaux fixés pour échéance en 2010, il reste encore beaucoup à faire.

Ce rapport fait la synthèse des informations issues, entre autres sources, des bases de données de l'UNICEF sur le paludisme dans le monde, la Division des approvisionnements de l'UNICEF, des rapports de l'OMS, du PMI et du Fonds mondial. Mais aussi, avec les données

de couvertures issues d'enquêtes démographiques et de santé (EDS), des enquêtes à grappes à indicateurs multiples (MICS) et des enquêtes sur les indicateurs du paludisme (EIP) des pays.

Il ressort de ce deuxième rapport consacré spécialement à l'Afrique que :

- Il est essentiel pour l'accomplissement de plusieurs des OMD de contrôler le paludisme et de maintenir ce contrôle, tout particulièrement en ce qui concerne la mortalité infantile et la santé de la mère ;
- Bien que le financement mondial de la lutte contre le paludisme ait décuplé au cours des six dernières années, passant de 0,3 milliard de \$ US à 1,7 milliard de \$ US par an, ces sommes sont loin des 6 milliards de \$ US qu'on estime nécessaires pour l'année 2010 à elle seule.

L'augmentation des financements et l'accroissement de l'engagement dans la lutte contre le paludisme ont fait progresser le contrôle de la maladie dans les pays et permis l'intensification rapide de la couverture des interventions et la réduction des goulets d'étranglement. Les pays ont pu adopter des traitements et des stratégies plus efficaces, mais qui sont plus coûteuses.

La plupart des pays endémiques en Afrique ont développé des plans au niveau national pour atteindre les objectifs de couverture universelle avant l'échéance de 2010. Les partenaires RBM vont aider à assurer que les plans de distribution mensuelle de MII sont bien mis en place et surveillés efficacement. Il a été clairement démontré que ces efforts ont un impact notable sur la vie des populations à risque d'infection par le paludisme dans de nombreux pays et de nombreuses régions. De plus en plus de preuves de cet impact positif deviennent disponibles au fur et à mesure que de nouveaux pays intensifient leurs efforts et documentent leurs résultats.

Pour permettre d'avoir une meilleure appréciation des efforts fournis dans la lutte antipaludique suite à l'augmentation du financement qui a permis une intensification des interventions et à l'importance du maintien de celles-ci, une indication du nombre de vies sauvées a été donnée par le biais d'estimations modélisées à l'aide de l'Outil de Vies Sauvées (modèle LiST). Un consortium d'organisations internationales et universitaires, mené par l'Institut des Programmes Internationaux de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, a développé ce modèle pour estimer l'impact sur la mortalité infantile de l'intensification des interventions de santé ciblant les mères, les nouveau-nés et les enfants.

Le modèle LiST, repose sur des estimations et des hypothèses sur la population, le taux de croissance, le taux de mortalité, les causes des décès et les niveaux de couverture des interventions pour la survie infantile de chaque pays. Ce modèle mathématique permet à ces utilisateurs de définir et mettre en œuvre divers scénarios combinant des informations scientifiques sur l'efficacité des interventions ciblant les mères, les nouveau-nés et les enfants à d'autres sur les causes des décès et le taux de couverture actuel des interventions. Ces estimations permettent aux responsables des programmes de lutte contre le paludisme et au personnel des ministères de la santé de travailler plus efficacement, de définir les investissements prioritaires et d'évaluer les programmes existants. Le modèle LiST a été perfectionné au cours des sept dernières années et constitue aujourd'hui un outil fiable pour estimer l'efficacité des interventions de lutte contre le paludisme sur la mortalité infantile.

L'outil LiST est programmé comme un module du modèle de projection démographique SPECTRUM. Il utilise un modèle de cohorte simple qui suit les enfants sur cinq tranches d'âge, de la naissance jusqu'à l'âge de 5 ans, pour estimer le nombre de décès néonataux et infantiles qui pourraient être évités selon différents scénarios d'intensification des interventions.

Le modèle permet d'estimer le nombre de décès qui pourront être évités dans le futur grâce à l'intensification des interventions, en prenant l'année en cours comme référence. Il est également utilisé de façon rétrospective pour estimer le nombre de décès qui ont été évités grâce à l'intensification des interventions, en prenant une année antérieure comme référence. Le modèle estime les décès infantiles évités (par catégorie de causes de décès spécifiques) suite à l'intensification des interventions dans un pays donné en fonction de trois paramètres principaux : (1) le nombre de décès infantiles par cause anticipé pour chaque année (en tenant compte des paramètres de croissance démographique dans le temps), (2) l'effet protecteur (EP) sur chaque cause de mortalité ($EP = 1 - \text{risque relatif} \times 100$) pour chaque intervention faisant l'objet d'une intensification, et (3) l'augmentation de la population couverte par chaque intervention.

Pour déterminer le nombre de décès évités pour chaque cause chaque année, le modèle calcule, en tenant compte de la croissance démographique, la différence entre le nombre de décès estimés dans le cas d'une intensification des interventions et le nombre de décès estimés en l'absence d'intensification (par rapport au niveau de l'année de référence). Pour évaluer le nombre de décès dus au paludisme évités chez les enfants âgés de 1 à 59 mois suite à l'intensification de la couverture de la lutte antivectorielle (MII et PID), le modèle utilise

l'équation de base suivante, où i représente la cause (le paludisme) et j l'intervention (la lutte antivectorielle) :

$\%RédMort_i^j$	=	$[I^j \times (P_i^0 - P_i^j)] / (1 - I^j \times P_i^0)$, où :
$\%RédMort_i^j$	=	% de réduction de la mortalité liée à la cause i grâce à l'intensification de l'intervention j
I^j	=	efficacité de l'intervention j vis-à-vis de la réduction de la mortalité liée à la cause i
P_i^0	=	couverture de base de l'intervention j
P_i^j	=	couverture après intensification de l'intervention j

Le modèle LiST calcule ensuite le nombre de décès dus au paludisme évités chez les enfants âgés de 1 à 59 mois suite à l'intensification de la lutte antivectorielle (s) à l'aide de l'équation suivante, où i représente la cause (le paludisme) et j l'intervention (la lutte antivectorielle) :

$DécèsÉvités_i^j$	=	$TotalDécèsÉvités_i^j \times (\%RédMort_i^j / \%RédMorts_i^{Total})$
-------------------	---	--

Le faible poids de naissance est dû à un retard de croissance intra-utérin (RCIU) ou à un accouchement prématuré. Dans le modèle LiST, l'effet des interventions de prévention du paludisme pendant la grossesse (MII ou TPIp) sur le faible poids de naissance repose uniquement sur le facteur « RCIU ». Comme développé dans d'autres documents (7, 8), L'estimation des décès d'enfants de moins de 5 ans dus au paludisme et évités grâce à la prévention pendant la grossesse passe par le facteur « RCIU », qui a deux effets dans le modèle LiST. Tout d'abord, les enfants ayant connu un retard de croissance intra-utérin encourrent un plus grand risque relatif (RR) de décès durant la période néonatale - notamment suite à des diarrhées (RR = 2,0), un état septique /pneumonie (RR = 2,0) ou à une asphyxie (RR = 2,3). Ensuite, le RCIU augmente les risques de retard de croissance, ce qui augmente le RR de décès dû à la rougeole, au paludisme, aux diarrhées et aux pneumonies au cours de la période post-néonatale. Dans cette analyse, l'efficacité estimée de la prévention du paludisme pendant la grossesse agit uniquement sur les décès liés aux deux premières grossesses des femmes de chaque pays. Pour estimer le nombre de décès dus au paludisme chez les enfants âgés de 1 à 59 mois qui peuvent être évités grâce à une intervention pendant la grossesse, le modèle utilise l'équation de base suivante, où i représente la cause (décès dus à un RCIU) et j l'intervention (l'indicateur composite pour les MII et le TPIp au cours des deux premières grossesses).

$\% \text{RédiUGRI}$	=	$I \times (P_1 - P_0) / (1 - I \times P_0)$, où :
$\% \text{RédiUGRI}$	=	pourcentage de réduction du RCIU grâce à l'intensification de l'intervention j
I	=	proportion de réduction du RCIU grâce à l'intervention j
P_0	=	couverture de base de l'intervention j
P_1	=	couverture après intensification de l'intervention j

Ainsi, dans son troisième rapport de la Collection Progrès et Impact intitulé « *Lutte contre le paludisme et vies sauvées : Sur la voie des Objectifs du Millénaire pour le Développement* », le partenariat Roll Back Malaria présente l'Outil de Vies Sauvées. Il analyse l'impact de l'intensification de la lutte contre le paludisme sur la mortalité infantile au cours des dix dernières années dans 34 pays africains endémiques. Il présente également les progrès spectaculaires réalisés par rapport aux Objectifs du Millénaire pour le Développement liés au paludisme et à la survie infantile à l'aide du modèle LiST, ainsi que les conséquences potentielles de la démobilisation des acteurs de la lutte contre la maladie.

Le modèle LiST développé par la communauté de la santé de l'enfant permet toutefois une représentation claire et précise des efforts de prévention du paludisme. Ce dispositif est devenu un outil essentiel pour mesurer l'impact de la prévention du paludisme, notamment des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), de la pulvérisation intra domiciliaire d'insecticides à effet rémanent (PID) et du traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIp).

De 2000 à 2005, quelques résultats ont été obtenus en dépit du faible niveau des financements accordés à la prévention de la maladie. En revanche, depuis 2006 et l'augmentation conséquente des ressources financières mises à disposition pour lutter contre le paludisme, le nombre d'enfants sauvés a considérablement augmenté.

En effet, grâce au modèle LiST, on estime que l'intensification de la prévention du paludisme a sauvé près de 750 000 enfants dans 34 pays africains endémiques au cours des dix dernières années, dont 85 % sur la seule période 2006–2010.

Ces résultats laissent également à penser que si la tendance actuelle à l'intensification de la prévention se maintenait jusqu'en 2015, ce sont encore 1,14 million d'enfants africains qui pourraient être sauvés entre 2011 et 2015. En revanche, si les financements étaient interrompus en 2010 et si les efforts de prévention venaient à faiblir, quelque 476 000 enfants pourraient mourir au cours de cette même période.

***DEUXIEME PARTIE :
CADRE OPERATIONNEL***

CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE RECHERCHE

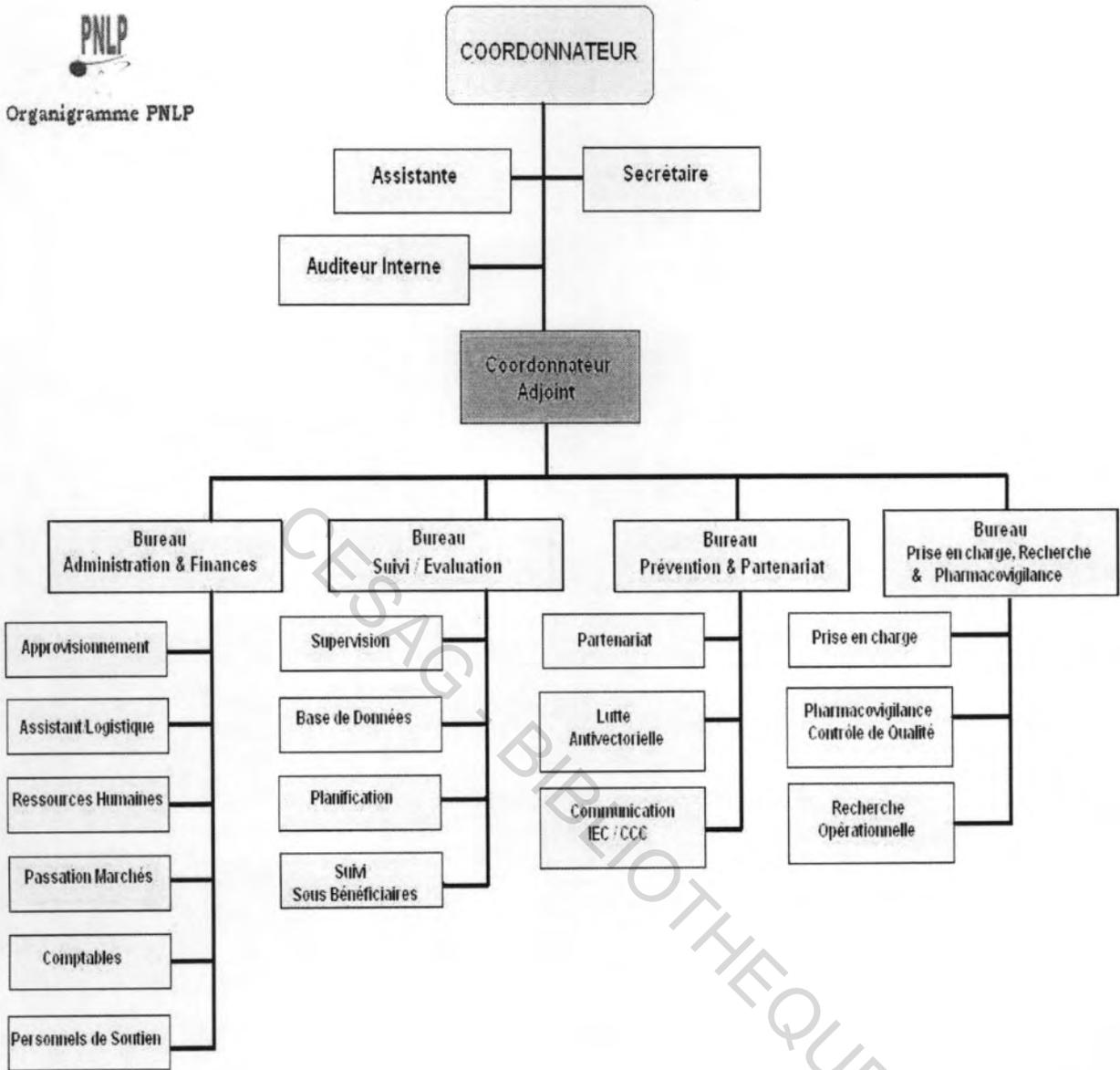
Ce chapitre sera consacré tout d'abord au cadre de l'étude par une brève présentation du PNLP sur le plan administratif puis technique. Ensuite nous aborderons la méthodologie utilisée pour notre analyse.

3.1 CADRE DE L'ETUDE

3.1.1 CADRE ADMINISTRATIF

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme est une structure de la Division de la Lutte contre la Maladie qui dépend de la Direction de la Santé. Le PNLP dans son organigramme se compose :

- d'une unité de coordination ;
- de 4 bureaux pour la gestion des activités :
 - Formation et Recherche,
 - Suivi et Evaluation,
 - Prévention et Partenariat et Collaboration Multisectorielle,
 - Approvisionnement et Gestion des stocks,
- d'une agence fiduciaire ;
- d'un Secrétariat (Voir organigramme ci-dessous)



3.1.2. CADRE TECHNIQUE

3.1.2.1. LA COORDINATION

Une réunion de coordination se tient une fois par semaine. Elle regroupe le Coordonnateur, son adjoint, les chefs de bureaux, l'auditeur interne et l'assistante. Les chefs de bureaux tiennent des réunions hebdomadaires avec les membres de leurs bureaux. L'unité de coordination qui regroupe tout le personnel du PNLP se réunit une fois par mois, ou chaque fois de besoin sur convocation du coordonnateur.

Tous les trois mois, le Coordonnateur rencontre les partenaires stratégiques du PNLP. Cependant, suivant le contexte, le calendrier institutionnel ou événementiel, le coordonnateur peut organiser des rencontres avec les personnes ou services intéressés par le sujet.

3.1.2.2. LES POINTS FOCaux

Pour le suivi de l'exécution des activités de lutte contre le paludisme dans les districts sanitaires, des membres de l'unité de coordination ont été désignés comme points focaux. Chaque point focal a en charge un certain nombre de districts. C'est ainsi que ces points focaux, en plus de leurs tâches quotidiennes, ont pour rôle d'assurer le suivi de la réalisation des activités dans les districts et de répondre aux sollicitations des équipes cadre de districts en vue de leur permettre de résoudre leurs problèmes.

3.1.2.3. LES COMMISSIONS

Le PNLP dispose de commissions techniques pluridisciplinaires et multi sectorielles qui apportent leur expertise et accompagnent le programme dans l'accomplissement des missions décrites par le plan stratégique. Ces commissions sont :

- La commission de la formation,
- La commission de la recherche,
- La commission des Interventions à Base Communautaire,
- La commission chargée du suivi et de l'évaluation.

3.2. METHODOLOGIE

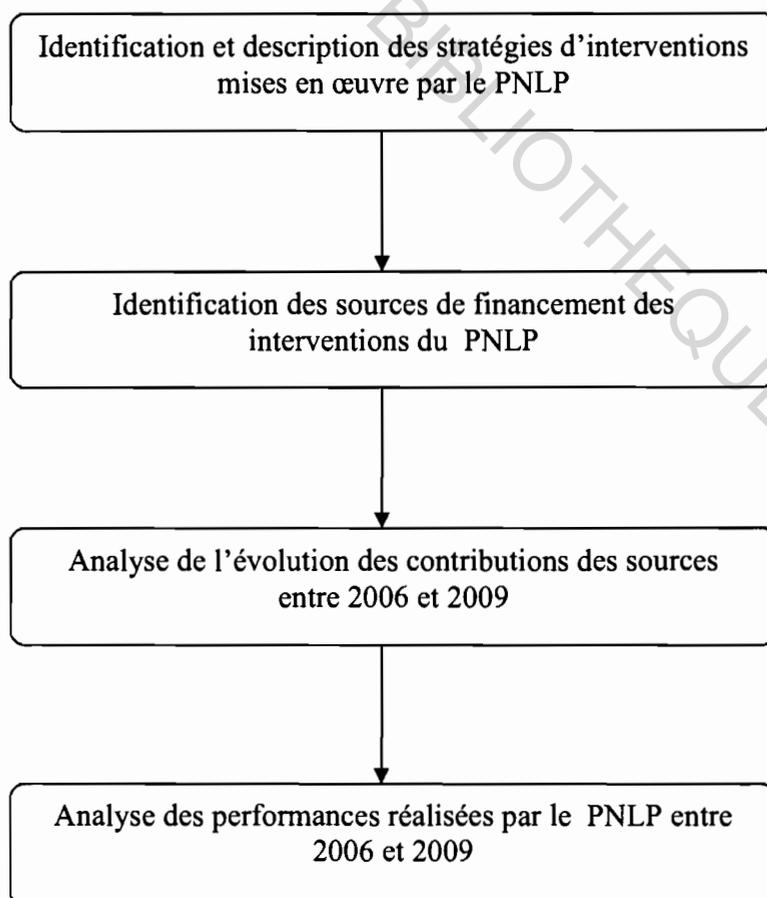
3.2.1. TYPE D'ETUDE

En 2004, une évaluation négative de l'utilisation des fonds alloués par le Fonds Mondial au PNLN du Sénégal conduit à l'annulation des financements (*Roll Back Malaria, 2010*). Cette situation permettra au gouvernement du Sénégal ainsi qu'au PNLN de prendre rapidement les mesures adéquates et d'améliorer l'efficacité de son administration et de sa gestion.

Depuis 2005, après des missions d'enquêtes entreprises, le Sénégal a construit un programme de contrôle du paludisme qui s'appuie sur un management renforcé et des plans bien définis élaborés dans le second Plan Stratégique portant sur la période 2006-2010. Les bonnes pratiques mises en place et la planification stratégique ont permis d'attirer partenaires et ressources financières extérieures.

L'étude de l'influence du financement sur les performances du PNLN au Sénégal que nous menons est rétrospective et porte sur les données de 2006 à 2009. (*Yao J., 2005*)

Cette démarche s'appuiera sur le cadre d'analyse suivant :



3.2.2. TECHNIQUES DE COLLECTE ET TRAITEMENT DE DONNEES

Nous allons procéder par consultation de documents existants :

- Collectes de données, essentiellement au ministère de la santé, ministères intervenant dans les activités, le programme paludisme et des partenaires du secteur. Il s'agira de données issues de rapports d'activités et rapports statistiques du PNLP, de l'annuaire statistique du Service National de l'information Sanitaire (SNIS), de l'enquête national sur le paludisme (ENPS-II), de l'enquête Démographique et sanitaire (EDS) et de la situation économique et social du Sénégal de l'Agence National de la Statistique et de la démographie (ANSD).
- Revue de la littérature, collecte de documents ayant un trait à notre thème et en faire une analyse documentaire.
- Entretiens, auprès des personnes ressources au niveau du PNLP.
- Traitement des données, consistera au traitement des différentes données collectées. Il s'agira pour nous de la présentation nos résultats au moyen de tableaux et de graphiques. Ce travail sera effectué à l'aide des logiciels Word et Excel.

3.2.3. LIMITES DE L'ETUDE

Les limites de cette étude résident dans la difficulté d'accès aux données en particulier les données financières. Comme pour toute autre étude, un certain nombre de contraintes de limitations doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats. Les libellés des fonds reçus diffèrent en fonction des sources de financement, nous mettrons donc l'accent, lors de notre analyse sur les stratégies d'interventions plutôt qu'une analyse par activité individuellement prise (exemple au lieu d'un libellé indiquant comme activité -distribution de MII, PID...etc., on aura plutôt Préventions).

CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS ET DISCUSSIONS

Dans ce chapitre nous aborderons, dans un premier point, l'analyse de nos résultats sur l'influence du financement des activités réalisées par le programme par la présentation des performances. Puis, dans un second point, nous discuterons de nos résultats à travers les hypothèses émises et nous terminerons par les recommandations.

4.1. PRESENTATION DES RESULTATS

Dans cette partie, nous déterminerons d'abord les différentes interventions mises en place par le PNLP à travers le Plan Stratégique de lutte contre le paludisme 2006-2010, puis nous analyserons l'ensemble des sources de financement du PNLP et enfin nous analyserons l'influence du financement sur les performances réalisées par le PNLP sur les groupes vulnérables.

4.1.1. IDENTIFICATION DES ACTIVITES MISES EN ŒUVRE : PLAN STRATEGIQUE 2006-2010

4.1.1.1. OBJECTIFS DU PLAN STRATEGIQUE

Le plan stratégique de lutte contre le paludisme au Sénégal, élaboré dans un contexte de définitions des objectifs d'Abuja a permis d'identifier des interventions et stratégies pertinentes dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du Sénégal par la réduction du fardeau du paludisme.

Le plan a pour objectif général : réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme de 50% d'ici 2010.

Avec comme Objectifs spécifiques :

- Amener à 80% le taux de couverture et d'utilisation de la MII d'ici 2010;
- Couvrir 80% des habitations dans les zones ciblées en PID et une gestion appropriée;
- Traiter 80% des cas de paludisme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire conformément aux directives nationales ;
- Amener à 80% le taux de couverture en TPI conformément aux directives nationales
- Améliorer la gestion du programme à tous les niveaux.

4.1.1.2. CADRE STRATEGIQUE DE LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

Le plan stratégique 2006 – 2010 s’articule autour de deux stratégies majeures :

- le renforcement de la prévention,
- l’amélioration du traitement correct et rapide des cas de paludisme à tous les niveaux.

Ces stratégies seront soutenues par des actions de soutien telles que :

- le renforcement de la gestion ;
- le renforcement des capacités,
- le développement de la communication ;
- le renforcement de la recherche opérationnelle ;
- la mise à échelles des interventions à base communautaire de lutte contre le paludisme ;
- le renforcement/développement du suivi/évaluation ;
- le renforcement de la collaboration multisectorielle.

4.1.1.3. MISE EN ŒUVRE DES STRATEGIES

La mise en œuvre des principales stratégies pour l’atteinte des objectifs c'est-à-dire la mise à l’échelle rapide des interventions de la lutte contre le paludisme en vue d’impact se fera à partir de trois catégories d’activités ou types d’interventions :

Paquet d’interventions intégrées

Concerne les activités et les actions menées dans le sens de la :

- Prise en charge du paludisme (simple et grave) ;
- Prévention du paludisme chez la femme enceinte ;
- Lutte anti-vectorielle ;
- Gestion de l’environnement et assainissement du milieu ;
- Prévention et lutte contre les épidémies de paludisme.

Interventions de soutien

Concerne les activités et les actions menées dans le sens de la :

- Gestion du Programme de Lutte contre le Paludisme ;
- Gestion des ressources humaines ;
- Gestion financière et mobilisation des ressources ;

- Gestion des achats et approvisionnements ;
- Coordination du partenariat ;
- Prise de conscience individuelle et communautaire ;
- IEC, CCC et Mobilisation sociale.

Suivi de la performance et évaluation de l'impact

Concerne les activités et les actions menées dans le sens de :

- Suivi/Evaluation ;
- La recherche.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

4.1.2. ANALYSE DU FINANCEMENT DES ACTIVITES DU PNLP

Avant de débiter cette analyse, il convient de souligner certains points importants concernant les données recueillies. Tout d'abord, l'analyse ne prend pas en compte la participation indirecte de certains partenaires à l'effort de la lutte contre le paludisme, il en va de soit que cette liste n'est pas exhaustive. Elle s'intéresse essentiellement aux ressources reçues et directement gérée par l'unité de coordination du PNLP. Et concernant l'Etat, le montant ne prend pas en compte les salaires et les émoluments des personnels qui sont impliqués dans la mise en œuvre au quotidien des activités du programme.

4.1.2.1. EVOLUTION DU FINANCEMENT PAR SOURCE DE 2006-2009

Durant les quatre premières années de la mise en œuvre du plan stratégique de la lutte contre le paludisme 2006-2010, le PNLP a bénéficié de 28 032 317 657 FCFA en termes de ressources provenant de cinq sources de financement et se reparti comme suit :

- Etat a contribué à hauteur de 2,95% soit 826 294 907 FCFA ;
- Le Fonds Mondial pour 49,89% soit 13 985 222 634 FCFA ;
- L'OMS pour 1,43% soit 401 078 997 FCFA ;
- l'Initiative du Président des Etats-Unis contre le Paludisme (PMI) pour 31,19% soit 8 743 580 700 FCFA ;
- La Banque Islamique de Développement (BID) pour 14,54% soit 4 076 140 419 FCFA.

Ce financement par année se présente comme suit :

- En 2006, 4 820 360 014 FCFA soit 17,20% ;
- En 2007, 802 933 111 FCFA soit 2,86% ;
- En 2008, 2 197 388 752 soit 7,84% ;
- En 2009, 20 211 635 780 soit 72,10%.

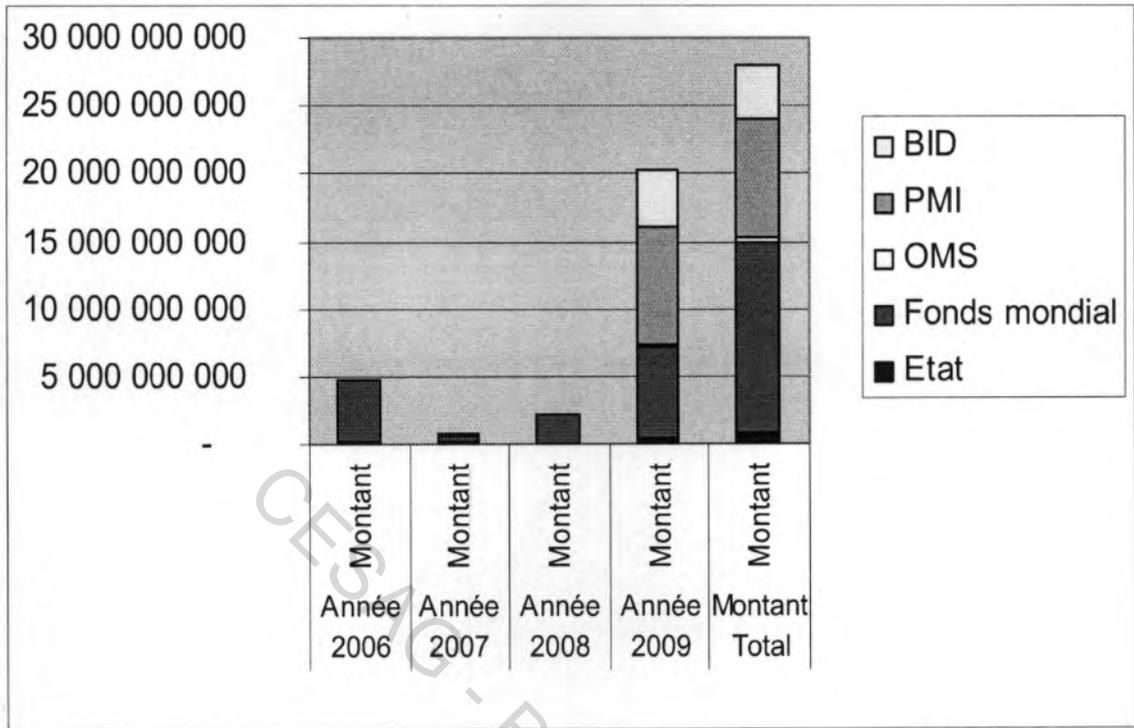
Le tableau 3, intitulé *financement global du PNLP 2006-2009*, qui suit nous donne des informations plus détaillées sur les financements reçus par source et par année durant la période d'analyse.

Tableau 3: Financement Global du PNLP 2006-2009

	Année 2006		Année 2007		Année 2008		Année 2009		Montant Total	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Etat	222 110 307	0,79%	159 184 600	0,57%	88 000 000	0,31%	357 000 000	1,27%	826 294 907	2,95%
Fonds mondial	4 528 483 707	16,15%	518 839 221	1,85%	2 075 966 395	7,41%	6 861 933 311	24,48%	13 985 222 634	49,89%
OMS	69 766 000	0,25%	124 909 290	0,45%	33 422 357	0,12%	172 981 350	0,62%	401 078 997	1,43%
PMI	-	-	-	-	-	-	8 743 580 700	31,19%	8 743 580 700	31,19%
BID	-	-	-	-	-	-	4 076 140 419	14,54%	4 076 140 419	14,54%
Total	4 820 360 014	17,20%	802 933 111	2,86%	2 197 388 752	7,84%	20 211 635 780	72,10%	28 032 317 657	100,00%

Source : Nous-mêmes, à partir de la synthèse des données des rapports d'activités du PNLP de 2006 à 2009.

Figure 1 : Evolution du financement du PNLP par source 2006-2009.



Source : Nous-mêmes, à partir de la synthèse des données des rapports d'activités du PNLP de 2006 à 2009.

Nous constatons à la lecture du *tableau 3* et de la *figure 1* qu'après une baisse considérable en 2007 (802 933 111 FCFA) le financement a atteint son plus haut niveau en 2009 (20 211 635 780 FCFA) avec l'arrivée de deux nouvelles et importantes sources de financement qui sont la PMI et la Banque Islamique de Développement (BID).

L'Etat a contribué pour 2,95% du financement global avec un niveau bas en 2008 (0,31%) et un niveau un peu plus élevé en 2009 (1,27%). Le fonds mondial représente la moitié du financement global. Son apport a connu une baisse considérable en 2007 (1,85%) pour se retrouver à son plus haut niveau en 2009 (24,48%). L'OMS représente 1,43% du financement global et est très faible dans son ensemble avec un apport élevé de 0,62% en 2009. Le PMI et le Banque Islamique de Développement (BID) interviennent au cours de 2009 avec des parts très élevées qui sont respectivement de 31,19% et 14,54% du financement global de la période.

4.1.2.2. EVOLUTION DU FINANCEMENT PAR ACTIVITE 2006-2009

Le tableau 4, *Etat du financement des activités 2006-2009*, nous présente l'évolution de la répartition du financement par interventions et par sources au cours de cette période. *Notons que le tableau 4 a été obtenu après synthèse des différents tableaux présentant le financement par interventions, par activités et par sources pour chaque année, de 2006 à 2009. Ces tableaux sont présentés en annexe 1.*

Les dépenses engagées durant les 4 premières années de la mise en œuvre du plan stratégique de la lutte contre le paludisme par le PNLP s'élevèrent à 27 700 309 276 FCFA. Elles ont servi à la mise en œuvre effective de trois types d'interventions ou catégories d'activités.

Les dépenses liées au **paquet d'interventions intégrées** durant ces quatre années s'élevèrent à 18 662 514 718 FCFA soit 67,37% des dépenses totales engagées sur la période. La part de l'Etat de 39 979 855 FCFA n'a lieu qu'en 2006. La contribution du fonds mondial est passée de 2 392 961 019 FCFA en 2006, à 43 737 944 FCFA en 2007, puis à 28 873 500 FCFA en 2008 et 316 588 055 FCFA en 2009. L'OMS pour sa part n'est intervenue dans le financement de cette catégorie qu'en 2009 avec une contribution de 31 486 500 FCFA. Le PMI et la Banque Islamique de Développement (BID) pour leur seule année ont contribué respectivement à hauteur de 6 774 930 900 FCFA et 4 033 957 095 FCFA.

Les dépenses liées **aux interventions de soutien** durant cette période s'élevèrent à 7 321 525 003 FCFA soit 26,58% des dépenses totales engagées. La contribution de l'Etat a augmenté dans l'ensemble passant de 182 130 452 FCFA en 2006 à 269 887 529 FCFA après une baisse en 2008 (68 328 000 FCFA). La part du fonds mondial est passée de 1 492 757 417 FCFA en 2006 à une baisse considérable en 2007 (551 182 281 FCFA) puis a augmenté à 1 839 483 206 FCFA en 2009. L'apport de l'OMS est en baisse dans l'ensemble, après une hausse observée en 2007 avec un montant de 90 885 170 FCFA. Il est passé à 14 501 300 FCFA en 2009. Le PMI et le BID ont contribué respectivement pour l'année 2009 à hauteur de 1 453 399 050 FCFA et 7 999 613 FCFA.

Les dépenses liées au **suivi de la performance et évaluation de l'impact** s'enlèvent à 1 651 207 198 FCFA soit 6,05% des dépenses totales engagées. L'Etat ne finance pas cette catégorie d'activité. La contribution du fonds mondial dans l'ensemble est restée constante avec quelques petites variations 257 207 262 FCFA en 2006, 217 001 397 FCFA en 2007, 244 015 265 FCFA en 2008 et 247 474 855 FCFA en 2009. La part de l'OMS a augmenté dans l'ensemble passant de 25 000 000 FCFA en 2006 à 126 993 550 FCFA en 2009 avec une

baisse notable en 2008. Le PMI a contribué pour un montant de 551 310 750 FCFA en cette période.

Le financement reçu est généralement exécuté au cours de l'année de son obtention.

En 2006, Pour 4 820 360 014 FCFA reçu, les dépenses liées à ce montant s'élèvent à 4 434 802 005 FCFA soit un taux de consommation de 92%. En 2007, pour un montant de 802 933 111 FCFA reçu, les dépenses effectuées s'élèvent à 1 096 014 912 FCFA soit un taux de consommation de 136,5%. Cela s'explique par le report du financement du fonds mondial non exécuté en 2006 d'un montant de 293 082 421 FCFA. En 2008, pour un montant de 2 197 388 752 FCFA, les dépenses effectuées s'élèvent à 1 557 245 957 FCFA soit un taux de consommation de 70,87%. Ce niveau du taux est dû à une partie du montant du Fonds mondial qui n'a pas été exécuté. En 2009, sur 20 211 635 780 FCFA obtenu, une dépense de 20 632 012 402 FCFA a été effectuée soit un taux de consommation de 102,08%. Ce taux est dû au report du montant du Fonds mondial non exécuté en 2008 d'un montant de 598 038 254 FCFA.

Tableau 4: Etat du financement des activités 2006-2009

	Etat	%	Fonds mondial	%	OMS	%	PMI	%	BID	%	Total	%
Année 2006	Paquet d'interventions intégrées	39 979 855	2 392 961 019	8,64%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	2 432 940 874	8,78%
	Interventions de soutien	182 130 452	1 492 757 417	5,39%	44 766 000	0,16%	-	0,00%	-	0,00%	1 719 653 869	6,21%
	Suivi de la performance et évaluation de l'impact	-	257 207 262	0,93%	25 000 000	0,09%	-	0,00%	-	0,00%	282 207 262	1,02%
Total	222 110 307	0,80%	4 142 925 698	14,96%	69 766 000	0,25%	-	0,00%	-	0,00%	4 434 802 005	16,01%
Année 2007	Paquet d'interventions intégrées	-	43 737 944	0,16%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	43 737 944	0,16%
	Interventions de soutien	159 184 000	551 182 281	1,99%	90 885 170	0,33%	-	0,00%	-	0,00%	801 251 451	2,89%
	Suivi de la performance et évaluation de l'impact	-	217 001 397	0,78%	34 024 120	0,12%	-	0,00%	-	0,00%	251 025 517	0,91%
Total	159 184 000	0,57%	811 921 622	2,93%	124 909 290	0,45%	-	0,00%	-	0,00%	1 096 014 912	3,96%
Année 2008	Paquet d'interventions intégrées	-	28 873 350	0,10%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	28 873 350	0,10%
	Interventions de soutien	68 328 000	1 182 606 985	4,27%	24 242 357	0,09%	-	0,00%	-	0,00%	1 275 177 342	4,60%
	Suivi de la performance et évaluation de l'impact	-	244 015 265	0,88%	9 180 000	0,03%	-	0,00%	-	0,00%	253 195 265	0,91%
Total	68 328 000	0,25%	1 455 495 600	5,25%	33 422 357	0,12%	-	0,00%	-	0,00%	1 557 245 957	5,62%
Année 2009	Paquet d'interventions intégrées	-	5 316 588 055	19,19%	31 486 500	0,11%	6 774 930 900	24,46%	4 033 957 095	14,56%	16 156 962 550	58,33%
	Interventions de soutien	269 887 529	1 839 483 206	6,64%	14 501 300	0,05%	1 453 399 050	5,25%	7 999 613	0,03%	3 585 270 698	12,94%
	Suivi de la performance et évaluation de l'impact	-	247 474 854	0,89%	126 993 550	0,46%	515 310 750	1,86%	-	0,00%	889 779 154	3,21%
Total	269 887 529	0,97%	7 403 546 115	26,73%	172 981 350	0,62%	8 743 640 700	31,57%	4 041 956 708	14,59%	20 632 012 402	74,48%
Année 2006-2009	Paquet d'interventions intégrées	39 979 855	7 782 160 368	28,09%	31 486 500	0,11%	6 774 930 900	24,46%	4 033 957 095	14,56%	18 662 514 718	67,37%
	Interventions de soutien	679 529 981	5 066 029 889	18,29%	154 628 827	0,56%	1 453 399 050	5,25%	7 999 613	0,03%	7 361 587 360	26,58%
	Suivi de la performance et évaluation de l'impact	-	965 698 778	3,49%	195 197 670	0,70%	515 310 750	1,86%	-	0,00%	1 676 207 198	6,05%
Total	719 509 836	2,60%	13 813 889 035	49,87%	401 078 997	1,45%	8 743 640 700	31,57%	4 041 956 708	14,59%	27 700 309 276	100,00%

Source : Nous-mêmes, à partir de la synthèse des données des rapports d'activité du PNLP de 2006 à 2009.

NB : nous avons eu à combiner pour des besoins de synthèses nos différents tableaux obtenus annuellement. L'annexe 1 nous montre comment se présente ces différents tableaux renseignés.

Conclusion partielle

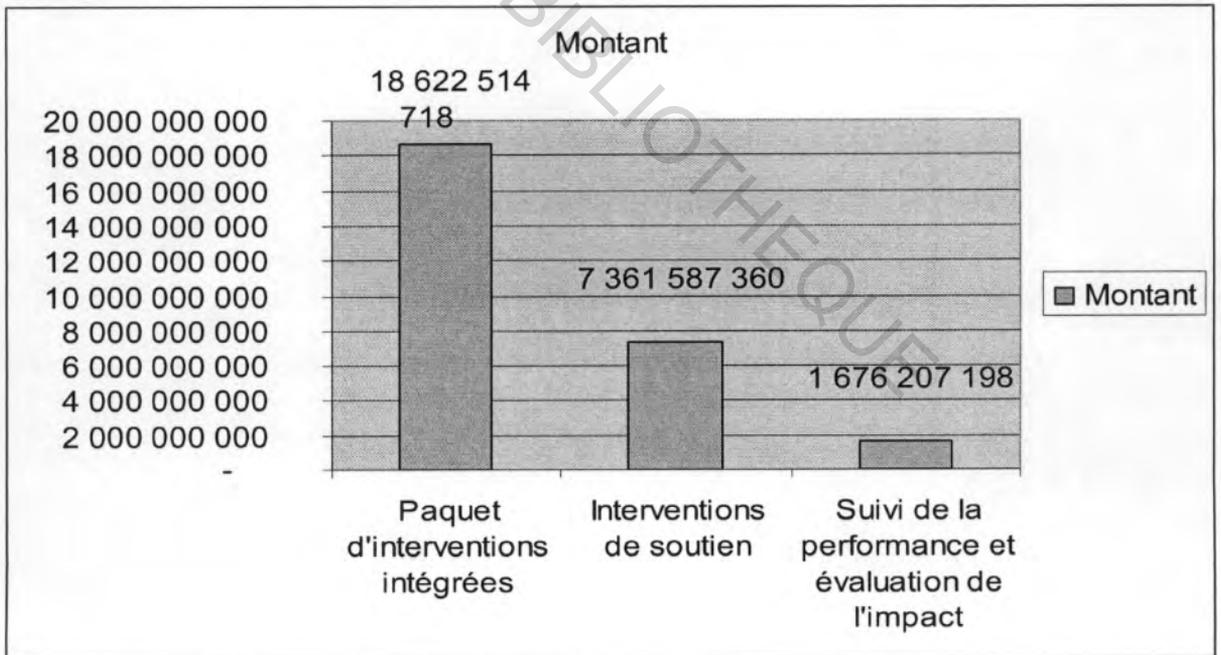
De 2006 à 2009 le PNLN a bénéficié de 28 032 317 657 FCFA en termes de ressources. Le programme a engagé comme dépense la somme de 27 700 309 276 FCFA soit un taux de consommation de 98,82%.

Ce financement a augmenté après une baisse considérable en 2007, grâce à l'augmentation de l'apport des différents partenaires existant et à l'arrivée de nouveaux. (Voir figure 1)

La part attribuée de ce financement à chaque type d'intervention est : Paquet d'interventions intégrées 67,37% (18 662 514 718 FCFA), les interventions de soutien 26,58% (7 361 587 360 FCFA) et le suivi de la performance et évaluation de l'impact 6,05% (1 676 207 198 FCFA). (Voir figure 2)

Il provient de cinq sources dont leur part s'élèvent à : 2,95% pour l'Etat, 49,89% pour le fonds mondial, 1,43% pour l'OMS, 31,19% pour le PMI et 14,54% pour la Banque Islamique de Développement. (Voir figure 1)

Figure 2 : Niveau du financement par activité sur la période 2006-2009



Source : Nous-mêmes, à partir de la synthèse des données des rapports d'activités du PNLN de 2006 à 2009.

4.1.3. PERFORMANCES REALISEES AU NIVEAU DES POPULATIONS

La forte augmentation des financements et l'attention accordées à la maladie a permis d'accélérer massivement les activités de lutte contre le paludisme au Sénégal, notamment l'élaboration de nouveaux outils. Cette section présente l'évolution de la lutte contre le paludisme et analyse à quel point le Sénégal réussi à mettre à disposition des interventions clés pour réduire la charge du paludisme. Dans cette partie, nous présenterons quelques uns des indicateurs qui font état de l'amélioration des performances.

4.1.3.1. RESULTATS DES INTERVENTIONS MENEES AUPRES DES POPULATIONS

4.1.3.1.1 RENFORCEMENT DE LA PREVENTION

Entre 2006 et 2009, le PNLP et ses partenaires ont acheté 4,7 millions de MII, dont plus de la moitié en 2009 (2 370 000MII) grâce à des campagnes de distribution massive. (Voir figure 5)

Entre 2007 et 2009, des campagnes d'aspersion intra domiciliaires ont été conduites dans trois districts pilotes du Sénégal : 333 000 pièces d'habitations 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.

Il est à noter que la lutte contre le paludisme au Sénégal s'est dotée du soutien de taille, celui de l'artiste musicien Youssou N'Dour. L'artiste, s'est engagé très tôt aux cotés du PNLP, qui au delà de ses propos « la musique peut accélérer le mouvement de la lutte contre le paludisme » en 2005 a mis sur pied *Sénégal Surround Sound* une initiative de communication et d'éducation destiné à aider réduire le fléau du paludisme au Sénégal.

Pour atteindre le public, « Sénégal Surround Sound » allié au PNLP et à l'ONG Malaria No More lancent une campagne nationale en 2009 « *Xeex Sibbiru* » (*luttons contre le paludisme*) destinée à informer et responsabiliser la population afin de se protéger contre le paludisme. Cette campagne a mobilisé tous les secteurs de la société Sénégalaise et a touché tout les publics.

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

4.1.3.1.2. TRAITEMENT CORRECT DES CAS DE PALUDISME À TOUS LES NIVEAUX

Depuis 2007, après une période intense de formation sur deux mois, tous les centres de santé du pays utilisent les tests de diagnostic rapide (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, pour les cas de paludisme diagnostiqués par TDR. Au total, plus de 1,5 millions de traitements par ACT ont été acheminés vers les centres de soins, dont la majorité en 2007, avant la diffusion des TDR.

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

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.

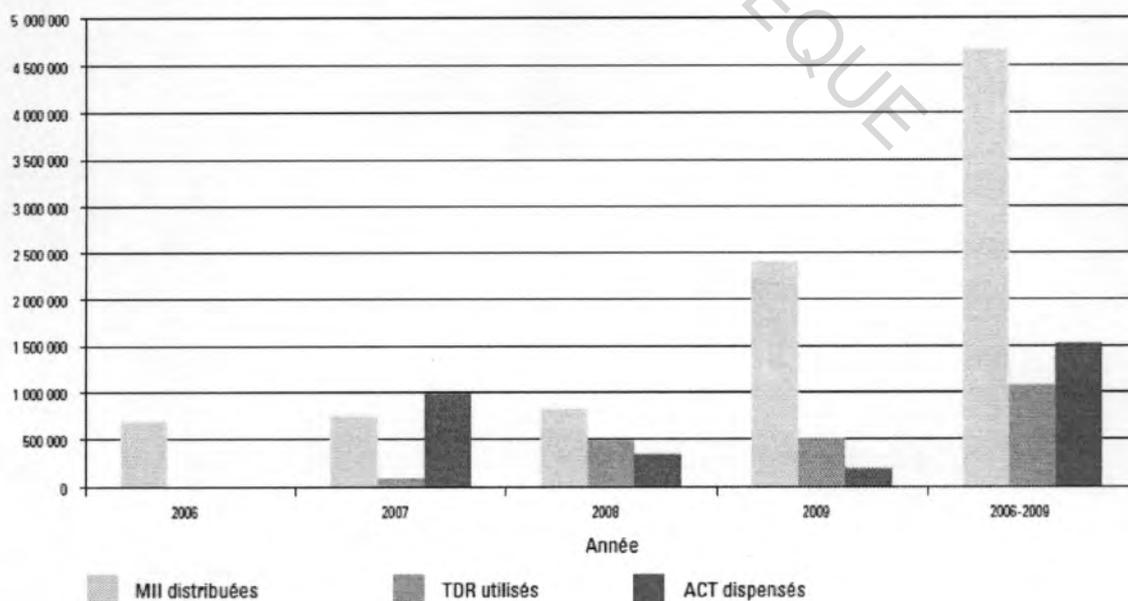
Pour remédier aux inégalités d'accessibilité au diagnostic et traitement rapide du paludisme qui pénalise les zones rurales les plus défavorisées, le PNLP a introduit en 2008, un nouveau

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.

En somme nous devons retenir que le financement reçu par le PNLN au cours de la période 2006-2009 a permis la réalisation d'interventions majeures qui se résument comme suit :

- 2006 : Mobilisation pour l'introduction de la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (ACT) en vue d'une couverture nationale en ATC. le PNLN a pu réceptionner 3 134 512 traitements. Au cours de 2006-2009 c'est plus de 1,5 millions d'ACT qui ont été dispensés ;
- 2007 : Couverture nationale en tests diagnostics rapides (TDR) et gratuits. Cette couverture a débutée avec 113 270 lots de TDR distribués au centre de santé. Conformément au plan d'introduction des ACT, l'utilisation des TDR constituait une mesure d'accompagnement afin d'en garantir une utilisation correcte et rationnelle.
- 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.

Figure 3 : Récapitulatif des MII distribuées, TDR utilisés et ACT dispensés par années.



Source : PNLN, 2010.

4.1.3.2. EFFETS DES INTERVENTIONS MENEES AUPRES DES POPULATIONS

Les effets des interventions menées auprès des populations seront observés en termes de couverture et d'utilisation des moustiquaires, des traitements et de la pulvérisation intra domiciliaire.

COUVERTURE ET UTILISATION DE LA MII

4,7 millions de MII ont été distribuées entre 2006 et 2009, cependant la majorité de ces MII ont été distribuées pendant la campagne nationale de 2009 : Soit 700 000 en 2006, 800 000 en 2007, 830 000 en 2008 et 2 370 000 en 2009. (Voir figure 3)

Le tableau 4.1 en annexe 2 nous présente la proportion de ménages qui possèdent plus d'une moustiquaire ainsi que le nombre moyen de moustiquaire par ménage. On retiendra à la lecture qu'en général, la disponibilité des moustiquaires de type MII dans les ménages a fortement augmentée en l'espace de deux ans : 60% en 2008 contre 36% en 2006, cela grâce à un niveau de financement dans l'achat de MII de 2 273 078 539 FCFA entre 2006-2008.

Le PNLP s'est fixé pour objectif l'utilisation de MII par 80% de la population générale. Une attention particulière est toujours accordée aux populations vulnérables que sont les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Des tableaux 4.2, 4.3, 4.5 en annexes 3, 4, 5 sur l'utilisation des moustiquaires selon l'Enquête Nationale sur le Paludisme au Sénégal (ENPS-II), on retiendra que 27% des ménages enquêtés ont dormi sous une moustiquaire quelconque la nuit précédant l'enquête. Ce niveau est encore faible comparativement à l'objectif fixé pour cet indicateur.

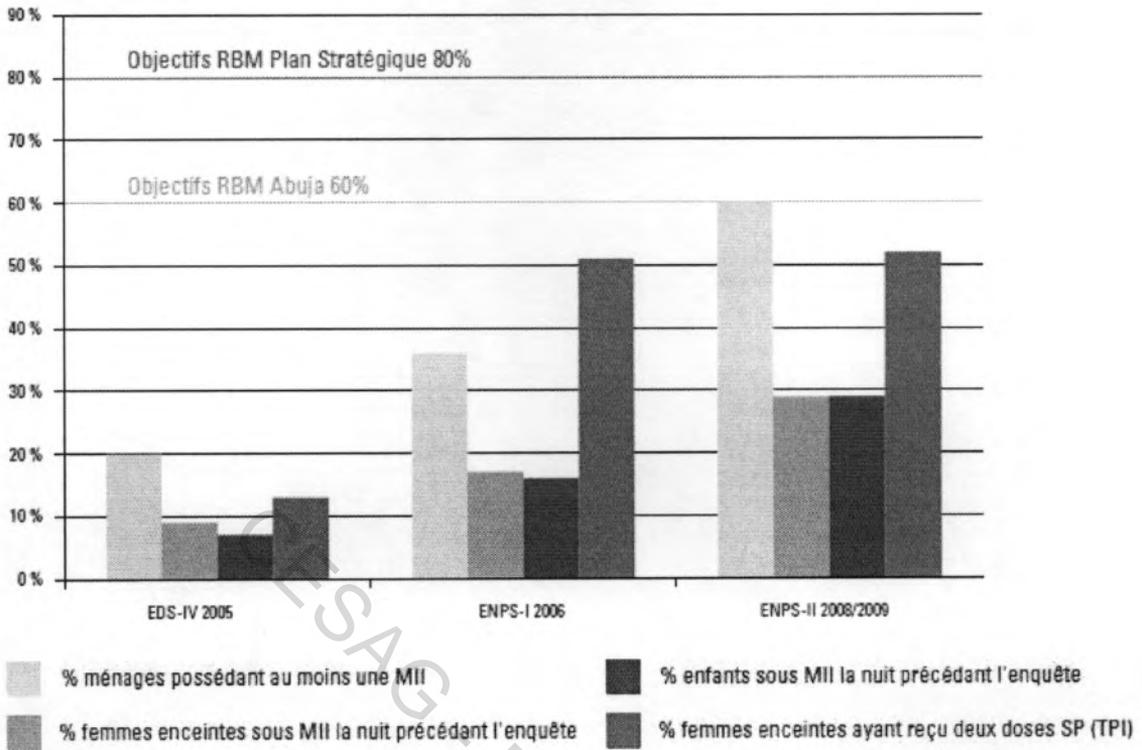
Le pourcentage des enfants ayant dormi sous une MII a connu une augmentation importante entre 2006 (16%) et 2008 (29,2%) soit une augmentation relative de plus de 80%.

Le pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans ayant dormi la nuit précédant l'enquête sous une MII est de 28,5% contre 17% en 2006.

COUVERTURE EN TPI

Le tableau 5.1 en annexe 7 montre qu'un peu plus d'une femme sur deux (52%) a reçu les deux doses ou plus de TPI recommandés. Par rapport à 2006 (49%) on observe une légère amélioration.

Figure 4 : Taux de couverture MII, utilisation MII et couverture TPI.



Source : PNLP, 2010.

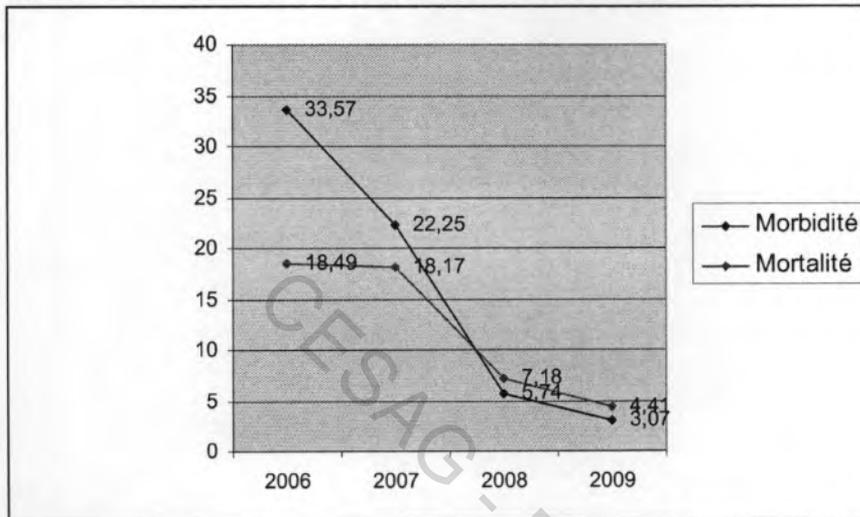
COUVERTURE EN PULVERISATION INTRA DOMICILIAIRE (PID)

Au Sénégal la PID reste relativement faible. Dans l'ensemble, les résultats du *tableau 4.8 en annexe 6* montrent que 10% des ménages enquêtés ont déclaré que les murs internes de leurs habitations ont été pulvérisés dans les 12 mois précédant l'enquête. Ce pourcentage a plus que triplé par rapport à 2006 (3%). La planification et les efforts de gestion de campagnes couvrant progressivement le pays, district par district ont permis d'atteindre de bons taux de couverture et d'utilisation des moustiquaires.

4.1.3.3. IMPACT DES INTERVENTIONS MENEES AUPRES DES POPULATIONS

L'augmentation du financement a permis d'obtenir de bon taux de couverture. Ces différents taux de couverture ont permis à leur tour d'avoir un impact sur la santé, de réduire le fardeau de la maladie.

Figure 5 : Evolution de la morbidité et de la mortalité palustre de 2006 à 2009



Source : Nous-mêmes, à partir du rapport statistique 2009 du PNLN.

Lorsque la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides, les pulvérisations intradomiciliaires et les traitements connaissent une augmentation importante à l'échelle de la population nationale les cas de paludisme et de mortalité peuvent être réduits.

On constate une tendance remarquable à la baisse de la morbidité et de la mortalité entre 2006 et 2009. La morbidité est passée de 33,57% en 2006 à 3,07% en 2009. Il en est de même pour la mortalité palustre qui est passée de 18,49% en 2006 à 4,41% en 2009. L'année 2006 représente l'année de la couverture nationale avec les ACT. Cette tendance est très accentuée à partir de 2007, et cela s'explique par l'introduction des TDR.

En effet, 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 294 549 soit 5,74% en 2008 à 174 890 soit 3,07% en 2009 soit une réduction de 41 % en une seule année grâce à l'augmentation de l'utilisation des MII.

86% des patients présentant une fièvre suspecte de paludisme ont bénéficié d'un TDR en 2009 (*Roll Back Malaria, 2010*). Cette observation pour la population en général est aussi remarquable chez les populations à risque. Ainsi, sur le nombre de cas confirmés chez les enfants de moins de cinq ans passe de 78 170 (6,18%) en 2008 à 30 800 (2,28%) en 2009 soit une réduction de 60% en une seule année. Chez les femmes enceintes le nombre de cas confirmés passe de 9146 (3,94%) en 2008 à 6749 (2,63%) en 2009 soit une réduction de 26% en une seule année. (*Programme Nationale de Lutte Contre le Paludisme, 2010*)

Le nombre de décès dû au paludisme est passé de 741 (7,18%) en 2008 à 574 (4,41%) en 2009 soit une réduction de 23%. Dans les cas de décès de 2009, les enfants de moins de 5 ans comptent pour 216 cas et les femmes enceintes pour 10 cas. Les décès dus au paludisme diminuent en raison de la baisse de l'incidence et le meilleur traitement des cas qui sont disponibles.

La réduction de la mortalité 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. De plus, cette réduction survient au même moment que l'intensification de la lutte contre le paludisme.

La prestation des services a suivi la mise à disposition des financements extérieurs. Les mesures de lutte énergiques prises ont conduit à l'amélioration notable de plusieurs indicateurs.

4.2. DISCUSSION DES RESULTATS

La présente étude nous a permis d'apporter des éclaircis sur l'influence du financement sur les performances réalisées par PNLP au Sénégal. Nous pouvons à présent répondre aux différentes hypothèses émises.

➤ Par rapport aux sources de financement

Les sources obtenues par le PNLP pour le financement de ses activités entre 2006 et 2009 s'élèvent à 28 032 317 657 FCFA. Cette mobilisation importante est due en grande partie au financement obtenu en 2009 d'un montant de 20 211 635 780 FCFA soit 72% du financement global de la période 2006-2009 contre 7 820 681 870 FCFA soit 28% sur la période 2006-2008.

Le financement des activités de lutte contre le paludisme au Sénégal se place en 2eme position derrière celui du PNLN qui entre 2006-2008 a obtenu 42 490 930 417 FCFA et avant celui du PNLT qui a obtenu 3 116 816 182 FCFA sur cette même période. (KIMOU A.F., 2010)

Ces fonds attribués au PNLP du Sénégal proviennent essentiellement des partenaires extérieurs que sont le Fonds Mondial, l'OMS, le PMI, et la Banque Islamique de Développement (BID). Leurs contributions au cours de la période d'analyse s'élèvent à 27 206 022 274 FCFA soit 97,05% du financement global contre 826 294 907 FCFA soit 2,95% pour l'Etat. Ce résultat confirme bien notre hypothèse selon laquelle le financement des activités du PNLP par l'aide extérieure ne baisse pas. La part de l'extérieur est restée élevée tout au long de la période d'analyse. Elle représente respectivement en 2006, 95,39% du financement, en 2007, 80,17% du financement, en 2008, 96% du financement et en 2009, 98,23% du financement. Ce constat est le même dans les pays de l'Afrique subsaharienne mais dans des proportions moindres.

Ainsi au Benin, pays de la sous région, les fonds extérieurs sont majoritaires dans une proportion moindre et s'élèvent à 74,80% entre 2006 et 2007. (Fond Mondial, 2008)

Au Burundi, les fonds extérieurs contribuent à hauteur de 83,14% dans la lutte contre le Paludisme entre 2006 et 2007. (Fond Mondial, 2009)

Il nous faut cependant noter que malgré son niveau faible (qui pourrait être négligeable), le financement de l'Etat a cru au cours de la période. Ainsi, le financement de l'Etat est passé de 222 110 307 FCFA en 2006 à 357 000 000 FCFA en 2009.

L'analyse effectuée a permis de montrer que sur un financement de 28 032 317 657 FCFA obtenu par le PNLN au cours de la période 2006-2009 27 700 309 276 FCFA a été dépensé soit un taux de consommation de 98,82%. Ce taux confirme le taux moyen d'utilisation des financements qui est de plus de 80% au cours de l'année d'ordonnement de ceux-ci dont fait écho le rapport sur le financement de lutte contre le paludisme du partenaire Roll Back Malaria . (*Roll Back Malaria, 2010*)

Les activités du paquet d'interventions intégrées (préventions et traitements) ont consommé 67,37% du financement global et les activités des interventions de soutien et celles de suivi de la performance et évaluation de l'impact ont consommé 32,63%. Comparer aux chiffres des études effectuées par le partenaire Roll Back Malaria qui sont respectivement de 73% et de 27% (*Roll Back Malaria, 2010*) on peut dire que le PNLN du Sénégal n'est pas loin de la moyenne et utilise ses fonds à bon escient.

➤ **Par rapport à l'atteinte des objectifs du PNLN**

Entre 2006 et 2009 les financements reçus ont servi à déployer et intensifier un certain nombre d'interventions de prévention et de traitement du paludisme qui à leur tour ont permis l'obtention de certains résultats.

Ainsi, l'observation de l'évolution de certains indicateurs en fin 2009 nous permet de dire que le PNLN est en bonne voie pour l'atteinte de ses objectifs.

Le taux de morbidité enregistré au niveau des structures sanitaires du pays ont remarquablement diminué passant de 33,57% en 2006 à 3,07% en 2009, il en est de même pour le taux de mortalité qui est passé de 18,49% en 2006 à 4,41% en 2009. Ces diminutions respectives de 30,50% pour le taux de morbidité et de 14,08% pour le taux de mortalité pourraient être attribuées en partie à l'application des différentes stratégies novatrices mises en place par le PNLN et ses partenaires. C'est la conséquence positive de l'augmentation significative du taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) qui est passé de 36% en 2006 à plus de 60% en 2009 dont un taux d'utilisation de 29,2% chez les enfants de moins de cinq ans et aussi de 28,5% femmes enceintes.

Ces diminutions sont aussi dues aux renforcements des capacités des prestataires pour assurer la prise en charge correcte des cas de paludisme a été un facteur déterminant pour la baisse du taux de morbidité et du taux de mortalité. En effet, l'utilisation des TPI est passée de 49% en

2006 à 52% en 2009 et 86% des patients présentant une fièvre potentiellement due au paludisme ont bénéficié d'un TDR en 2009.

4.3. RECOMMANDATIONS

Si des résultats remarquables sont entrain d'être obtenus dans la lutte contre le paludisme, 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. D'où l'importance des recommandations suivantes adressées aux différents acteurs intervenant dans la lutte contre le Paludisme

➤ A l'endroit de l'Etat et de la coordination du PNLP

- Augmenter la part du financement de l'Etat pour le programme par l'apport de ressources supplémentaires;
- Encourager la mise en place de mécanismes innovants et durables pour financer la lutte contre le paludisme en impliquant les entreprises du secteur privée au Sénégal. Par exemple, durant la semaine de la journée mondiale de lutte contre le paludisme, en collaboration avec les sociétés de téléphonie mobile, l'on pourrait décider de reverser un certain montant sur chaque appel ou SMS émis durant cette période à la lutte ;
- Rendre le PNLP moins dépendant des sources de financement extérieures pour ses coûts de fonctionnement en particulier ses coûts administratifs ;
- Renforcer l'utilisation des réseaux communautaires pour la pérennisation et un meilleur fonctionnement du PECADOM ;
- Réaliser une étude d'estimation des dépenses engagées dans la lutte depuis l'avènement des OMD dans un soucis de transparence et pour encourager les partenaires et bailleurs de fonds à continuer leurs financements, mais surtout en vue de disposer d'une base de données complètes afin de garantir la fiabilité

des sources pour toute étude se rapportant au financement de la lutte contre le paludisme au Sénégal.

➤ **A l'endroit des bailleurs de fonds international**

- Augmenter et maintenir l'aide apportée à la lutte en vue d'une élimination prochaine du paludisme d'ici 2015 ;
- Apporter l'assistance technique nécessaire pour l'appui dans le suivi et l'évaluation des activités du PNLN, minimisant ainsi les facteurs pouvant être une cause de non éligibilité dans l'obtention de financement de certains bailleurs.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

Pour mener à bien notre analyse de l'influence du financement sur les performances du Programme National de Lutte contre le Paludisme au Sénégal de 2006 à 2009, nous nous sommes posé des questions sur les mécanismes de financement des activités du Programme et sur les progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme suite à l'obtention conséquente de fonds. Le paludisme occupe une place de choix dans le cadre de la lutte contre la maladie. En effet, le Sénégal a mis en place dès 1995 un programme national de lutte contre le paludisme et élaboré trois plans quinquennaux stratégiques 1995-2000, 2001-2005, 2006-2010.

Le dernier plan stratégique 2006-2010 élaboré après une réorganisation du PNLN en 2005 et dans un contexte de définition des objectifs d'Abuja a permis d'identifier des interventions et stratégies pertinentes.

Pour donner suite à ces questions nous avons posé comme hypothèses que le financement des activités du PNLN est tributaire de l'aide extérieure, que le financement est utilisé au cours de l'année de son obtention et que ces financements ont un effet positif sur les performances réalisés. Au cours de l'analyse nous avons pu confirmer ces hypothèses. En effet, notre analyse a montré que le financement reçu par le PNLN de ses partenaires a permis de mettre à la disposition du Sénégal des moyens considérables tant sur le plan financier que sur le plan technique lui permettant ainsi de se doter des meilleurs outils de lutte contre le paludisme disponible dans le monde pour la mise à l'échelle des interventions de préventions et de contrôle bien planifiées. Entre 2006 et 2009, 28 milliards de FCFA de fonds ont été obtenu par le PNLN dont 97,05% essentiellement de l'aide extérieure venant principalement du Fonds Mondial de la lutte contre le VIH/SIDA, le Paludisme et le Tuberculose, de l'Initiative du président américain sur le paludisme (PMI), de la Banque Islamique de développement (BID) et de l'OMS. En somme nous devons retenir que grâce à ces fonds reçus au cours de cette période, le PNLN a pu réaliser des interventions majeures. Ces interventions mettant au premier plan les activités de préventions et de traitements se résument comme suit :

- 2006 : Couverture nationale en combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) ;
- 2007 : Couverture nationale en tests diagnostiques rapides et gratuits;
- 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.

Ces interventions ont permis de réduire considérablement la morbidité et la mortalité liées au paludisme au Sénégal. Leur taux est passé de 33,57% en 2006 à 3,07% en 2009 pour la morbidité et de 18,49% en 2006 à 4,41% en 2009.

Ces résultats issus de l'action conjointe du Sénégal à travers son Programme National de Lutte contre le Paludisme et ses différents partenaires indiquent que le Sénégal est sur la bonne voie dans la lutte contre le paludisme pour l'atteinte des objectifs fixés dans le cadre des OMDs.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (2009), Situation Economique et Social du Sénégal 2008.
2. AUDIBERT M., MATHONNAT J., ROODENBEKE E. (2003), le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, Kartala Paris.
3. Consensus de Göteborg, Etude de l'impact sur la Santé : principaux concepts et méthode proposée (2005), (version Française du document health impact assesment : main concepts and suggested approach, Göteborg consensus paper, December 1999. traduction juillet 2005).
4. DADELE V.I. (2010), Analyse du financement de la prévention de la transmission mère- enfant du VIH (PTME) au Sénégal de 2007 à 2008. Mémoire de fin de formation, CESAG.
5. Evaluation de l'impact sanitaire du passage à l'échelle des interventions de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, avec l'appui du Fonds Mondial (2008). Rapport final d'évaluation d'impact au BÉNIN.
6. Evaluation de l'impact sanitaire du passage à l'échelle des interventions de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, avec l'appui du Fonds Mondial (2009). Rapport final d'évaluation d'impact au BURUNDI.
7. FALL I.S., WONE I., BA FALL K.M., FAYE A., NDIAYE P., TAL DIA A. (2005), Monitoring et Evaluation des programmes de Santé en Afrique Subsaharienne. Médecine Tropicale, 65 : 184-188
8. GARENE M. (1994), l'évaluation de l'impact des programmes de santé : questions méthodologiques dans « L'évaluation des politiques et programmes de population. Ed. AUPELF-UREF. John Libbey Eurotex. Paris .PP 225-236
9. HSIAO W. (1999), le financement des soins de santé dans les pays du sud, Université de Harvard.

10. JAMISON D. (2007), « Disease control » chapitre dans solutions for the world's biggest problems: costs and benefits. (Bjom Lumberg, éd. Cambridge University Press).
11. KIMOU A. F. (2010), Analyse du financement des activités des programmes de santé : cas du programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) du Sénégal de 2006 à 2008. Mémoire de fin de formation, CESAG.
12. LAFARGE H. (2010), cours dispositifs de financement de la santé, CESAG 2009-2010.
13. LOW- BEER D., AFKHAMI H., KOMATSU R., SAMPALA M. (2007), Efficacité du financement basé sur la performance dans le secteur de la santé. Version Française making performance based funding work for health. Plos Med.
14. MAIGA A.S., BARUTWANAYO M., BASSALIA D., BIRABUZA A., DELACOLLETTE C., KEITA M., MADJI N. (1993), lutte contre le paludisme dans la région Africaine : Guide pour l'évaluation des Programme Nationaux. Bujumbura, Burundi.
15. MILLS et SHILLCUT (2004), Challenge paper on Communicable Diseases. Consensus de Copenhague.
16. Ministère de la Santé et de la Prévention (2005), Comptes National de la Santé.
17. Ministère de la Santé et de la Prévention (2009), Enquête Nationale sur le paludisme au Sénégal 2008-2009 (ENPS-II).
18. Ministère de la Santé et de la Prévention (2010), Service National de l'Education et de l'Information pour la Santé, Projet du plan stratégique national de promotion de la santé.
19. Ministère de la Santé et de la Prévention (2009), Service National de l'Information Sanitaire, Annuaire Statistique.

20. Ministre de la Santé et de la Prévention (2009), Programme National de Développement sanitaire (PNDS) 2009-2018.
21. OMS (2000), Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant, Genève.
22. OMS (2009), All Malaria 2009 profil.
23. OMS (2009), World Malaria Report. (Synthèse rapport 2009 sur le paludisme OMS)
24. OMS (2010), world Malaria Report. (Synthèse rapport 2010 sur le paludisme OMS)
25. OUATTARA F.S. (2003), Analyse de la contribution financière de l'OMS au fonctionnement du système de santé ivoirien de 1995 à 2003. Mémoire de fin de formation, CESAG.
26. Paludisme et pauvreté, l'Alliance Européenne contre le paludisme (2007). Agir pour un monde sans paludisme.
27. Programme National de Lutte Contre le Paludisme (2007), Evaluation de la première année de la phase 1 du Fonds Mondial (4e round).
28. Programme National de Lutte contre le Paludisme (2005), plan stratégique de lutte contre le paludisme au Sénégal 2006-2010.
29. Programme National de Lutte contre le Paludisme (2006), Rapport d'activités 2005.
30. Programme National de Lutte contre le Paludisme (2007), Rapport d'activités 2006.
31. Programme National de Lutte contre le Paludisme (2008), Rapport d'activités 2007.
32. Programme National de Lutte contre le Paludisme (2009), Rapport d'activités 2008.

33. Programme National de Lutte contre le Paludisme (2010), rapport d'activités 2009.
34. Programme National de Lutte contre le Paludisme (2010), Rapport statistique 2009.
35. RAJOELISOLO F. (2006), Analyse de financement du programme élargi de vaccination incluant les coûts additionnels des nouveaux vaccins et l'adoption des nouvelles technologies cas du Sénégal. Mémoire de fin de formation, CESAG.
36. Roll Back Malaria / World Health Organisation (2000). Cadre pour la surveillance des progrès et l'évaluation des résultats et de l'impact.
37. Roll Back Malaria (2010), 2001-2010 décennies des Nations Unies pour faire reculer le paludisme. Qu'est ce que le paludisme ? sur <http://www.rbm.who.int> .
38. Roll Back Malaria (2008), Chiffres et Stratégies clés. Plan d'action de la lutte contre le Paludisme. P 22.
39. Roll Back Malaria (2010), Focus sur le Sénégal. Collection progrès et Impact N°4.
40. Roll Back Malaria (2010), Journée mondiale contre le paludisme. La situation en Afrique, Collection Progrès et Impact N°2.
41. Roll Back Malaria (2010), lutte contre le paludisme et vies sauvées : sur la voie des Objectifs du Millénaire pour le Développement, Collection Progrès et Impact N°3.
42. Roll Back Malaria (2010), lutte contre le paludisme : financement et utilisation des ressources. Les dix premières années du partenariat RBM, Collection Progrès et Impact N°1.
43. Sommet extraordinaire de l'Union Africaine sur le VIH/SIDA (2006), la Tuberculose et le Paludisme, Financement de la santé en Afrique. Thème : Une Afrique pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme d'ici à 2010.

44. The global malaria action plan. Geneva, World Health Organization, Roll Back Malaria, 2008.
45. THIAM M. (2010), cours Méthodologie de la recherche et méthodes d'enquêtes, CESAG 2009-2010.
46. www.pnlp.sn
47. www.rbm.who.int
48. www.rollbackmalaria.org
49. www.santé.gouv.sn, Evolution du secteur de la santé de 2000 à 2010,
50. YAO J. (2005), Méthode d'études et de recherche en sciences économiques et sociales. Avec applications au contexte de l'Afrique noire, L'Harmattan.

ANNEXES

Annexe 1

Tableau 1: Etat de financement des activités du PNLP en 2006

Activités	Etat	Fonds mondial	OMS	Total	%
Paquet d'interventions intégrées					
Préventions	39 979 855	2 038 375 560	-	2 078 355 415	46,86%
Traitements	-	354 585 459	-	354 585 459	8,00%
Total paquet d'interventions intégrées	39 979 855	2 392 961 019	-	2 432 940 874	54,86%
%	1,64%	98,36%	0,00%		
Interventions de soutien					
Ressources Humaines	-	90 528 409	-	90 528 409	2,04%
Communication	-	-	-	-	0,00%
Fonctionnement	182 130 452	240 687 503	44 766 000	467 583 955	10,54%
Infrastructures et Equipements	-	51 951 476	-	51 951 476	1,17%
Autres frais de gestion	-	1 109 590 029	-	1 109 590 029	25,02%
Total interventions de soutien	182 130 452	1 492 757 417	44 766 000	1 719 653 869	38,78%
%	10,59%	86,81%	2,60%		
Suivi de la performance et évaluation de l'impact					
Suivi et Evaluation	-	257 207 262	-	257 207 262	5,80%
Recherche	-	-	25 000 000	25 000 000	0,56%
Total suivi de la performance et évaluation de l'impact	-	257 207 262	25 000 000	282 207 262	6,36%
%	0,00%	91,14%	8,86%		
Total Général	222 110 307	4 142 925 698	69 766 000	4 434 802 005	100,00%

Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport d'activités du PNLP 2006.

Tableau 2: Etat de financement des activités du PNLP en 2007

Activités	Etat	Fonds mondial	OMS	Total	%
Paquet d'interventions intégrées					
Préventions	-	38 270 719	-	38 270 719	3,49%
Traitements	-	5 467 245	-	5 467 245	0,50%
Total paquet d'interventions intégrées	-	43 737 964	-	43 737 964	3,99%
%	0,00%	100,00%	0,00%		
Interventions de soutien					
Ressources Humaines	-	87 226 569	-	87 226 569	7,96%
Communication	-	-	-	-	0,00%
Fonctionnement	159 184 600	228 655 908	90 885 170	478 725 678	43,68%
Infrastructures et Equipements	-	-	-	-	0,00%
Autres frais de gestion	-	235 299 804	-	235 299 804	21,47%
Total interventions de soutien	159 184 600	551 182 281	90 885 170	801 252 051	73,11%
%	19,87%	68,79%	11,34%		
Suivi de la performance et évaluation de l'impact					
Suivi et Evaluation	-	217 001 397	-	217 001 397	19,80%
Recherche	-	-	34 024 120	34 024 120	3,10%
Total suivi de la performance et évaluation de l'impact	-	217 001 397	34 024 120	251 025 517	22,90%
%	0,00%	86,45%	13,55%		
Total Général	159 184 600	811 921 642	124 909 290	1 096 015 532	100,00%

Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport d'activités du PNLP 2007.

Tableau 3: Etat de financement des activités du PNLP en 2008

Activités	Etat	Fonds mondial	OMS	Total	%
Paquet d'interventions intégrées					
Préventions	-	25 264 181	-	25 264 181	1,62%
Traitements	-	3 609 169	-	3 609 169	0,23%
Total paquet d'interventions intégrées	-	28 873 350	-	28 873 350	1,85%
%	0,00%	100,00%	0,00%		
Interventions de soutien					
Ressources Humaines	-	253 247 153	14 501 300	267 748 453	17,19%
Communication	-	32 732 590	-	32 732 590	2,10%
Fonctionnement	68 328 000	618 762 502	-	687 090 502	44,12%
Infrastructures et Equipements	-	7 973 466	-	7 973 466	0,51%
Autres frais de gestion	-	269 891 274	9 741 057	279 632 331	17,96%
Total interventions de soutien	68 328 000	1 182 606 985	24 242 357	1 275 177 342	81,89%
%	5,36%	92,74%	1,90%		
Suivi de la performance et évaluation de l'impact					
Suivi et Evaluation	-	240 532 265	-	240 532 265	15,45%
Recherche	-	3 483 000	9 180 000	12 663 000	0,81%
Total suivi de la performance et évaluation de l'impact	-	244 015 265	9 180 000	253 195 265	16,26%
%	0,00%	96,37%	3,63%		
Total Général	68 328 000	1 455 495 600	33 422 357	1 557 245 957	100,00%

Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport d'activités du PNLP 2008.

Tableau 4: Etat de financement des activités du PNLP en 2009

Activités	Etat	Fonds mondial	OMS	PMI	BID	Total	%
Paquet d'interventions intégrées							
Préventions	-	4 652 014 548	31 486 500	6 774 930 900	3 766 960 295	15 225 392 243	73,80%
Traitements	-	664 573 507	-	-	266 996 800	931 570 307	4,52%
Total paquet d'interventions intégrées	-	5 316 588 055	31 486 500	6 774 930 900	4 033 957 095	16 156 962 550	78,31%
%	0,00%	32,91%	0,19%	41,93%	24,97%		
Interventions de soutien							
Ressources Humaines	-	536 534 804	-	1 361 250 000	-	1 897 784 804	9,20%
Communication	24 957 000	406 930 411	-	-	-	431 887 411	2,09%
Fonctionnement	9 944 000	682 482 149	14 501 300	-	7 999 613	714 927 062	3,47%
Infrastructures et Equipements	234 986 529	207 735 842	-	6 933 750	-	449 656 121	2,18%
Autres frais de gestion	-	5 800 000	-	85 155 300	-	90 955 300	0,44%
Total interventions de soutien	269 887 529	1 839 483 206	14 501 300	1 453 339 050	7 999 613	3 585 210 698	17,38%
%	7,53%	51,31%	0,40%	40,54%	0,22%		
Suivi de la performance et évaluation de l'impact							
Suivi et Evaluation	-	235 257 655	-	50 973 750	-	286 231 405	1,39%
Recherche	-	12 217 199	126 993 550	464 337 000	-	603 547 749	2,93%
Total suivi de la performance et évaluation de l'impact	-	247 474 854	126 993 550	515 310 750	-	889 779 154	4,31%
%	0,00%	27,81%	14,27%	57,91%	0,00%		
Total Général	269 887 529	7 403 546 115	172 981 350	8 743 580 700	4 041 956 708	20 631 952 402	100,00%

Source : nous-mêmes, à partir des données du rapport d'activités du PNLP 2009

Annexe 2

Tableau 4.1 Possession de moustiquaires

Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée ou non et pourcentage de ceux en possédant plus d'une; pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire ayant été imprégnée et pourcentage de ceux en possédant plus d'une; pourcentage possédant une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) et pourcentage en possédant plus d'une; pourcentage possédant une Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action (MILDA) et pourcentage en possédant plus d'une; et nombre moyen de moustiquaires par ménage, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2008-2009

Caractéristique sociodémographique	N'importe quel type de moustiquaire			Moustiquaire qui a été imprégnée ¹			MII ²			MILDA ³			Effectif de ménages
	Pourcentage en ayant au moins une	Pourcentage en ayant plus d'une	Nombre moyen de moustiquaires par ménage	Pourcentage en ayant au moins une	Pourcentage en ayant plus d'une	Nombre moyen de moustiquaires imprégnées par ménage	Pourcentage en ayant au moins une	Pourcentage en ayant plus d'une	Nombre moyen de MII par ménage	Pourcentage en ayant au moins une	Pourcentage en ayant plus d'une	Nombre moyen de MILDA par ménage	
Milieu de résidence													
Urban	55,2	36,1	1,4	52,4	32,9	1,3	49,9	31,3	1,2	47,5	29,3	1,2	4 417
Rural	78,7	62,6	2,5	73,2	56,6	2,2	69,9	53,4	2,0	67,8	51,4	1,9	4 874
Région/district													
Dakar	41,4	21,4	0,8	39,5	19,0	0,8	36,5	17,5	0,7	33,6	15,4	0,6	2 539
Diourbel	57,0	45,3	1,6	55,8	43,6	1,5	55,7	43,5	1,5	55,6	43,4	1,5	854
Fatick	42,6	78,0	3,0	41,5	77,2	3,0	40,3	75,4	2,9	39,8	74,9	2,9	507
Kaolack	86,4	70,5	2,8	84,0	67,8	2,7	82,7	65,9	2,6	80,6	64,1	2,6	834
Kafrine	83,9	66,7	2,7	81,4	64,3	2,6	79,6	62,2	2,5	77,6	59,3	2,4	143
Koungouel	82,7	63,4	2,8	81,3	61,1	2,6	80,6	61,1	2,6	80,6	60,7	2,6	101
Malem Hodiar	42,2	80,3	3,6	40,7	77,5	3,4	39,0	74,4	3,2	38,9	72,5	3,2	78
Kaolack	82,1	65,4	2,4	79,1	61,9	2,3	77,6	60,0	2,3	75,0	58,7	2,2	203
Ndoffane	94,0	81,5	3,3	92,7	80,8	3,2	91,6	79,1	3,1	90,8	77,4	3,1	114
Nioro	87,7	71,9	2,8	84,7	68,4	2,7	83,7	66,2	2,6	80,2	63,7	2,5	196
Kolda	80,4	65,4	2,8	74,5	57,6	2,2	69,2	52,4	1,9	66,1	49,0	1,8	662
Kolda	78,9	62,6	2,4	75,4	58,1	2,2	68,8	52,9	1,9	66,7	50,8	1,8	233
Couclomp	94,5	87,7	4,2	80,5	69,0	3,0	78,1	62,4	2,6	74,3	56,3	2,2	95
Sédhiou	90,4	80,1	3,6	82,4	67,2	2,6	76,7	60,6	2,2	73,9	56,0	2,0	160
Vélingara	65,5	43,4	1,6	62,6	41,7	1,6	58,0	38,8	1,4	53,7	36,3	1,3	174
Louga	80,1	58,5	2,3	74,9	53,0	2,1	65,6	43,3	1,7	59,4	37,2	1,5	474
Matam	81,0	74,2	3,5	55,8	45,3	2,1	48,1	38,1	1,7	44,6	33,9	1,5	362
Saint Louis	73,0	55,6	2,1	61,7	43,1	1,7	57,0	38,9	1,5	52,3	35,0	1,3	590
Dagana	81,2	63,4	2,6	70,8	55,7	2,3	67,7	52,7	2,1	60,0	45,8	1,8	70
Richard Toll	87,5	67,8	2,4	75,1	54,6	2,0	64,4	44,1	1,5	52,7	34,5	1,2	113
Pièr	84,4	71,1	2,7	65,7	51,1	1,9	60,2	47,2	1,7	57,9	44,1	1,6	86
Pokor	73,8	61,0	2,3	48,4	33,6	1,3	45,7	30,7	1,2	41,3	27,9	1,1	111
Saint Louis	57,3	36,9	1,5	56,8	34,4	1,4	54,0	32,4	1,2	53,1	31,8	1,2	209
Tambacounda	66,5	48,0	2,2	55,2	38,8	1,8	49,1	34,7	1,6	46,2	31,6	1,5	505
Thiès	79,7	57,3	2,2	79,2	56,4	2,1	78,7	55,9	2,1	78,3	55,5	2,1	1 484
Ziguinchor	82,2	69,6	2,6	77,5	66,0	2,4	76,1	65,3	2,4	75,6	64,8	2,4	479
Quintile du bien-être économique													
Le plus pauvre	77,4	62,1	2,4	70,9	55,5	2,1	66,8	51,5	1,9	64,3	49,3	1,9	1 690
Second	81,5	64,6	2,6	74,1	56,7	2,2	70,3	53,2	2,0	68,4	51,0	1,9	1 844
Moyen	81,3	62,5	2,6	76,7	57,5	2,3	73,6	55,1	2,1	71,5	52,9	2,0	1 688
Quatrième	58,0	37,5	1,5	56,0	34,5	1,4	53,4	32,8	1,3	51,4	31,5	1,3	2 068
Le plus riche	44,6	28,7	1,1	43,3	27,3	1,0	41,8	26,2	1,0	39,2	24,1	0,9	2 001
Ensemble	67,5	50,0	2,0	63,3	45,3	1,8	60,4	42,9	1,7	58,2	40,9	1,6	9 291

¹ Une moustiquaire déjà imprégnée est soit (1) une moustiquaire d'usine préimprégnée d'insecticide permanente, soit (2) une moustiquaire qui n'était pas préimprégnée mais qui a été trempée à un certain moment dans un insecticide.

² Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est soit (1) une moustiquaire d'usine préimprégnée d'insecticide permanente, soit (2) une moustiquaire préimprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit (3) une moustiquaire qui n'était pas préimprégnée mais qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

³ Une MILDA est une Moustiquaire d'usine Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action, efficace jusqu'à 20 lavages. Au Sénégal, parmi les MILDA, on peut citer ParmaNet, OlysetNet, DawaPlus et Icon Life.

Source : Enquête Nationale sur le paludisme au Sénégal 2008-2009 (ENPS-II), Possession et Utilisation des moustiquaires et Pulvérisation intra domiciliaire, P 34.

Annexe 3

Tableau 4.2 Utilisation des moustiquaires par la population générale

Parmi la population de tous les ménages, pourcentage des membres des ménages ayant dormi la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire (imprégnée ou non), pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire ayant été imprégnée, pourcentage ayant dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MI), et pourcentage ayant dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA), et, parmi la population des ménages ayant au moins une MILDA, pourcentage des membres des ménages ayant dormi la nuit précédant l'enquête sous une MILDA, selon des caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2008

Caractéristique sociodémographique	Ensemble de la population de tous les ménages				Effectif de la population	Ménages ayant une MILDA	
	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée ¹ la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une MI ² la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une MILDA ³ la nuit précédant l'enquête		Pourcentage ayant dormi sous une MILDA la nuit précédant l'enquête	Effectif de la population
Âge en années							
< 5	33,2	30,7	29,2	27,9	14 368	41,5	9 652
5-14	23,5	21,1	19,9	18,9	22 934	28,8	15 041
15+	26,7	24,1	22,6	21,5	47 177	34,5	29 358
Sexe							
Masculin	24,6	22,2	20,8	19,8	40 225	30,8	25 802
Féminin	29,1	26,4	24,9	23,8	44 255	37,2	28 250
Milieu de résidence							
Urbain	25,2	23,4	22,1	20,7	35 177	38,4	18 970
Rural	28,2	25,1	23,6	22,7	49 303	31,9	35 082
Région/district							
Dakar	16,6	15,7	14,6	13,2	19 245	33,3	7 608
Diourbel	20,3	19,8	19,8	19,7	8 638	34,1	4 997
Fatick	52,8	52,1	51,1	50,4	4 761	55,2	4 346
Kaolack	26,5	25,4	24,7	23,8	8 385	28,4	7 007
Kafrine	18,1	16,8	16,0	14,9	1 447	19,1	1 127
Koungueul	23,2	22,2	22,2	21,7	996	26,0	829
Matane Hokdar	24,9	23,9	23,1	22,6	857	25,1	771
Kaolack	36,9	35,6	34,9	33,6	1 775	42,4	1 409
Ndoffane	41,4	40,5	39,8	39,0	1 213	42,4	1 115
Nioro	17,0	15,9	15,2	14,2	2 098	16,9	1 755
Kolda	47,4	39,6	34,5	32,1	6 633	45,4	4 680
Kolda	46,1	42,9	38,1	36,7	2 214	55,8	1 456
Coudomp	66,0	48,3	41,3	37,0	1 129	45,3	922
Sédhiou	57,2	43,6	37,6	34,1	1 731	43,2	1 366
Vélingara	25,1	24,0	21,1	19,7	1 559	32,8	937
Louga	13,7	13,0	10,7	9,4	4 816	14,2	3 209
Matam	39,8	24,8	20,3	18,1	3 878	38,1	1 837
Saint Louis	29,5	23,0	20,6	18,5	5 244	31,6	3 075
Dagana	40,0	36,4	33,8	29,5	629	44,4	418
Richard Toll	28,3	24,2	18,8	14,8	995	27,6	534
Pete	58,1	40,4	37,2	34,4	721	53,6	463
Podor	36,7	21,6	20,4	19,0	897	40,1	424
Saint Louis	13,3	12,5	11,4	11,0	2 002	17,9	1 237
Tambacounda	20,7	17,5	16,0	14,9	4 784	27,4	2 606
Thiès	24,2	23,9	23,5	23,0	14 153	28,1	11 587
Ziguinchor	45,4	42,1	41,2	40,9	3 944	52,0	3 099
Quintile du bien-être économique							
Le plus pauvre	26,3	23,8	22,2	21,3	16 786	31,1	11 487
Second	34,2	28,8	26,9	25,9	16 846	35,6	12 252
Moyen	29,7	26,7	24,9	23,8	17 018	31,4	12 877
Quatrième	26,6	25,5	24,2	23,0	16 892	19,8	9 765
Le plus riche	18,0	17,3	16,5	15,3	16 937	33,9	7 671
Ensemble	27,0	24,4	23,0	21,9	84 480	34,2	54 051

¹ Une moustiquaire déjà imprégnée est soit (1) une moustiquaire d'usine préimprégnée d'insecticide permanente, soit (2) une moustiquaire qui n'était pas préimprégnée mais qui a été trempée à un certain moment dans un insecticide.

² Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MI) est soit (1) une moustiquaire d'usine préimprégnée d'insecticide permanente, soit (2) une moustiquaire préimprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit (3) une moustiquaire qui n'était pas préimprégnée mais qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

³ Une MILDA est une Moustiquaire d'usine Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action, efficace jusqu'à 20 lavages. Au Sénégal, parmi les MILDA, on peut citer ParmaNet, OlysetNet, DawaPlus et Kon Life.

Source : Enquête Nationale sur le paludisme au Sénégal 2008-2009 (ENPS-II), Possession et Utilisation des moustiquaires et Pulvérisation intra domiciliaire, P 39.

Annexe 4

Tableau 4.3 Utilisation des moustiquaires par les enfants

Parmi les enfants de moins de cinq ans de tous les ménages, pourcentage de ceux ayant dormi la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire (imprégnée ou non), pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire ayant été imprégnée, pourcentage ayant dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII), et pourcentage ayant dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA), et, parmi les enfants de moins de cinq ans des ménages ayant au moins une MILDA, pourcentage ayant dormi la nuit précédant l'enquête sous une MILDA, selon des caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2008-2009

Caractéristique sociodémographique	Enfants de moins de cinq ans de tous les ménages				Effectif d'enfants	Enfants de moins de cinq ans des ménages ayant une MILDA	
	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée ¹ la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une MII ² la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une MILDA ³ la nuit précédant l'enquête		Pourcentage ayant dormi sous une MILDA la nuit précédant l'enquête	Effectif d'enfants
Âge en années							
<1	36,0	33,6	31,8	30,2	2 915	44,6	1 976
1	34,9	32,1	30,8	29,5	2 720	43,4	1 850
2	33,5	31,0	29,6	28,5	2 811	41,6	1 926
3	31,2	28,5	27,0	25,6	2 933	38,5	1 952
4	30,8	28,4	27,0	25,8	2 989	39,6	1 948
Sexe							
Masculin	33,3	30,8	29,4	28,2	7 306	41,8	4 922
Féminin	33,2	30,6	29,0	27,6	7 063	41,2	4 730
Milieu de résidence							
Urbain	32,7	30,5	29,3	27,3	5 212	46,8	3 036
Rural	33,6	30,8	29,1	28,3	9 157	39,1	6 616
Région/district							
Dakar	23,3	21,7	20,6	18,0	2 753	41,1	1 205
Diourbel	30,1	29,7	29,7	29,7	1 498	48,9	910
Fatick	66,0	65,6	64,3	63,8	868	69,0	802
Kaolack	30,4	29,4	29,1	28,4	1 614	33,3	1 377
Kaffrine	19,3	18,5	18,1	18,1	304	22,5	245
Koungueul	24,9	24,3	24,3	23,9	204	28,7	170
Matamele	27,1	26,0	25,8	25,0	178	27,1	164
Kaolack	42,4	40,9	40,5	40,0	258	47,8	216
Ndoffane	48,4	47,5	47,4	46,8	260	51,1	238
Niour	23,8	22,8	22,3	20,9	409	25,0	343
Kolda	51,7	45,4	40,9	38,7	1 237	54,1	885
Kolda	50,0	47,7	43,8	42,4	425	63,3	285
Goudomp	70,8	55,2	48,6	45,7	199	55,1	165
Sédhiou	59,3	48,6	43,8	40,6	326	49,5	267
Vélingara	32,6	31,5	28,1	26,4	288	45,1	169
Louga	14,4	13,7	11,7	10,1	817	16,1	526
Matam	42,8	26,9	21,8	19,6	723	42,1	336
Saint Louis	34,6	28,5	25,9	23,7	900	40,2	531
Dagana	45,5	42,5	39,4	36,4	110	54,7	73
Richard Toll	34,9	30,3	24,6	19,1	159	34,7	87
Pete	61,4	46,5	42,8	40,6	125	63,5	80
Podor	37,3	22,2	21,8	20,1	164	44,6	74
Saint Louis	19,8	19,5	18,0	17,4	341	27,4	216
Tambacounda	22,0	18,8	16,4	15,4	938	28,4	510
Thiès	30,4	30,2	29,9	29,3	2 487	34,2	2 124
Ziguinchor	52,4	50,5	49,7	49,5	534	59,2	447
Quintile du bien-être économique							
Le plus pauvre	33,1	31,0	29,1	28,2	3 314	40,2	2 321
Second	38,5	33,7	32,0	31,1	3 116	41,9	2 312
Moyen	34,8	32,0	30,2	29,0	2 960	38,2	2 244
Quatrième	32,7	31,2	30,0	28,7	2 611	46,9	1 594
Le plus riche	25,1	24,0	23,5	21,1	2 367	42,2	1 182
Ensemble	33,2	30,7	29,2	27,9	14 368	41,5	9 652

¹ Une moustiquaire déjà imprégnée est soit (1) une moustiquaire d'usine préimprégnée d'insecticide permanente, soit (2) une moustiquaire qui n'était pas préimprégnée mais qui a été trempée à un certain moment dans un insecticide.

² Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est soit (1) une moustiquaire d'usine préimprégnée d'insecticide permanente, soit (2) une moustiquaire préimprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit (3) une moustiquaire qui n'était pas préimprégnée mais qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

³ Une MILDA est une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action, efficace jusqu'à 20 lavages. Au Sénégal, parmi les MILDA, on peut citer ParmaNet, OlysetNet, DawaPlus et Icon Life.

Source : Enquête Nationale sur le paludisme au Sénégal 2008-2009 (ENPS-II), Possession et Utilisation des moustiquaires et Pulvérisation intra domiciliaire, P 40.

Annexe 5

Tableau 4.5 Utilisation des moustiquaires par les femmes enceintes

Parmi toutes les femmes enceintes de 15-49 ans de tous les ménages, pourcentage de celles ayant dormi la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire (imprégnée ou non), pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire ayant été imprégnée, pourcentage ayant dormi une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII), et pourcentage ayant dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MILDA), et parmi toutes les femmes enceintes de 15-49 ans des ménages ayant au moins une MILDA, pourcentage ayant dormi la nuit précédant l'enquête sous une MILDA, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2008-2009

Caractéristiques sociodémographiques	Parmi les femmes enceintes de 15-49 ans de tous les ménages				Effectif de femmes	Parmi les femmes enceintes de 15-49 ans des ménages ayant une MILDA	
	Ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée ¹ la nuit précédant l'enquête	Ayant dormi sous une MII ² la nuit précédant l'enquête	Ayant dormi sous une MILDA ³ la nuit précédant l'enquête		Ayant dormi sous une MILDA la nuit précédant l'enquête	Effectif de femmes
Milieu de résidence							
Urbain	30,6	27,2	25,4	22,0	986	45,3	479
Rural	35,2	31,7	30,1	29,2	1 963	43,8	1 309
Région/district							
Dakar	24,6	22,0	19,3	17,0	584	41,7	238
Diourbel	27,2	26,0	26,0	26,0	460	51,5	232
Fatick	63,8	63,8	63,8	61,3	157	70,5	137
Kaolack	34,3	32,9	31,8	31,0	254	37,1	213
Kaffrine	32,5	30,7	28,6	27,7	34	33,3	28
Koungueul	26,4	25,5	24,6	24,6	45	29,4	38
Maleme Hodou	33,6	33,1	33,1	33,1	32	36,0	29
Kaolack	30,7	30,7	29,8	29,8	34	41,6	24
Ndoffane	53,8	53,0	51,7	50,7	42	54,8	38
Nioro	30,7	27,6	26,3	24,5	69	30,4	55
Kolda	54,0	46,9	41,1	38,3	273	54,1	193
Kolda	48,9	46,1	40,8	37,8	94	61,9	57
Goudomp	73,8	61,5	53,0	50,7	51	58,3	44
Sédhiou	64,5	52,3	45,9	43,0	80	53,6	65
Vélingara	25,2	23,7	18,8	18,0	48	31,8	27
Louga	17,1	15,5	15,5	12,9	178	21,2	108
Matam	45,5	25,5	24,9	24,2	154	52,8	71
Saint Louis	39,3	30,1	27,6	25,3	147	46,5	80
Dagana	54,9	38,8	35,1	30,3	18	57,0	9
Richard Toll	44,4	37,2	31,8	24,9	30	53,0	14
Pete	74,7	55,6	51,9	51,9	20	73,7	14
Podor	41,0	19,8	19,8	19,8	23	43,6	10
Saint Louis	18,6	18,6	17,6	16,8	57	29,6	32
Tambacounda	21,6	16,3	14,1	14,1	208	28,0	105
Thiès	33,3	33,3	32,4	29,1	443	39,3	328
Ziguinchor	42,5	42,5	39,9	39,9	90	42,7	84
Niveau d'instruction							
Aucun	32,3	28,5	26,5	25,0	2 138	42,2	1 263
Primaire	37,6	34,3	33,1	29,8	556	43,9	377
Secondaire ou plus	36,8	36,1	35,7	35,6	255	61,5	148
Quantile du bien-être économique							
Le plus pauvre	32,6	30,2	28,5	27,9	718	42,8	468
Second	36,4	29,5	27,7	26,7	658	38,6	455
Moyen	40,6	36,7	34,9	30,8	514	43,3	365
Quatrième	28,8	27,5	26,9	25,9	635	52,6	312
Le plus riche	30,1	27,7	24,4	21,6	425	48,8	188
Ensemble	33,7	30,2	28,5	26,8	2 949	44,2	1 788

¹ Une moustiquaire déjà imprégnée est soit (1) une moustiquaire d'usine préimprégnée d'insecticide permanente, soit (2) une moustiquaire qui n'était pas préimprégnée mais qui a été trempée à un certain moment dans un insecticide.

² Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est soit (1) une moustiquaire d'usine préimprégnée d'insecticide permanente, soit (2) une moustiquaire préimprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit (3) une moustiquaire qui n'était pas préimprégnée mais qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

³ Une MILDA est une Moustiquaire d'usine Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action, efficace jusqu'à 20 lavages. Au Sénégal, parmi les MILDA, on peut citer ParmaNet, OlysetNet, DawaPlus et Icon Lite.

Source : Enquête Nationale sur le paludisme au Sénégal 2008-2009 (ENPS-II), Possession et Utilisation des moustiquaires et Pulvérisation intra domiciliaire, P 43.

Annexe 6

Tableau 4.8 Pulvérisation intradomiciliaire (PID)
 Pourcentage de ménages dont les murs intérieurs des logements ont été pulvérisés d'insecticide liquide au cours des 12 mois précédant l'enquête ; répartition des ménages dont les murs intérieurs des logements ont été pulvérisés par durée depuis la pulvérisation et par source de pulvérisation, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, ENPS-II Sénégal 2008-2009

Caractéristique sociodémographique	Ménages dont les murs intérieurs des logements ont été pulvérisés	Effectif de ménages	Durée depuis la pulvérisation				Qui a procédé à la pulvérisation					Effectif de ménages dont les murs intérieurs des logements ont été pulvérisés
			< 6 mois	6-12 mois	NSP/ND	Total	Service gouvernemental	Compagnie privée	Membre du ménage	Autre/NSP/ND		
										Total		
Milieu de résidence												
Urbain	10,3	4 417	71,1	24,2	4,7	100,0	79,4	7,5	3,1	10,0	100,0	457
Rural	8,9	4 874	38,8	52,3	8,9	100,0	68,1	11,3	3,0	17,7	100,0	435
Région												
Dakar	7,7	2 539	83,9	12,1	4,0	100,0	80,2	6,2	1,1	12,6	100,0	196
Diourbel	9,5	854	31,1	63,7	5,2	100,0	58,7	12,8	18,3	10,2	100,0	81
Fatick	0,6	507	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Kaolack	21,3	834	41,4	52,4	6,2	100,0	69,6	7,7	1,0	21,6	100,0	177
Kolda	20,6	662	43,1	54,4	2,5	100,0	61,1	16,2	0,4	22,4	100,0	136
Louga	4,1	474	*	*	*	*	*	*	*	*	*	19
Matam	1,0	362	*	*	*	*	*	*	*	*	*	4
Saint-Louis	21,3	590	47,8	32,3	19,9	100,0	92,4	0,6	2,6	4,4	100,0	126
Tambacounda	2,2	505	*	*	*	*	*	*	*	*	*	11
Thiès	8,6	1 484	64,6	33,1	2,3	100,0	90,1	5,8	2,6	1,6	100,0	128
Ziguinchor	1,9	479	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Quintile du bien-être économique												
Le plus pauvre	8,2	1 690	39,1	54,8	6,2	100,0	61,7	14,7	0,0	23,6	100,0	138
Second	9,7	1 844	47,9	43,2	8,9	100,0	71,4	9,3	0,3	19,0	100,0	178
Moyen	9,9	1 688	59,8	30,4	9,7	100,0	82,0	5,7	2,0	10,4	100,0	167
Quatrième	11,0	2 068	63,7	32,7	3,6	100,0	78,9	6,7	4,2	10,3	100,0	227
Le plus riche	9,1	2 001	60,6	33,3	6,1	100,0	72,0	11,9	7,6	8,5	100,0	182
Ensemble	9,6	9 291	55,4	37,9	6,7	100,0	73,9	9,3	3,0	13,7	100,0	892

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Source : Enquête Nationale sur le paludisme au Sénégal 2008-2009 (ENPS-II), Possession et Utilisation des moustiquaires et Pulvérisation intra domiciliaire, P 48.

Annexe 7

Tableau 5.1 Prise d'antipaludiques à titre préventif et Traitement Préventif Intermittent (TPI) par les femmes pendant leur grossesse

Pourcentage de femmes qui ont pris des antipaludiques à titre préventif, pourcentage qui ont pris de la SP/Fansidar et pourcentage qui ont reçu un Traitement Préventif Intermittent pendant la grossesse de leur dernière naissance survenue au cours des deux années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Sénégal 2008-2009

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant pris des médicaments antipaludiques	Traitement Préventif Intermittent ¹				Effectif de femmes
		SP/Fansidar		Pourcentage qui a reçu de la SP/Fansidar au cours d'une visite prénatale	Pourcentage qui en a reçu au moins 2 doses, au cours d'une visite prénatale	
		Pourcentage qui a pris de la SP/Fansidar	Pourcentage qui en a pris 2 doses ou +			
Milieu de résidence						
Urbain	82,2	77,1	52,6	75,4	51,6	2 079
Rural	81,3	78,7	54,4	75,6	52,6	3 328
Région						
Dakar	79,8	73,3	51,8	71,2	50,4	1 105
Diourbel	86,3	84,3	71,6	82,5	70,6	497
Fatick	87,4	86,9	55,8	78,6	51,1	334
Kaolack	78,2	72,0	50,3	69,0	48,5	615
Kolda	85,2	81,7	62,1	78,3	60,2	464
Louga	86,6	83,3	45,5	82,7	45,3	315
Matam	80,6	77,7	45,6	72,8	43,5	265
Saint Louis	89,5	86,2	57,1	83,8	55,9	331
Tambacounda	59,2	57,3	44,5	54,6	42,6	352
Thiès	80,5	78,7	48,3	77,9	47,9	915
Ziguinchor	97,0	95,8	64,7	93,8	63,5	216
Niveau d'instruction						
Aucun	79,5	76,1	52,8	73,5	51,3	3 602
Primaire	85,5	82,2	56,2	79,8	54,8	1 343
Secondaire ou plus	87,1	81,0	53,0	78,7	51,9	461
Quintile du bien-être économique						
Le plus pauvre	74,6	71,4	48,8	67,5	46,4	1 217
Second	81,3	78,8	52,8	75,9	51,0	1 189
Moyen	85,2	83,5	54,4	81,8	53,8	1 101
Quatrième	85,9	80,6	59,0	78,6	58,0	977
Le plus riche	82,7	76,8	54,9	74,9	53,5	923
Ensemble	81,6	78,1	53,7	75,5	52,2	5 406

¹ Le Traitement Préventif Intermittent (TPI) est un traitement préventif qui consiste à administrer aux femmes enceintes de la SP/Fansidar au cours d'une visite prénatale.

Source : Enquête Nationale sur le paludisme au Sénégal 2008-2009 (ENPS-II), Possession et Utilisation des moustiquaires et Pulvérisation intra domiciliaire, P 50.

LEXIQUE

Financement : apport de ressources financières ou réelles à un agent, en d'autres termes c'est l'opération par la quelle un agent apporte des ressources à un autre agent, que ces ressources soient fournies sous forme financière ou en nature.

Financement de la santé : apport de ressources qui seront finalement utilisées pour réaliser les activités caractéristiques du système de santé.

Source de financement d'un agent : origine du financement d'un agent

Source de financement du système de santé : financement de la santé par un agent dont on décide de ne pas analyser la source.

Utilisation efficace des ressources : C'est lorsque l'emploi des moyens dont on dispose aboutit à des résultats utiles. Le degré d'efficacité dans l'utilisation des ressources dépend de trois facteurs : la répartition des ressources, la diffusion des technologies et l'efficacité de l'administration.

Efficience allocative : le point auquel la distribution des ressources produit les meilleurs résultats de santé. L'efficacité allocative exige d'une économie qu'elle pourvoie à ses membres le volume et le type de marchandises qu'ils préfèrent. Selon la théorie économique standard, l'efficience allocative correspond à la manière dont les ressources sont réparties pour que tout changement au volume ou au type d'output produits actuellement (qui pourraient rendre la situation d'un individu meilleure) détériore la situation d'un individu. On appelle également ceci « optimum de Pareto ».

Equité : une distribution juste des ressources et des traitements entre différents groupes ou individus. En matière de politique de santé, l'équité se rapporte habituellement à un accès égal et raisonnable aux soins et à une distribution juste de la charge financière du financement des soins entre différents groupes de revenus.

Durabilité : la capacité à être soutenable à long terme. En matière de santé, c'est la mise à disposition de ressources financières et de capitaux d'investissement, ainsi que le soutien politique pour la distribution à long terme de soins de santé. La durabilité peut être analysée en termes de ses composantes financières, organisationnelles et politiques.

CESAG - BIBLIOTHEQUE