

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple – Un But – Une Foi

**MINISTERE DE LA SANTE, DE L'HYGIENE PUBLIQUE
ET DE LA PREVENTION**



DIRECTION DE LA SANTE

DIVISION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE

**PLAN DIRECTEUR DE LUTTE INTEGREE
CONTRE LES MALADIES TROPICALES
NEGLIGEEES
2011-2015**

Juin 2011

PREFACE

Parmi les problèmes qui freinent ou ralentissent le développement des pays pauvres, figurent en bonne place les problèmes de santé. Ceux-ci sont en majorité constitués par les maladies transmissibles dont certains font ou ont fait l'objet de substantielles aides au développement. Par contre d'autres n'ont pas ou ont eu très peu de soutien financier.

En effet, il est aisé de comprendre qu'une société ne puisse pas pleinement compter sur ses enfants quand ceux-ci souffrent d'un retard de croissance, ou d'une anémie responsable d'une baisse de rendement scolaire, ou encore sur sa composante adulte quand celle-ci présente un pourcentage assez important de handicapés, de difformités, ou de grossesses à complications.

Les MTN surviennent le plus souvent en milieu rural défavorisé et dans les zones périurbaines, entraînant une baisse de la productivité et installant ainsi, les communautés dans un cercle vicieux.

Un nouvel élan des partenaires, sous la coordination de l'OMS, permet de nourrir de nouveaux espoirs dans le sens du développement de nos sociétés par la mise en œuvre de stratégies de lutte mettant l'accent sur la rationalisation des ressources disponibles ainsi que la pleine utilisation de moyens diagnostiques et thérapeutiques efficaces pour la lutte contre ces maladies.

Ayant toujours mis l'accent sur les approches préventives communautaires et les soins de base, le Sénégal s'est résolument engagé dans ce combat et décline dans son plan quinquenal de lutte contre les MTN, sa détermination à consolider les succès obtenus dans ce cadre. La transmission du ver de Guinée a été interrompue et le seuil d'élimination de la lèpre atteint. L'onchocercose est en voie d'élimination et le Sénégal constitue un exemple dans l'approche communautaire et la distribution de masse des médicaments.

Les autres affections justifiant d'une prise en charge intégrée telles que la Filariose lymphatique, les schistosomiases, les géohelminthiases et le trachome font l'objet de contrôle.

La collaboration déjà établie avec un certain nombre de partenaires et l'engagement des agents de santé à tous les niveaux, nous autorisent à espérer un avenir radieux dans un pays où le fardeau des maladies tropicales a été considérablement allégé.

MODOU DIAGNE FADA

MINISTRE DE LA SANTE, DE L'HYGIENE PUBLIQUE

ET DE LA PREVENTION DU SENEGAL

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	Page 05
INTRODUCTION	Page 10
<u>PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE LA SITUATION</u>	Page 13 - 24
I. Profil du Pays	Page 14
1.1 Contexte géographique	Page 14
1.2 Structures administratives et socio-démographiques	Page 15
1.3 Contexte socio-économique	Page 17
1.4 Transports et communications	Page 20
II. Analyse du Système de Santé	Page 25 - 37
2.1 La Gouvernance Sanitaire	Page 25
2.2 Les Ressources Humaines	Page 30
2.3 Les Infrastructures	Page 31
2.4 La Politique des médicaments	Page 32
2.5 Le Financement de la Santé	Page 33
2.6 Le Système National d'Information Sanitaire	Page 34
2.7 Les autres Secteurs intervenant dans la lutte contre les MTN	Page 34
2.7.1 Le Ministère de l'Enseignement Précolaire, de l'Elémentaire, du Moyen Secondaire et des Langues Nationales	Page 34
2.7.2 Le Ministère de l'Elevage	Page 36
2.7.3 Le Ministère de l'Habitat, de la Construction et de l'Hydraulique	Page 36
2.8. Autres Ministères	Page 37
III. Analyse de la Situation épidémiologique des MTN	Page 37 - 61
3.1 Schistosomiasés	Page 37
3.2 Géohelminthiasés	Page 42
3.3 Filariose Lymphatique	Page 43
3.4 Onchocercose	Page 44
3.5 Trachome	Page 48
3.6 Lèpre	Page 50
3.7 Ver de Guinée	Page 51
3.9 Dengue	Page 51
3.10 Leishmaniose	Page 55
3.11 Co-endémicité des MTN	Page 56
3.12 Cartographie des MTN	Page 61
IV. Analyse de la mise en œuvre des Programmes MTN	Page 62 - 71
4.1. Chimiothérapie préventive de masse	Page 62
4.2 Gestion de la morbidité	Page 65
4.3 Prévention des MTN	Page 69
4.4 Maladies Tropicales Négligées sous surveillance	Page 70
V. Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces	Page 72

<u>DEUXIEME PARTIE : AGENDA STRATEGIQUE</u>	Page 73 - 77
VI. Vision	Page 73
VII. Mission	Page 73
VIII. But	Page 73
IX. Principes Directeurs	Page 73
X. Priorités Stratégiques	Page 75
XI. Objectifs Stratégiques	Page 75
<u>TROISIEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL</u>	Page78-116
XII. Objectifs, Stratégies, cibles et Indicateurs des programmes spécifiques	Page 79
XIII. Objectifs Spécifiques et Activités du Plan directeur	Page 90
XIV. Mise à l'échelle de la lutte contre les MTN	Page 103
14.1 Chimiothérapie Préventive de Masse	Page 109
14.2 Gestion de la Morbidité	Page 110
14.3 Prévention des MTN ciblées	Page 114
14.4 MTN sous surveillance	Page 116
XV. Gestion du Plan Directeur de Lutte contre les MTN	Page117-133
15.1 La Coordination	Page 117
15.1.1 Coordination interne	Page 117
15.1.2 Coordination au sein du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Prévention	Page 117
15.1.3 Coordination avec les autres parties prenantes	Page 118
15.2 Suivi de la Mise en œuvre du Plan	Page 118
15.2.1 Suivi de la gestion des ressources	Page 118
15.2.2 Suivi de l'exécution des activités	Page 119
15.2.3 Suivi des Résultats	Page 119
15.2.4 évaluation du processus d'intégration dans la lutte contre les MTN	Page 120
15.2.5 Evaluation de l'impact des interventions	Page 121
15.2.6 Pharmacovigilance et contrôle de qualité des médicaments	Page 121
15.3. Indicateurs de suivi-évaluation	Page 122
15.4 Centres collaborateurs de la lutte contre les MTN	Page 133
<u>QUATRIEME PARTIE : ESTIMATION DU BUDGET</u>	Page
XVI. Estimation du budget par objectifs stratégiques	Page
XVII. Synthèse du budget par priorités stratégiques	Page
<u>ANNEXES.....</u>	Page

LISTE DES ABREVIATIONS

ANSD :	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
APE :	Association des Parents d'Élèves
APOC :	Programme Africain de lutte contre l'onchocercose
ARD :	Agence Régionale de Développement
AZT :	Azithromycine
BC :	Bon de Commande
BCE :	Biopsie Cutanée Exsangue
BL :	Bordereau de Livraison
CAS/PNDSS :	Cellule d'Appui au Suivi du Plan National de Développement Sanitaire du Sénégal
CAFSP :	Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat
CCC :	Communication pour le Changement de Comportement
CDD :	Conseil Départemental de Développement
CDS :	Comité de Santé
CDG :	Comité De Gestion
CDSMT :	Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme
CHUN :	Centre Hospitalier Universitaire National
CHOM :	Centre Hospitalier Universitaire de l'Ordre de Malte
CICED :	Commission Internationale pour la Certification de l'Eradication de la Dracunculose
CLD :	Conseil Local de Développement
CM :	Conseil Municipal
CMFC :	Charge MicroFilarienne moyenne au sein de la Communauté
CODEC :	Collectif des Directeurs d'Ecoles
CR :	Conseil Régional
C.Ruraux :	Conseil Ruraux
CRD :	Conseil Régional de Développement
CRF :	Centres Régionaux de Formation
DAGE :	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement
DAHW :	Association Allemande de lutte contre la lèpre et la tuberculose
DANSE :	Division de l'Alimentation, de la Nutrition et du Survie de l'Enfant
DCMS :	Division du Contrôle Médical Scolaire
DES :	Direction des Établissements de Santé
DEM :	Direction de l'Équipement et de la Maintenance
DER :	Division des Études et de la Recherche
DLM :	Division de Lutte contre la Maladie
DMM :	Distribution de Masse de Médicament
DPL :	Direction de la Pharmacie et des Laboratoires
DPM :	Direction de la Prévention Médicale
DRH :	Direction des Ressources Humaines
DS :	Direction de la Santé
DSSP :	Division des Soins de Santé Primaires,
DRH :	Direction des Ressources Humaines
EDS :	Enquête de Développement et Santé
EISMV :	Ecole Inter-Etats des Sciences et Médecine Vétérinaires
ESPS :	Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal,
EPS :	Établissements Publics de Santé
FAR :	Femmes en Age de Reproduction
FAST :	Faculté des Sciences et Techniques
FL :	Filariose Lymphatique
FMPO :	Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie
FRESH :	Focusing Resources on Effective School Health
GOANA :	Grande Offensive pour la Nourriture et l'Abondance

GSK :	Glaxo Smith Kline
IA :	Inspecteur d'Académie
ICP :	Infirmier Chef de Poste
ICT :	ImmunoChromatographie
IDEN :	Inspection Départementale de l'Education Nationale
IDH :	Indice de Développement Humain
IEC :	Information- Education- Communication
IME :	Inspection Médical des Ecoles
IPD :	Institut Pasteur de Dakar
ISED :	Institut de Santé et Développement
ITI :	International Trachoma Initiative
JSE :	Journées Survie de l'Enfant
HKI :	Hellen Keller International
LEVP :	Laboratoire d'Ecologie Vectorielle et Parasitaire
LNCM :	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
LNERV :	Laboratoire National de l'Elevage et de Recherches Vétérinaires de Dakar
MB :	Multi Bacillaire
MCD :	Médecin Chef de District
MCR :	Médecin Chef de Région
MDP :	Mectizan Donation Programme
MDSC :	Centre de Surveillance Pluripathologique de l'OMS (Ouagadougou)
ME :	Ministère de l'Elevage
MEG :	Médicaments Essentiels Génériques
MEN :	Ministère de l'Education Nationale
MH :	Ministère de l'Hydraulique
MSP :	Ministère de la Santé et de la Prévention
MTA :	Médicaments Traditionnels Améliorés
MTN :	Maladies Tropicales Négligées
NC :	Nouveaux Cas
OCCGE :	Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo)
OCP :	Onchocerciasis Control Programme
OIA :	Ophtalmoplégie Internucléaire Antérieure
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OMVS :	Organisation pour la Mise en Valeur du Fleuve Sénégal
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
OPH :	Ophtalmologiste
PAL :	Personnes Affectées par la Lèpre
PB :	Pauci Bacillaire
PDEF :	Programme Décennal pour l'Education et la Formation
PEPAM :	Programme d'Eau Potable et d'Assainissement pour le Millénaire
PGIRE :	Projet Intégré de Gestion des Ressources en Eau
PIB :	Produit Intérieur Brut
PNA :	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNBG :	Programme National de Bonne Gouvernance
PNDSS :	Plan National de Développement Sanitaire du Sénégal
PNEVG :	Programme National d'Eradication du Ver de Guinée
PNLP :	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRA :	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS :	Poste de Santé

PTA :	Plan de Travail Annuel
SCA :	Stratégie de Croissance Accélérée
SFE :	Sage-Femme d'Etat
SIDA :	Syndrome d'Immuno Déficience Acquisée,
SIS :	Système d'Information Sanitaire
SISDAK :	Salon International de la Santé de Dakar
SLAP :	Section de la Lutte Anti-Parasitaire
SNIS :	Service National de l'Information Sanitaire
SNPS :	Stratégie Nationale de Protection Sociale
SNEEG :	Stratégie Nationale d'Equité et d'Egalité de Genre
SNEIPS :	Service National de l'Education et de l'Information Pour la Santé
SNH :	Service National de l'Hygiène
SSI :	Sight Savers International
SSPD :	Superviseur des Soins de Santé Primaires de District
SRSP :	Superviseur Régional des Soins de Santé Primaires
TAP :	Taux d'Achèvement du Primaire
TBA :	Taux Brut d'Admission
TBS :	Taux Brut de Scolarisation
TDM :	Traitement De Masse
TF :	Trachome Floride
TIBC :	Traitement par l'Ivermectine à Base Communautaire
TIDC :	Traitement de masse avec l'Ivermectine sous Directive Communautaire
TSO :	Technicien Supérieur en Ophtalmologie
TT :	Trichiasis Trachomateux
UCAD :	Université Cheikh Anta Diop
UE :	Union Européenne
UNESCO :	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation
UNICEF :	United Nations of International Children's Emergency Fund
USAID :	United States Agency for International Development
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

<u>FIGURE 1</u> : Carte du Sénégal	p14
<u>FIGURE 2</u> : Découpage administratif du Sénégal par region	p15
<u>FIGURE 3</u> : Rayon moyen d'action toutes structures confondues	p 21
<u>FIGURE 4</u> : Organisation du système de santé au Sénégal	p27
<u>FIGURE 5</u> : Organigramme du MSHPP	p 28
<u>FIGURE 6</u> : Decoupage en districts sanitaires du Sénégal	p30
<u>FIGURE 7</u> : Endémicité de la schistosomiase au Sénégal	p42
<u>FIGURE 8</u> : Carte de distribution de l'onchocercose à travers le Sénégal	p46
<u>FIGURE 9</u> : Tendence épidémiologique de l'onchocercose dans le bassin de la <i>Falémé</i>	p46
<u>FIGURE 10</u> : Tendence épidémiologique de l'onchocercose dans le bassin de la Gambie	p46
<u>FIGURE 11</u> : Evolution des cas de lèpre de 1991 à 2009	p51
<u>FIGURE 12</u> : Evolution des cas de vers de Guinée par District	p52
<u>FIGURE 13</u> : Evolution des cas de dengues lors de l'épidémie de 2009	p54
<u>FIGURE 14</u> : Répartition des cas de leishmanioses au Sénégal	p56
<u>FIGURE 15</u> : Evolution de la chirurgie du trichiasis entre 2000 et 2009	p66
<u>TABLEAU 1</u> : Distance entre Chefs-lieux de régions	p 22
<u>TABLEAU 2</u> : Distance entre Chefs-lieux de régions et districts	p23
<u>TABLEAU 3</u> : Ratio en personnels en 2010	p31
<u>TABLEAU 4</u> : Quantité des donations en médicaments pour la lutte contre les MTN	p 33
<u>TABLEAU 5</u> : Prévalence des schistosomiasés au Sénégal	p39-41
<u>TABLEAU 6</u> : Prévalence des geohelminthiases dans 16 districts sanitaires	p43
<u>TABLEAU 7</u> : Prévalence de l'onchocercose au Sénégal en 2009	p 47
<u>TABLEAU 8</u> : Résultats de l'enquête nationale de prévalence du trachome	p48
<u>TABLEAU 9</u> : Résultats des enquêtes de prévalence du trachome dans 20 districts	p49
<u>TABLEAU 10</u> : Co-endémicité des MTN /CTP au Sénégal	p57-59
<u>TABLEAU 11</u> : Nombre de districts par co-endémicité en 2011	p60
<u>TABLEAU 12</u> : Distribution des différentes MTN en 2011	p61
<u>TABLEAU 13</u> : Résultats des campagnes de distribution de masse de l'AZT de 2005 à 2009	p63
<u>TABLEAU 14</u> : Etat de mise en œuvre des programmes MTN	p70
<u>TABLEAU 15</u> : Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces	p71
<u>TABLEAU 16</u> : Objectifs stratégiques par priorités	p76
<u>TABLEAU 17</u> : Tableau synoptique des programmes spécifiques	p78-84
<u>TABLEAU 18</u> : Objectif des programmes et indicateurs de performance	p85-88
<u>TABLEAU 19</u> : Activités pour les interventions de la lutte contre les MTN	p89-99
<u>TABLEAU 20</u> : Besoins en cartographie	p100
<u>TABLEAU 21</u> : Population cibles pour les traitements de masse en 2011	p100

<u>TABLEAU 22</u> : Type de combinaisons de distribution de masse selon les districts	p101
<u>TABLEAU 23</u> : Type de combinaison de DMM probable dans les régions	p 102-103
<u>TABLEAU 24</u> : Plan de progression par an	p104-105
<u>TABLEAU 25</u> : Activités pour la DMM	p 106
<u>TABLEAU 26</u> : Résumé de la SITUATION des MTN à prise en charge de cas	p 107
<u>TABLEAU 27</u> : Résumé des besoins prioritaires pour la PEC des cas	p 107
<u>TABLEAU 28</u> : Méthodes d'intervention requises pour la PEC des cas	p108
<u>TABLEAU 29</u> : Activités pour les MTN à PEC de cas	p109-110
<u>TABLEAU 30</u> : Résumé des méthodes d'intervention prioritaires pour la prévention des MTN	p111
<u>TABLEAU 31</u> : Activités de prévention des MTN	p 112
<u>TABLEAU 32</u> : Activités de surveillance des MTN	p 116
<u>TABLEAU 33</u> : Indicateurs de suivi-évaluation	p119-129
<u>TABLEAU 34</u> : Synthèse du budget par priorité stratégique	p 132
<u>TABLEAU 35</u> : Répartition du budget par priorité stratégique	p 133

INTRODUCTION

Les « Maladies Tropicales Négligées » (MTN) sont des maladies transmissibles très répandues dans les régions tropicales. Elles sont dites négligées du fait qu'elles n'avaient pas jusque là été l'objet d'une grande attention de la part des décideurs, de la communauté internationale, de l'industrie pharmaceutique et même de la communauté des chercheurs.

Au plan mondial, alors que plus d'un milliard de personnes soit un sixième de la population mondiale souffrent d'une ou de plusieurs de ces maladies l'on a constaté que seulement moins de 1% des quelques 1400 médicaments homologués entre 1975 et 1999 étaient destinés au traitement des maladies tropicales (OMS).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elles sont à l'origine de 534.000 décès par an dans le monde, mais surtout de handicaps de longue durée, de difformités, de grossesses à complications, de retard de la croissance chez les enfants, de baisse du rendement scolaire chez les apprenants, et par conséquent d'une baisse de la productivité.

Les personnes les plus touchées par ces maladies sont les plus pauvres en milieu rural particulièrement ainsi que dans les zones périurbaines ; ce sont des populations qui sont souvent faiblement éduquées avec des problèmes d'accès à l'eau potable, d'hygiène et d'assainissement. Les MTN favorisent et aggravent l'anémie et la malnutrition chez les personnes touchées déjà et qui sont dans un état nutritionnel précaire; de plus la malnutrition augmente la vulnérabilité à ces maladies.

L'OMS a recensé vingt (**20**) Maladies Tropicales Négligées sur le plan mondial dont quatorze (**14**) sont prédominantes en Afrique. Elles sont classées en **trois catégories** :

Catégorie I : Maladies pour lesquelles il existe des outils (médicaments, instruments de diagnostic, pesticides). Des résolutions ont été prises par l'Assemblée mondiale de la santé ou les comités régionaux en vue de leur élimination ou de leur éradication (dracunculose, lèpre, filariose lymphatique et trachome) ;

Catégorie II : Maladies pour lesquelles il existe des outils en vue de réduire leur charge au sein des communautés en fonction des interventions disponibles (leishmaniose anthroponotique, cysticercose, échinococcose, onchocercose, rage, schistosomiase, géohelminthiases, pian) ; il est recommandé de procéder au contrôle de ces maladies en vue de réduire leur fardeau sur les populations.

Catégorie III : Maladies pour lesquelles l'on manque d'outils (charbon, brucellose, ulcère de Buruli, maladie de Chagas, dengue, trypanosomiase humaine africaine, encéphalite japonaise,

leishmaniose). Il est recommandé pour ces maladies de promouvoir des interventions utilisant des approches novatrices permettant de les contrôler.

Le début des années 2000 a été marqué par la prise en compte dans l'agenda politique international de la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (MTN) avec l'adoption du Plan mondial 2008 – 2015 de lutte contre ces maladies. Le but de ce plan est de « **prévenir, maîtriser, éliminer ou éradiquer les MTN** » (selon les cas et les outils disponibles). La stratégie ainsi développée, focalisée sur paquets d'interventions intégrées, permettra d'intensifier la lutte contre les MTN grâce à une utilisation efficiente des ressources humaines et financières existantes dans les pays endémiques souvent en développement. De plus, elle facilitera l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en protégeant plusieurs millions d'individus. La lutte contre les MTN est une initiative favorable aux personnes pauvres, dont les bénéfices vont bien au-delà de la santé : **amélioration de l'état de santé des populations général, augmentation de la productivité des travailleurs, du rendement scolaire et accroissement des ressources nationales communes**, contribuant ainsi à **des progrès de l'éducation et à la croissance économique**.

Dans la Région africaine de l'OMS, le Sénégal a été choisi comme pays pilote au même titre que 5 autres pays (Angola, Bénin, Cameroun, Madagascar et la RCA) pour la lutte contre les MTN. Le Sénégal s'est inscrit dans cette initiative mondiale et a rédigé son premier « plan pluriannuel (2007 – 2011) de lutte contre les helminthiases et le trachome » ne prenant en compte que les MTN bénéficiant de la chimiothérapie préventive de masse. Malgré sa mise en oeuvre partielle dans certaines régions du pays et les résultats enregistrés, n'a pas été adopté de façon formelle ni bénéficié du financement substantiel requis. Néanmoins, des médicaments ont été mis gratuitement à la disposition et en quantité suffisante pour la lutte contre les helminthiases et le trachome. Il s'agit de l'ivermectine pour la lutte contre l'onchocercose, associé à l'Albendazole pour la lutte contre la filariose lymphatique, du praziquantel pour la lutte contre les schistosomiasis, du mébendazole contre les géohelminthiases et enfin de l'azithromycine pour la lutte contre le trachome. La capacité d'utilisation de ces médicaments s'est posée avec acuité à cause de la difficulté d'assurer le financement des coûts opérationnels pour des traitements de masse.

La lutte contre les MTN a cependant suscité beaucoup d'intérêt de la part de plusieurs acteurs, notamment ceux du Secteur de l'Education, de la société civile, et d'organismes intergouvernementaux tels que l'Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal

(OMVS) qui regroupe les pays du Bassin du Fleuve Sénégal que sont la Guinée, le Mali, la Mauritanie et le Sénégal.

Cette organisation met en œuvre un Projet de Gestion Intégrée des Ressources en Eau (PGIRE) dans le bassin du fleuve Sénégal (Louga, Saint Louis, Matam, Tambacounda et Kédougou). Le volet santé vise la lutte contre les schistosomiasés et les géohelminthiases par des traitements de masse au praziquantel et à l'albendazole ainsi que la lutte antipaludique par la distribution de masse de moustiquaires imprégnées d'insecticides.

C'est dans ce contexte mondial général et de la sous région en particulier que s'inscrit ce « plan stratégique 2011-2015 de lutte intégrée contre les MTN ». Un appui financier et technique de la part des partenaires pour sa mise en œuvre va contribuer à la réalisation du but du Plan mondial.

Ce présent plan prend en compte non seulement la lutte contre les MTN à chimiothérapie préventive de masse comme l'onchocercose, la filariose lymphatique, les schistosomiasés, les géohelminthiases et le trachome mais aussi celles pour lesquelles des résultats satisfaisants ont été obtenus comme la lèpre et le ver de Guinée et enfin les autres MTN comme la rage, la leishmaniose et la dengue qui sont jusque là faiblement prises en compte dans le système de santé.

PREMIERE PARTIE

**ANALYSE DE LA
SITUATION**

I. PROFIL DU PAYS

1.1 Contexte géographique

Le Sénégal, situé en Afrique Occidentale, **est** comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest. Sa superficie est de 196722 km². Il est limité au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau, à l'Ouest par l'Océan Atlantique. La Gambie forme une enclave de terre à l'intérieur du Sénégal, sur le cours inférieur du fleuve du même nom. Dakar, la capitale, est une presqu'île située à l'extrême ouest.

Le climat est soudano-sahélien avec alternance d'une saison sèche allant de novembre à mai et une saison pluvieuse de juin à octobre, plus longue au sud du pays où les précipitations annuelles sont les plus importantes, avec une moyenne de 1 400 mm. Ces précipitations **diminuent** considérablement au Nord avec moins de 381 mm. Elles déterminent ainsi trois zones climatiques que sont la zone forestière au sud, la savane arborée au centre, la zone de steppe semi désertique au nord. A l'instar des autres pays du Sahel, le Sénégal est confronté à la désertification depuis plusieurs décennies. En période d'hivernage, se créent des mares et marigots qui constituent la principale source d'approvisionnement en eau dans certaines localités qui n'ont **pas** toujours accès à l'eau potable. Ceux-ci constituent une source de contamination possible pour la dracunculose et les schistosomiasis.

Le réseau hydrographique comprend trois grands fleuves que sont le **Sénégal**, la **Casamance**, la **Gambie** et des affluents auxquels s'ajoutent quelques cours d'eau temporaires. La zone du fleuve Sénégal **est partagée en bassin et delta, siège d'importants barrages et aménagements hydroagricoles**. Ce réseau favorise la transmission de certaines maladies notamment la bilharziose et l'onchocercose.

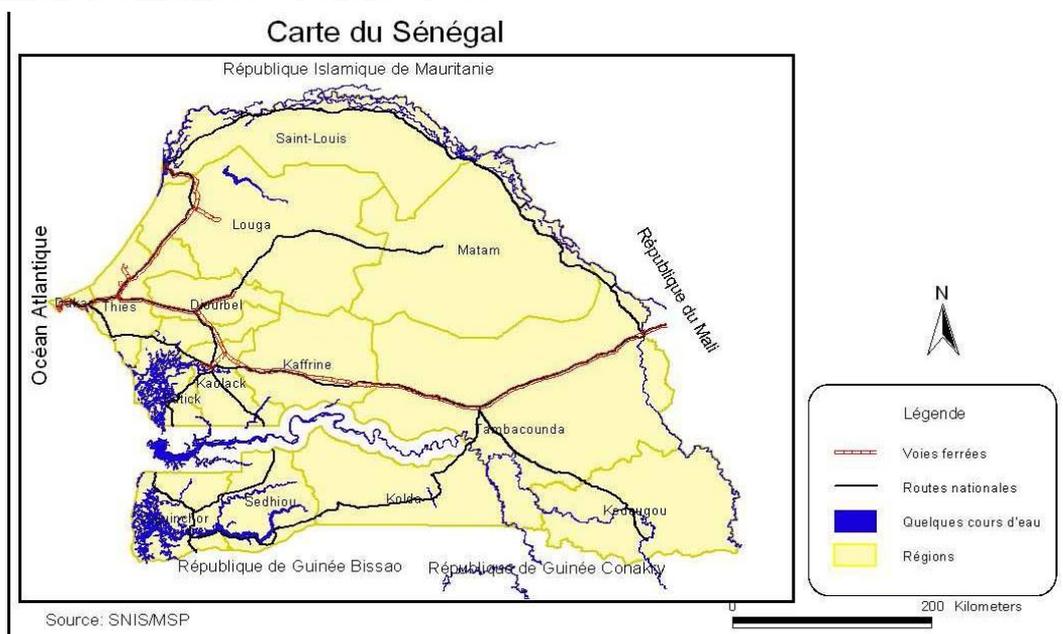


FIGURE 1 : Carte du Sénégal

1.2 Structures administratives et socio-démographiques

Le décret N° 2009-621 du 30 juin 2009, fixant le ressort territorial et le chef-lieu des régions, départements et arrondissements, découpe le Sénégal en **14 régions, 45 départements, 123 arrondissements, 114 communes, 46 communes d'arrondissements et 370 communautés rurales**. La région, le département, et l'arrondissement constituent les circonscriptions administratives, tandis que les communes, les communes d'arrondissement et les communautés rurales sont appelées collectivités locales administrés par un conseil d'élus locaux. La région, le département et l'arrondissement sont dirigés respectivement par un gouverneur, un préfet et un sous préfet, tous nommés par le Président de la République. Dans le cadre de la décentralisation, certains domaines d'intervention sont transférés aux collectivités locales : la santé, l'éducation, l'environnement, l'habitat, l'urbanisme, le sport, la jeunesse, l'agriculture et l'artisanat.

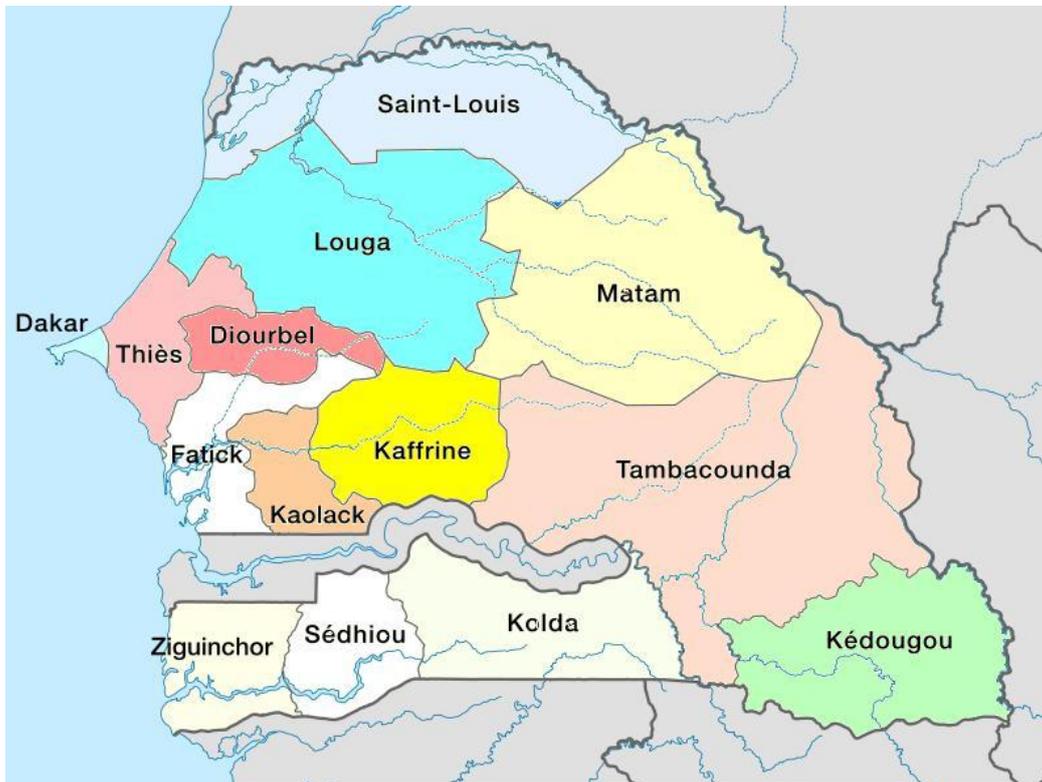


FIGURE 2 : Découpage administratif du Sénégal selon les Régions

En 2011, la population du Sénégal est estimée à **12 862 587 habitants** soit une densité d'environ **65 habitants au km²**. Cette densité moyenne cache quelques disparités régionales avec une opposition entre le sous-peuplement de l'est et une forte concentration sur la côte ainsi qu'au centre. La ville 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 Kédougou, Kaffrine, Sédhiou, Tambacounda et Matam ; celles de Dakar, Thiès et Diourbel sont de loin les plus peuplées (annexe 1).

Le Sénégal compte une vingtaine d'ethnies dont les principales sont les Wolofs (43%), les Pulaar (24%), et les Sérères (15%). La population sénégalaise se caractérise par sa jeunesse. Le rapport de l'Enquête Démographique et Santé à indicateurs multiples 2010-2011 de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANDS) a révélé que 22 % des femmes et 27 % des hommes sont âgés de 15-19 ans ; environ 20 % des femmes et des hommes ont entre 20 et 24 ans.

Le Sénégal possède l'un des taux d'urbanisation les plus élevés d'Afrique noire. En 2008, 53 % de la population vivait en milieu rural. En 2010, une forte tendance à l'urbanisation a été révélée lors de l'EDS avec près de 49% des femmes et 56 % des hommes qui vivent en milieu urbain. Cet exode rural, à tendance sélectif envers les hommes, vers les villes constitue le mouvement le plus important et il concerne particulièrement les jeunes. L'urbanisation galopante est principalement due à l'accroissement naturel de la population. Elle a des conséquences néfastes sur la santé des populations qui se retrouvent dans un environnement avec toutes sortes de pollutions et une promiscuité favorable à la transmission de toutes les maladies infectieuses et parasitaires surtout dans les banlieues des grandes villes.

Le taux brut de natalité est de 39,1‰ ; le taux de croissance annuel de la population est à 2,5% reste élevé, caractéristique d'une fécondité encore élevée (EDS IV, 2002-2005).

Selon les résultats de l'EDS 5, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à 5,0 enfants par femme ; il est beaucoup plus élevé en milieu rural (6,0 enfants par femme) qu'en milieu urbain(3,9).

Pour la période 2005 à 2010, le risque de mortalité infantile est évalué à 47 décès pour 1 000 naissances vivantes et le risque de mortalité juvénile s'établit à 26‰. Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 29 ‰ pour la mortalité néonatale et à 18‰ pour la

mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infantojuvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans est de 72‰. En d'autres termes, au Sénégal, environ 7 enfants sur 100 meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans (EDS 5)

L'éducation formelle concerne plusieurs niveaux et types d'enseignement. Elle est composée de l'éducation préscolaire, de l'enseignement élémentaire, de l'enseignement moyen et secondaire général, de l'enseignement supérieur, de l'enseignement technique et de la formation professionnelle. Le taux brut de scolarisation (TBS) ne cesse de croître au Sénégal, passant de 65,5% en 1999/2000 à 95 % en 2009 (MEN). Cette évolution est due, en partie, à une scolarisation plus massive des filles. L'indice de parité dans le primaire entre les TBS des sexes est actuellement de 0,95 contre 0,72 en 1996. Le TBS a progressé dans toutes les régions sauf à Dakar, zone d'immigration par excellence et à Ziguinchor, foyer de tension. Il reste cependant inférieur à 50% dans les régions de Diourbel (40,4%) et de Kaolack (44,2%). L'augmentation du niveau de scolarisation de la population et surtout des filles aura un impact positif dans la lutte contre les maladies en général et des MTN en particulier. La population pourra dès lors adopter des comportements favorables à la santé et avoir une meilleure compréhension des phénomènes altérant celle-ci.

1.3 Contexte socio-économique

Le Sénégal fait partie des pays à faible revenu. Il est classé dans la catégorie des pays les moins avancés mais possède un PNB par habitant de 550 USD en 2003 qui est supérieur à la moyenne de ceux des pays d'Afrique Subsaharienne (490 USD en 2003). Entre 1980 et 2010 l'Indice de Développement Humain (IDH) du Sénégal a augmenté de 1,2% par an, passant de 0,291 à 0,411 ; ce qui place le Sénégal au 144^{ème} rang des 169 pays disposant de données comparables. Depuis 1995, l'IDH est supérieur à la moyenne sous régionale de l'Afrique Subsaharienne. Quant à l'espérance de vie à la naissance, elle est passée de 52,1 ans en 1990 à 56,2 en 2010.

L'activité économique du Sénégal, contrairement à celle des autres pays de l'Afrique Subsaharienne, est aujourd'hui principalement dominée par le secteur tertiaire qui contribue à plus de 60% au PIB.

Le secteur primaire, notamment l'agriculture, qui a pendant longtemps joué un rôle moteur dans l'économie nationale, a vu sa part dans le PIB passer de 21% à 16,8 % entre 1990 et 2003, se plaçant ainsi en troisième position derrière le secondaire (21,2%). Toutefois, il reste la principale source de revenu pour 60 % de la population. Les résultats du secteur primaire sont de plus en plus fragilisés par une certaine vulnérabilité, due à une forte exposition aux chocs exogènes (la hausse du prix de l'essence, des produits alimentaires etc.) et phénomènes naturels (sécheresse, érosion des sols, invasion acridienne, inondation etc.). Cependant, 50% des besoins en céréales sont couverts par la production locale qui est passée de 772,2 mille tonnes en 2007 à 1,71 millions en 2009 dépassant ainsi même l'objectif de 1,45 millions fixé pour 2015. L'élevage a souffert comme l'agriculture des cycles de sécheresse ; la production de viande et d'abats est passée de 131 mille tonnes en 2006 à 1661 en 2009 n'atteignant pas l'objectif de 180 mille tonnes qui était fixé.

La pêche par contre, est en forte expansion. et constitue un secteur où le Sénégal a atteint une autosuffisance (Réf. Document de Politique Economique et Social du Sénégal 2011 – 2015).

L'Etat du Sénégal, au milieu des années 1990 a mis en place des politiques, stratégies et programmes intégrés avec comme objectif la lutte contre la pauvreté et la recherche de l'émergence économique. C'est ainsi qu'il a mis en œuvre un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP I, 2003 – 2005) réactualisé en 2006 pour couvrir la période 2006 – 2010 (DSRP II). Ce DSRP est un cadre de référence partagé en matière de politique économique et sociale pour la croissance et la réduction de la pauvreté avec l'ambition d'atteindre un taux de croissance annuel de 7 à 8 % pour réduire de moitié la pauvreté en 2015 dans le contexte général de poursuite des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Dans le cadre du DSRP II le Sénégal a mis en œuvre à partir de 2008 la Stratégie de Croissance Accélérée (SCA) afin de créer les conditions d'une diversification continue des sources de la croissance qui permettent de la maintenir forte et soutenue sur six à huit années successives. La SCA intègre le COMPACT qui était proposé par le Sénégal dans le cadre de l'initiative du *Millenium Challenge Account* (MCA). Il s'agit d'un programme qui définit un cadre commun d'intervention entre l'état et les partenaires pour atteindre plus rapidement les OMD.

Au cours de la même période, ont été définies la Grande Offensive pour la Nourriture et l'Abondance (GOANA), la Stratégie de Croissance Accélérée (SCA), la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS), la Stratégie Nationale d'Equité et d'Egalité de Genre (SNEEG), le programme de réforme des finances publiques et le 2^{ème} Programme National de Bonne Gouvernance (PNBG) etc. La mise en place de ces politiques a abouti à des résultats encourageants. Ainsi la proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté est passée de 48,8% en 2002 à 42,6% en 2005 (Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal, ESPS 2005-2006, août 2007). La croissance économique réelle s'est située en moyenne autour de 5% par an (entre 2000 et 2006).

Le Sénégal a fait de l'accès à l'eau potable et l'amélioration du système d'assainissement une priorité. Le niveau d'accès à l'eau potable des populations urbaines est passé de 93,0% en 2006 à 98,0% en 2008, avec un léger fléchissement pour 2009 (97,0%). En milieu rural, le taux d'accès à l'eau potable est passé de 69,5 % en 2006 à 73,6 % en 2009. Cependant, l'objectif de 2009 fixée à 75,0% n'a pas été atteint. Des progrès doivent être cependant faits en milieu rural où l'on note de grandes disparités avec le milieu urbain. Ainsi les régions du Centre et du Sud du pays (Kolda, Ziguinchor, Kaolack et Tambacounda) et certaines régions du Nord (Louga) éprouvent d'énormes difficultés dans ce domaine. Le secteur de l'hydraulique rurale a toujours occupé une place importante dans la stratégie de développement économique et social du Sénégal. Aussi, les grandes lignes de la politique d'hydraulique rurale du Sénégal ont été concrétisées par une amélioration de l'accès à des services d'eau potable, à la satisfaction des besoins pour le cheptel, à une meilleure gestion et protection des ressources ainsi qu'à la maintenance des ouvrages pour la durabilité du service de l'eau.

Pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), d'ici 2015, qui sont, entre autres, de réduire de moitié le nombre de personnes n'ayant pas accès à l'eau potable, la Direction de l'Hydraulique Rurale et les autres structures du secteur de l'eau et de l'assainissement ont institué en 2005 le Programme d'Eau Potable et d'Assainissement pour le Millénaire (PEPAM). C'est un cadre de concertation permettant une intervention cohérente des différents partenaires au développement dans ce secteur.

En 2009, 79 012 ménages ont eu accès à l'assainissement en milieu urbain ; ce qui porte le taux d'accès à 63,6%. Ce taux était de 62,0% en 2006. En milieu rural, le taux d'accès est passé de 26,7% en 2006 à 28,9% en 2009. Les résultats enregistrés montrent que beaucoup d'efforts ont été faits en matière d'accès à l'eau potable et à l'assainissement.

La politique de l'éducation est centrée sur le renforcement de l'éducation de base, de l'enseignement technique et de la formation professionnelle. Dans ce cadre, l'universalisation de la scolarisation à l'élémentaire constituait l'objectif principal. Entre 2000 et 2009, le pourcentage de la population rurale ayant accès à une école primaire est passée de 80,2% à 91,1%. En effet, le taux brut d'admission au CI (TBA) a connu une évolution constante, passant de 103,2% à 117,5%. La cible de 110,3% à l'horizon 2015 est déjà atteinte pour les filles comme pour les garçons. Le taux brut de scolarisation (TBS) à l'élémentaire a évolué de 83,4% à 92,5% sur la période de 2006 à 2009. Le taux d'achèvement du primaire (TAP) est passé de 49,7% en 2006 à 58,4% en 2008 puis 59,6% en 2009. Son évolution reste faible pour atteindre la cible de 90,0 à l'horizon 2015. Cette situation est liée à un ensemble de facteurs qui plongent les performances et limitent l'efficacité interne du système. Il s'agit du poids important des redoublements et des abandons, de l'insuffisance de la qualification des enseignants, de la précarité des conditions d'apprentissage (nombreux abris provisoires), de la faible couverture des écoles rurales et péri urbaines en cantines, de la défaillance du soutien nutritionnel et de la gestion du quantum horaire.

L'amélioration du niveau de vie des populations est un déterminant positif dans la lutte contre les maladies ; l'accès à l'eau potable et à des mesures d'assainissement de base a permis une baisse significative de l'incidence de la plupart des maladies infectieuses et parasitaires à transmission hydrique ou par contact direct.

1.4 Transports et communications

Le secteur des transports est administré par des institutions étatiques en partenariat avec les collectivités locales et les opérateurs économiques et comprend le transport maritime, aérien, ferroviaire et routier. Le réseau routier du Sénégal est long de 14 314 km. Ce réseau compte 9 654 km de routes non revêtues (soit 67 %) contre 4 660 km de routes revêtues (soit 33%). Des problèmes internes d'accessibilité géographiques aux structures sanitaires existent surtout dans les régions du Nord, du sud et de l'est comme en témoigne le graphique ci-dessous.

Le Sénégal compte de nombreuses îles dont l'accès n'est pas facile, même si certains Postes de Santé disposent d'une vedette pour les évacuations sanitaires et la liaison avec le centre de santé. L'ensemble des Centres de Santé des 75 districts est accessible. Les postes de santé également le sont pour la plupart. Les ICP se déplacent en motos et certains même en voiture. Les moyens de supervision des ECD/ECR sont également disponibles même s'ils sont parfois vieillissants.

Du point de vue de la communication téléphonique, plusieurs opérateurs existent au Sénégal et au moins l'un d'entre eux est présent dans l'ensemble du territoire national. L'internet existe dans toutes les villes et il est possible d'utiliser des clés USB pour l'accès mobile. Tous les centres de santé ont accès à l'internet ; et de plus en plus, les postes de santé utilisent cette voie de communication.

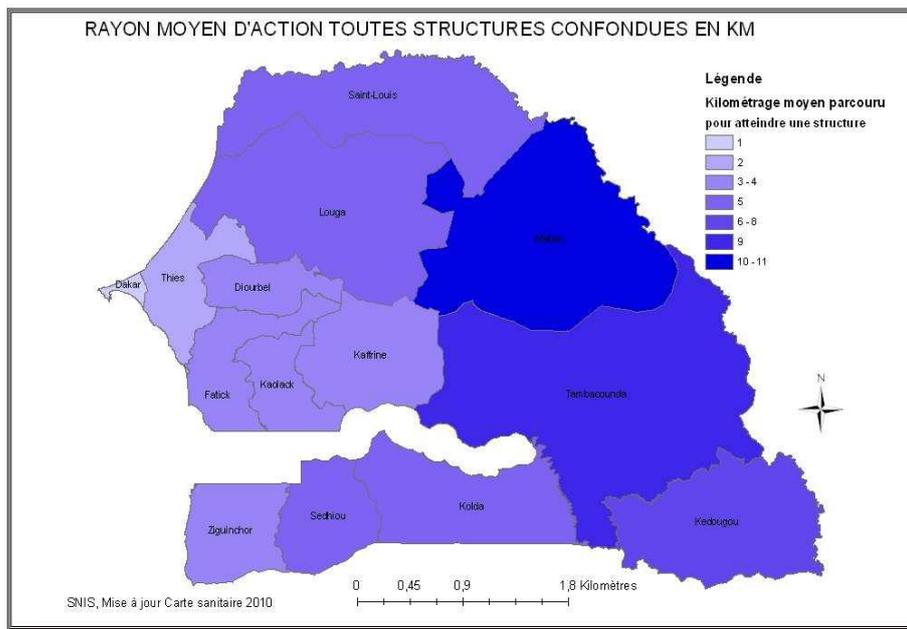


FIGURE 3 :
Rayon moyen
d'action toutes
structures
confondues

TABLEAU 1: Distances entre Chefs-lieux de Régions

Dak																			
146	Dbel																		
145	62	Ftck																	
252	124	104	Kaff																
192	64	44	60	Kk															
695	573	552	448	508	Kdg														
691	563	543	439	499	461	Kda													
193	175	222	237	242	750	741	Lga												
693	679	720	616	676	638	629	504	Mtm											
264	250	297	374	317	825	816	75	429	St-L										
397	269	252	265	205	540	90	444	716	519	Séd									
465	337	317	213	273	235	226	513	403	588	313	Tbc								
70	76	92	200	140	648	639	123	627	198	345	413	Thies							
451	315	306	311	251	647	190	490	817	565	146	414	391	Zig						

**Distances entre Chefs
Lieux de Régions et
Chefs-Lieux de districts**

TABLEAU 2 :

Région	District	Distance
Dakar	Guédiawaye	17 km
	Pikine	15 km
	Keur Massar	23 km
	Mbao	16 km
	Rufisque	27 km
	Diamniadio	42 km
Diourbel	Bambey	25 km
	Mbacké	45 km
	Touba	55 km
Fatick	Niakhar	37 km
	Dioffior	67 km
	Passy	55 km par bac ou 74 par la route
	Foundiougne	25 km par bac ou 107 km par la route
	Sokone	91 km
	Gossas	83 km
Kaffrine	Birkélane	25 km
	Koungheul	82 km
	Malem Hoddar	32 km
Kaolack	Guinguineo	24 km
	Ndoffane	30 km
	Nioro	55 km
Kédougou	Salémata	85 km
	Saraya	60 km
kolda	Médina Yoro Foulah	
	Vélingara	125 km

Louga	Darou Mousty	106 km
	Kébémér	38 km
	Linguere	140 km
	Dahra	90 km
	Coki	32 km
	Keur Momar SARR	52 km
	Sakal	30 km
Région	District	Distance
Matam	Kanel	35 km
	Ranerou-Ferlo	100 km
Saint-Louis	Dagana	125 km
	Richard Toll	105 km
	Peté	380 km
	Podor	235 km
Sédhiou	Boukiling	
	Goudomp	
Tambacounda	Bakel	243 km
	Kidira	180 km(-
	Goudiry	130 km
	Dianke Makha	135 km
	Koumpentoum	100 km
	Maka Colibantang	80 km
Thies	Joal-Fadhiouth	105 km
	Mbour	75 km
	Popenguine	65 km
	Thiadiaye	105 km
	Pout	20 km
	Khombole	28 km
	Tivaouane	22 km
	Mékhé	50 km
Ziguinchor	Diouloulou	80 km
	Bignona	30 km
	Thionk-Essyl	120 km
	Oussouye	40 km

II Analyse du système de santé

2.1 La gouvernance sanitaire

2.1.1 Les orientations stratégiques

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... ». La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et sur la prévention. Elle 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). Cette politique de santé s'articule autour des onze (11) orientations stratégiques contenues dans le Plan National de Développement Sanitaire du Sénégal (PNDSS) 2009-2018 :

1. Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles, néonatales et infanto juvéniles ;
2. Amélioration de la Promotion de la santé ;
3. Renforcement de la prise en charge de la maladie ;
4. Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte ;
5. Développement des ressources humaines ;
6. Renforcement des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance ;
7. Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux ;
8. Renforcement du système d'information et de la recherche en santé ;
9. Promotion de la gestion axée sur les résultats ;
10. Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière ;
11. Renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce PNDSS, un Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme triennal est élaboré et vise les quatre objectifs sectoriels suivants :

- (i) Réduire la morbidité et la mortalité maternelles et infanto juvéniles ;
- (ii) Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ;
- (iii) Renforcer durablement le système de santé ;
- (iv) Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

Pour la réalisation de ces objectifs sectoriels, le CDSMT 2010-2012 a retenu les objectifs spécifiques suivants :

- Par rapport à l'objectif sectoriel (i) :
 - assurer les soins durant la grossesse, l'accouchement et le post partum à tous les niveaux pour la mère et le nouveau-né par du personnel assisté,
 - renforcer les capacités des individus, des familles, des communautés et des organisations de la société civile dans la promotion de la santé maternelle et néonatale,
 - améliorer le niveau d'utilisation des services de planification familiale afin de couvrir les besoins non satisfaits,
 - améliorer la survie de l'enfant,
 - améliorer la santé de la reproduction des jeunes et des adolescents,
 - assurer la vaccination chez les enfants.
- Par rapport à l'objectif sectoriel (ii) :
 - réduire la morbidité et la mortalité palustre,
 - réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose,
 - réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH-SIDA,
 - réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies non transmissibles,
 - réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies tropicales négligées (MTN),
 - réduire la morbidité et la mortalité liées aux infections associées aux soins
 - renforcer la promotion de la santé.

- Par rapport à l'objectif sectoriel (iii) :
 - améliorer la couverture en infrastructures sanitaires,
 - assurer la disponibilité en personnel dans les structures de santé,
 - assurer la disponibilité en médicaments essentiels génériques (MEG) et produits spécifiques.
- Par rapport à l'objectif sectoriel (iv) :
 - renforcer la participation des populations à l'effort de santé,
 - assurer la transparence dans la gestion des ressources,
 - renforcer la couverture du risque maladie,
 - renforcer le partenariat public-privé.

2.1.2 le système de santé

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale.



FIGURE 4: Organisation du système de santé au Sénégal

Il comprend :

- ❖ **un niveau central** qui regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions et les Services rattachés et est constitué par 7 hôpitaux nationaux de référence ou Etablissements Publics de Santé (EPS) de niveau 3 . Le ministère de la santé et de la prévention est structuré selon l'organigramme de la figure 5.

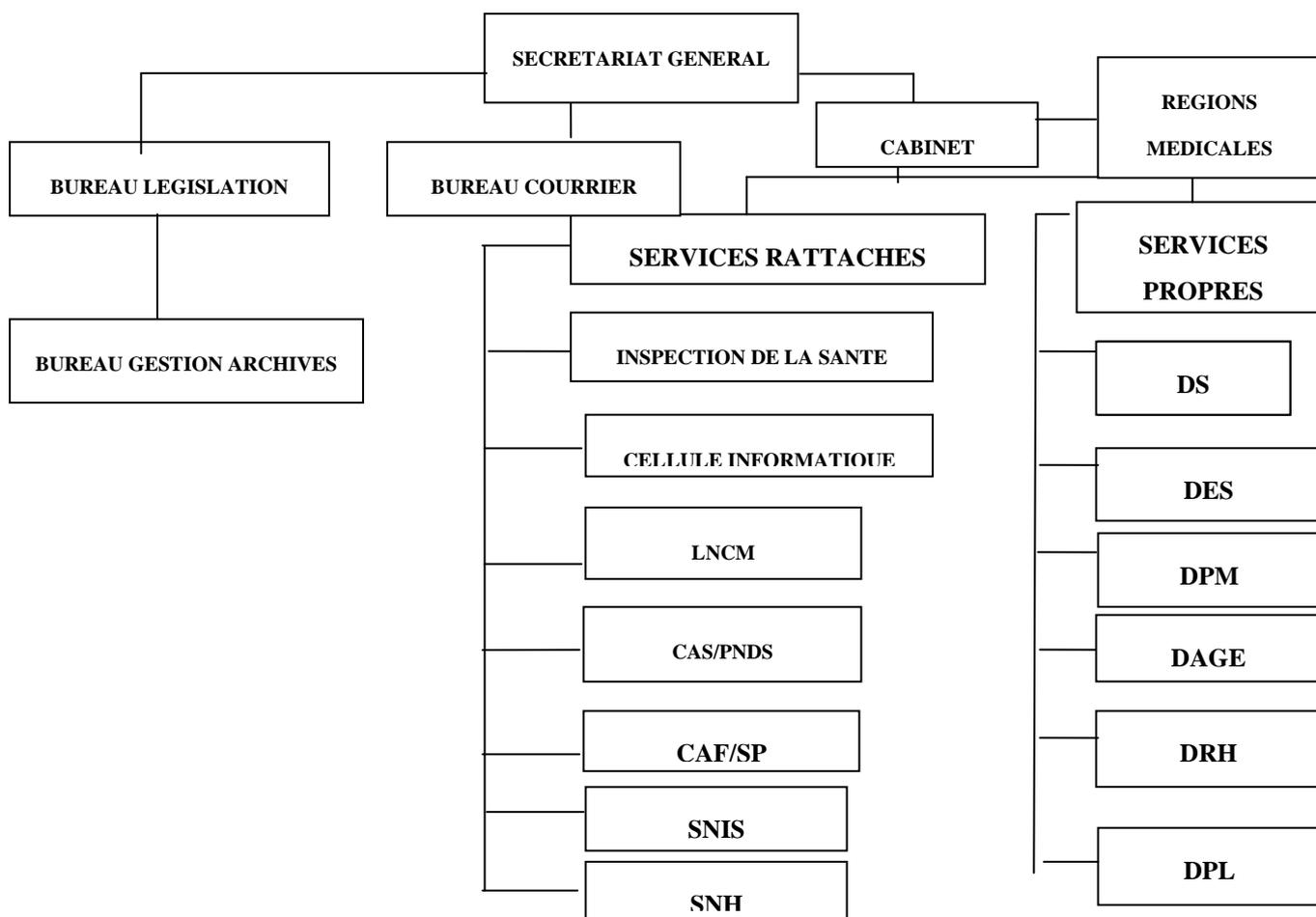


FIGURE 5: Organigramme du MSHPP

La Direction de la Santé (DS): Service propre rattaché directement au cabinet du ministre, elle a pour mission essentielle d'assurer l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de la politique et des programmes de santé. Elle comprend entre autres divisions : la Division de Lutte contre la Maladie au sein de laquelle sont logés tous les programmes de lutte contre les principales maladies problèmes de santé publique notamment les MTN : la lèpre, la cécité (lutte contre la trachome), les schistosomias, les géohelminthiases, l'onchocercose, la filariose lymphatique et le ver de guinée. Un coordonnateur est nommé pour chaque programme , parfois un même coordonnateur gère deux programmes. La création de nouveaux programmes de lutte prenant en compte la rage, les leishmanioses et la dengue, est prévue. La mise en œuvre de la deuxième phase du PNDS (2009-2018) prend en compte le contrôle des Maladies Tropicales Négligées comme sous composante de la lutte contre les maladies transmissibles.

❖ **un niveau intermédiaire** constitué par les Régions Médicales qui correspondent aux Régions Administratives. La région médicale assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leur tâche d'administration, de gestion et de planification. La région médicale dépend du Conseil Régional depuis l'adoption de la Loi sur la Décentralisation. Ce niveau intermédiaire comprend aussi les hôpitaux départementaux et régionaux ou EPS de niveau 2.

❖ **Et un niveau périphérique** qui correspond aux districts sanitaires et aux EPS de niveau 1. Le Sénégal compte 75 Districts Sanitaires qui constituent une subdivision sanitaire proche des populations. Le district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. Le district couvre une population variant entre 100.000 à 150.000 habitants. Le découpage en districts dépend de la taille du département considéré. Les départements peuplés sont subdivisés en plusieurs districts pour assurer une couverture satisfaisante et une accessibilité des populations aux soins de base.

Le district est constitué d'un ou de plusieurs Centres de Santé et englobe un réseau de Postes de Santé qui varie de 15 à 25 postes de santé. Le Centre de Santé correspond en théorie à l'hôpital de district dans la terminologie de l'OMS, mais ne joue pas en réalité le rôle dévolu à ce niveau de référence du fait de l'insuffisance du plateau technique. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Chaque Poste de Santé est défini par une zone géographique appelée zone de responsabilité qui englobe un certain nombre de villages ou quartiers selon qu'il s'agit d'un Poste de Santé urbain ou rural. La population desservie par un Poste de Santé se situe entre 5000 et 10000 habitants. Dans cette zone de responsabilité on retrouve plusieurs Cases de Santé et Maternités Rurales. Dans le cadre du transfert de certaines compétences en matière de santé lié à la Loi sur la Décentralisation adoptée en 1996, des responsabilités gestionnaires ont été données aux Collectivités Locales. Ainsi, le Centre de Santé et le Poste de Santé en milieu urbain sont du ressort du Conseil Municipal ; alors qu'en zone rurale le Conseil Rural a en charge les Postes de Santé.

TABLEAU 3 : Ratio en personnels en 2010

Catégories socio-professionnelles	Normes OMS	Ratio National	Effectif du secteur public	Effectif du secteur privé
Médecins	1/10 000 habitants	1/12 336	833	206
Sages-femmes d'état	1/300 FAR	1/ 2.933	953	52
Infirmiers d'état	1/3 000 habitants	1/ 4.155	2.370	715

Population 2010 = 12 817 587

FAR = PT*0,23 = 2 948 045

Sources : Ratios calculés à partir des données de la Carte Sanitaire mise à jour 2010 du SNIS

2.3 Les infrastructures

Malgré la réalisation d'infrastructures nouvelles, on observe une baisse de la couverture en infrastructure sanitaire accentuée par le déficit en personnel (effets de la croissance démographique). Ainsi, il en résulte une accessibilité inégale des populations aux soins, particulièrement les plus pauvres qui sont les plus vulnérables aux maladies infectieuses et parasitaires. Le Sénégal compte en 2010 :

- 89 centres de santé dont 20 sont encore des postes tout en faisant fonction de structures de soins secondaires ;
- **35 Hopitaux** dont 11 EPS de niveau 1, 15 EPS de niveau **2 (dont 2 non fonctionnels)** et 7 EPS de niveau 3 ;
- 1240 postes de santé.

Ainsi, les ratios de couverture sont de :

- 1 Hôpital pour **388 412** habitants (normes OMS pour 150 000 habitants),
- 1 Centre de santé pour **144 018** habitants (normes OMS pour 50 000 habitants),
- 1 Poste de santé pour **10 336** habitants (normes OMS pour 10 000 habitant).

2.4 La politique des médicaments

La politique pharmaceutique nationale vise l'accessibilité financière et géographique à des médicaments de qualité. Elle repose essentiellement sur une réglementation pharmaceutique forte, un approvisionnement régulier en médicaments et produits de qualité et la promotion et le renforcement de la production locale. Des réformes du secteur pharmaceutique ont été entreprises pour assurer l'accès de tous aux médicaments essentiels de qualité et à moindre coût. L'évaluation du PNDS 1998-2007 a révélé, entre autres, une faiblesse dans la disponibilité des médicaments avec des problèmes d'accessibilité pour les populations vulnérables ou démunies et sans couverture sociale. Les mesures suivantes ont été prises pour une effectivité de la politique pharmaceutique :

- l'érection de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) en EPS,
- le renforcement du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM),
- la formation de pharmaciens inspecteurs,
- l'homologation des prix des médicaments et produits médico-chirurgicaux,
- la promotion des médicaments essentiels génériques
- l'introduction de médicaments traditionnels améliorés (MTA),
- la lutte contre le marché illicite des médicaments.

Dans le cadre de l'exécution des programmes de lutte contre les MTN, les volets pharmacovigilance et contrôle de qualité n'ont été que faiblement pris en compte sauf pour l'azythromycine qui a toujours fait l'objet de ce contrôle avant la réception des donations.

En effet, même si les effets secondaires observés au cours des campagnes de traitement de masse sont enregistrés et pris en charge, ils ne font pas l'objet d'enregistrement systématique avec notification à l'échelon supérieur dans une base de données. Ce n'est que récemment qu'il a été décidé d'intégrer les données de pharmacovigilance au cours des campagnes de traitement de masse dans le système national qui est entrain d'être mis en place.

Malgré l'existence d'un Laboratoire National de Contrôle des Médicaments, le contrôle de qualité des médicaments destinés à la lutte contre les MTN n'est pas systématiquement effectué avant les distributions de masse. C'est ainsi qu'en 2010, dans le cadre d'une enquête de contrôle de qualité sous régionale, que le Sénégal a été impliqué et les résultats issus de cette étude ont montré des non conformités dans un lot de médicament (Albendazole) offert par un Partenaire. Ceci a suscité un vif intérêt de tous parts et a fait du coup la promotion du contrôle de qualité qui désormais va être inscrit dans les programmes de lutte contre les MTN.

2.5 Le financement de la santé

Le financement du secteur de la santé provient essentiellement de l'Etat, des partenaires au développement, des populations et des collectivités locales. L'Etat a été le principal pourvoyeur en ressources financières du secteur de la santé dans la mise en œuvre du PNDS, avec un apport de 475,96 milliards de FCFA, représentant 51% du financement. Il est suivi par les partenaires extérieurs avec un apport au financement de 249,52 milliards de FCFA, représentant 26,7%. Viennent ensuite les populations, à travers les comités de santé et les Collectivités Locales pour respectivement 19,3% et 3%.

Dans la lutte contre les MTN, l'analyse du gap de financement réalisé en 2010 par une mission de l'USAID a montré une participation non négligeable de l'état et des collectivités locales qui prennent en charge la majorité du personnel médical et paramédical impliqué dans la lutte contre les MTN. En 2010, un budget global de près de 120 000 000 FCFA a été alloué aux différents programmes par l'état. Cette allocation budgétaire a été réduite de près de 50% en 2011.

Dans le cadre de l'exécution du Plan stratégique de lutte contre les MTN 2007 – 2011, les donations de l'industrie pharmaceutique sont résumées dans le tableau ci-dessous :

TABLEAU 4: Quantité des donations en médicaments pour la lutte contre les MTN offerts au Sénégal par l'Industrie Pharmaceutique

Années	Albendazole	Ivermectine	Praziquantel	Azithromycine		Médendazole
				Comp*	Susp**	
2005	0	452 000	0	921 600	16 360	0
2006	0	533 000	0	1 939 710	36 144	0
2007	550 000	1 768 000	0	1 939 770	34 726	0
2008	463 700	1 672 000	1 265 000	0	0	0
2009	477 500	1 464 000	2 133 000	679 680	0	3 000 000
2010	469 800	1 324 500	2 502 000	1 441 440	37 632	2 611 000
2011	499 000	1 544 500	0	0	0	0
Totaux	2 460 000	8 758 000	5 900 000	6 922 200	124 862	5 611 000

Donations offertes au Ministère chargé de la Santé (Albendazole, Ivermectine, Praziquantel, Azithromycine)

Donations offertes au Ministère chargé de l'Education (Mébendazole)

Dans le cadre de la mise en œuvre de la PCT pour la lutte contre la lépre, l'OMS met à la disposition les médicaments nécessaires.

- * Comp. à 250 mg
- ** flacon de 1200 mg

2.6 Le Système d'information sanitaire

Afin de disposer des données essentielles et à temps permettant de mesurer les performances du système de santé mis en place et pouvant aider à la prise de décision, des mesures ont été prises:

- la création en 2004 du Service National de l'Information Sanitaire(SNIS),
- la standardisation des outils de collecte ,
- l'harmonisation des procédures de collecte des données au niveau des districts,
- l'informatisation du Système d'information sanitaire (SIS) à travers le logiciel «Application Santé »
- le renforcement de la collaboration avec l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) en vue de bénéficier de son expertise, d'élargir le champ de diffusion des données sanitaires et de participer au développement du Système Statistique National.

Ces différents dispositifs ont permis la sortie régulière annuelle de l'annuaire statistique depuis 2003 avec une amélioration progressive de la qualité des données. Malgré tout, il reste beaucoup d'efforts à fournir en termes de collaboration pour une meilleure prise en compte des préoccupations des autres secteurs ayant des actions de santé qu'il s'agisse du secteur privé ou des autres ministères et des organisations internationales. Il s'y ajoute une insuffisance de coordination du fait de l'interférence des programmes qui ne tiennent pas compte de la périodicité des rapports fournis par les différents niveaux.

2.7. Les principaux secteurs intervenant dans la lutte contre les MTN

2.7.1. Le Ministère de l'Enseignement Précolaire, de l'Elémentaire, du Moyen Secondaire et des Langues Nationales : La sous-composante « santé et nutrition» du

Programme Décennal de l'Education et de la Formation (PDEF) constitue une préoccupation majeure du ministère chargé de l'enseignement au sein duquel est logée la Division du Contrôle Médical Scolaire (DCMS). Son intégration dans le système éducatif vise à améliorer les performances scolaires grâce à une amélioration de l'état de santé des apprenants. Les stratégies permettant d'atteindre cet objectif consistent entre autres en une prévention primaire rigoureuse et une détection précoce des problèmes de santé prévalant.

L'option d'introduire des activités de santé dans le système éducatif au Sénégal est fondée

par la relation qui existe entre, d'une part, la mauvaise santé et la malnutrition et, d'autre part, le bas niveau des apprenants, l'absentéisme, la médiocrité des résultats scolaires et les abandons précoces. Cette option est confortée par le choix de partenaires techniques et financiers dont l'OMS, l'UNESCO, l'UNICEF et la Banque mondiale qui ont adopté en avril 2000, l'**initiative FRESH** (*Focusing Resources on Effective School Health*) « **Accorder la priorité à un programme efficace de santé à l'école** » dont les principaux axes sous tendent la mise en œuvre des activités santé à l'école. Il s'agit de :

- la définition d'une politique adéquate de santé à l'école,
- l'approvisionnement en eau et assainissement des écoles du Sénégal,
- l'installation chez l'apprenant des compétences de vie courante,
- la définition d'un paquet de services à réaliser dans les écoles (dépistage, déparasitage, supplémentation, cantines scolaires, boîtes à pharmacie, promotion de la santé buccodentaire etc.

Le déparasitage est une stratégie majeure pour améliorer l'état nutritionnel et sanitaire des apprenants. Il contribue à lutter contre l'anémie due à la carence en fer, qui retarde le développement psychomoteur et altère les performances cognitives. La prévalence et la sévérité de l'anémie est en relation avec la nature de la ration (biodisponibilité du fer alimentaire) et des parasitoses (pertes intestinales de sang). La pertinence du déparasitage chez les enfants d'âge scolaire s'explique par la prévalence des parasitoses et de l'anémie en milieu scolaire.

Une telle situation est suffisamment révélatrice de la pertinence des options choisies car « Un enfant géophage, poly parasité, anémié et souffrant de surcroît de multiples autres carences ne pourra pas être performant à l'école, quelque puissent être par ailleurs les talents pédagogiques de ses maîtres et la qualité de leur outillage pédagogique ». Il existe une collaboration effective entre l'éducation à travers la DCMS dans les TDM des schistosomiasés et géohelminthiasés. Les enseignants administrent le mebendazol et le praziquantel dans les écoles sous supervision des équipes de santé après une planification entre les différents secteurs.

Dans le cadre de l'exécution du Projet « d'Education de Qualité pour Tous » du Ministère chargé de l'Education basée sur l'approche FRESH (*Focusing Resources For an Effective*

School Health) , un protocole d'accord a été signé en août 2002 entre le Ministère de l'Education et son homologue de la Santé. Les axes prioritaires de ce protocole sont :

- Définition de la politique de santé et nutrition à l'école
- Approvisionnement en eau potable et assainissement des écoles formelles et non formelles
- Installation chez les apprenants des compétences en matière de prévention des maladies courantes du milieu (IST/Sida et Paludisme)
- Mise en place d'un paquet de service à l'école (supplémentation, déparasitage, pharmacie scolaire, dépistage précoce, etc.)

2.7.2. Le Ministère de l'Elevage

La lutte contre les différentes zoonoses en particulier la rage animale est sous la responsabilité du ministère de l'élevage qui a entrepris depuis 2008, au titre du Programme de Renforcement de la Protection Zoosanitaire financé par le Budget d'Investissement Consolidé de l'Etat, un programme de vaccination subventionnée des chiens domestiques et d'élimination des chiens errants. Ce programme qui a déjà permis de vacciner 3904 chiens domestiques et d'éliminer 2351 chiens errants, est toujours en cours et est renforcé par la création depuis juin 2010 du programme spécial de lutte contre la rage au Sénégal qui nécessite la mise en place d'un cadre multisectoriel d'intervention en partenariat avec le secteur de la santé.

2.7.3 Le Ministère de l'Habitat, de la Construction et de l'Hydraulique

Grâce au Ministère chargé de l'Hydraulique, en collaboration avec l'UNICEF, des succès ont été enregistrés par le Sénégal dans la lutte contre le ver de Guinée. La disponibilité de l'eau potable dans les zones endémiques a permis de réduire l'exposition des populations au risque de transmission de la maladie. Ainsi, depuis 1998 aucun cas de ver de Guinée n'avait été enregistré au Sénégal. Ce qui a permis la certification de l'interruption de la transmission de la maladie en 2004.

Tous les villages anciennement endémiques ont été doté en infrastructures hydrauliques modernes permettant l'accès à l'eau potable. Mais le problème de maintenance de ces ouvrages se pose avec acuité.

Le maintien des acquis doit être renforcé par l'exécution correcte des activités de post certification dans tous les districts du pays. Au stade actuel, l'importation d'un cas de ver de Guinée peut se retrouver dans n'importe quel district du pays et la reprise de la transmission pourrait survenir dans les zones où la disponibilité de l'eau potable serait plus précaire.

Ce Ministère assure la tutelle de l'OMVS et possède une cellule nationale appelée Cellule de l'OMVS jouant le rôle d'interface entre le Ministère de la Santé et de la Prévention et le PGIRE impliqué dans le contrôle des Bilharzioses dans la vallée.

2.8 Autres secteurs

Plus d'une dizaine de Secteurs ministériels interviennent dans le domaine de la Santé au Sénégal avec une offre non spécifique en matière de lutte contre les MTN. Ces Secteurs constituent un important potentiel qui pourra être mis à profit pour la promotion de la lutte contre les MTN au Sénégal et permettre d'atteindre les objectifs fixés. En effet, au niveau de chacun de ces secteurs, un Point focal pour la mise en place de la plateforme multisectorielle de résolution des problèmes de santé a été mis en place. Cette plateforme est animée principalement par la CAFSP du MSP et a pour rôle d'intéresser autour de chaque déterminant des problèmes de santé, les Secteurs concernés. Ainsi, l'animation de cette plateforme sera profitable à la lutte contre les MTN dont les déterminants sont multidimensionnels.

Il faut cependant reconnaître que l'animation de cette plateforme devra mobiliser au mieux les différentes directions du Ministère de la Santé et de la Prévention bien que certaines régions sont déjà bien impliquées. A terme, la pérennité des interventions pourra être garantie avec l'implication des secteurs à travers cette plateforme dans la lutte contre les Maladies Tropicale Négligées.

III. Analyse de la situation épidémiologique des MTN

3.1 Schistosomiases

Au Sénégal, il existe la forme urinaire à *S. haematobium* et la forme intestinale à *S.mansoni*. En 1996, une enquête nationale sur les bilharzioses a été menée dans 102 villages chez les enfants d'âge scolaire. D'après ces résultats, la bilharziose à *S. haematobium* est endémique dans toutes les régions sauf à Dakar qui reste à être exploré, 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 allant de 9,8 à 39,4% (annexe 4).

En 2003 une enquête nationale de prévalence de la schistosomiase urinaire a été menée en milieu scolaire dans 31 districts sanitaires de 9 régions, sauf Dakar et Thiès. 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 plus fortes prévalences ont été enregistrées dans les districts de Podor (48,8%), Bambey (40,9%), Bakel (39,4%), Dagana (36,4%) et Goudiry (35,9%). Les enfants d'âge scolaires sont les plus touchés.

En ce qui concerne la forme intestinale due à *S. mansoni*, elle était rare et décrite dans la région de Thiès (foyer de Fandène). Mais depuis l'avènement des barrages dans le bassin du fleuve Sénégal, elle est devenue un véritable problème de santé publique dans le delta du fleuve Sénégal, notamment dans le département de Dagana (Richard-Toll), où les prévalences peuvent atteindre voire dépasser les 80%. Actuellement on assiste à une extension de la maladie dans la région de Louga, en particulier le long des villages situés au bord du Lac de Guiers. Récemment des cas ont été signalés dans le sud du pays, notamment dans les régions de Kolda et Tambacounda (Kédougou). L'hôte intermédiaire de *S.mansoni* est *B. Pffeiferi*, un mollusque dont la prolifération a été favorisée par les changements écologiques intervenus dans le bassin du fleuve Sénégal.

il faut noter la coexistence des 2 formes dans certains districts. Une cartographie effectuée en 2010 sous l'égide de l'OMVS a montré dans le Bassin des prévalences variant de 17 % à 52 % pour *S.mansoni* et 2 % à 85 % pour *S. haematobium*.

TABLEAU 5: Prévalence des schistosomiasés au Sénégal

CATEGORIES	REGIONS	DISTRICTS SANITAIRES	SITES	Taux Prévalence		METHODE UTILISEE	ANNEE DE REFERENCE
				S. haematobium	S. mansoni		
P ≥ 50%	FATICK	Dioffior	BOYARD	74		Filtration	1 996
		Foundiougne	GAGUE CHERIF	56		Filtration	1 996
	KEDOUGOU	Saraya		75	0	Filtration/Kato	2 009
	MATAM	Kanel		51	0	Filtration/Kato	2 009
		Ranerou-Ferlo		59	0	Filtration/Kato	2 009
	SAINT-LOUIS	Dagana		37	51,4	Filtration/Kato	2 009
		Richard-Toll		50,2	42,6	Filtration/Kato	2 010
		Podor		61	0	Filtration/Kato	2 009
	TAMBACOUNDA	Goudiry	SINTHIOU MAMADOU BOUBOU	50		Bandelette	1 996
		Dianke Makan	KISSANG	68		Filtration	1 996
		Koupentoum	MERETO	85		Filtration	1 996
		Makacolibantang	MAKA	64		Filtration	1 996
	THIES	Joal Fadiouth	NGUENIENE	65			ATLAS OMS
		Thiadiaye	NDIAGANIO	63			ATLAS OMS
	ZIGUINCHOR	Diouloulou	SELEKI	71			ATLAS OMS
Thionk-Essyl		THIONK-ESSYL DAGA	64		Filtration	1 996	
10 ≤ P < 50	DIOURBEL	Bambey		40		Filtration	2 003

CATEGORIES	REGIONS	DISTRICTS SANITAIRES	SITES	Taux Prévalence		METHODE UTILISEE	ANNEE DE REFERENCE
				S. haematobium	S. mansoni		
		Diourbel		17		Filtration	2 003
	FATICK	Niakhar	TOUCAR	34		Bandelette	1 996
		Fatick	NDIONGOLOR	38		Bandelette	1 996
		Passy	SOUM 2	14		Bandelette	1 996
		Gossas		24		Filtration	2 003
	KAFFRINE	Kaffrine	KAFFRINE	35			ATLAS OMS
		Koungheul		18		Filtration	2 003
	KAOLACK	Kaolack		25			2 003
	KEDOUGOU	Kedougou		32	0	Filtration/Kato	2003_2009
		Salemata		30		Filtration	ATLAS OMS
	KOLDA	Kolda		20		Filtration	2 003
		Velingara		27		Filtration	2 003
	LOUGA	Linguere		47	0	Filtration/Kato	2 009
		Keur Momar SARR		28	42	Filtration/Kato	2 009
		Louga			17,5	Kato	2 003
	MATAM	Matam		33		Filtration	2 009
	SAINT-LOUIS	Pete		26,3	0	Filtration/Kato	2 010
		Saint Louis		25	0	Filtration/Kato	2 009
	TAMBACOUNDA	Bakel		39		Filtration	2 009
		Kidira	KIDIRA	40		Bandelette	1 996
		Tambacounda		24,0	0	Filtration/Kato	2 010
	THIES	Pout	KEUR MESSIA	20			ATLAS OMS
		Khombole	NGOUDIANE	27			ATLAS OMS

CATEGORIES	REGIONS	DISTRICTS SANITAIRES	SITES	Taux Prévalence		METHODE UTILISEE	ANNEE DE REFERENCE
				S. haematobium	S. mansoni		
	ZIGUINCHOR	Bignona		22		Filtration	2 003
		Oussouye		16		Filtration	2 003
10%<P	DIORBEL	Mbacké		6		Filtration	2 003
	FATICK	Sokone	MISSIRAH	3		Bandelette	1 996
	KAOLACK	Guinguinéo		8		Filtration	2 003
		Nioro		8		Filtration	2 003
	LOUGA	Darou Mousty		7		Filtration	2 003
		Kebemer		3			2 003
		Dahra		5			2 003
	SEDHIOU	Goudomp	ADEANE	0			ATLAS OMS
		Mbour	MBOUR	2			ATLAS OMS
	THIES	Poponguine	DIASS	3			ATLAS OMS
		Thies	MBOUSNAKH	7			ATLAS OMS
		Tivaouane	KER ADI	0			ATLAS OMS
		Mekhe	MEKHE	2			ATLAS OMS
ZIGUINCHOR	Ziguinchor		9		Filtration	2 003	

Prévalence des schistosomiases au Sénégal (1997)

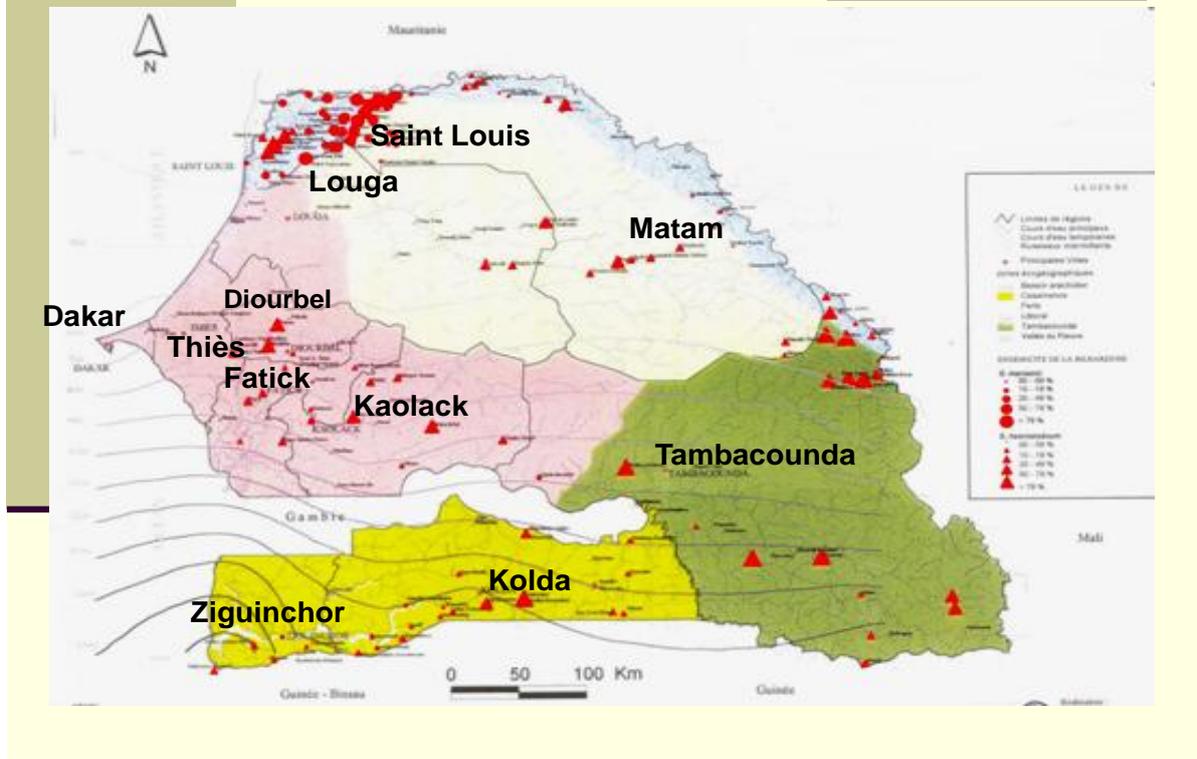


FIGURE 7: Endémicité de la schistosomiase au Sénégal

3.2 Géohelminthiases :

Les résultats de l'enquête de base effectuée en 2010 par l'OMVS révèlent que le taux global de prévalence des infections parasitaires intestinales est de 21,9%. On note également que *Ascaris lumbricoïdes* constitue la principale cause d'infection parasitaire avec une proportion de 46,7% du nombre de cas observés. Selon les résultats, la région de Saint Louis enregistre le niveau d'infection parasitaire le plus élevé avec un taux de prévalence de 28,6% largement supérieur à la moyenne observée dans la zone de l'étude (23,2%). Les taux observés dans les régions de Matam et Tambacounda sont respectivement de 14,1% et 18,5%.

Les résultats d'une étude menée en 2002/2003 par la Division du Contrôle Médical Scolaire révèlent une forte infestation des élèves. En effet, sur un échantillon de 2376 élèves répartis dans 63 écoles des régions de Tambacounda, Matam et Saint Louis, 47% souffrent d'une anémie modérée et 2% d'une anémie dite sévère. Chez les sujets anémiés, 22,1% ont été infestés par un parasite quelconque et 7,1% par les *Ascaris lumbricoïdes*.

TABLEAU 6: Prévalence des géohelminthiases dans 16 districts sanitaires

Nombre	Districts Sanitaires	Sites	Prévalences	Années de l'étude	Methode utilisée
1	Kedougou	Namel	0*	2009	kato-katz
2	Saraya	Sanéla	0*	2009	Kato-katz
3	Linguere	ThiéI	3,7	2009	Kato-katz
4	Keur Momar SARR	Keur Momar Sarr	13,46	2009	Kato-katz
5	Kanel	Wendou bosseabé	0*	2009	Kato-katz
6	Matam	Woudourou	3,85	2009	Kato-katz
7	Ranerou-Ferlo	Ranérou	0*	2009	Kato-katz
8	Dagana	Ndiakhay	3,92	2009	Kato-katz
9	Richard-Toll	Richard-toll	1,6	2010	Kato-katz
10	Pete	Pété	1,3	2010	Kato-katz
11	Podor	Guia	1,85	2009	Kato-katz
12	Saint Louis	Mbakhana	0*	2009	Kato-katz
13	Bakel	Balou	0*	2008	Kato-katz
14	Goudiry	Koussan	0*	2008	Kato-katz
15	Koupentoum	Méréto	0*	2008	Kato-katz
16	Tambacounda	Tambacounda	0*	2010	Kato-katz

* des campagnes de déparasitage ont été menées dans ces districts à partir de 2003 et généralisées en 2005 à tous les autres districts du pays au profit des enfants de 12 – 59 mois (DANSE). Ce sont ces enfants qui sont aujourd'hui d'âge scolaire qui sont régulièrement l'objet des évaluations au niveau des sites sentinelles et se révèlent négatifs à la parasitologie des selles. C'est pourquoi, tout en considérant ces faibles prévalences les TDM ainsi que les évaluations devront être poursuivis. De ce fait, tout changement qui pourrait survenir dans l'évolution des géohelminthiases dans les communautés sera détecté. Les sites sentinelles choisis serviront aussi bien pour le suivi des schistosomiasis que des géohelminthiases.

3.3 Filariose lymphatique

La filariose lymphatique à *W. bancrofti* est endémique dans 12 régions sur 14 que compte le pays. Seules les régions de Matam et Dakar sont épargnées par l'endémie. Au total, 7.579 personnes âgées de 15 ans et réparties dans 80 localités (villages ou quartiers) ont été testées par la méthode immuno-chromatographique de dépistage rapide utilisant la carte ICT. La méthodologie utilisant le logiciel de cartographie a permis de faire un maillage complet de l'ensemble du territoire. La cartographie de l'endémie montre une répartition très inégale de l'affection avec une focalisation dans les régions de Tambacounda, de Ziguinchor et de Thiès où l'on trouve les plus fortes prévalences pouvant atteindre 78% (Balafoulbé dans le district de Goudiry). Au total 42 villages sur les 80 enquêtés ont été trouvés endémiques avec des prévalences diverses représentant une population à risque d'environ 7.169.504 personnes.

Un village est considéré comme endémique, dès que la prévalence retrouvée, est égale ou supérieure à 1%. Un district sanitaire est considéré comme endémique, dès qu'il renferme un village endémique.

Après une première enquête réalisée en 2003, l'achèvement de la cartographie n'a pu être possible qu'en 2010 (annexe 3).

3.4 Onchocercose

L'Onchocercose, ou cécité des rivières, est une maladie parasitaire des régions tropicales qui sévit particulièrement dans une grande partie de l'Afrique de l'Ouest. Au Sénégal la maladie est endémique dans 3 régions : Tambacounda, Kédougou et Kolda.

Avant le démarrage des activités de lutte de ce programme, le pays était une zone de forte endémie onchocerquienne, localisée essentiellement dans le Sud Est, dans les bassins fluviaux de la Gambie, de la Falémé et leurs affluents, couvrant une superficie d'environ 36000 km² (soit 18% du territoire national), et réparti entre 03 régions médicales (Tambacounda, Kédougou, Kolda) et 08 districts sanitaires ; la prévalence de la maladie variait entre 19% à 81,9%, et la CMFC (charge microfilarienne moyenne au sein de la communauté) souvent supérieure à 10 microfilaires par biopsie, signe d'un risque important de cécité.

Dès 1950, des opérations de lutte contre les vecteurs de l'onchocercose furent menées avec succès dans certains foyers d'Afrique orientale et d'Afrique centrale et quelques autres foyers à petite échelle en Afrique de l'Ouest notamment au Nigeria. L'analyse des résultats de ces opérations a montré que la lutte contre le vecteur de l'onchocercose était réalisable dans de vastes régions d'Afrique de l'Ouest. C'est ainsi qu'une réunion conjointe de l'USAID, de l'OCCGE et de l'OMS s'est tenue à Tunis en 1968 pour jeter les bases d'un rojet régional de lutte contre l'onchocercose . A la suite de ses recommandations et à la demande de sept (7) etats de l'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, Niger et Togo) que l'OMS et le PNUD, à l'instigation de la Banque Mondiale tinrent une nouvelle réunion à Genève en 1970 qui a abouti à la création en 1974, du programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest appelé OCP (Onchocerciasis Control Program) qui couvrait les sept (7) pays sus cités.

Le Sénégal a intégré l'aire d'extension ouest de l' OCP depuis 1986. Les activités de lutte au Sénégal ont été basées exclusivement sur la distribution de masse de l'ivermectine. Ces activités ont commencé en 1988. En 2005, 613 villages ont été ciblés par le traitement de masse avec l'ivermectine sous directive communautaire (TIDC). Dans 583 villages la couverture thérapeutique était supérieure à 65% et dans les 30 villages restants, elle était inférieure à 65%. Dans l'ancienne zone hyperendémique du district sanitaire de Kédougou (bassin de la Gambie), 2 traitements annuels sont menés, à 6 mois d'intervalle, alors que dans les autres districts, un seul passage est entrepris.

A l'heure actuelle, l'onchocercose n'est plus considérée comme un problème de santé publique au Sénégal. Son élimination est même envisageable. Les bases factuelles de celle-ci ont été démontrées. Cependant une surveillance annuelle sur le plan épidémiologique et entomologique est menée dans un réseau de villages sentinelles dans les zones endémiques. La situation s'est considérablement améliorée comme en témoignent les données issues des activités de surveillance dans le cadre du projet d'étude en cours sur la faisabilité de l'élimination de l'onchocercose par l'ivermectine.

En effet, les évaluations épidémiologiques effectuées par la méthode de biopsie cutanée exsangue (BCE) dans le bassin de la Falémé en 2009 ont révélé un taux de prévalence de 0,26%, avec des charges microfilariennes relativement faibles ; tandis que dans le bassin de la Gambie, la prévalence est nulle et ceci après 3 années d'arrêt expérimental de traitement. Aussi dans la Falémé aucune nouvelle infestation n'a été retrouvée les seuls positifs retrouvés sont d'anciens malades. Le défi est comment maintenir les acquis de cette lutte.

Zone d'onchocercose

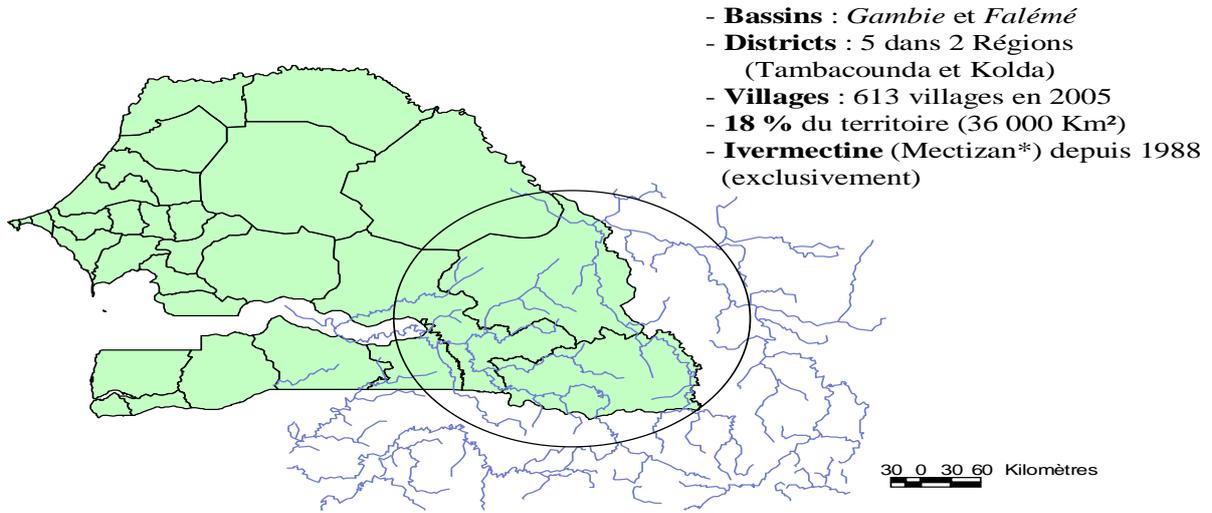


FIGURE 8: Carte de distribution de l'onchocercose à travers le Sénégal

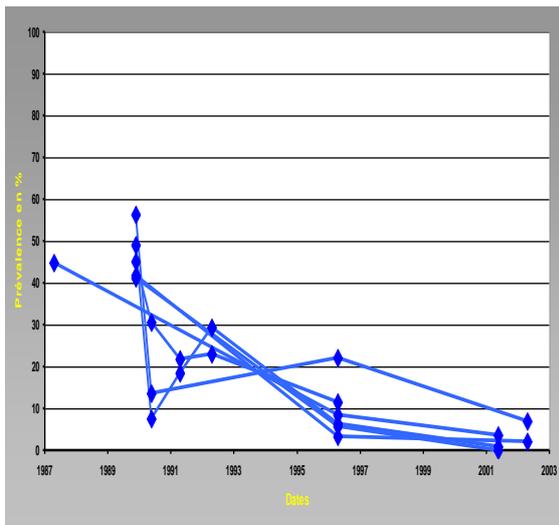


FIGURE 9 : Tendence épidémiologique dans le le bassin de la *Falémé* (6 villages les plus évalués)

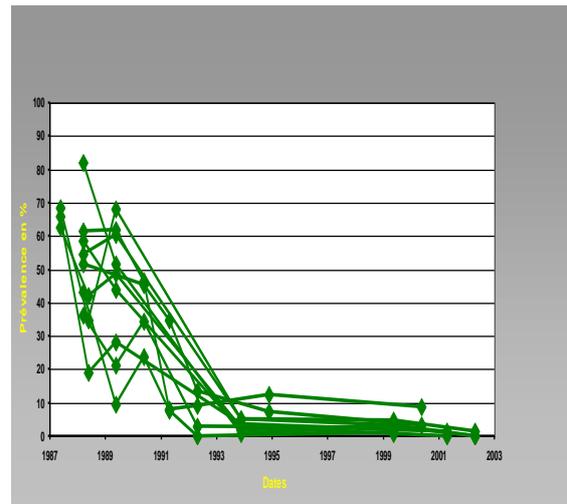


FIGURE 10 : Tendence épidémiologique dans bassin de la Gambie (10 villages les plus évalués)

TABLEAU 7: Prévalence de l'onchocercose au Sénégal 2009

Bassin fluvial	Villages	Recensés	Hommes Examinés	Femmes Examinés	Hommes Positifs	Femmes Positives	Total positifs	Méthode
Falémé	Bagué	71	27	33	0	0	0	BCE
	Moussala	301	86	109	0	0	0	BCE
	Ilimalo	212	68	68	0	0	0	BCE
	Linguéya	138	55	56	0	0	0	BCE
	Bambadji	335	80	82	0	0	0	BCE
	Doukhiba	47	15	24	0	0	0	BCE
	Sanséla	142	29	63	0	0	0	BCE
	Bantakho	20	9	7	0	0	0	BCE
	Dindiary	169	57	23	0	0	0	BCE
	Guémédié	255	130	110	1	2	3	BCE
Gambie	Néoudou	113	36	29	0	0	0	BCE
	Bara	185	74	66	0	0	0	BCE
	Kessema	88	29	35	0	0	0	BCE
	Lamé	182	50	30	0	0	0	BCE
	Badon	249	68	64	0	0	0	BCE
	Bouncouncoto	154	46	74	0	0	0	BCE
	Soukouta	158	40	48	0	0	0	BCE
	Oussoukala	214	58	43	0	0	0	BCE
	Tikankali	100	22	21	0	0	0	BCE
	Kouroukoto	168	60	56	0	0	0	BCE
	Samal	203	72	37	0	0	0	BCE
	Tinoni	2	1	1	0	0	0	BCE
	Habysmak H	36	16	15	0	0	0	BCE
	Bamboya	41	9	9	0	0	0	BCE
	Baïtilaye	674	171	186	0	0	0	BCE
	Afia Bakho	88	34	40	0	0	0	BCE

3.5 Trachome :

Le tableau 8 issu de l'enquête par strates en 2000, donne la prévalence des formes actives dans les régions. La limite essentielle de cette enquête est que les données ne peuvent être désagrégées au niveau des districts. Si on s'en tient à la définition de l'OMS, seules 3 régions apparaissent endémiques ; ce sont les régions de Louga, Thiès et Diourbel où la prévalence des formes actives dépassait 10%. Ces régions ont été choisies comme zones prioritaires d'intervention et des enquêtes de district ont été réalisées initialement dans ces régions, eu égard aux faibles ressources disponibles. Mais, depuis environ deux ans, grâce à l'appui technique et financier de Sight Savers International (SSI) et de l'Union Européenne (UE) des enquêtes de districts sont menés même dans les régions dites de faible prévalence (tableau 9).

TABLEAU 8 : Résultats de l'enquête nationale de prévalence du trachome au Sénégal en 2000

Région	Prévalences du trachome actif (chez les enfants de 1 à 9 ans)	Prévalences du trichiasis (chez la femme de plus de 15 ans)
Dakar*	3.3	1.3
Diourbel	17.9	3.9
Fatick	5.9	2.6
Kaolack	7.6	2.9
Louga	17.3	2.4
Tambacounda	4.8	0.6
St Louis	8.3	0.3
Thiès	12.1	4.1
Kolda**		
Ziguinchor**		
Total	10,8 : (n= 12 328) Prévalence pondérée sans Dakar	2,6 : (n = 8 753) Prévalence pondérée sans Dakar

* Uniquement la banlieue de Dakar (Pikine, Guédiawaye et Rufisque)

** Zone non investiguée pour des raisons de sécurité

Les enquêtes épidémiologiques menées dans certains districts ont donné les résultats contenus dans le tableau ci-dessous :

TABLEAU 9: Résultats des enquêtes de prévalence du trachome dans 20 districts

Région	Districts Sanitaires	Années	Prévalences du trachome actif (chez les enfants de 1 à 9 ans)	Prévalences du trichiasis (chez la femme de plus de 15 ans)
Diourbel	Diourbel	2010	14,9	4,7
Kaolack	Nioro	2010	7,4	1,6
Kaffrine	Kaffrine	2009	13,9	1,4
	Koungueul	2010	11,5	2,1
	Birkilane	2009	13,9	1,4
Louga	Louga	2010	5,1	1,6
	Linguère	2009	2,8	0,3
	Darou Mousty	2009	8,8	1,6
Thiès	Thiès	2004	4,8	2,1
	Pout	2004	4,8	2,1
	Khombole	2004	11,6	3,6
	Tivaouane	2004	28,7	4,5
	Mékhé	2004	23,6	4,5
	Mbour	2005	7,1	1,5
	Joal Fadiouth	2005	7,8	2,0
	Popenguine	2005	6,2	1,9
	Thiadiaye	2005	6,7	5,2
Ziguinchor	Bignona	2010	2,3	1,5
	Diouloulou	2010	2,9	1,1
	Thionk Essyl	2010	2,1	1,7

Sur les 20 districts objet de l'enquête, seuls 7 apparaissent nettement endémiques (prévalence TF supérieure à 10%), toutefois, les données désagrégées au niveau des collectivités locales montrent quelque fois des niveaux de prévalence élevés (annexe 4); Pour la région de Thiès, il n'a pas été possible de désagréger les résultats au niveau des collectivités locales.

Les investigations épidémiologiques du trachome au Sénégal montrent son inégale répartition dans le pays ; et même à l'intérieur d'un district, les niveaux de prévalence peuvent fortement fluctuer. Ainsi, la recommandation de l'OMS, consistant à intervenir quand la prévalence des formes actives dépasse 10% dans le district mérite d'être revue ici, à la lumière des enquêtes menées. La taille de la population qui est très différente d'un district à un autre expliquerait cette situation et devrait inciter à standardiser cette variable lors des enquêtes trachome.

Dans tous les cas, il apparaît qu'au Sénégal, le trachome ne pose pas de problème de santé publique dans les régions de Dakar, Kédougou, Tambacounda, et dans une moindre mesure dans la région de Ziguinchor (au vu des résultats de Bignona).

Deux aspects doivent être retenus dans cette cartographie :

- Le niveau élevé des formes cicatricielles, notamment le trichiasis trachomateux (souvent supérieur à 1,5%).
- La faiblesse relative des prévalences des formes actives (exceptionnellement supérieures à 20%).

Cette situation traduit un niveau d'endémicité élevée il y a plusieurs décennies, et devrait orienter prioritairement les interventions contre le trachome sur la maîtrise du trichiasis.

3.6 Lèpre

Le taux de prévalence de la lèpre est passé de 5,3 pour 10 000 habitants en 1991 à 1,06 en 1994, et depuis 15 ans, le taux de prévalence de la lèpre se trouve en dessous du seuil d'élimination, passant de 0,9 pour 10 000 habitants en 1995 à 0,28 en 2009. La prévalence instantanée au 31 décembre est de 0,28 pour 10 000, pour une population totale estimée en 2009 à 11 894 343 habitants, soit moins de un cas pour 35 700 habitants. Sur les 14 régions administratives que compte le Sénégal, seule la région de Kédougou, située au sud-est du pays, faisant frontière avec la Gambie, la Guinée et le Mali, enregistre encore, régulièrement, une prévalence au dessus du seuil d'élimination. La prévalence de la lèpre dans cette région, en 2009, est de 1,60 pour 10 000 habitants. Elle était de 1,89 pour 10 000 en 2008.

Le nombre total de malades nouveaux cas dépistés en 2009 est de 271, soit un taux de détection annuel de 0,23 pour 10 000 habitants. Parmi ces malades, 80,44% sont des nouveaux cas MB, 13,7% sont des enfants (âgés de moins de 15 ans), 43,5% sont des femmes et 17,7% présentent déjà, lors du dépistage, des mutilations de grade 2 OMS.

Le point le plus important de ces données concerne le pourcentage élevé de la proportion de malades présentant des mutilations au dépistage, corollaire d'un dépistage tardif. En fait, le dépistage tardif ne concerne que la région de Dakar où seuls 2 des 8 districts sanitaires mènent des activités intégrées de lutte contre la lèpre. Le personnel des 8 autres ne sont pas encore formé.

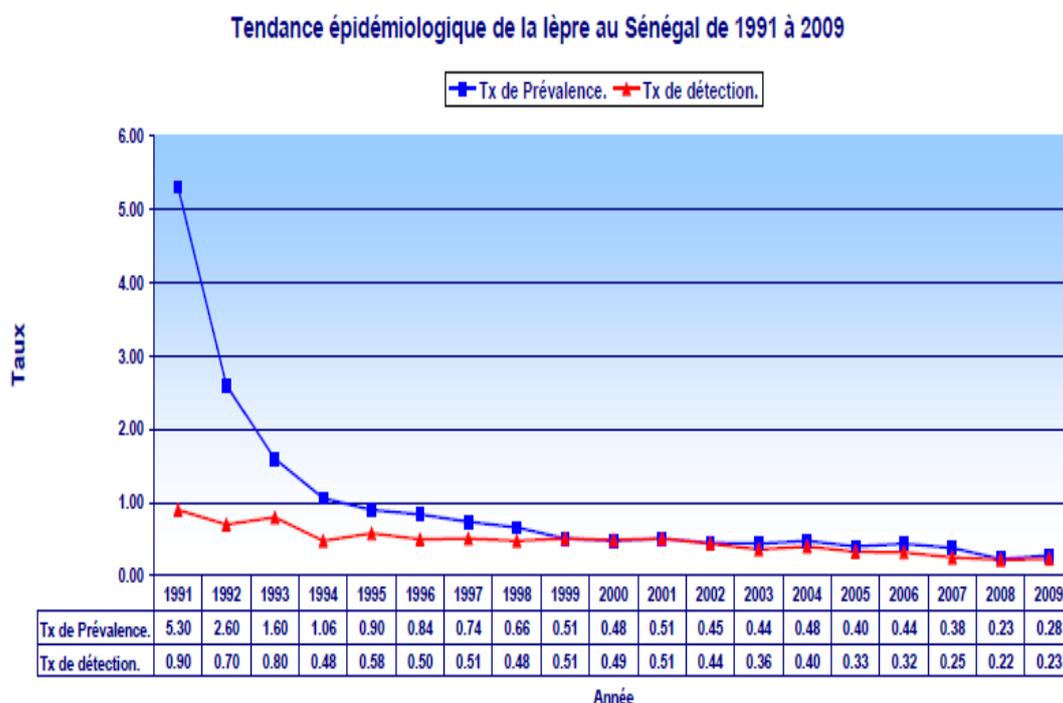


FIGURE 11 : Evolution des cas de lèpre de 1991 à 2009

3.7. Ver de Guinée

La dracunculose communément appelée « ver de Guinée » est une affection à transmission essentiellement hydrique qui touche généralement les populations les plus pauvres des communautés qui n'ont pas accès à l'eau potable. C'est une maladie très douloureuse et très invalidante qui connaît une recrudescence en période hivernale diminuant ainsi la productivité dans les communautés déjà éprouvées par la pauvreté. De ce fait, elle est aussi surnommée « maladie des greniers vides ».

Au Sénégal, le ver de guinée a été endémique dans les régions de Matam, Tambacounda et Kédougou et touchaient six districts sanitaires ; il s'agit des actuels districts de Kanel, Bakel, Kidira, Dianké Maha, Kédougou et Saraya. **Au total 1341 cas étaient répertoriés en 1991 dans 69 villages**. La lutte contre le ver de guinée a été mieux structurée en 1992 avec la création du PNEVG et des comités nationaux de pilotage. Elle a été l'objet d'un engagement fort et d'une collaboration multisectorielle étroite entre les ministères de la santé, de l'éducation nationale, de l'hydraulique, de la famille et des collectivités locales. En 1993, une enquête complémentaire menée dans 470 autres villages des trois districts d'endémie a révélée 185 cas de ver de guinée dans 51 nouveaux villages. Depuis 1998, aucun cas de vers de Guinée n'a été déclaré et en **2004, le Sénégal a obtenu la certification de l'interruption de la transmission de la dracunculose** par la Commission Internationale pour la Certification de l'Eradication de la Dracunculose (CICED). Toutefois, l'Organisation Mondiale de la Santé recommande de maintenir les programmes nationaux d'éradication de la dracunculose dans tous les pays ayant été certifiés et de poursuivre les efforts dans le cadre de la surveillance épidémiologique jusqu'à l'éradication de la maladie. Or, la surveillance de la maladie ne se fait que timidement à l'échelle nationale même dans les zones anciennement endémiques. La méconnaissance de l'affection aussi bien par le personnel soignant que par la population est un frein majeur à la mise à l'échelle de la surveillance de la maladie.

La proximité du Sénégal et les mouvements de population avec des pays endémiques en Afrique de l'Ouest, notamment le Mali et le Ghana, et les difficultés d'approvisionnement en eau potable dans certaines zones constituent une menace quant à la réémergence du Ver de Guinée.

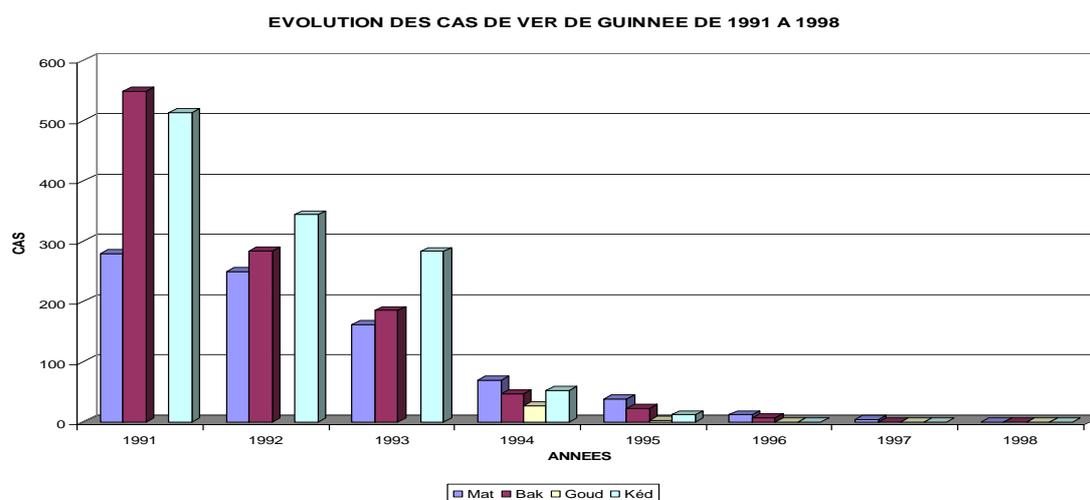


FIGURE 12 : Evolution des cas de ver de Guinée par District de 1991 à 1998

3.8 Rage

La situation de la rage humaine n'est pas encore connue au niveau national mais depuis juin 2008, cette maladie est sous surveillance et des fiches techniques ont été élaborées. Cette surveillance se fait aussi à partir des morsures et est inscrite dans le bulletin hebdomadaire de la DPM. Elle touche les populations humaines et animales, et particulièrement les chiens qui en sont les grands vecteurs.

Au Sénégal, peu de données sont disponibles au niveau national. De 1986 à 2004 la clinique des Maladies Infectieuses a identifié 54 cas de rage provenant de toutes les régions. En 2010, dix (10) cas de rage ont été notifiés. Une moyenne de 1000 sujets exposés est reçue annuellement au centre de traitement antirabique de l'Institut Pasteur de Dakar (IPD). Une étude rétrospective de la rage animale menée par l'Ecole Inter-état des Science et Médecine Vétérinaire sur la période 1996-2005 a révélé seize 16 cas diagnostiqués au laboratoire et 60 animaux mis en observation (MEO) dont 42 complètes et 18 incomplètes. De plus, ce travail a montré une sous-notification de la rage animale et que les chiens sont plus impliqués dans la transmission du virus à l'homme (91,18 %), les animaux domestiques ou sauvages, comme le singe et le chacal, étaient aussi impliqués dans l'épidémiologie de la rage au Sénégal. La situation est d'autant plus alarmante que ces statistiques ne représentent qu'une faible part de la réalité (certaines sources font état d'un cas connu pour 100 cas réels). On sait en effet que dans la majorité des cas, les personnes mordues par des chiens enragés, se limitent au traitement local des plaies dues aux morsures au lieu de suivre le traitement antirabique requis; ce qui les mène inexorablement vers la mort quelques semaines plus tard, dans des conditions atroces. Les enfants paient le plus lourd tribut à cette maladie selon les statistiques et l'école doit jouer un important rôle dans ce sens.

Du fait que tout animal mordeur peut être suspect de rage et tout cas de morsure par un animal vecteur doit faire l'objet d'investigations pour l'application de mesures préventives, il importe d'impliquer les professionnels de la santé et les communautés dans cette lutte et garantir par la même occasion la pérennité des interventions. Des problèmes d'accessibilité au vaccin et aux centres anti-rabiques sont identifiés. Le vaccin coûte excessivement cher. Il n'est pas gratuit et il n'existe que deux centres antirabiques situés tous deux à Dakar l'Institut Pasteur de Dakar et le service des maladies infectieuses du CHNU de Fann.

L'élaboration du programme national de lutte contre la rage par le Ministère de l'Elevage constitue une opportunité pour le secteur de la santé. Le contrôle de la dynamique des populations de chiens surtout errants et les mesures d'éducation pour la santé afin de réduire les risques d'exposition des personnes aux morsures de ces animaux et la vaccination antirabique sont des stratégies phares pour l'atteinte des objectifs fixés. Mais, comme toute les MTN, se pose le problème de financement de ce programme. L'application de la plateforme multisectorielle pour la gestion des problèmes de santé prenant en compte leurs déterminants, constitue aussi une opportunité pour le contrôle de la rage au Sénégal.

L'exécution du programme de lutte contre la rage va par conséquent nécessiter une bonne coordination entre les différents secteurs intéressés avec le soutien des partenaires techniques et financiers, de la société civile et des Collectivités Locales en étroite collaboration avec les communautés bénéficiaires.

3.9 Dengue

Une épidémie est survenue en 2009. Les deux cas ayant séjourné au Sénégal ont été diagnostiqués en Italie et à Marseille. Aussitôt l'alerte donnée, des cas incidents ont été signalés Dakar, Mbour et Louga. Au total 194 cas ont été confirmés par l'Institut Pasteur de Dakar (IPD), mais ces chiffres restent très en dessous de la réalité du fait de la méconnaissance de l'affection et de l'absence de diagnostic. Le graphique ci-dessous montre l'évolution des cas.

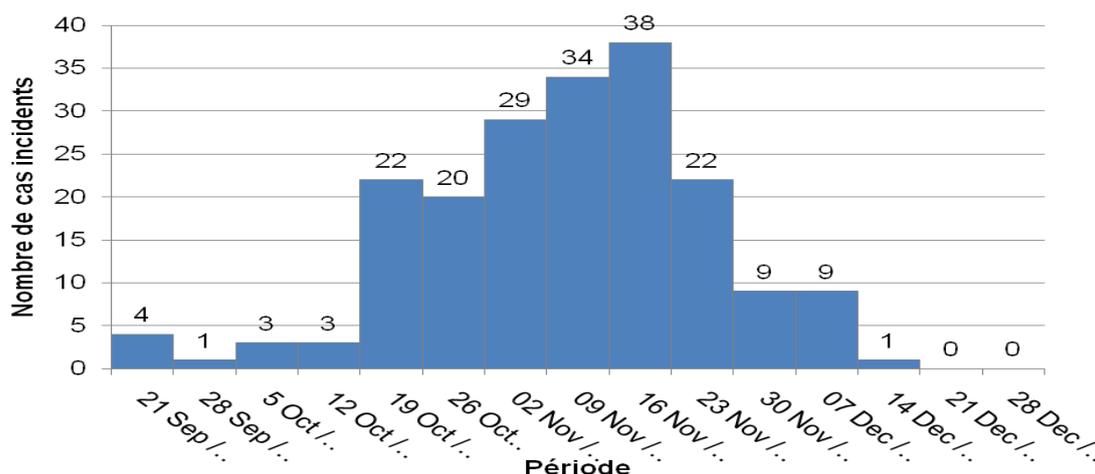


Figure 13: Evolution des cas de dengue lors de l'épidémie de 2009 (source : MSHPP/DPM)

3.10 Leishmaniose

Les leishmanioses sont des maladies parasitaires communes à l'homme et à certains animaux. Elles sont transmises par de tout petits insectes appelés phlébotomes. La maladie est très variable dans son expression clinique et semble liée à la qualité de l'immunité du sujet infecté. Les vecteurs de leishmanioses qui transmettent les formes humaines de la maladie sont plus d'une cinquantaine. On distingue principalement 3 formes qui sont les leishmanioses viscérales encore appelées Kala-azar, les formes cutanées et les leishmanioses cutanéomuqueuses. A l'intérieur de ces trois formes, il y'a une grande variabilité clinico-épidémiologique.

Au Sénégal, on rencontre essentiellement la forme cutanée et plus rarement la forme cutanéomuqueuse. Ainsi, entre 1994 et 2008, **117 cas de leishmanioses ont été enregistrés dont seulement quatre formes cutanéomuqueuses** à la Clinique de Dermatologie du CHU de l'hôpital A. Le DANTEC. L'ensemble de ces cas sont répartis entre les Régions du centre, du Nord et de l'Est du Sénégal (figure 14). Il reste entendu qu'ils sont loin d'être représentatifs de la situation nationale de la maladie au Sénégal.

Des études menées au niveau du district sanitaire de Tivaoune ont montré un foyer de Leishmaniose viscérale au niveau de la communauté rurale de Mont Rolland. Une séroprévalence de 33% a été retrouvée chez des sujets vivant au contact de chiens porteurs du parasite. Cependant, aucun cas clinique humain n'a été rencontré malgré la confirmation de la transmission de la maladie (Faye et al. *Microbes Infect* 12, (2010), 1219-1225 ; Faye et al. *Trans. R Soc Trop Med Hyg* 105 (2011)333-340).

Cependant, des études entomologiques effectuées dans différentes régions du pays montre la présence d'une faune phlébotomienne importante, d'où la nécessité de réaliser une cartographie de la maladie dans ces zones (Ba et al. *Bull Soc Pathol Exot*, 92 (1999) ; 131-135 ; Niang et al., *Parasite*, 5 (1998) : 51-59). Les district à cartographier sont ceux de Pout, Bambey, Niakhar, Kédougou, Saraya, Salemata).

Dans le cadre du renforcement de la lutte contre les MTN, l'Organisation mondiale de la Santé a organisé en février 2010 à Addis Abéba (Ethiopie) une consultation régionale sur la leishmaniose à laquelle le Sénégal a participé et pris l'engagement de lutter contre cette maladie. C'est pourquoi, elle est prise en compte dans le cadre de ce plan stratégique.

Bien qu'existante au Sénégal, la leishmaniose semble être mal connue même par les agents de santé qui la confondent souvent avec d'autres lésions dermatologiques y compris la lèpre.

Sur le plan épidémiologique, peu d'informations sont disponibles en dehors des cas répertoriés au niveau de la Clinique de dermatologie du CHU de l'hôpital A. Le DANTEC.

La formation de dermatologues dans le cadre du CES de dermatologie au CHU le Dantec et leur affectation dans les régions et certains districts vont sûrement améliorer le dépistage et la prise en charge des cas.

Les aspects entomologiques sont aussi faiblement connus et dans tous les cas non pris en compte par le système de santé où la lutte n'est pas menée de manière satisfaisante. Les institutions de recherche présentes au Sénégal accordent cependant un intérêt à ces vecteurs qui font l'objet de recherches fondamentales.

La leishmaniose, maladie à forte note immunitaire pose quelques difficultés de prise en charge. Il y'a un regain d'intérêt sur cette maladie avec l'émergence de l'infection à VIH qui favorise son explosion en cas de co-infection.

La desertification de plus en plus avancée augmente aussi la survenue de nouveaux cas dans des zones jusque là épargnées.



FIGURE 14 : Répartition des cas de leishmanioses au Sénégal

3.11 Co-endémicité des MTN

Le tableau ci-dessous montre la Co-endémicité des MTN dans les districts sanitaires.

TABLEAU 10: Co-endémicité des MTN/CTP au Sénégal (selon les données de cartographie disponibles dans les districts)

Districts	SCH	HTS	Filariose lymphatique	Onchocercose	Trachome
Dakar Sud	-	+	-	-	-
Dakar Centre	-	+	-	-	-
Dakar Ouest	-	+	-	-	-
Dakar Nord	-	+	-	-	-
Diamniadio	?	+	-	-	-
Guédiawaye	?	+	-	-	-
Pikine	?	+	-	-	-
Keur Massar	?	+	-	-	-
Mbao	?	+	-	-	-
Rufisque	?	+	-	-	-
Bambey	+	+	+	-	+
Diourbel	+	+	-	-	+
Mbacké	+	+	+	-	?
Touba	+	+	+	-	?
Niakhar	+	+	+	-	?
Fatick	+	+	+	-	?
Dioffior	+	+	+	-	?
Passy	+	+	-	-	?
Foundiougne	+	+	-	-	?
Sokone	+	+	+	-	?
Gossas	+	+	+	-	?
Birkelane	+	+	+	-	+
Kaffrine	+	+	+	-	+
Koungheul	+	+	+	-	+
Malem Hoddar	?	+	+	-	?

Districts	SCH	HTS	Filariose lymphatique	Onchocercose	Trachome
Guinguinéo	+	+	+	-	?
Kaolack	+	+	+	-	?
Ndoffane	?	+	-	-	?
Nioro	+	+	-	-	+
Kedougou	+	+	+	+	-
Salemata	+	+	+	+	-
Saraya	+	+	+	+	-
Kolda	+	+	+	-	?
Medina Yoro Foulah	?	+	+	-	?
Velingara	+	+	+	+	?
Darou Mousty*	+	+	-	-	+
Kebemer	+	+	-	-	+
Linguere	+	+	+	-	-
Dahra	+	+	-	-	?
Coki	+	+	+	-	?
Keur Momar SARR	+	+	+	-	?
Sakal	+	+	+	-	?
Louga	+	+	+	-	-
Kanel	+	+	-	-	?
Matam	+	+	-	-	?
Ranerou-Ferlo	+	+	-	-	?
Dagana	+	+	-	-	?
Richard-Toll	+	+	-	-	?
Pete	+	+	+	-	?
Podor	+	+	+	-	?
Saint Louis	+	+	-	-	?
Boukiling	?	+	+	-	?
Goudomp	?	+	+	-	?
Sedhiou	?	+	+	-	?

Districts	SCH	HTS	Filariose lymphatique	Onchocercose	Trachome
Bakel	+	+	+	-	-
Kidira	+	+	+	+	-
Goudiry	+	+	+	+	-
Dianke Makan	+	+	+	+	-
Koupentoum	+	+	+	-	-
Tambacounda	+	+	+	+	-
Makacolibantang	+	+	+	-	-
Joal Fadiouth	+	+	+	-	-
Mbour	+	+	+	-	-
Poponguine	+	+	+	-	-
Thiadiaye	+	+	+	-	-
Pout	+	+	+	-	-
Thies	+	+	+	-	-
Khombole	+	+	+	-	+
Tivaouane	?	+	+	-	+
Mekhe	+	+	-	-	+
Diouloulou	+	+	+	-	-
Bignona	+	+	+	-	-
Thionk-Essyl	+	+	+	-	-
Oussouye	+	+	+	-	?
Ziguinchor	+	+	+	-	?

+ : Existence de la maladie

- : Absence de la maladie

? : Données non disponibles

* Pour le trachome, le district de Darou Mousty a une prévalence moyenne de 8,83% alors que 3 Communautés Rurales ont des prévalence supérieures à 10% (voir tableau 10)

TABLEAU 11 : Nombre de districts par co-endémicité en 2011

Type	Co-endémicité	Nombre de districts
I	STH	11
II	SCH-STH	9
III	STH-FL	5
IV	STH-FL-T	1
V	SCH-STH- FL	32
VI	SCH-STH-T	4
VII	SCH-STH- FL-T	5
VIII	SCH-FL-ONCHO –HTS	8

3.12 Cartographie des MTN

La cartographie est l'une des premières orientations stratégiques à suivre pour la lutte contre les MTN comme décrit dans le Plan mondial 2008 – 2015 (Référence). Il importe avant tout d'en évaluer la charge au sein des communautés. Toutes les informations concernant les maladies doivent être prises en compte dans l'analyse de situation. Il arrive parfois, pour assurer un bon suivi de l'impact des interventions, d'évaluer des sites sentinelles qui feront l'objet de ce suivi selon des procédures définies.

Dans ce plan, des données anciennes et plus récentes ont été prises en compte. Pour les maladies devant bénéficier de la chimiothérapie préventive de masse, l'évaluation des sites sentinelles devra être faite pour permettre le suivi des programmes de santé. Pour la leishmaniose, la dengue ou la rage, les données disponibles de cartographie ne sont pas toutes géo référencées. Des efforts sont à faire à ce niveau pour assurer une bonne exécution des programmes de lutte.

Pour la dracunculose, le Sénégal a été certifié ayant interrompu la transmission et il n'existe plus de cas depuis 1997. Il importe d'assurer une bonne surveillance pour détecter tout cas importé qui peut être retrouvé dans chacun des districts du pays.

TABLEAU 12 : La Distribution des différentes MTN en 2011

Maladies	Nombre de districts susceptibles d'être endémiques ou à surveiller	Nombre de Districts déjà cartographiés	Nombre de districts endémiques	Nombre de districts à cartographier
Schistosomiasés*	71	58	58	13
Géohelminthiases	75	16	75**	0
Filariose lymphatique	75	75	50	0
Onchocercose	8	8	8	0
Trachome	42	20	11	33
Lépre	75	75	3	0
Ver de guinée	75	75	0	0
Rage	75	NA	75	0
Dengue	75	NA	75	0
Leishmaniose	75	NA	75	0

* Dakar Centre-Sud-Ouest-Est sont exclus à cause de l'absence de facteurs favorisants (cours-d'eau ou points d'eau)

** Tous les districts sont considérés comme endémiques devant l'existence de conditions socio-économiques favorisants

NA : Non Applicable

IV/ ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES MTN

4.1 Chimiothérapie Préventive de masse

La chimiothérapie préventive de masse a été menée pour la 1^{ère} fois au Sénégal dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose en 1987 dans l'ancien district de Kédougou. Il a consisté en la distribution de masse annuelle d'ivermectine aux populations des bassins des fleuves *Gambie* et *Falémé* avec 2 passages dans 120 villages hyperendémiques du premier bassin. Les stratégies de distribution ont connu une évolution en passant des **campagnes mobiles** au **TIBC** puis finalement au **TIDC** à partir de juin 1998. Cette évolution qui a grandement marqué la lutte contre l'onchocercose a été une source d'inspiration pour la lutte contre la maladie en Afrique.

L'exécution du Plan stratégique de lutte contre les helminthiases et le trachome a permis l'extension de la chimiothérapie préventive de masse pour la lutte contre la filariose lymphatique, le trachome, les schistosomiasés, les géohelminthiases en plus de l'onchocercose dans les Régions de Kédougou, Tambacounda, Kolda, Thiès, Diourbel et Louga. Elle n'a pas été menée de manière intégrée en prenant en charge plusieurs maladies en même temps. Il s'est plutôt agi d'une prise en charge séparée des maladies. C'est plutôt dans la Région de Tambacounda que la chimiothérapie préventive de masse intégrée a été appliquée à travers la lutte contre l'onchocercose, les géohelminthiases et la filariose lymphatique dans les sept (7) districts sanitaires de cette région. Les résultats enregistrés pour les taux de couverture thérapeutique ont été respectivement de 78,7%, 75,3% et 66,8% pour les années 2007, 2008 et 2009 tandis que les taux de couverture géographiques enregistrés ont été respectivement de 100%, 100% et 95,9% pour les mêmes années.

Dans le cadre de l'exécution du PGIRE/OMVS, la lutte contre les schistosomiasés et les géohelminthiases dans les régions du Bassin du Fleuve Sénégal (Saint-Louis, Louga, Matam, Tambacounda et Kédougou) a utilisé la stratégie intégrée, combinant l'administration de Praziquantel et de Mébendazole. En 2010, un taux de couverture thérapeutique au praziquantel de 72 % (737 938) a été atteint dans le Bassin du Fleuve Sénégal, soit 530 872 enfants. Pour le mébendazole, 420 224 enfants ont reçu le médicaments, soit un taux de couverture de 57 %.

Depuis 2005, sur l'ensemble du territoire national, les enfants de moins de 5 ans sont déparasités deux fois par an au mébendazole dans le cadre des Journées de Survie de l'Enfant (JSE).

Pour le trachome, la chimiothérapie préventive de masse répond à la composante A de la stratégie CHANCE. La mise en œuvre remonte à 2005 et les différents résultats sont consignés dans le tableau suivant :

Tableau 13 : Résultats des campagnes de distribution de masse de l'AZT de 2005 à 2009

Année	Régions	District	Population cible (OIA)	Personnes traitées	Couverture thérapeutique
2005	Thiès	Khombole	109 000	75 000	68,8%
		Tivaouane	175 840	170 800	97%
2006	Thiès	Khombole	110 872	103 283	93,15%
		Tivaouane	162 018	140 168	86,51%
		Mékhé	129 415	94 384	73%
	Louga	Kébémér	128 159	124 220	96,8%
	Diourbel	Bambéye	233 531	212 164	91,03%
2007	Thiès	Khombole	114 043	Distribution non réalisée du fait de la non disponibilité des médicaments en rapport avec les procédures douanières.	
		Tivaouane	194 739		
		Mékhé	130 431		
	Louga	Kébémér	130 534		
	Diourbel	Bambéye	237 033		
2008	Thiès	Khombole	112 226	66182	59%
		Tivaouane	181 357	95048	52,4%
		Mékhé	125 936	93100	73,9%
	Louga	Kébémér	130 534	Pas de traitement par manque de ressources	
	Diourbel	Bambéye	237 033		
2009	Thiès	Khombole	112 226	Pas de traitement par manque de ressources	
		Tivaouane	181 357		
		Mékhé	135 967		
	Louga	Kébémér	126 028	117 015	92,8%
	Diourbel	Bambéye	212 200	198 313	80,18%

A ce jour, 1 451 336 traitements ont été administrés et les défis se résument ainsi :

- Maîtrise des coûts opérationnels de la distribution ;
- Maîtrise du processus de mise à disposition des médicaments (barrières administratives et gestion des médicaments) ;
- Supervision insuffisante par manque de moyens (faiblesse des moyens logistiques, absence de motivation financière des ICP) ;
- Faible motivation des distributeurs;
- Cas de refus notés dans certains villages (sensibilisation/communication).

4.2 Gestion de la morbidité

La gestion de la morbidité a été menée dans la lutte contre les MTN au Sénégal et a permis d'atteindre des résultats satisfaisants, notamment dans la lutte contre la lèpre, le ver de Guinée etc.

- Dans la lutte contre la **lèpre**, l'application de la PCT dans tous les districts a permis d'atteindre le seuil d'élimination de la maladie. Il s'agissait d'un traitement sélectif des cas de lèpre diagnostiqués au niveau du district à travers un réseau d'agents bien formés et intégrés dans les équipes cadres de districts.

L'application large de la PCT a permis d'obtenir la réduction de la transmission de l'infection et la diminution de la prévalence au point d'atteindre l'objectif d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique dès 1995. La PCT est disponible dans 93,2% des services de santé (centres de santé et postes de santé) au niveau opérationnel et le traitement y est gratuit. Le malade n'achète ni les médicaments ni la carte de traitement. Depuis 1993, sur l'ensemble du territoire sénégalais, tous les malades de la lèpre bénéficient de la PCT en traitement de première intention. Le taux de couverture en PCT des malades est de 100% et le taux de guérison observé au niveau national est globalement de 95,4%. Séparément, les taux de guérison sont de 95,6% pour les malades PB et 95,37% pour les malades MB. Les rechutes de la maladie après traitement PCT ont été observées dans 14 cas en 2009 et 15 cas en 2008. En ce qui concerne la prévention des invalidités, pilier stratégique de la réadaptation à base communautaire pour améliorer l'image sociale de la lèpre, l'essentiel des interventions a consisté à prévenir l'apparition des MPP chez les nouveaux et anciens malades présentant une insensibilité plantaire par l'éducation sanitaire et le port de chaussures adaptées. Seulement, les objectifs spécifiques du programme PIRP ont été reformulés et intégrés dans le cadre global d'un véritable programme de prévention en développant des activités de prévention primaire, c'est-à-dire le dépistage précoce et le traitement adéquat des névrites grande pourvoyeuses de handicap. Par ailleurs le développement de << self care group >> a pu initier à la réadaptation à base communautaire en intégrant d'abord les activités de santé et ensuite les activités de développement dans le concept << d'égalisation des chances et l'intégration dans la communauté >> des PAL. En effet, l'objectif principal de la RBC telle que mise au point par l'OMS, est de faire en sorte que les personnes handicapées

puissent développer au maximum leurs aptitudes physiques et mentales , qu'elles aient accès au service en milieu ordinaire et bénéficient des mêmes possibilités que toute autre personne et parviennent à une entière intégration sociale dans leur communauté et leur société. Cet objectif repose sur le concept élargi de la réadaptation qui couvre l'égalisation des chances et l'intégration dans la communauté. Au Sénégal ,cette RBC est en vigueur depuis 2006 à travers des zones pilotes et de nombreuses réalisations sur les plans de la santé, de l'éducation, du renforcement des capacités, et de l'économie sont notées.

- Quant au **ver de Guinée**, les malades ont bénéficié d'une bonne prise en charge dans les villages endémiques pendant la période d'endémie. Après sept années de mise en œuvre du programme un succès notable a été enregistré ; le nombre de cas est passé **de 1341 en 1991 à 0 cas en 1998**. Les activités phares qui ont été mises en œuvres sont :
 - ✓ Le dépistage actif et/ou passif suivi de l' endiguement des cas ;
 - ✓ Les sessions de formation/recyclage du personnel de santé ;
 - ✓ Le traitement des mares à l'abate.
 - ✓ La distribution de tamis filters aux population exposées ;
 - ✓ Les campagnes d'information et de sensibilisation périodiques des populations concernées. Il y a eu un rassemblement exceptionnel le 17 et 18 mai 1995 à Bakel connu sous le nom de « Conseil de Guerre contre le ver de Guinée » et visant à sensibiliser les populations des régions endémiques aux activités d'éradication du ver de Guinée. Ce conseil était marqué par l'intervention entre autres du Président de la République Mr Abdou Diouf, des représentants de l'OMS et de l'UNICEF, et le Général Toumani Touré, ex président de la République du Mali qui s'était engagé personnellement dans la bataille de l'éradication du ver de Guinée en Afrique.
 - ✓ La construction de forage et/ou de puits busés et protégés dans les régions où la dracunculose était endémique pour fournir de l'eau potable aux communautés les plus exposées à la transmission de la maladie. La contribution de l'UNICEF dans ce sens a été déterminante pour l'arrêt de la transmission dans ces villages.

➤ La gestion de la morbidité dans la lutte contre le **trachome** se fait à travers la prise en charge chirurgicale décentralisée (dans certains postes de santé) des cas de trichiasis, qui est la deuxième cause de cécité au Sénégal. Elle correspond à la mise en œuvre de la composante C de la stratégie CHANCE. Les Stratégies mises en œuvre sont les suivantes :

- Décentralisation de la chirurgie au PS
- Transfert de compétence aux ICP
- Stratégies communautaires de dépistage (utilisation des relais)
- Réalisation de campagnes de chirurgie gratuite

Les Défis de la mise en œuvre de cette Composante CH sont ainsi résumés:

- Faible dépistage
- Existence d'une réponse populaire inadéquate (pince à épiler)
- Importante proportion de refus de la chirurgie +++

Le nombre de cas pris en charge depuis 2000 se présente ainsi :

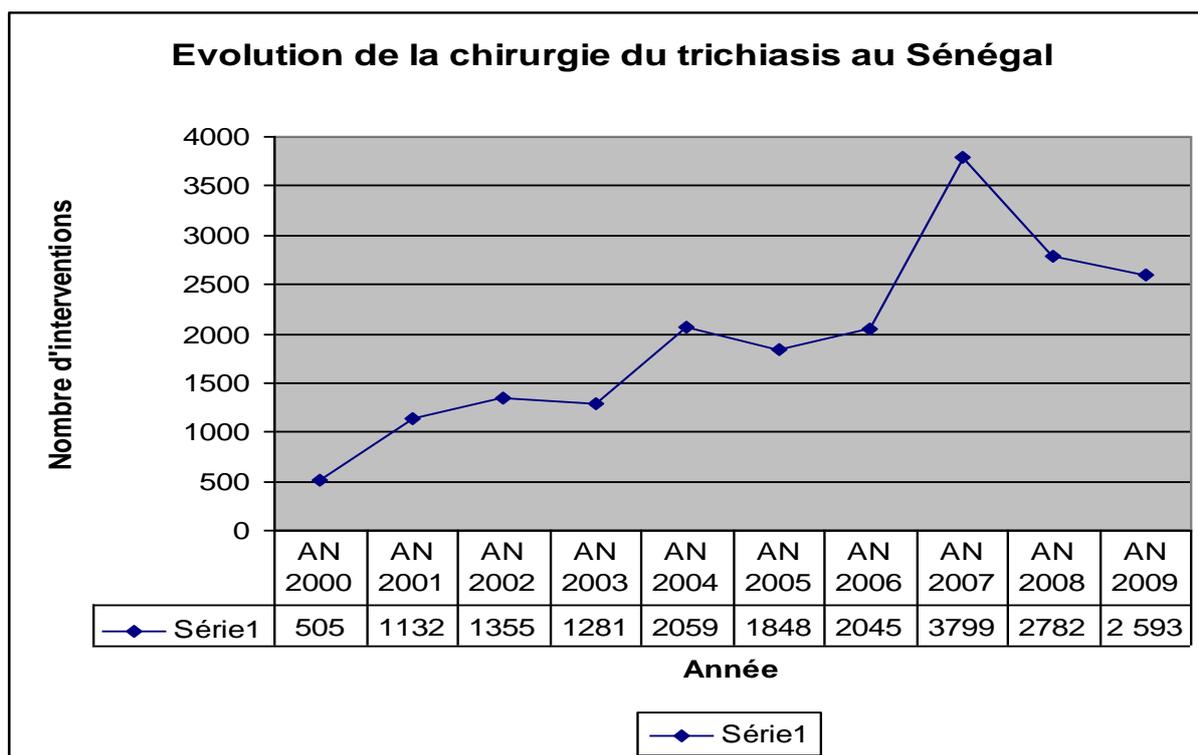


FIGURE 15 : Evolution de la chirurgie du trichiasis entre 2000 et 2009

- La prise en charge des complications de la filariose lymphatique connaît un début assez timide qui s'est matérialisé par l'organisation d'une seule campagne gratuite d'hydrocèlectomie dans la région de Tambacounda qui a permis d'opérer 19 malades en 2008. Cependant faute de disponibilité de ressources, la formation du personnel de santé sur la prise en charge communautaire du lymphoedème n'a pas encore été effectuée dans les districts d'intervention. Il en est également de même en ce qui concerne la poursuite des activités de la chirurgie des hydrocèles.

- Concernant la **dengue**, les cas connus au Sénégal ont essentiellement été des malades présentant un tableau pseudo grippal avec le virus de type 3 qui ont fait l'objet d'une bonne prise en charge. Il faut rappeler que pour la récente épidémie, les 1^{er} cas ont été diagnostiqués à l'étranger. Les investigations locales appropriées ont confirmé l'épidémie. La riposte a été menée en partenariat avec l'IPD par :
 - ✓ La mise en œuvre d'une importante campagne de sensibilisation et d'information des populations ;
 - ✓ l'élaboration et la diffusion des fiches techniques de la dengue à toutes les régions (définition cas, Conduite à tenir...) ;
 - ✓ la surveillance dans tous les centres de santé de Dakar, Mbour et Louga ;
 - ✓ la pulvérisation d'insecticides par le Service National de l'Hygiène (Propoxur poudre 3 %, deltaméthrine CE 480) ;
 - ✓ la réalisation d'une enquête entomologique à Dakar, Mbour et Louga entre octobre-novembre 2009 qui révéla:
 - la présence du vecteur épidémique *Aedes.aegypti* dans sa forme domestique dans toutes les localités visitées de Dakar, Mbour et Louga,
 - l'existence de gîtes entretenus par l'homme qui ont l'inconvénient d'impacter sur le profil de la transmission pouvant revêtir un caractère endémique,
 - la présence de vecteurs sauvages dans la zone de Mbour,
 - des indices de Breteau et Récipient dépassant largement les seuils de risque épidémique dans la presque totalité des localités malgré la période tardive de l'enquête réalisée, en fin de saison des pluies,
 - l'association du virus avec le vecteur dans la ville de Dakar.

A ce tableau inquiétant s'ajoutent beaucoup de questions jusqu'à présent sans réponse concernant particulièrement:

- la situation qui va prévaloir lors de la prochaine saison des pluies,
- la non-notification de cas et le risque dans les autres régions du Sénégal où les populations sont probablement très réceptives (naïves du point de vue immunologique).

Une investigation entomologique pour l'évaluation du risque épidémique de la dengue à l'échelle nationale et une surveillance dans les zones affectées sont les deux axes prioritaires dégagés pour maîtriser la maladie d'autant plus que les prévisions font état d'un risque de la forme hémorragique qui est fatale lors des prochaines épidémies. L'objectif final étant de proposer des approches, des interventions nouvelles ou des actions visant à adapter celles **qui existent dans le contexte actuel, en s'appuyant sur les expériences antérieures et récentes de contrôle**-anti-vectoriel développées à travers le monde.

- **La leishmaniose** n'est prise en charge qu'au niveau de la Clinique de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le DANTEC de Dakar. Les malades qui arrivent à cette structure ont souvent connu un long itinéraire thérapeutique parsemé d'errements diagnostiques.

4.3 Prévention des MTN

La prévention des MTN concerne principalement la rage chez les sujets mordus par les animaux vecteurs et les professionnels à risque par la sérovaccination. D'importantes initiatives ont été prises au Sénégal dans le cadre de la lutte contre la rage humaine avec le soutien de l'Institut Pasteur de Dakar et de la Clinique des Maladies Infectieuses du CHU de Fann de Dakar et du Ministère en charge de l'Elevage. Des problèmes d'approvisionnement en vaccins et sérums surtout au niveau des districts sanitaires demeurent. Des directives claires sur la prévention de la maladie, mais également sur les coûts du vaccin relativement élevé pour les populations devraient être données. L'existence d'un circuit informel de distribution dans le marché de sérums ou de vaccins de qualité douteuse est confirmée même si les contours de ce problème ne sont pas tout à fait cernés. Il continue d'être une préoccupation des services de santé.

Aussi, l'information sanitaire à propos des cas de rage ou même de cas de morsures par les

animaux vecteurs ne semble être qu'une faible partie de la réalité. Des efforts louables sont cependant faits par les services de santé pour la notification des cas de rage ou de morsures de chiens. La question de la disponibilité des vaccins et sérums est entrain de connaître un début de solution.

En ce qui concerne la prévention de la dengue, compte tenu de l'absence de vaccination la stratégie de prévention demeure intimement liée aux activités de surveillance périodique de la circulation du virus chez les vecteurs, ceci fournit un indicateur d'alerte pour la survenue d'une épidémie.

4.4 Maladies Tropicales Négligées sous surveillance

Depuis la certification de l'interruption de la transmission du ver de Guinée au Sénégal en 2004, les activités de surveillance dans le contexte de post-certification sont faiblement conduites du fait de la baisse significative des ressources dont disposaient le Programme National d'Eradiation pendant la période de la lutte. Toutefois, elles devraient être focalisées principalement sur la détection précoce de tout cas importé à l'échelle du pays. Aujourd'hui, rares sont les districts sanitaires qui notifient dans leur rapport d'activités les résultats de cette surveillance. La méconnaissance de l'affection par une bonne partie du personnel de santé est un déterminant majeur de cette situation.

La surveillance de la circulation des virus de la dengue, par les enquêtes entomologiques et virologiques classiques constitue une importante activité menée au profit des MTN par l'Institut Pasteur de Dakar dans le cadre de ses recherches. Les résultats de cette recherche devraient cependant être pris en compte par le système de santé dans le cadre de la prévention et de la gestion des épidémies.

TABLEAU 14 : Etat de mise en œuvre des programmes MTN

MTN	Date de début du programme	Nbre de districts ciblés	Nbre de districts couverts	Population Cible	Population couverte	Stratégie utilisée	Partenaires clés
Schistosomiasis	2007	71	20	3 249 638	864 559	TDM	OMVS/ PGIRE /PLAN
Géohelminthiases	2010	75	20* 75**			TDM JSE	OMVS/ HKI/ PGIRE/UNICEF/
Filariose Lymphatique	2007	55	7	7.170.000	635.000	TDM	OMS/MDP/GSK
Onchocercose	1988	8	8	196.200	196.200	TDM	Néant
Trachome	2004	9	6	1 910 846	1 006 140	CHANCE	ITI, SSI
Lèpre	1980	75	75	12 862 587	12 862 587	PCT standard ou accompagnée	OMS, DAHW, CHOM
Dracunculose	1991	75***	13			Surveillance	UNICEF/OMS

* Enfants d'âge scolaire (5 – 14 ans)

** enfants de moins de 5ans dans le cadre des activités de la DANSE (PNLB completer avec la DANSE)

*** pendant cette phase de post-certification, tous les districts doivent être sous surveillance

V. Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces de la lutte contre les MTN

L'analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces de la lutte contre les MTN est un chapitre important de ce plan et dont les résultats devront être mis à profit pour une bonne exécution du plan actuel. En effet, les différentes tentatives de lutte contre les MTN au Sénégal requièrent cette analyse eu égard aux enjeux actuels.

TABLEAU 15 : Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces de la lutte contre les MTN

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Succès enregistrés dans la lutte contre certaines MTN (onchocercose, lèpre, ver de Guinée, géohelminthiases) - Bonne expérience dans le processus de distribution communautaire lors des TDM de certaines MTN - Système de santé bien structuré et suffisamment décentralisé - Expertise disponible - Cartographie de certaines MTN achevée - Existence d'un système national de pharmacovigilance 	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse du leadership dans la coordination de la lutte contre les MTN - Difficultés de financement des coûts opérationnels des TDM - Difficultés de mobilisation du budget alloué par l'Etat - Absence de mécanisme de pérennisation des interventions - Difficultés d'utilisation des médicaments offerts par les donateurs - Faible capacité de gestion des médicaments offerts par les donateurs - Absence de cadre de concertation et de coordination avec les autres secteurs (hydraulique, environnement...) - Système d'information des données parfois sujet à une rupture d'abstention
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des médicaments pour toutes les MTN bénéficiant de la chimiothérapie préventive de masse et de la lèpre dans le cadre des programmes de donation - Appui régional de partenaires dans la lutte contre les MTN (PGIRE/OMVS dans la vallée et le delta du fleuve Sénégal, UE et Sight Savers dans les Régions centres, etc.) - Existence de Projets de renforcement des infrastructures hydrauliques et d'assainissement) - Existence d'institutions de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> - Fin annoncée de certains projets tels que PGIRE - Exclusion du pays des programmes de donation si pas capable d'absorber les médicaments offerts - Existence de problèmes de sécurité dans la Région sud du pays où sévit des MTN - Mouvements de populations humaines - Rétentions d'information par le personnel de santé en grève - Risque d'éclosion de maladies consécutives aux Projets de retenue d'eau (barrages, bassins)

DEUXIEME PARTIE

AGENDA STRATEGIQUE

VI. Vision :

Un Sénégal soulagé du fardeau des MTN.

VII. Mission :

Mettre en œuvre toutes les actions de gestion, d'évaluation et de partenariat à tous les niveaux pour une lutte efficace contre les MTN

VIII. But :

Contribuer à l'amélioration de la santé des populations par la lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées.

IX. Principes directeurs :

La mise en œuvre du présent plan directeur sera régie par les principes directeurs qui devront être largement approuvés par les différents acteurs pour une réussite de l'intégration: la subsidiarité, la codécision, la flexibilité, la transparence et l'équité. Ceci passe nécessairement par :

- La mise en place d'un vaste programme de plaidoyer, de sensibilisation et d'information qui cible les pouvoirs publics, les décideurs, les partenaires techniques et financiers, les professionnels de la santé y compris ceux du privé, la population ... ;
- La mise en place d'un cadre institutionnel de pilotage et de suivi-évaluation présidé par le Ministre de la Santé et de la Prévention et regroupant les coordonnateurs des différents programmes MTN, la SLAP, la DPM, la DPL, la DRH, la PNA, la DSSP, la DANSE, le SNEIPS, le SNIS , le SNH et la CAFSP. Ces parties prenantes ont été ciblées à cause de leur implication effective dans les différentes stratégies de lutte contre les MTN, notamment dans la prévention, la recherche, l'approvisionnement en médicaments et l'éducation pour la santé. Ce comité sera élargi aux secteurs de l'élevage, de l'éducation, de l'hydraulique, ainsi qu'aux institutions de recherche et autres partenaires notamment l'IPD, l'ISED, le département de parasitologie de la FMP et LEVP de la FAST de l'UCAD. Il est prévu de faire chaque année un rapport d'avancement de l'exécution du plan validé et diffusé par ce comité ;
- Une implication effective et coordonnée des différents partenaires pour une utilisation rationnelle et efficiente des ressources disponibles ;
- Un respect strict des normes et protocoles standardisées de prise en charge des cas et de distribution de masse des médicaments en fonction de la co-endémicité ;
- Une intégration de la planification annuelle des activités de lutte contre les MTN dans les Plans de Travail Annuels au niveau région et district ;

X. Priorités stratégiques

PS1 : Renforcer la sensibilisation, le plaidoyer et le partenariat pour l'appropriation du plan par les acteurs aux différents niveaux ainsi que la mobilisation des ressources nécessaires à la lutte contre les MTN ;

PS2 : Mettre en œuvre des mécanismes de financement garantissant la durabilité de la lutte contre les MTN ;

PS3 : Mettre en œuvre dans toutes les zones d'endémie des mesures adéquates de prévention, de diagnostic, de traitement et de surveillance des MTN ;

PS4 : Renforcer la coordination, le suivi-évaluation du plan de lutte contre les MTN ainsi que la recherche opérationnelle.

XI. Objectifs stratégiques

TABLEAU 16 : Objectifs stratégiques par priorités

Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques
1. Renforcer la sensibilisation, le plaidoyer et le partenariat pour l'appropriation du plan par les acteurs aux différents niveaux ainsi que la mobilisation des ressources nécessaires à la lutte contre les MTN	1.1 Mettre en œuvre un plan de sensibilisation et de plaidoyer en direction des décideurs, des différents acteurs du système de santé, des partenaires et des leaders communautaires pour la lutte contre les MTN
	1.2 Renforcer les partenariats à différents niveaux pour la mobilisation des ressources nécessaires en vue du contrôle, de l'élimination ou de l'éradication des MTN

Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques
<p>2. Mettre en œuvre des mécanismes de financement garantissant la durabilité de la lutte contre les MTN ;</p>	<p>2.1 Renforcer l'intégration des activités de lutte contre les MTN dans les plans sectoriels en vue de leur financement par le budget national</p>
	<p>2.2 Renforcer la planification décentralisée de la lutte contre les MTN du niveau régional et district dans le cadre du partenariat avec les collectivités locales, la société civile et le secteur privé</p>
	<p>2.3 Améliorer les mécanismes de mobilisation des ressources aux niveaux national, régional et district pour le soutien à la lutte contre les MTN</p>
<p>3. Mettre en œuvre dans toutes les zones d'endémie des mesures adéquates de prévention, de diagnostic, de traitement et de surveillance des MTN ;</p>	<p>3.1 Déterminer la distribution des MTN pour une meilleure application des stratégies de lutte</p>
	<p>3.2 Développer un système durable de gestion des médicaments, outils de diagnostic et autres intrants de qualité pour la bonne mise en œuvre de la lutte</p>
	<p>3.3 Renforcer aux différents niveaux les capacités des personnels de santé et communautaires impliqués dans la lutte contre les MTN</p>
	<p>3.4 Améliorer les couvertures des interventions de lutte contre les MTN</p>
	<p>3.5 Renforcer la lutte anti-vectorielle intégrée et la prévention de la transmission des MTN concernées.</p>
	<p>3.6 Développer un système de surveillance de la réintroduction de la dracunculose et la circulation des virus de la dengue en vue de la riposte</p>

Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques
4. Renforcer la coordination, le suivi-évaluation du plan de lutte contre les MTN ainsi que la recherche opérationnelle.	4.1 Renforcer le cadre institutionnel de la lutte contre les MTN au sein du MSP
	4.2 Promouvoir des instances de coordination intra et multisectorielle élargie aux autres acteurs de la lutte contre les MTN aux différents niveaux
	4.3 Développer un système de supervision intégré et de monitoring des résultats des interventions de lutte contre les MTN
	4.4 Développer un sous-système de pharmacovigilance en rapport avec les MTN comme partie intégrante du système national
	4.5 Déterminer l'impact des interventions de lutte contre les MTN
	4.6 Promouvoir la recherche opérationnelle pour le soutien à la lutte contre les MTN

TROISIEME PARTIE

CADRE OPERATIONNEL

XII. Objectifs, stratégies, cibles et indicateurs des programmes spécifiques

TABLEAU 17 : Tableau synoptique des programmes spécifiques

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique	Eliminer la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique d'ici 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en œuvre de manière progressive les traitements de masse contre la filariose lymphatique avec les couvertures thérapeutiques requises (au moins 80%) dans l'ensemble des districts endémiques 2. Assurer la prise en charge chirurgicale d'au moins 25% des cas d'hydrocèle dépistés chaque année dans les zones d'endémie ; 3. Assurer la prise en charge communautaire d'au moins 75% des cas de lymphoedème dépistés avec le soutien des services de santé ; 4. Assurer l'évaluation périodique de la microfilarémie dans les sites sentinelles pour le suivi de l'impact des traitements de masse ; 5. Mettre en œuvre un plan de 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de capacité des acteurs de la lutte contre la filariose lymphatique ; - Traitement de masse annuel par l'association des médicaments (Ivermectine + l'Albendazole) dans les districts d'endémie ; - Dépistage des porteurs de complications (hydrocèle et ou lymphoedème) au cours des campagnes de traitement de masse ; - Renforcement de la chirurgie de routine des hydrocèles par des campagnes périodiques ; - Prise en charge communautaire des cas de lymphoedème avec le soutien des services de santé ; - Lutte contre les vecteurs en collaboration avec le Programme National de lutte contre le paludisme par la distribution des MILDA et autres méthodes (aspersions intra domiciliaires et - lutte contre les gîtes larvaires péri 	<p>Toute la population vivant dans les zones à risque</p> <p>Contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> - femmes enceintes, - femmes allaitantes dans la première semaine après l'accouchement - enfants de taille <90cm, - malades grabataires 	<p>Taux de couverture géographique</p> <p>Taux de couverture thérapeutique</p> <p>Taux de prévalence de la microfilarémie dans les sites sentinelles</p>

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
		communication pour le soutien à la lutte contre la filariose lymphatique.	domestiques) ; - IEC/CCC en direction des populations cibles pour la prévention et la lutte contre les MTN.		

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
Programme National de Lutte contre l'Onchocercose	Contrôler et éliminer l'onchocercose là où c'est possible par le TIDC et les autres interventions	1. Mettre en œuvre les traitements de masse annuels par l'ivermectine avec une couverture thérapeutique d'au moins 80% dans tous les villages d'endémie ; 2. Assurer l'évaluation épidémiologique annuelle dans le réseau de villages sentinelles pour le suivi de l'impact des traitements de masse ; 3. Assurer l'évaluation entomologique annuelle au niveau des points de capture pour la détection précoce du risque de transmission	- Renforcement de capacité des acteurs de la lutte contre l'onchocercose ; - Traitement de masse annuelle par l'ivermectine dans les zones d'endémie ; - IEC/CCC en direction des populations cibles pour la prévention et la lutte contre les MTN.	Toute la population vivant dans les zones à risque Contre-indications : - femmes enceintes, - femmes allaitantes dans la première semaine après l'accouchement - enfants de taille <90cm, - malades grabataires	- Taux de couverture géographique - Taux de couverture thérapeutique - Taux de prévalence de la microfilarodermie dans les sites sentinelles
Programme National de Lutte contre les Géohelminthiases	Traiter au moins 75% des enfants d'âge scolaire d'ici 2015	1. Mettre en œuvre de manière progressive les traitements de masse avec des couvertures thérapeutiques d'au moins 80% dans l'ensemble des districts endémiques ; 2. Mettre en œuvre un plan de communication pour la prévention de la transmission et le soutien aux activités de lutte contre les géohelminthiases ; 3. Déterminer l'impact des interventions à travers l'évaluation périodique des sites sentinelles.	- Disponibilité permanente du Mebendazole ou de l'Albendazole dans l'ensemble des structures sanitaires du pays ; - Traitement de masse au Mebendazole ou à l'Albendazole ; - Traitement des malades au cas par cas au Mebendazole ou l'Albendazole au niveau des structures de santé ; - Renforcement des compétences des agents de santé ; - Promotion de l'hygiène et de l'assainissement en collaboration avec les autres secteurs ; -IEC/CCC.	- Enfants d'âge préscolaire 1-4 ans (DANSE) - Enfants d'âge scolaire 5-14 ans - Groupes spécifiques à risque	- Taux de couverture géographique - Taux de couverture thérapeutique

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
Programme National de Lutte contre les Schistosomiasés	Traiter au moins 75% des enfants d'âge scolaire et les groupes à risque d'ici 2015	<ol style="list-style-type: none"> 1. Déterminer les prévalences des schistosomiasés dans les sites sentinelles au niveau des 18 districts non encore explorés ; 2. Mettre en œuvre de manière progressive les traitements de masse avec des couvertures thérapeutiques d'au moins 80% dans l'ensemble des districts endémiques ; 3. Mettre en œuvre un plan de communication pour la prévention de la transmission et le soutien aux activités de lutte contre les schistosomiasés 4. Mettre en œuvre un plan de gestion des effets secondaires liés à la prise de praziquantel 5. Déterminer l'impact des interventions à travers l'évaluation périodique des sites sentinelles 6. Déterminer la prévalence des complications liées aux schistosomiasés dans les zones de forte endémicité ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité permanente du praziquantel dans l'ensemble des structures sanitaires du pays ; - Traitement de masse des enfants d'âge scolaire et les groupes spécifiques à risque par le praziquantel dans les zones méso et hyper endémiques ; - Traitement des malades au cas par cas au praziquantel au niveau des structures de santé dans les zones d'hypo endémie ; - Renforcement des capacités des acteurs de la lutte contre les schistosomiasés ; - promotion de l'hygiène et assainissement en collaboration avec les autres secteurs ; - IEC/CCC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfants d'âge scolaire (5-14 ans) - Groupes à risque 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux des couvertures thérapeutiques - Taux de couvertures géographiques

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
Programme National de Promotion de la Santé Oculaire	Eliminer le trachome cécitant d'ici 2020	<p>1. Déterminer les prévalences du trachome dans les 33 districts non encore cartographiés d'ici décembre 2013 ;</p> <p>2. Réduire la prévalence du trachome actif à un taux inférieur à 5% chez les enfants de 1 à 9 ans d'ici décembre 2015 dans les districts de mise en œuvre ;</p> <p>3. Réduire la prévalence du trichiasis trachomateux (TT) à un taux inférieur à 1% chez les adultes d'ici décembre 2015 dans les districts de mise en œuvre ;</p>	<p><u>CHANCE</u> :</p> <p>Composante CH :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Décentralisation au poste de santé ; • Promotion des campagnes de chirurgie gratuite. 	Adultes de plus de 15 ans	Taux de couverture chirurgicale du trichiasis
			<p>Composante A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribution d'azithromycine dans les régions prioritaires. <p>Renforcement des compétences du premier niveau de prise en charge (formation au dépistage, au traitement par les ICP et ASC)</p>	Toute la population sauf les enfants de moins de 6 mois et les femmes enceintes	<p>-Taux de couverture thérapeutique</p> <p>-Taux de couverture géographique</p> <p>-Taux prévalence TF et TT</p>
			<p>Composante N et CE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communication pour améliorer la salubrité domestique • Plaidoyer pour la mise à disposition d'eau. 	Ménages des districts cibles	<p>- Couverture en latrines</p> <p>- Taux d'accès à l'eau potable</p>

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
Programme National de Lutte contre la Lèpre	Diagnostiquer précocement et traiter par PCT en vue de l'élimination de la lèpre dans tous les districts sanitaires	1. Réduire d'au moins 35% les nouveaux cas avec infirmité de grade 2 d'ici 2015, en prenant comme niveau de base le taux de 2010. 2. Atteindre le seuil d'élimination de la lèpre de 1 cas pour 10 000 habitants dans tous les districts et plus particulièrement dans ceux de la région de Kédougou d'ici 2015;	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité permanente des médicaments de la PCT dans les structures de santé des zones endémiques ; - Dépistage précoce et traitement des malades par la PCT standard ou accompagnée ; - Prise en charge médicale des névrites lépreuses - chirurgie réparatrice des complications séquellaires ; - Développement d'interventions à base communautaire par l'implication des anciens malades ; - Renforcement des compétences des agents de santé ; - IEC/CCC. 	Nouveaux malades rechutes	<ul style="list-style-type: none"> -Taux de prévalence annuelle par district -Taux de prévalence fin année par district -Taux de détection -% de mutilés chez les nouveaux cas -% de MB chez les NC -% d'enfants chez les nouveaux cas -% de femmes chez les nouveaux cas -Taux de régularité -Taux de couverture PCT

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
Programme National d'Eradication du ver de guinée	Contribuer à l'éradication de la dracunculose	<p>1. Mettre en place de manière progressive un système de surveillance et de gestion des cas et des rumeurs de ver de guinée au niveau de chaque district sanitaire d'ici décembre 2013;</p> <p>2. Déterminer périodiquement les zones à haut risque de transmission de la dracunculose du fait des problèmes d'approvisionnement en eau potable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance communautaire pour la détection et l'investigation précoce des rumeurs et des cas importés ; - Approvisionnement en eau potable en collaboration le service de l'hydraulique ; - Renforcement des compétences des agents de santé - IEC/CCC. 	Toute la population	<ul style="list-style-type: none"> -Nombres de rumeurs investiguées dans les 24heures -Nombre de cas importés
Programme National de Lutte contre la Rage	Contribuer au contrôle de la rage humaine	<p>1.Déterminer la distribution de la rage humaine sur l'étendue du territoire national d'ici fin 2013</p> <p>2.Prévenir la survenue de la rage humaine par la sérovaccination antirabique selon les normes et procédures chez toutes les personnes mordues par animaux vecteurs ;</p> <p>3.Contribuer aux activités de contrôle de réservoir de la rage organisées par le ministère de l'élevage</p> <p>4. Promouvoir la vaccination antirabique préventive chez les groupes professionnels à risque</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Disponibilité permanente du vaccin et du sérum antirabique de qualité au niveau de tous les centres de santé et centres de sérovaccination contre la rage ; -Renforcement de capacité des acteurs de la lutte contre la rage humaine; -IEC/CCC. -Collaboration avec le secteur de l'Elevage 	Personnes mordues par animaux vecteurs	<ul style="list-style-type: none"> -couverture sérovaccination antirabique chez les exposés -couverture vaccinale antirabique chez les professionnels à risque

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
Programme National de Lutte contre la Dengue	Contrôler la dengue au Sénégal	<p>1. Mettre en œuvre un plan de surveillance de la circulation du virus dans l'ensemble du territoire national en collaboration avec les institutions de recherche intervenant dans ce domaine ;</p> <p>2. Prendre en charge correctement tous les cas (simple et compliqué) de dengue diagnostiqués;</p> <p>3. Interrompre la transmission du virus de la dengue par la pulvérisation spatiale ou épandage aérien d'insecticides à chaque épidémie de dengue</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance entomologique périodique ; - Surveillance active périodique chez les animaux sauvages, notamment les singes ; - Traitement approprié des cas ; - Lutte anti vectorielle ; - Renforcement des compétences des agents de santé ; - IEC/CCC 	Population	<p>Nombre de cas diagnostiqués</p> <p>Nombre de cas pris en charge</p> <p>Taux de létalité</p>
Programme National de Lutte contre la leishmaniose	Réduire l'incidence de la maladie le plus rapidement possible et renforcer le réseau de surveillance	<p>1. Déterminer la distribution de la leishmaniose au Sénégal ;</p> <p>2. Prendre en charge correctement dans les structures décentralisées spécialisées en dermatologie tous les cas de leishmanioses diagnostiqués pendant toute la période de mise en œuvre du plan</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Renforcement des compétences des agents de santé ; - disponibilité permanente des médicaments dans les structures ciblées ; - surveillance des cas de Leishmaniose chez les carnivores domestiques -IEC /CCC -Lutte intégrée contre le vecteur. 	Population	<p>Nombre de cas diagnostiqués</p> <p>Nombre de cas pris en charge</p>

Tableau 18 : Objectifs des programmes et indicateurs de performance

Programme MTN	Objectifs	Indicateurs	Données de base	Objectif	Calendrier				
					An1	An 2	An 3	An 4	AN5
Elimination de la FL	1.Mettre en œuvre de manière progressive les traitements de masse contre la filariose lymphatique avec les couvertures thérapeutiques requises (au moins 80%) dans l'ensemble des districts endémiques ; 2.Assurer la prise en charge chirurgicale d'au moins 25% des cas d'hydrocèle dépistés chaque année dans les zones d'endémie ; 3. Assurer la prise en charge communautaire d'au moins 75% des cas de lymphoedème dépistés avec le soutien des services de santé ; 4. Assurer l'évaluation périodique de la microfilarémie dans les sites sentinelles pour le suivi de l'impact des traitements de masse ; 5. Mettre en œuvre un plan de communication pour le soutien à la lutte contre la filariose lymphatique.	Taux de couverture géographique	14%	100%	14%	26%	42%	84%	100%
		Taux de couverture thérapeutique		80%	80%	80%	80%	80%	80%
		Taux de prévalence de la microfilarémie dans les sites sentinelles							
Lutte contre l'onchocercose	1.Mettre en œuvre les traitements de masse annuels par l'Ivermectine avec une couverture thérapeutique d'au moins 80% dans tous les villages d'endémie. 2.Assurer l'évaluation épidémiologique annuelle dans le réseau de villages sentinelles pour le suivi de l'impact des traitements de masse ; 3.Assurer l'évaluation entomologique annuelle au niveau des points de capture pour la détection précoce	Taux de couverture géographique	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100
		Taux de couverture thérapeutique		80%	80%	80%	80%	80%	80%

Programme MTN	Objectifs	Indicateurs	Données de base	Objectif	Calendrier				
					An1	An 2	An 3	An 4	AN5
	du risque de transmission	Taux de prévalence de la microfilarodermie dans les sites sentinelles							
Lutte contre les schistosomiasés	1.Déterminer les prévalences des schistosomiasés dans les sites sentinelles au niveau des 18 districts non encore explorés ; 2.Mettre en œuvre de manière progressive les traitements de masse avec des couvertures thérapeutiques d'au moins 80% dans l'ensemble des districts endémiques ; 3. Mettre en œuvre un plan de communication pour la prévention de la transmission et le soutien aux activités de lutte contre les schistosomiasés 4. Mettre en œuvre un plan de gestion des effets secondaires liés à la prise de praziquantel 5. Déterminer l'impact des interventions à travers l'évaluation périodique des sites sentinelles 6.Déterminer la prévalence des complications liées aux schistosomiasés dans les zones de forte endémicité ;	Taux de couverture thérapeutique	59 %	80%	80%	80%	80%	80%	80%
		Taux de couverture géographique	40 %	100 %	91%	100 %	100 %	100 %	100 %
Lutte contre les géohelminthiasés	1. Mettre en œuvre de manière progressive les traitements de masse avec des couvertures thérapeutiques d'au moins 80% dans l'ensemble des districts endémiques ; 2.Mettre en œuvre un plan de communication pour la prévention de la transmission et le soutien aux activités de lutte contre les géo helminthiasés. 3.Déterminer l'impact des interventions à travers l'évaluation périodique des sites sentinelles	Taux de couverture géographique	24 %	100 %	38 %	76%	97 %	100 %	100 %
		Taux de couverture thérapeutique	29 %	80 %	80 %	80%	80%	80%	80 %
Elimination du trachome cécitant	1. Déterminer les prévalences du trachome dans les 33 districts non encore cartographiés d'ici décembre 2013 ; 2. Réduire la prévalence du trachome actif à un taux inférieur à 5% chez les enfants de 1 à 9 ans d'ici	Taux de couverture thérapeutique	Données de 2010 non disponibles du fait de la	85%	85%	85%	85%	85%	

Programme MTN	Objectifs	Indicateurs	Données de base	Objectif	Calendrier				
					An1	An 2	An 3	An 4	AN5
	décembre 2015 dans les districts de mise en œuvre ; 3. Réduire la prévalence du trichiasis trachomateux (TT) à un taux inférieur à 1% chez les adultes d'ici décembre 2015 dans les districts de mise en œuvre ;		rétention d'information						
		Taux de couverture géographique	80 %	100 %	63,6%	70%	80%	90%	100%
Elimination de la lèpre	1. Réduire d'au moins 35% les nouveaux cas avec infirmité de grade 2 d'ici 2015, en prenant comme niveau de base le taux de 2010. 2. Atteindre le seuil d'élimination de la lèpre de 1 cas pour 10 000 habitants dans tous les districts et plus particulièrement dans ceux de la région de Kédougou d'ici 2015	Taux de prévalence annuelle	0,26 pour 10 000 habitants	Moins de 1 cas /10 000 habitants /district					
		Taux de détection	2,1 pour 100 000 habitants						
		% de mutilés chez les nouveaux cas	15 %	9,25 %	14 %	13 %	11 %	10%	9,75%
		% de MB chez les NC	81%	90 %	82%	84%	86%	88%	90%
		% d'enfants chez les nouveaux cas	16 %	10%	15%	14%	13%	12%	10%
		Taux de régularité PCT	94 %	100%	95%	96%	98%	99%	100%
		Taux de couverture PCT	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	100%
Eradication du ver de Guinée	1. Mettre en place de manière progressive un système de surveillance et de gestion des cas et des rumeurs de ver de guinée au niveau de chaque district sanitaire d'ici décembre 2013; 2. Déterminer périodiquement les zones à haut risque	% de rumeurs investiguées dans les 24 heures	100 %	100 %	100 %	100 %	100%	100%	100%

Programme MTN	Objectifs	Indicateurs	Données de base	Objectif	Calendrier					
					An1	An 2	An 3	An 4	AN5	
	de transmission de la dracunculose du fait des problèmes d'approvisionnement en eau									
Lutte contre la rage humaine	1.Déterminer la distribution de la rage humaine sur l'étendue du territoire national d'ici fin 2013 ; 2.Prévenir la survenue de la rage humaine par la sérovaccination antirabique selon les normes et procédures chez toutes les personnes mordues par animaux vecteurs ; 3.Contribuer aux activités de contrôle de réservoir de la rage organisées par le ministère de l'élevage 4. Promouvoir la vaccination antirabique préventive chez les groupes professionnels à risque (activités à préciser avec le secteur de	Couverture en sérovaccination antirabique chez les exposés		100%	50 %	60 %	70%	80 %	100%	
		Couverture vaccinale antirabique chez les professionnels à risque		100%	50 %	60 %	70%	80 %	100%	
Lutte contre la dengue	1. Mettre en œuvre un plan de surveillance de la circulation du virus dans l'ensemble du territoire national en collaboration avec les institutions de recherche intervenant dans ce domaine ; 2. Prendre en charge correctement tous les cas (simple et compliqué) de dengue diagnostiqués; 3. Interrompre la transmission du virus de la dengue par la pulvérisation spatiale ou épandage aérien d'insecticides à chaque épidémie de dengue	Nombre de cas pris en charge/Nombre de cas diagnostiqués		100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Lutte contre les leishmanioses	1. Déterminer la distribution de la leishmaniose au Sénégal ; 2.Prendre en charge correctement dans les structures décentralisées spécialisées en dermatologie tous les cas de leishmanioses diagnostiqués pendant toute la période de mise en œuvre du plan	Nombre de cas pris en charge/Nombre de cas diagnostiqués		100%	100%	100%	100%	100%	100%	

XIII/ OBJECTIFS SPECIFIQUES ET ACTIVITES

TABLEAU 19 : Activités pour les interventions de la lutte contre les MTN

PS1 : Renforcer la sensibilisation, le plaidoyer et le partenariat pour l'appropriation du plan par les acteurs aux différents niveaux ainsi que la mobilisation des ressources nécessaires à la lutte contre les MTN

OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES
1.1 : Mettre en œuvre un plan de sensibilisation et de plaidoyer en direction des décideurs, des différents acteurs du système de santé, des partenaires et des leaders communautaires pour la lutte contre les MTN	1.1.1 Sensibiliser 90% des agents ciblés des secteurs impliqués et les différents partenaires techniques et financiers sur les enjeux de la lutte contre les MTN d'ici fin décembre 2011	1.1.1.1 Organiser un atelier national de plaidoyer et de sensibilisation sur les MTN au profit des agents des secteurs santé, éducation, élevage, hydraulique et les partenaires
	1.1.2 Sensibiliser les populations et les leaders communautaires sur la lutte contre les MTN d'ici fin décembre 2011	1.1.1.2 Organiser 4 ateliers inter-régionaux de plaidoyer et de sensibilisation sur les MTN au profit des agents des secteurs santé, éducation, élevage, hydraulique et les partenaires
		1.1.2.1 Organiser la cérémonie de lancement du plan intégré de lutte contre les MTN dans une région de co-endémicité (Bambey)
		1.1.2.2 Animer des émissions radiotélévisées (ou spot) sur les MTN
1.2 : Renforcer les partenariats à différents niveaux pour la mobilisation des ressources nécessaires en vue du contrôle, de l'élimination ou de l'éradication des MTN	1.2.1. Amener au moins 50 % des partenaires techniques et financiers ciblés à inscrire dans leur plan un appui à la lutte contre les MTN d'ici 2015	1.1.2.3 Assurer la participation des programmes MTN aux rencontres internationales (SISDAK) organisées par le MSP
		1.2.1.1 Organiser une réunion consultative annuelle avec les partenaires stratégiques en vue de la mobilisation des ressources
		1.2.1.2. Assurer la mise en œuvre effective des recommandations et engagements issus de ces réunions

OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES
	1.2.2 Amener au moins 50 % des collectivités locales et des comités de gestion/santé à inscrire dans leur plan une ligne d'appui à la lutte contre les MTN d'ici 2015	1.2.2.1 Organiser une réunion consultative annuelle avec les collectivités locales et les comités de gestion/santé en vue de la mobilisation des ressources (5 régions par an)
		1.2.2.2. Assurer la mise en œuvre effective et le suivi des recommandations et engagements issus de ces réunions
	1.2.3 Mobiliser chaque année des ressources provenant de la plateforme multisectorielle pour le financement de la lutte contre les MTN	1.2.3.1 Identification des différents secteurs intervenant dans la lutte contre les MTN en vue de leur intégration dans la plateforme multisectorielle
		1.2.3.2 Assurer la participation de la coordination de la lutte contre les MTN aux réunions extérieures de la CAF/SP
		1.2.3.3 Faire le plaidoyer de la lutte contre les MTN basé sur la multisectorialité du problème

PS2 : Mettre en œuvre des mécanismes d'intervention garantissant la durabilité de la lutte contre les MTN

OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES
2.1 Renforcer l'intégration des activités de lutte contre les MTN dans les plans sectoriels en vue de leur financement dans le budget national	2.1.1. Rendre disponible à tous les niveaux requis le plan stratégique 2011-2015 de lutte intégrée contre les MTN d'ici juin 2011	2.1.1.1. Organiser un atelier national de validation du plan stratégique intégré de lutte contre les MTN;
		2.1.1.2. Procéder au partage du plan stratégique 2011/2015 de lutte contre les MTN
	2.1.2 Intégrer les activités de lutte contre les MTN dans tous les CDSMT/Santé pendant la période de mise en œuvre du plan	2.1.2.1 Inscrire les activités de lutte contre les MTN dans les CDSMT/santé
		2.1.2.2 Organiser un atelier d'élaboration du PTA intégré pour la lutte contre les MTN
2.2 Renforcer la planification décentralisée de la lutte contre les MTN du niveau régional et district dans le cadre du partenariat avec les collectivités locales	2.2.1. Amener tous les districts cibles à intégrer les activités de lutte contre les MTN dans leur PTA d'ici fin 2013	2.2.1.1. Partager les fiches techniques du plan MTN ainsi que le PTA du niveau central avec les régions et districts
		2.2.1.2. Participer aux réunions annuelles de planification des régions et districts cibles

OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES
2.3 Améliorer les mécanismes de mobilisation des ressources au niveau national, régional et district pour le soutien à la lutte contre les MTN	2.3.1 Mobiliser chaque année au moins 80% des ressources financières allouées par l'état pour la lutte contre les MTN	2.2.1.3 Apporter un appui aux régions pour la participation effective des représentants des collectivités locales ainsi que du secteur privé aux ateliers d'élaboration des PTA régionaux et districts
	2.3.2 Mobiliser chaque année au moins 70% des ressources financières allouées par les collectivités locales à la lutte contre les MTN	2.3.1.1 Elaborer des requêtes de financement d'activités des programmes
		2.3.1.2 Assurer le suivi des requêtes de financement 2.3.2.1. Organiser des missions de sensibilisation et de plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des collectivités locales en collaboration avec la CAF/SP et/ou CAS/PNDS

PS3 : Mettre en œuvre dans toutes les zones d'endémie des mesures adéquates de prévention, de diagnostic, de traitement et de surveillance des MTN

OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES
3.1 Déterminer la distribution des MTN pour une meilleure application des stratégies de lutte	3.1.1 Achever la cartographie du trachome, des schistosomiasés et des géohelminthiases d'ici fin décembre 2013	3.1.1.1 Organiser des sessions de formation des coordonnateurs et de deux gestionnaires de données sur l'utilisation des logiciels de cartographie
		3.1.1.2 Organiser des enquêtes de cartographie complémentaire du trachome (9 districts en 2011, 12 districts en 2012, 12 districts en 2013)
		3.1.1.3 Organiser une enquête de cartographie complémentaire (y compris l'évaluation des sites sentinelles) des schistosomiasés et des Géohelminthiases (pour 62 sites sentinelles complémentaires)
	3.1.2 Géo référencer les données entomo-épidémiologiques des deux dernières décennies disponibles de l'onchocercose	3.1.2.1 Présenter la cartographie de l'onchocercose dans les bassins de la Gambie et de la Falémé mettant en exergue les résultats des évaluations

OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES
		épidémiologiques et entomologiques des deux dernières décennies
	3.1.3 Déterminer la distribution de la rage humaine et de la leishmaniose sur l'étendue du territoire national d'ici fin 2013	3.1.3.1 Procéder à une revue documentaire pour identifier la distribution des cas de rage humaine au Sénégal
		3.1.3.2 Procéder à l'analyse des données de notification hebdomadaire des cas de morsures pour une mise à jour continue de la distribution de la rage
		3.1.1.5 Dépister les cas de leishmanioses au décours des formations des agents de santé pour la notification et le dépistage des cas
	3.1.3 Déterminer tous les ans le niveau de risque de survenue d'une épidémie de dengue et de dracunculose	3.1.1.6 Procéder à une enquête entomologique périodique d'évaluation du risque de survenue de dengue
		3.1.1.8 Procéder à l'identification périodique des zones à haut risque de transmission du ver de guinée
3.2 : Développer un système durable de gestion des médicaments, outils de diagnostic et autres intrants de qualité pour la bonne mise en œuvre de la lutte contre les MTN	3.2.1 Rendre disponible de manière permanente à tous les niveaux requis les médicaments et autres intrants de qualité nécessaires à la lutte contre les MTN pendant toute la période de mise en œuvre du plan	3.2.1.1 Acquérir les autres médicaments nécessaires au traitement des MTN qui ne sont pas dans le programme des donations
		3.2.1.2 Assurer la prise en charge des frais de transit et de manutention de tous les médicaments utilisés dans la lutte contre MTN
		3.2.1.3 Assurer l'intégration de la gestion des médicaments et autres intrants MTN dans le système national
		3.2.1.4 Mener une enquête sur les vaccins et sérums disponibles contre la rage humaine en circulation dans le marché (circuits formel et informel) des médicaments au Sénégal en vue de sa sécurisation
	3.2.2 Rendre disponible de manière permanente les supports de collecte d'information relative à la gestion des médicaments à tous les niveaux requis pendant toute la période de mise en œuvre du plan	3.2.2.1 Développer un outil de gestion (progiciel) des médicaments MTN
		3.2.2.2 Assurer la formation des utilisateurs du progiciel
		3.2.2.3 Organiser un atelier d'élaboration des outils et supports de gestion des médicaments et intrants de lutte

OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES
		contre les MTN (intégrer tous les autres aspects gestionnaires : données de traitement, effets secondaires)
		3.2.2.4 Procéder à la reproduction et à la diffusion des outils et supports de gestion des médicaments et intrants de lutte contre les MTN
	3.2.3 Former tous les responsables des PRA et les dépositaires des districts à la gestion des stocks des médicaments MTN d'ici fin décembre 2011	3.2.3.1 Organiser une session d'orientation des pharmaciens responsables des PRA sur la gestion des médicaments MTN
		3.2.3.2 Organiser des sessions de renforcement des capacités des dépositaires de district à la gestion des médicaments MTN
3.3 : Renforcer aux différents niveaux les capacités des personnels de santé et communautaires impliqués dans la lutte contre les MTN	3.3.1 : Rendre disponible à tous les niveaux requis les modules de formation et guides techniques du programme MTN d'ici fin décembre 2011	3.3.1.1 Organiser un atelier d'élaboration du module intégré de formation pour la lutte contre les MTN destiné au personnel de santé
		3.3.1.2 Organiser un atelier d'élaboration du module intégré de formation pour la lutte contre les MTN destiné au personnel communautaire
		3.3.1.3 Organiser un atelier d'élaboration des fiches techniques destinées aux enseignants pour la lutte contre les MTN en collaboration avec le ministère chargé de l'éducation
		3.3.1.4 Procéder à la reproduction et à la distribution des modules de formation intégrée et fiches techniques
	3.3.2 Rendre disponible à tous les niveaux requis les outils et supports IEC du programme MTN pendant toute la période de mise en œuvre du plan	3.3.2.1 Organiser un atelier d'élaboration des outils et supports IEC destinés à la lutte contre les MTN
		3.3.2.2 Procéder à la reproduction et à la distribution des supports et outils IEC
	3.3.3 Former les personnels de santé et de l'éducation de toutes les régions et districts du pays sur les stratégies de lutte contre les MTN d'ici fin décembre 2011	3.3.3.1 Organiser des sessions de formation des équipes cadres de régions et districts, IA et IDEN sur les stratégies de lutte contre les différentes MTN
		3.3.3.2 Organiser des sessions de formation du personnel de santé (ICP, SFE, et autres personnels de santé) sur les stratégies de lutte contre les différentes MTN

OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES
3.4 Améliorer les couvertures des interventions de lutte contre les MTN	3.4.1 Atteindre des taux de couverture géographique de 100% et thérapeutique de plus de 80% dans tous les districts sous chimiothérapie préventive pendant toute la période de mise en œuvre du plan	3.3.3.3 Organiser des sessions de formation du personnel communautaire sur les stratégies de lutte contre les différentes MTN
		3.3.3.4 Organiser des sessions de formation des CODEC/Inspecteurs ou représentants de zones (12 par IDEN) sur les stratégies de lutte contre les différentes MTN
		3.3.3.5 Organiser des sessions de formation des techniciens de laboratoires sur les méthodes de diagnostic des Géohelminthiases et schistosomiasis (Kato-Katz et filtration urinaire)
		3.4.1 Organiser des ateliers de micro-planification au niveau des régions et districts cibles avant chaque campagne de TDM
		3.4.2 Dérouler un plan de communication de masse pour la sensibilisation des populations avant les campagnes de traitement de masse contre les MTN
		3.4.3 Organiser des CRD/CDD/CLD avant la mise en œuvre des campagnes de traitement de masse contre les MTN
	3.4.2 Prendre en charge au niveau communautaire moins 75% des cas de lymphœdème dépistés chaque année	3.4.4 Organiser des campagnes de traitement de masse contre les MTN en fonction de la Co-endémicité
		3.4.5 Organiser des réunions régionales d'évaluation post-campagne
		3.4.2.1 Organiser des sessions de formation des ECR et ECD à la prise en charge des cas de Lymphœdème ;
	3.4.3 Opérer au moins 25% des cas d'hydrocèle dépistés chaque année dans les zones d'endémie	3.4.2.2 Organiser des sessions de formation des ICP à la prise en charge des cas de Lymphœdème
		3.4.2.3 Assurer la prise en charge communautaire des cas de Lymphœdème
	3.4.4 Réduire la prévalence du trichiasis trachomateux à un taux inférieur à 1% chez les adultes d'ici décembre 2015 dans les	3.4.3.1 Assurer la formation des MCD des districts endémiques à la chirurgie de l'hydrocèle
		3.4.3.2 Acquérir des kits de chirurgie de l'hydrocèle
		3.4.4.1 Assurer la formation des infirmiers à la chirurgie du trichiasis

OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES
	districts de mise en œuvre	3.4.4.2 Organiser chaque année des campagnes de chirurgie du trichiasis dans les districts ;
	3.4.5 Réduire d'au moins 35% les nouveaux cas avec infirmité de grade 2 d'ici 2015, en prenant comme niveau de base le taux de 2010	3.4.5.1 Organiser le dépistage précoce des cas de lèpre dans tous les districts ; 3.4.5.2 Assurer la prise en charge correcte des cas de lèpre
	3.4.6 Atteindre le seuil d'élimination de la lèpre de 1 cas pour 10 000 habitants dans les deux districts () d'endémie d'ici 2015;	3.4.6.1 Organiser deux campagnes annuelles de dépistage de la lèpre dans les deux districts 3.4.6.2 Organiser des campagnes de sensibilisation des populations dans les deux districts 3.4.6.3 Assurer la prise en charge correcte des cas de lèpre dépistés
	3.4.7 Prendre en charge correctement tous les cas (simple et compliqué) de dengue diagnostiqués	3.4.7.1 Organiser le dépistage des cas dans les structures de soins en cas d'épidémie 3.4.7.2 Assurer la prise en charge dans les structures sanitaires des cas de dengue diagnostiqués (cas simple et cas hémorragique);
	3.4.8 Prendre en charge correctement dans les structures décentralisées spécialisées en dermatologie tous les cas de leishmanioses diagnostiqués pendant toute la période de mise en œuvre du plan	3.4.8.1 Assurer le dépistage et la référence de tous les cas suspects de leishmaniose 3.4.8.2 Assurer la prise en charge des cas de leishmanioses (CHU LE DANTEC et régions avec dermatologue)
3.5 : Renforcer la lutte anti-vectorielle intégrée et la prévention de la transmission des MTN concernées	3.5.1 Contribuer à la mise en œuvre des activités de l'initiative sous-régionale de lutte intégrée contre les vecteurs	3.5.1.1 Mettre en place une base de données de lutte intégrée contre les vecteurs de MTN 3.5.1.2 Participer aux réunions de coordination et de prise de décision de cette initiative 3.5.1.3 Assurer la mise en œuvre des décisions sous régionales dans les programmes nationaux de lutte intégrée contre les vecteurs
	3.5.2 Contribuer aux initiatives de lutte anti-vectorielle intégrée en collaboration avec le programme de lutte contre le paludisme par la distribution des MILDA et la mise en œuvre des AID	Voir activités menées par le PNL
	3.5.3 Interrompre la transmission du virus de la dengue par la pulvérisation spatiale ou épandage aérien d'insecticides à	3.5.3.1 Mettre un fonds à la disposition du plan pour la lutte anti-vectorielle en cas d'épidémie

OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES
	chaque épidémie de dengue	3.5.3.2 Assurer la lutte anti-vectorielle en cas d'épidémie en collaboration avec SNH
	3.5.4 Contribuer aux activités de contrôle de réservoir de la rage organisées par le ministère de l'élevage	3.5.4.1 Capitaliser les données d'actions menées par le Secteur de l'Elevage dans le contrôle du réservoir de virus
	3.5.5 Prévenir la survenue de la rage humaine par la sérovaccination antirabique selon les normes et procédures chez toutes les personnes mordues par animaux vecteurs	3.5.5.1 Créer des centres de vaccination antirabique dans chaque région
		3.5.5.2 Organiser des sessions d'orientation des agents vaccinateurs
		3.5.5.3 Procéder à la sérovaccination antirabique chez les personnes mordues par animal vecteur selon les procédures
3.5.6 Sensibiliser les populations des zones à haut risque de transmission de la dracunculose sur les méthodes de prévention des maladies à transmission Hydrique en général et du ver de guinée en particulier	3.5.6.1 Organiser des campagnes de sensibilisation dans toutes les zones à haut risque de transmission de la dracunculose	
3.6 : Développer un système de surveillance de la réintroduction de la dracunculose et la circulation des virus de la dengue en vue de la riposte	3.6.1 Mettre en place de manière progressive un système de surveillance et de gestion des cas et des rumeurs de ver de Guinée au niveau de chaque district sanitaire d'ici décembre 2013	3.6.1.1 Organiser un atelier de révision du livret de surveillance communautaire du ver de guinée
		3.6.1.2 Procéder à la reproduction du livret de surveillance communautaire
		3.6.1.3 Procéder à la diffusion du livret de surveillance communautaire
		3.6.1.4 Procéder à la notification mensuelle des cas (y compris les zéro cas) de ver de guinée
		3.6.1.5 Mettre en place un fonds pour les investigations des cas/ des rumeurs de ver de guinée
	3.6.2 Mettre en œuvre un plan de surveillance de la circulation du virus de la dengue dans l'ensemble du territoire national en collaboration avec les institutions de recherche intervenant dans ce domaine	3.6.2.1 Procéder à des captures semestrielles des vecteurs (aêdes) dans les sites de surveillance de la circulation du virus
		3.6.2.2 Procéder au traitement du matériel capturé au laboratoire
		3.6.2. 3 Faire des rapports semestriels périodiques

PS4 : Renforcer la coordination, le suivi-évaluation du plan de lutte contre les MTN ainsi que la recherche opérationnelle

OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ACTIVITES	
4.1 : Renforcer le cadre institutionnel de la lutte contre les MTN au sein du MSP	4.1.1.1 Renforcer le management de la lutte contre les MTN	4.1.1.1 : Prendre un arrêté portant création du comité national de pilotage de la lutte contre les MTN ; 4.1.1.2 : Prendre les arrêtés portant création des programmes de lutte contre la DENGUE, la RAGE et les LEISHMANIOSES ; 4.1.1.3 Prendre les arrêtés portant nomination des coordonnateurs des nouveaux programmes et le remplacement du coordonnateur du programme de lutte contre la lèpre ;	
	4.1.1.2 Renforcer les capacités d'intervention du management de la lutte contre les MTN	4.1.2.1; Mettre du personnel complémentaire à la disposition de la coordination 4.1.2.2 Acquérir des véhicules 4.1.2.3 Assurer la prise en charge des frais de maintenance des véhicules 4.1.2.4 Acquérir du matériel informatique et bureautique	
	4.2 : Promouvoir des instances de coordination intra et multisectorielle élargie aux autres acteurs de la lutte contre les MTN aux différents niveaux	4.2.1 Renforcer la coordination effective des activités de lutte contre les MTN pendant toute la période de mise en œuvre du plan	4.2.1.1 Organiser des réunions de coordination mensuelles internes à la DLM élargie au besoin aux autres parties prenantes du MSP et partenaires
			4.2.1.2 Organiser des revues trimestrielles techniques conjointes des activités avec les secteurs intervenant dans la lutte contre les MTN élargie aux ONG, partenaires et régions médicales
4.2.1.3 Organiser une revue technique annuelle des activités de lutte contre les MTN menées au Sénégal			
4.2.1.4 Organiser une revue annuelle conjointe des activités avec les institutions de recherche intervenant dans la lutte contre les MTN			
4.2.2 Renforcer la gestion intégrée des données de tous les secteurs, Organisations de la société civile et institutions de recherche intervenant dans la lutte contre les MTN pendant	4.2.2.1 Elaborer un outil intégré de collecte des données avec les autres secteurs et intervenants dans la lutte contre les MTN		

	toute la période de mise en œuvre	4.2.2.2 Diffuser les données consolidées de lutte contre les MTN à tous les niveaux requis
4.3 : Développer un système de supervision intégré et de monitoring des résultats des interventions de lutte contre les MTN	4.3.1 Renforcer la supervision intégrée périodique des activités de la lutte contre les MTN aux différents niveaux	4.3.1.1 Organiser un atelier d'élaboration d'un guide de supervision intégré pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire
		4.3.1.2 Organiser les supervisions semestrielles (niveau central vers régions), trimestrielles (régions vers districts) et mensuelles (districts vers postes de santé) des activités de lutte contre les MTN
		4.3.1.3 Elaborer les rapports de supervision intégrée
		4.3.1.4 Organiser une réunion de restitution des résultats de la supervision (au cours des réunions mensuelles)
4.3.2 Déterminer le niveau d'exécution du plan stratégique de lutte contre les MTN		4.3.2.1 Organiser une évaluation à mi-parcours du plan MTN
		4.3.2.2 Organiser une évaluation finale du plan MTN
4.4 : Développer un sous-système de pharmacovigilance en rapport avec les MTN comme partie intégrante du système national ainsi que le contrôle de qualité des médicaments	4.4.1 Mettre en place un sous-système de pharmacovigilance dans la lutte contre les MTN intégrant le système national	4.4.1.1 Intégrer les aspects de pharmacovigilance des médicaments MTN dans les formations des agents de santé
		4.4.1.2 Reproduire les fiches de notification des effets secondaires liés aux médicaments MTN
		4.4.1.3 Collecter et analyser les données relatives aux effets secondaires liés aux médicaments MTN lors des campagnes de traitement de masse
		4.4.1.4 Diffuser les résultats de l'analyse des données liés aux effets secondaires des médicaments MTN à tous les niveaux requis
4.4.2 Mettre en place un sous-système de contrôle de qualité des lots médicaments distribués dans la lutte contre les MTN		4.4.2.1 Prélever un échantillon de chaque lot de médicament MTN reçu pour le contrôle de qualité en collaboration avec le LNCM
		4.4.2.2 Apporter un appui financier au LNCM pour l'achat des substances de référence nécessaires au contrôle de qualité
4.5 : Déterminer l'impact des interventions de lutte contre les MTN	4.5.1 Procéder à l'évaluation périodique des sites sentinelles et de contrôle des programmes de Chimiothérapie Préventive de Masse	4.5.1.1 Organiser l'évaluation annuelle des villages sentinelles de l'onchocercose selon le cycle de rotation dans le réseau des villages retenus à cet effet
		4.5.1.2 Procéder tous les ans à des études entomologiques d'impact de l'ivermectine sur la transmission au niveau des points de capture
		4.5.1.3 Procéder à l'évaluation annuelle de la

		microfilarémie dans les sites sentinelles FL
		4.5.1.4 Organiser tous les deux ans l'évaluation des villages sentinelles SCH/HTS selon le cycle de rotation dans le réseau des villages retenus à cet effet
		4.5.1.5 Organiser tous les trois ans l'évaluation des sites de contrôle du trachome dans les districts sous traitement
	4.5.2 Procéder à l'évaluation de l'efficacité des interventions de prise en charge des cas	4.5.2.1 Déterminer le nombre de cas de rage
		4.5.2.2 Déterminer le nombre de cas de trichiasis opéré
		4.5.2.3 Déterminer le nombre de nouveaux cas de lèpre avec infimités de grade 2
		4.5.2.4 Déterminer le nombre de cas d'hydrocèle opéré
		4.5.2.5 Déterminer le nombre de cas de lymphoedème pris en charge
		4.5.2.6 Déterminer le nombre de cas de leishmaniose pris en charge
		4.5.2.7 Déterminer le nombre de cas de dengue pris en charge
		4.5.2.8 Déterminer le nombre de cas de ver de guinée pris en charge
4.6 : Promouvoir la recherche opérationnelle pour le soutien à la lutte contre les MTN	4.6.1 Mettre en place un cadre de concertation et de soutien fonctionnel à la recherche opérationnelle contre les MTN	4.6.1.1 Organiser des réunions périodiques de concertation sur la recherche opérationnelle de la lutte contre les MTN
		4.6.1.2 Identifier des thèmes de recherche opérationnelle sur les MTN en collaboration avec les institutions de recherche
		4.6.1.3 Assurer le financement des protocoles de recherche opérationnelle retenus
		4.6.1.4 Organiser une réunion de présentation des résultats de la recherche opérationnelle et de prise de décision par rapport aux interventions à haut impact sur la morbidité des MTN
		4.6.1.5 Diffuser les résultats de la recherche opérationnelle au profit de la lutte contre les MTN pour la prise de décision et la valorisation

XIV. Mise à l'échelle des stratégies de lutte contre les MTN

14.1 Chimiothérapie Préventive de Masse :

14.1.1 Cartographie :

TABLEAU 20 : Besoins en cartographie

MTN	Nombre de districts suspects d'être endémiques	Nombre de districts endémiques	Nombre de districts à cartographier	Nombre de kits et autres matériels requis
Filariose lymphatique	75	50	0	NA
Onchocercose	8	8	0	NA
Schistosomiases	71	58	13	Voir éléments de budgétisation
Géohelminthiases	75	75	00	NA
Trachome	42	9	33	Voir éléments de budgétisation

TABLEAU 21: Populations cibles pour le TDM en 2011

MTN	Nombre de districts cibles	Population totale à risque	Population à risque par tranche d'âge			
			Adult	5-14 ans	1-4ans	Moins de 6 mois
Filariose lymphatique	50	7 677 349	–	–	–	–
Onchocercose	8	764 875	–	–	–	–
Schistosomiases	53	2 478 518	–	2 478 518	–	–
Géohelminthiases	75	4 990 684	–	3 640 112	1 350 572	–
Trachome	11	1 933 098	1894 435	–	–	38 662

Selon les recommandations de l’OMS, la chimiothérapie préventive de masse se fera de façon intégrée dans l’exécution de ce plan stratégique. Le paquet d’interventions de chimiothérapie préventive de masse pour chaque district sera mené selon la carte de coendémicité actuelle. Ces paquets seront réactualisés en fonction des nouvelles données de cartographie prévues.

Concernant la mise à l’échelle des interventions de chimiothérapie préventive de masse, seule la lutte contre l’onchocercose qui concerne 3 Régions (Tambacounda, Kédougou et Kolda) est étendue sur l’ensemble de la zone d’endémie dans le cadre de l’exécution du Programme de lutte contre l’onchocercose en Afrique de l’Ouest (OCP) depuis la fin des années 1980. La mise à l’échelle est entrain de se faire progressivement pour la lutte contre la filariose lymphatique, les schistosomiasis, les géohelminthiases et le trachome. Les facteurs régulant cette extension sont essentiellement la non finalisation de la cartographie et la faible disponibilité des ressources financières. Au fur et à mesure de la disponibilité des ressources financières, les activités de cartographie vont se mener et l’extension des interventions de chimiothérapie préventive de masse vont suivre.

Le tableau ci-dessous résume les types d’intervention à mettre en œuvre dans les districts.

TABLEAU 22: Type de combinaisons de distribution de masse selon les districts

N° paquet	Maladies cibles	Types de DMM	NOMBRE DE DISTRICTS				
			2011	2012	2013	2014	2015
	STH	T3		19	28	26	18
I	T	T4	5	2	0	0	0
II	LF	DMM1	1	4	1	0	0
III	SCH/T	T2-T4	0	1	4	0	0
IV	ONCHO	DMM3	2	0	0	0	0
V	SCH/TSH	T1	21	22	17	24	0
VI	LF/ONC	DMM1	2	0	0	0	0
VII	LF/STH	DMM1-T2	0	1	7	10	22
VIII	ONC/SCH	DMM3-T2	0	0	4	0	24
IX	FL/SCH/T	DMM1-T2-T4	0	0	0	0	1
X	SCH/TSH/T	T1-T4	2	2	1	2	0
XI	LF/SCH/TSH	DMM1-T2	2	3	5	7	17
XII	LF/ONCH/STH	DMM1	0	1	0	1	1
XIII	ONCHO/SCH/TSH	DMM3-T1	2	3	3	0	4
XIV	LF/SCH/TSH/ONCH	DMM1-T2	2	0	1	0	3

TABLEAU 23 : Type de combinaisons (actuelles et celles probables selon les résultats des investigations attendues) de distribution de masse dans les Régions

Régions	Nombre de districts	MTN présentes	Types de TDM
Dakar	10	- Géohelminthiases - Schistosomiasés : investigations à mener dans 6 districts	- T3 - T1 probable (si investigations positives)
Diourbel	4	- Elles sont toutes présentes sauf l'onchocercose - Schistosomiase : investigations à mener dans 1 District - Trachome : investigations à mener dans 2 districts	- DMM1 - T2 - T4
Fatick	7	- Elles sont toutes présentes sauf l'onchocercose - Trachome : investigations à mener dans 7 Districts	- DMM1 - T2 - T4 probable (si investigations positives)
Kaffrine	4	- Elles sont toutes présentes sauf l'onchocercose - Schistosomiasés : investigations à mener dans 1 District - Trachome : des investigations doivent être menées dans 1 District	- DMM1 - T2 - T4
Kaolack	4	- Elles sont toutes présentes sauf l'onchocercose - Schistosomiasés : des investigations doivent être menées dans 1 District - Trachome : des investigations doivent être menées dans 3 Districts	- DMM1 - T2 - T4
Kédougou	3	- Elles sont toutes présentes sauf le trachome	- DMM1 - T2
Kolda	3	- Elles sont toutes présentes - Shistosomiasés : des investigations doivent être menées dans 1 District - Trachome : des investigations doivent être menées dans les 3 Districts	- DMM1 - T2 - T4 probable (si investigations positives)
Louga	8	- Elles sont toutes présentes sauf l'onchocercose - Trachome : des	- DMM1 - T2 - T4

		investigations doivent être menées dans 4 Districts	
Matam	3	- Schistosomiases et géohelminthiases sont présentes - Trachome : des investigations doivent être menées dans les 3 Districts	- T1 - T4 probable (si investigations positives)
Saint Louis	5	- Elles sont toutes présentes sauf l'onchocercose - Trachome : des investigations doivent être apportées pour les 5 Districts	- DMM1 - T2 - T4 probable (si investigations positives)
Sédhiou	3	- Géohelminthiases et Filariose lymphatique - Schistosomiases et trachome : des investigations doivent être faites dans les 3 Districts	- DMM1 - T2 probable (si investigations positives) - T4 probable (si investigations positives)
Tambacounda	7	- Elles sont toutes présentes sauf le trachome	- DMM1 - T2
Thiès	9	- Elles sont toutes présentes sauf l'onchocercose - Schistosomiases : des investigations doivent être menées dans 1 District	- DMM1 - T2 - T4
Ziguinchor	5	- Elles sont toutes présentes sauf l'onchocercose - Trachome : des investigations doivent être menées dans 2 Districts	- DMM1 - T2 - T4 probable (suite aux investigations)

* Pour connaître la situation épidémiologique actuelles de chaque district, veuillez vous référer au Tableau 10

Les types d'intégration des Traitements de masse à mener seront fonction de l'existence des maladies au niveau des district. Nous allons intégrer au maximum les traitements de masse en prenant soin de séparer d'une semaine les traitements antiparasitaires (ivermectine, albendazole, mébendazole, praziquantel) et l'antibiothérapie (azithromycine)

Les Canaux de Prestations sont essentiellement les Ecoles (enfants d'âge scolaire) et les Communautés (toutes les populations ciblées des différentes tranches d'âge dans les villes et villages, quartiers, etc.)

Le plan de passage à l'échelle est résumé dans le tableau ci-dessous :

TABLEAU 24 : Plan de passage à l'échelle

Programme MTN	ACTIVITES	UNITE	Nombre d'unité/population / besoin annuel				
			An 1	An 2	An 3	An 4	An 5
Elimination de la LF	TDM	Nombre de districts	7	13	21	42	50
		Population cible	1 378 489	2 137 881	5 223 474	6 134 091	6 318 144
		Ivermectine	4 455 763	7 634 347	16 927 745	19 347 321	19 927 740
		Albendazole	528 317	1 419 843	2 202 018	5 380 178	6 318 114
	Enquete de base	Nombre de districts	00	00	00	00	00
	Evaluation des sites sentinelles	Nombre de sites (Région de Tambacounda)	10	10	10	10	10
Surveillance post campagne	Nombre de districts	7	13	14	35	43	
Lutte contre les Schistosomias	TDM	Nombre de districts	35	29	35	29	35
		Population cible	1 234 863	1 217 345	1 310 066	1 291 482	1 458 969
		Praziquantel	3 087 158	3 043 363	3 275 165	3 228 705	3 647 423
	Enquete de base	Nombre de districts	13				
	Evaluation des sites sentinelles	Nombre de districts	6	13	6	13	6
Surveillance	Nombre de districts	35	29	35	29	35	
Lutte contre les géohelminthosés	TDM	Nombre de districts	29	57	73	75	75
		Population cible					
		PRESAC	438 510	1 056 631	1 402 563	1 475 806	1 520 080
		SAC	1 095 362	2 508 297	3 035 939	2 074 411	1 861 945
		Mebendazole					
PRESAC	438 510	1 056 631	1 402 563	1 475 806	1 520 080		
SAC	1 095 362	2 508 297	3 035 939	2 074 411	1 861 945		

	Enquete de base	Nombre de districts	00	00	00	00	00
	Evaluation des sites sentinelles	Nombre de districts	6	13	6	13	6
	Surveillance	Nombre de districts	29	57	73	75	75
Programme MTN	ACTIVITES	UNITE	Nombre d'unité/population / annual requirement				
			An 1	An 2	An 3	An 4	An 5
Elimination du trachome cécitant	TDM	Nombre de districts	7	5	5	5	1
		Population cible	881 371	907 812	935 046	259 761	
		Azythromycine Comprimés sirop	1 556 428 37 334	1 603 121 38 454	1 651 215 39 607	615 539 14 765	0
		Tétracycline	25 747	26 520	27 315	10 183	0
	Baseline surveys	Nombre de districts	9	12	12	0	0
	Evaluation des sites de controle	Nombre de districts	2	3	0	0	0
	Surveillance post campagne	Nombre de districts	7	5	5	5	1
Lutte contre l' onchocercose	TDM	Nombre de districts	8	8	8	8	8
		Population cible	764 875	787 821	811 456	835 800	860 874
		Ivermectine	-	-	-	-	-
	Baseline surveys	Nombre de districts	8	8	8	8	8
	Evaluation des sites sentinelles	Nombre de districts	8	8	8	8	8
	Surveillance	Nombre de districts	8	8	8	8	8

Concernant la chimiothérapie préventive de masse, les différentes activités prévues sont consignées dans le tableau ci-dessous

TABLEAU 25: Activités pour la DMM

Objectif stratégique : Améliorer les couvertures des interventions de lutte contre les MTN			
Objectifs spécifiques	Activités	Fréquence	Ressources
3.4.1 Atteindre des taux de couverture de plus de 80% dans tous les districts cibles sous chimiothérapie préventive pendant toute la période de mise en œuvre du plan	3.4.1 Organiser des ateliers de micro-planification au niveau des régions et districts cibles avant chaque campagne de TDM	Tous les ans	Participants : 2MSHPP, 6 ECR, 4/ district, Lieu : Région Durée : 2 jours Frais de remboursement transport et perdiems Matériel didactique
	3.4.2 Dérouler un plan de communication de masse pour la sensibilisation des populations avant les campagnes de traitement de masse contre les MTN	Tous les ans	Frais d'organisation des campagnes de sensibilisation du niveau national, régional et district
	3.4.3 Organiser des CRD/CDD/CLD avant la mise en œuvre des campagnes de traitement de masse contre les MTN	Tous les ans	
	3.4.4 Organiser des campagnes de traitement de masse contre les MTN en fonction de la Co-endémicité	Tous les ans	Logistique pour le traitement de masse Frais de prise en charge des distributeurs communautaires
	3.4.5 Organiser des réunions régionales d'évaluation post-campagne	Tous les ans	Participants : ECR, ECD, MSP, MEN, IA, IDEN Frais de prise en charge

14.2 Gestion de la morbidité

Le présent plan ne prend pas seulement en compte les maladies bénéficiant de la chimiothérapie préventive de masse mais aussi des maladies bénéficiant de la gestion de la morbidité. L'élimination du trachome cécitant passe d'abord par la prise en charge du trichiasis qui est le premier jalon de la stratégie CHANCE. Ainsi, il sera procédé au traitement des cas en collaboration avec les services de santé et les communautés qui seront capacités pour le dépistage précoce des cas. Ces maladies sont la lèpre, la leishmaniose, la dengue, les complications liées au trachome (trichiasis) et à la filariose lymphatique (éléphantiasis, lymphoedème). Il importe d'assurer la disponibilité permanente des médicaments et intrants nécessaires à la prise en charge de ces cas.

Les cas seront pris en charge au fur et à mesure de leur découverte au décours des campagnes de traitement de masse (filariose lymphatique et trachome), ou en campagne dépistage ou en routine (lèpre, leishmaniose) ou en cas d'épidémie (dengue). Dans ce dernier cas, les activités de surveillance entomologique devront aider les services de santé à une plus grande vigilance pour la riposte. Ces interventions devront se faire rapidement sur l'ensemble des zones d'endémie selon la performance des programmes qui seront mis en œuvre sur le terrain.

TABLEAU 26 : Résumé de la situation des MTN à prise en charge de cas

MTN endémique	Nombre de districts Suspects d'être endémiques	Nombre de districts endémiques	Nombre de districts à investiguer	Besoins
Trichiasis	42	9	33	Voir éléments de budgétisation
Hydrocèle	75	50	50	'
Lèpre	75	75	75	'
dengue	75	Mise à jour	75	'
leishmaniose	75	Mise à jour	75	'

TABLEAU 27 : Résumé des besoins prioritaires pour la prise en charge des cas

MTN endémique	Nombre de districts cibles	Population totale à risque	Besoins
Trichiasis	11	1 910 846	Formation des ICP Médicaments et consommables
Hydrocèle	50	7 677 349	Formation des médecins Médicaments et consommables
Lèpre	75	12 862 587	Formation médicaments
dengue	75	12 862 587	Formation médicaments
leishmaniose	75	12 862 587	Formation médicaments

TABLEAU 28 : Méthodes d'interventions requises pour la prise en charge des cas

Interventions	MTN cibles	Méthodes d'interventions	Besoins
chirurgie	Hydrocèle Trichiasis Lèpre	Hydrocéclectomie Trabut Chirurgie de décompression/Chirurgie réparatrice	-Collaboration avec les Centres hospitaliers -Soutien financier pour la prise en charge des cas
Soins locaux	Eléphantiasis Lèpre Leishmaniose	Soins d'hygiène à domicile Infiltrations dermatologiques	-Collaboration d'Agents de Santé Communautaire -Collaboration avec les services de dermatologie -Soutien financier pour la prise en charge des cas

TABLEAU 29 : Activités pour les MTN à prise en charge de cas

Objectifs spécifiques	Activités	Fréquence	Ressources
3.4.2 Assurer la prise en charge communautaire d'au moins 75% des cas de lymphœdème dépistés chaque année	3.4.2.1 Organiser des sessions de formation des ECR et ECD à la prise en charge des cas de Lymphœdème ;	Tous les ans	Participants : 3 MSP, ECR, ECD Lieu : Région Durée : 2 jours Frais de remboursement transport perdiems Matériel didactique
	3.4.2.2 Organiser des sessions de formation des ICP à la prise en charge des cas de Lymphœdème	Tous les ans	Participants : ECD, 20 ICP Lieu : District des régions cibles Durée : 2 jours Frais de remboursement transport et perdiems Matériel didactique
	3.4.2.3 Assurer la prise en charge communautaire des cas de Lymphœdème	Tous les ans	Achat morceaux de savons Achat bassines Achat serviettes
3.4.3 Assurer la prise en charge chirurgicale d'au moins 25% des cas d'hydrocèle dépistés chaque année dans les zones d'endémie	3.4.3.1 Assurer la formation des MCD des districts endémiques à la chirurgie de l'hydrocèle	Tous les ans	Participants : MCD, MCD adjoint et anesthésiste Formateurs/3 Lieu : District des régions cibles Durée : 5 jours Frais de remboursement transport et perdiems Frais pour achat de kits de chirurgie
	3.4.3.2 Acquérir des kits de chirurgie de l'hydrocèle	Tous les ans	Frais pour achat de kits de chirurgie de l'hydrocèle
3.4.4 Réduire la prévalence du trichiasis trachomateux à un taux inférieur à 1% chez les adultes d'ici décembre 2015 dans les districts de mise en oeuvre	3.4.4.1 Assurer la formation de 3 ICP/ district endémique à la chirurgie du trichiasis	Tous les ans	Participants : 1 OPH, 1 TSO, 3 ICP, Nombre de jours : 5 (6 Districts en 2011, 4 en 2012, 4 en 2013)
	3.4.4.2 Organiser chaque année des campagnes de	Tous les ans	Participants : 1 OPH, 1 TSO, 3 ICP,

	chirurgie du trichiasis dans les districts ;		3 campagnes par district/ an Nombre de jours : 2
3.4.5 Réduire d'au moins 35% les nouveaux cas avec infirmité de grade 2 d'ici 2015, en prenant comme niveau de base le taux de 2010	3.4.5.1 Organiser le dépistage précoce des cas de lèpre dans tous les districts ;	Tous les ans	Ressources financières pour formation pour les formation / recyclage et l'organisation de campagnes
	3.4.5.2 Assurer la prise en charge correcte des cas de lèpre	Tous les ans	Médicaments pour la PCT
	3.4.5.3 Assurer la formation des infirmiers spécialisés à la prise en charge de la névrite lépreuse	Tous les ans	Ressources financières (voir plan)
3.4.6 Atteindre le seuil d'élimination de la lèpre de 1 cas pour 10 000 habitants dans les deux districts () d'endémie d'ici 2015;	3.4.6.1 Organiser deux campagnes annuelles de dépistage de la lèpre dans les deux districts	Tous les semestres	Ressources financières (voir plan)
	3.4.6.2 Organiser des campagnes de sensibilisation des populations dans les deux districts	Tous les ans	Ressources financières (voir plan)
	3.4.6.3 Assurer la prise en charge correcte des cas de lèpre dépistés	Tous les ans	Ressources financières (voir plan)
3.4.7 Prendre en charge correctement tous les cas (simple et compliqué) de dengue diagnostiqués	3.4.7.1 Organiser le dépistage des cas dans les structures de soins en cas d'épidémie	En cas d'épidémie	PM (participation communautaire et soutien état)
	3.4.7.2 Assurer la prise en charge dans les structures sanitaires des cas de dengue diagnostiqués (cas simple et cas hémorragique);	En cas d'épidémie	Ressources financières (voir plan) Médicaments requis
3.4.8 Prendre en charge correctement dans les structures décentralisées spécialisées en dermatologie tous les cas de leishmanioses diagnostiqués pendant toute la période de mise en œuvre du plan	3.4.8.1 Assurer le dépistage et la référence de tous les cas suspects de leishmaniose	Tous les ans	Ressources financières (voir plan)
	3.4.8.1 Assurer le dépistage et la référence de tous les cas suspects de leishmaniose	Tous les ans	Ressources financières (voir plan) Médicaments requis

14.3 Prévention des MTN ciblées

Dans le cadre de la prévention de la rage humaine, toutes les personnes mordues par les chiens et autres animaux vecteurs vont bénéficier de la sérovaccination antirabique selon les normes et procédures requises. Des Centres de vaccinations contre la rage seront créés dans chaque région pour améliorer l'accès. Une politique de disponibilité permanente et gratuite de ces produits sera mise en place.

La promotion d'une utilisation effective des matériaux traités par les insecticides vont permettre la prévention de la transmission de la filariose lymphatique et de la leishmaniose.

La lutte contre le péril fécal par la promotion des latrines et l'hygiène individuelle et collective vont contribuer à une meilleure prévention des MTN. De même l'amélioration de l'accès à l'eau potable des populations, surtout en milieu rural permettra une baisse significative de la morbidité de certaines MTN.

Selon la performance des programmes, la mobilisation des secteurs de développement concernés, la disponibilité des différentes ressources (humaines, matérielles prenant en compte médicaments, sérums, vaccins et financière) ces interventions devront se faire sur l'ensemble des zones d'endémie. Le pilotage des programmes de lutte contre les MTN devront bénéficier d'un bon leadership pour l'extension.

Tableau 30 : Résumé des méthodes d'intervention prioritaires pour la prévention des MTN

Paquet d'intervention	MTN cibles	Méthodes d'intervention	Besoins	autres
Lutte antivectorielle	Filariose lymphatique Leishmaniose Dengue	Distribution MILDA Epannage aérien d'insecticides Hygiène environnement	MILDA Insecticides Equipement des Brigades d'Hygiène Boites à images pour l'éducation des populations	AID
Serovaccination antirabique après exposition	Rage	Administration serum et vaccination contre la rage	Sérum antirabique Vaccin antirabique Boites à images pour l'éducation des populations	Vaccination des chiens domestiques et péri domestiques Vaccinothérapie préventive des professionnels à risque

TABLEAU 31 : Activités de prévention des MTN

Objectifs spécifiques	Activités	Fréquence	Ressources
3.5.1 Participer à l'initiative sous-régionale de lutte intégrée contre les vecteurs	3.5.1.1 Participer aux réunions de coordination et de prise de décision de cette initiative	Tous les ans	Participants : 1 MSP Frais de prise en charge du participant
	3.5.1.2 Mettre en place une base de données de lutte intégrée contre les vecteurs de MTN		PM
	3.5.1.3 Assurer la mise en œuvre des décisions sous régionales dans les programmes nationaux de lutte intégrée contre les vecteurs	Tous les ans	PM
3.5.2 Contribuer aux initiatives de lutte anti-vectorielle intégrée en collaboration avec le programme de lutte contre le paludisme par la distribution des MILDA et la mise en œuvre des AID	Voir activités menées par le PNLP	Tous les ans	PM
3.5.3 Interrompre la transmission du virus de la dengue par la pulvérisation spatiale ou épandage aérien d'insecticides à chaque épidémie de dengue	3.5.3.1 Mettre un fonds à la disposition du plan pour la lutte anti-vectorielle en cas d'épidémie	Tous les ans	Ressources financières (voir budget)
	3.5.3.2 Assurer la lutte anti-vectorielle en cas d'épidémie en collaboration avec SNH	En cas d'épidémie	PM
3.5.4 Contribuer aux activités de contrôle de réservoir de la rage organisées par le ministère de l'élevage	3.5.4.1 Capitaliser les données d'actions menées par le Secteur de l'Élevage dans le contrôle du réservoir de virus		PM
3.5.5 Prévenir la survenue de la rage humaine par la sérovaccination antirabique selon les normes et procédures chez toutes les personnes mordues par animaux vecteurs	3.5.5.1 Créer des centres de vaccination antirabique dans chaque région	1 fois au début du Plan	(voir avec DPM)
	3.5.5.2 Organiser des sessions d'orientation des agents vaccinateurs	Tous les 2 ans	Participants : 5 MSP, 26 agentsvaccinateurs Lieu : Dakar Durée : 1 jour
	3.5.5.3 Procéder à la sérovaccination antirabique chez les personnes mordues par animal vecteur selon les procédures	Au besoin	
3.5.6 Sensibiliser les populations des zones à haut risque de transmission de la dracunculose sur les méthodes de prévention des maladies à transmission Hydrique en général et du ver de guinée en particulier	3.5.6.1 Organiser des campagnes de sensibilisation dans toutes les zones à haut risque de transmission de la dracunculose	Tous les ans	Ressources financières (voir budget Plan)

14.4 MTN sous surveillance

Dans le cadre de la lutte contre la dengue, des activités de prévention vont viser la une surveillance périodique de la circulation du virus au niveau des populations vectorielles pour détecter très tôt une éventuelle épidémie de dengue.

Le Sénégal, bien que certifié de l'interruption de la transmission du ver de Guinée n'est pas à l'abri d'une éventuelle réintroduction de la maladie. Tous les districts doivent être sous surveillance afin de détecter très tôt les cas importés.

Concernant la dengue, une collaboration avec les institutions de recherche devra aider à détecter la surveillance de la circulation des virus et les Districts et Régions Médicales prêtes à la riposte devant toute émergence de cas humains. Pour ce qui concerne le ver de Guinée, une intense surveillance épidémiologique, y compris celle à base communautaire devra se faire en particulier dans les anciennes zones d'endémies avant l'éradication de la maladie.

TABLEAU 32 : Activités de surveillance des MTN

Objectifs	Activités	Fréquence	Ressources
3.6.1 Mettre en place de manière progressive un système de surveillance et de gestion des cas et des rumeurs de la maladie au niveau de chaque district sanitaire d'ici décembre 2013	3.6.1.1 Organiser un atelier de révision du livret de surveillance communautaire du ver de guinée	Première année	Ressources humaines Frais de prise en charge Remboursement transport Matériel didactique
	3.6.1.2 Procéder à la reproduction du livret de surveillance communautaire	Tous les ans	Frais de reprographie
	3.6.1.3 Procéder à la diffusion du livret de surveillance communautaire	Tous les ans	Ressources humaines
	3.6.1.4 Procéder à la notification mensuelle des cas (voire des zéro cas) de ver de guinée	Tous les mois	Ressources humaines
	3.6.1.5 Mettre en place un fonds pour les investigations des cas/ des rumeurs de ver de guinée	Tous les ans	Frais d'investigation
3.6.2 Mettre en œuvre un plan de surveillance de la circulation du virus dans l'ensemble du territoire national en collaboration avec les institutions de recherche intervenant dans ce domaine	3.6.2.1 Procéder à des captures semestrielles des vecteurs (<i>aédes</i>) dans les sites de surveillance de la circulation du virus	Tous les ans	
	3.6.2.2 Procéder au traitement du matériel capturé au laboratoire	Tous les ans	

XV. Gestion du Plan Directeur de lutte contre les MTN

La lutte contre les MTN est caractérisée par sa complexité de management du fait qu'elle regroupe plusieurs affections (onchocercose, filariose lymphatique, schistosomiasés, géohelminthiasés, trachome, lèpre, ver de Guinée, dengue, rage et leishmaniosés) et plusieurs acteurs. Il existe plusieurs programmes de lutte prenant en compte une ou deux affections. Il importe d'intégrer davantage plusieurs maladies dans un seul programme par soucis d'efficience et d'efficacité.

Au sein même du MSP ces programmes pourront impliquer plusieurs directions ou divisions (DSSP, DANSE, DPM, Etc.) sans compter l'appui transversal dont ils auront tous besoin dans leur mise en œuvre (SNIS...).

De nombreux secteurs sont aussi impliqués dans la lutte contre les MTN dont les principaux sont : santé, élevage, hydraulique, éducation...La mise en place de la plateforme multisectorielle de lutte contre la maladie basée sur les déterminants de la santé récemment promue au MSP est une belle opportunité pour la lutte contre les MTN.

Des ONG isolées ou regroupées en consortium aussi interviennent dans la lutte contre les MTN.

Il importe d'assurer une bonne coordination. avec toutes ces parties prenantes. L'ensemble des stratégies (TDM, prise en charge des cas, prévention et surveillance) développées généreront une multitude de données dont il faudra en assurer le suivi périodique et rigoureux. L'impact des interventions sera évalué à travers des procédures déjà éprouvées.

15.1 La coordination

15.1.1 Coordination interne

La tenue d'une réunion de coordination mensuelle qui regroupera le DLM, les coordonnateurs, la DSSP, la DANSE, la DER passera en revue les différentes activités réalisées, appréciera celles qui sont planifiées à moyen terme et consolidera les plages de collaboration entre les différentes divisions intervenant dans la lutte contre les MTN. Elle sera présidée par le Directeur de la Santé et sera élargie à toute personne dont les compétences sont jugées nécessaires.

15.1.2 Coordination au niveau du Ministère de la Santé

Au sein du MSP, il importe d'avoir des instances de coordination entre les différentes directions, divisions et services rattachés. Ces réunions de coordination , présidées par le Directeur de la Santé seront tenues sur des thèmes spécifiques.

15.1.3 Coordination avec les autres parties prenantes

La lutte contre les MTN concerne plusieurs secteurs dont principalement celui de la santé, de l'élevage, de l'éducation, de l'hydraulique, les ONG, les institutions de recherche, le secteur privé... Il importe d'organiser une coordination régulière pour s'assurer de la mise en œuvre cohérente, efficace et efficiente de la lutte contre les MTN. Ainsi, par exemple les résultats de la lutte contre une maladie donnée seront mis en commun et partagés par toutes les parties prenantes. Le Comité de Pilotage et le comité technique qui seront mis en place devront jouer un rôle important dans cette coordination.

15.2 Suivi et évaluation de la mise en œuvre du plan : Le suivi et l'évaluation est un volet important sur lequel le programme va mettre un accent particulier.

15.2.1 Suivi de la gestion des ressources

Dans le cadre de la lutte contre les MTN de nombreuses ressources seront requises (humaines, matérielles, logistiques et financières). Il importe de s'assurer d'une disponibilité effective de ces ressources dans les délais requis. Des principes comme la transparence, l'équité et la promotion de la compétence, du travail bien fait devront animer à chaque instant les responsables. L'obligation de rendre compte doit être un souci permanent des agents responsables de la lutte contre les MTN à tous les niveaux. Il faudra aussi veiller à leur utilisation rationnelle par le respect des procédures de gestion qui seront mises en place et régulièrement revues par le comité de pilotage. les rapports financiers seront partagés au cours de certaines instances en particulier la revue technique annuelle des activités de lutte contre les MTN.

Les compétences des ressources humaines impliquées dans la gestion des ressources surtout financières et matérielles (médicaments et autres intrants), seront renforcées à tous les niveaux pour leur utilisation efficiente. L'OMS poursuivra son appui au pays pour la commande et la réception des médicaments destinés à la lutte contre les MTN.

15.2.2 Suivi de l'exécution des activités programmées

Il va permettre de suivre l'exécution des activités planifiées aux différents niveaux pour identifier les contraintes et proposer des mesures correctrices afin d'améliorer les performances. Différents types d'activités ont été inscrits dans ce présent plan en rapport avec le renforcement institutionnel, le plaidoyer, la sensibilisation, la mobilisation sociale, la mobilisation des ressources, le renforcement des capacités des intervenants, l'exécution des activités de traitements et leur évaluation. Toutes ces activités devront faire l'objet d'un suivi régulier à travers un tableau de bord au niveau du management de la lutte contre les MTN. L'on devra s'assurer de la prise en compte de cette lutte dans les plans du niveau décentralisé. Une attention particulière sera accordée aux indicateurs de processus identifiés pour l'atteinte des objectifs stratégiques et spécifiques qui visent le contrôle, l'élimination ou l'éradication des MTN.

L'élaboration d'un plan de suivi évaluation dont les axes essentiels sont : la supervision régulière, le monitoring des activités, et la tenue des rencontres périodiques avec les différents acteurs (réunions de coordination mensuelles internes, revues trimestrielles techniques conjointes intra et extra sectorielles, revues techniques annuelles, revues annuelles conjointes des activités avec les institutions de recherche...) permettra de suivre rigoureusement l'exécution du présent plan stratégique.

15.2.3 Suivi des résultats

Les résultats, particulièrement ceux en rapport avec les données de couvertures géographiques, thérapeutiques ou même toute offre de soins préventifs ou thérapeutiques ou de surveillance feront l'objet d'un suivi très régulier. Le management du programme et les différents décideurs accorderont une attention particulières aux indicateurs de résultats retenus pour le suivi évaluation afin de procéder aux réajustements nécessaires. Des outils intégrés de collecte des données seront élaborés et diffusés à tous les niveaux d'exécution des activités des programmes ; leur exploitation périodique permettra le suivi des indicateurs retenus. Les résultats seront partagés et intégrés au Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Il sera réalisé après chaque campagne de masse des enquêtes de couverture afin d'apprécier la qualité et la fiabilité des données de couverture rapportées.

15.2.4 Evaluation du processus d'intégration dans la lutte contre les MTN

Le défi de la lutte contre les MTN est l'intégration effective des programmes, des activités, des ressources, etc. L'atteinte des objectifs fixés à travers la mise en œuvre de ce plan de lutte ne pourra se faire en dehors de l'application de ce principe.

La lutte intégrée contre la maladie en général et celle contre les MTN en particulier a été le grand défi des systèmes de santé en Afrique au cours de la dernière décennie. En effet, la lutte contre les helminthiases en vue de leur contrôle voire leur élimination, repose avant tout sur une bonne organisation des campagnes de chimiothérapie préventive de masse des populations exposées avec des taux de couverture géographique et thérapeutique satisfaisants. La co-endémicité de ces affections, la rareté des ressources disponibles (humaines, matérielles comme financières) et le volume du travail très important au niveau des districts sanitaires nous obligent dès lors à adopter cette stratégie d'intégration des interventions pour être efficient. Celle-ci nécessite

- la mise en commun de toutes les ressources surtout financières allouées aux différents programmes pour l'exécution intégrée des activités de lutte contre les MTN.
- l'usage de documents de formation intégrée,
- l'organisation commune de sessions de formation au profit des personnels de santé et ou communautaires,
- l'organisation de campagnes communes de traitement de masse,
- la supervision intégrée de l'exécution activités
- et les évaluations communes .

Ainsi, l'exécution des activités telles que prévues dans le plan pourra constituer un bon élément d'appréciation de ce processus d'intégration. Un bon leadership et un soutien des autorités seront requis pour le succès de cette intégration qui a déjà connu un début de réalisation au Sénégal. Les enjeux, surtout individuels devront être contournés voire neutralisés au fur et à mesure de l'avancement de la mise en œuvre. La mise en application de la plateforme multisectorielle pour la lutte contre la maladie, se basant sur les déterminants de la santé, devra être une bonne pratique appliquée au Sénégal dans la lutte contre les MTN.

15.2.5 Evaluation de l' impact des interventions

L'évaluation de l'impact des interventions sera mesuré à travers le suivi des taux de morbidité, de mortalité des MTN et la capacité de transmission des populations vectorielles incriminées. Les performances des programmes d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable, d'éducation, etc., contribuent positivement à la réduction du fardeau des MTN. D'où l'importance de la mise en place de la plateforme multisectorielle de lutte contre les problèmes de santé. Il est à préciser que les résultats obtenus ne seront pas forcément liés à l'application des stratégies retenues dans ce plan, du fait de la multitude des déterminants et de la complexité de la lutte contre les MTN. La mise en oeuvre du présent plan va contribuer au renforcement du système de santé notamment par l'accroissement de la disponibilité de l'offre en médicaments, en soins, et du système d'information sanitaire.

Dans le cadre de l'évaluation de l'impact des interventions, la collaboration avec les services d'institutions spécialisées comme le Département de Parasitologie et de Mycologie de la Faculté de Médecine, du Département de biologie animale de la Faculté des Sciences et Techniques, de la Section de lutte AntiParasitaire (SLAP) et même de personnes ressources qualifiées sera promue. Le contrôle de qualité se faisant à chaque fois que de besoin.

15.2.6 Pharmacovigilance et contrôle de qualité des médicaments

Les aspects de pharmacovigilance lors des campagnes de traitements de masse feront l'objet d'une plus grande attention. Tous les cas d'effets secondaires feront l'objet d'une notification, particulièrement les effets secondaires graves. Les patients seront pris en charge dans les PS pour les cas bénins et référés pour les cas graves. Les données seront enregistrés et intégrés dans le système national de pharmacovigilance.

Le contrôle de qualité va concerner tous les lots qui seront réceptionnés et destinés aux traitements de masse. Pour chaque lot, un prélèvement sera effectué et envoyé au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments. Selon les disponibilités offertes au management de la lutte contre les MTN, des lots pourront être transmis à des laboratoires de référence vue d'un contrôle croisé.

15.3 Indicateurs de suivi-évaluation du plan MTN

Tableau 33 : Indicateurs de suivi-évaluation

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Moyens de vérification
<i>PS1 : Renforcer la sensibilisation, le plaidoyer et le partenariat pour l'appropriation du plan par les acteurs aux différents niveaux ainsi que la mobilisation des ressources nécessaires à la lutte contre les MTN</i>			
1.1 Mettre en œuvre un plan de sensibilisation et de plaidoyer en direction des décideurs, des différents acteurs du système de santé, des partenaires et des leaders communautaires	1.1.1 Sensibiliser 90% des agents ciblés des secteurs impliqués et les différents partenaires techniques et financiers sur les enjeux de la lutte contre les MTN d'ici fin décembre 2011	- Nombre d'agents sensibilisés /nombre prévu - Nombre de partenaires techniques et financiers sensibilisés /Nombre prévu	Rapports d'activités
	1.1.2 Sensibiliser les populations et les leaders communautaires sur la lutte contre les MTN d'ici fin décembre 2011	Nombre de leaders communautaires sensibilisé Nombre d'émissions télé (réalisation de la cérémonie de lancement, niveau de diffusion, qualité des participants) Nombre de participations des MTN au SISDAK	Rapports d'activités
1.2 Renforcer les partenariats à différents niveaux pour la mobilisation des ressources nécessaires en vue du contrôle, de l'élimination ou de l'éradication des MTN	1.2.1. Amener au moins 50 % des partenaires techniques et financiers ciblés à inscrire dans leur plan un appui à la lutte contre les MTN d'ici 2015	- Nombre de partenaires techniques et financiers qui inscrivent une ligne budgétaire d'appui à la lutte contre les MTN / nombre ciblé	Documents de budgets de ces partenaires
	1.2.2 Amener au moins 50 % des collectivités locales et des comités de gestion/santé à inscrire dans leur plan une ligne d'appui à la lutte contre les MTN d'ici 2015	- Nombre de collectivités locales qui inscrivent une ligne budgétaire d'appui à la lutte contre les MTN / nombre ciblé - Nombre de comité de santé/comité de gestion qui soutiennent la lutte contre les MTN / nombre sensibilisé	Documents de budgets des collectivités locales

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Moyens de vérification
	1.2.3 Mobiliser des ressources provenant de la plateforme multisectorielle pour le financement de la lutte contre les MTN	% financement alloué par la PM / budget global mobilisé dans le cadre de la lutte contre les MTN	Rapport d'exécution financière de la CAF/SP
<i>PS 2 : Mettre en œuvre des mécanismes de financement garantissant la durabilité de la lutte contre les MTN</i>			
2.1 Renforcer l'intégration des activités de lutte contre les MTN dans les plans sectoriels en vue de leur financement dans le budget national	2.1.1. Rendre disponible à tous les niveaux requis le plan stratégique 2011-2015 de lutte intégrée contre les MTN d'ici juin 2011	Nombre de structures ayant reçu le plan/ nombre de structure ciblées	Bordereau d'envoi
	2.1.2 Intégrer les activités de lutte contre les MTN dans tous les CDSMT/Santé pendant	Nombre de CDSMT-Santé ayant intégré les activités de lutte contre les MTN/ nombre de CDSMT-Santé élaboré	CDSMT/santé
2.2 Renforcer la planification décentralisée de la lutte contre les MTN du niveau régional et district dans le cadre du partenariat avec les collectivités locales	2.2.1. Amener tous les districts cibles à intégrer les activités de lutte contre les MTN dans leur PTA d'ici fin 2013	- Nombre de districts ayant intégré les activités de lutte contre les MTN dans leur PTA / nombre de districts cibles	PTA Districts
2.3 Améliorer les mécanismes de mobilisation des ressources aux niveaux national, régional et district pour le soutien à la lutte contre les MTN	2.3.1 Mobiliser chaque année au moins 80% des ressources financières allouées par l'état pour la lutte contre les MTN d'ici fin 2015	Taux d'exécution budgétaire	Rapports financiers du bureau de gestion
	2.3.2 Mobiliser chaque année au moins 70 % des ressources financières allouées par les collectivités locales à la lutte contre les MTN d'ici fin 2015	Montant reçu des collectivités locales pour les activités de lutte contre les MTN/ montant total inscrit par les collectivités locales	PTA Rapports financiers
<i>PS3 : Mettre en œuvre dans toutes les zones d'endémie des mesures adéquates de prévention, de diagnostic, de traitement et de surveillance des MTN</i>			
3.1 Déterminer la distribution des MTN pour une meilleure application des stratégies de lutte	3.1.1 Achever la cartographie du trachome, des schistosomiases et des géohelminthiases d'ici fin décembre 2013	Taux de prévalence des MTN dans les districts non encore cartographiés ;	Rapport de formation
	3.1.2 Géo référencer les données entom-épidémiologiques des deux dernières décennies disponibles de l'onchocercose		Rapports d'enquêtes

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Moyens de vérification
	3.1.3 Déterminer la distribution de la rage humaine et de la leishmaniose sur l'étendue du territoire national d'ici fin 2013	- Nombre de cas de rage humaine enregistrés par district - Taux de prévalence de la rage par district - Taux de prévalence de la leishmaniose par district	Rapports d'activités des districts
	3.1.3 Déterminer tous les ans le niveau de risque de survenue d'une épidémie de dengue et de dracunculose	Niveau de circulation des virus de la dengue dans les zones ciblées ; Nombre de villages à haut risque de de transmission en cas de réintroduction de dracunculose.	Rapports d'enquêtes entomologiques Rapports d'activités des districts
3.2 Développer un système durable de gestion des médicaments, outils de diagnostic et autres intrants de qualité pour la bonne mise en œuvre de la lutte contre les MTN	3.2.1 Rendre disponible à tous les niveaux requis les médicaments et autres intrants de qualité nécessaires à la lutte contre les MTN pendant toute la période de mise en œuvre	-Taux de disponibilité des médicaments et autres intrants nécessaires à la lutte contre les MTN dans les districts sanitaires -Taux de perte des médicaments et autres intrants nécessaires à la lutte contre les MTN dans les districts sanitaires	Fiches de stocks Rapports des traitements de masse
	3.2.2 Rendre disponible les supports de collecte d'information relatives à la gestion des médicaments à tous les niveaux requis pendant toute la période de mise en œuvre	Nombre de districts utilisant les outils de gestion des médicaments et autres intrants /Nombre de districts	Rapports de supervision
	3.2.3 Renforcer les capacités en gestion des personnes impliquées dans la gestion des stocks des médicaments MTN d'ici décembre 2011	Nombre de gestionnaires formés sur la gestion des médicaments et autres intrants nécessaires à la lutte contre les MTN / nombre prévu	Rapports de formation
3.3 Renforcer aux différents niveaux les capacités des personnels de santé et communautaires impliqués dans la lutte contre les MTN	3.3.1 : Rendre disponible à tous les niveaux les modules de formation et guides techniques du programme MTN d'ici fin décembre 2011	Nombre de structures disposant des modules de formation/nombre de district prévu Nombre de structures académiques disposant des fiches techniques / nombre prévu	Bordereau d'envoi Rapport de supervision
	3.3.2 Rendre disponible à tous les niveaux les outils et supports IEC du programme MTN pendant toute la période de mise en	Nombre de structures disposant des outils et supports IEC /nombre de d prévu	Bordereau d'envoi Rapports de supervision

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Moyens de vérification
	œuvre du plan		
	3.3.3 Former les personnels de santé et de l'éducation de toutes les régions et districts du pays sur les stratégies de lutte contre les MTN d'ici fin décembre 2011	-Nombre de personnels de santé formés/nombre prévu -Nombre de personnels communautaires formés /nombre prévu -Nombre de CODEC (ou inspecteurs ou représentants de zones) formés/nombre prévu -Nombre de techniciens de laboratoire formés aux méthodes de diagnostic des géohelminthiases et des schistosomiases /nombre prévu	Rapports de formation
3.4 Améliorer les couvertures des interventions de lutte contre les MTN	3.4.1 Atteindre des taux de couverture de plus de 80% dans tous les districts cibles sous chimiothérapie préventive pendant toute la période de mise en œuvre du plan	-Taux de couverture géographique en AZT -Taux de couverture thérapeutique en AZT -Taux de couverture géographique en PZQ -Taux de couverture thérapeutique en PZQ -Taux de couverture géographique en ALB/MBZ -Taux de couverture thérapeutique en ALB/MBZ -Taux de couverture géographique en IVM+ALB -Taux de couverture thérapeutique en IVM+ALB	Rapports de traitement de masse
	3.4.2 Assurer la prise en charge communautaire d'au moins 75% des cas de lymphœdème dépistés chaque année	- Nombre de cas de lymphœdème dépistés -Nombre de Lymphœdème pris en charge à domicile chaque année/nombre de Lymphœdème dépistés par an	Rapports de traitement de masse Rapports d'activités

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Moyens de vérification
	3.4.3 Assurer la prise en charge chirurgicale d'au moins 75% des cas d'hydrocèle dépistés chaque année dans les zones d'endémie	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de cas d'hydrocèles dépistés - Nombre d'hydrocèle opéré par an/ nombre dépisté par an 	Rapports de traitement de masse Rapports d'activités
	3.4.4 Réduire la prévalence du trichiasis trachomateux à un taux inférieur à 1% chez les adultes d'ici décembre 2015 dans les districts de mise en oeuvre	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de cas de trichiasis dépistés - Nombre de trichiasis opérés par an / nombre de trichiasis dépistés par an 	Rapports de traitement de masse Rapports d'activités
	3.4.5 Réduire d'au moins 35% les nouveaux cas avec infirmité de grade 2 d'ici 2015, en prenant comme niveau de base le taux de 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de nouveaux avec infirmités de degré 2 pour 100 000 habitants - Pourcentage de nouveaux cas de lèpre avec infirmité de degré 2 - Pourcentage de cas guéris avec infirmités de degré 2 	Rapports d'activités
	3.4.6 Atteindre le seuil d'élimination de la lèpre de 1 cas pour 10 000 habitants dans les deux districts () d'endémie d'ici 2015;	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de nouveaux cas annuels de lèpre (détection) pour 100 000 habitants - Taux de détection pour 100 000 habitants - Pourcentage de nouveaux cas de lèpre de la forme MB - Pourcentage de nouveaux cas de lèpre chez les sujets de moins de 15 ans - Nombre de cas de lèpre enregistrés en fin d'année (prévalence) - Taux de prévalence pour 100 000 habitants - Rapport Prévalence / détection - Taux de guérison par analyse de cohortes MB et PB 	Rapports d'activités
	3.4.7 Prendre en charge correctement tous les cas (simple et compliqué) de dengue diagnostiqués	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de cas de dengue diagnostiqués - Nombre de cas de dengue pris en 	Rapports d'activités

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Moyens de vérification
		charge / nombre total de cas diagnostiqués	
	3.4.8 Prendre en charge correctement dans les structures décentralisées spécialisées en dermatologie tous les cas de leishmanioses diagnostiqués pendant toute la période de mise en œuvre du plan	-Nombre de cas de leishmanioses dépistés -Nombre de cas de leishmaniose traité / nombre notifié par an	Rapports d'activités
3.5 Renforcer la lutte anti-vectorielle intégrée et la prévention de la transmission des MTN concernées	3.5.1 Participer à l'initiative sous-régionale de lutte intégrée contre les vecteurs	Nombre de rencontres de l'initiative sous-régionale de lutte intégrée contre les vecteurs auxquelles a participé la coordination MTN	Rapports d'activités
	3.5.2 Contribuer aux initiatives de lutte anti-vectorielle intégrée en collaboration avec le programme de lutte contre le paludisme par la distribution des MILDA et la mise en œuvre des AID	-Taux de couverture en MILDA par groupes cibles	Rapports d'activités
	3.5.3 Interrompre la transmission du virus de la dengue par la pulvérisation spatiale ou épandage aérien d'insecticides à chaque épidémie de dengue	Nombre d'épidémie de Dengue avec riposte par pulvérisation spatiale ou épandage aérien d'insecticide/nombre total d'épidémies enregistrées	Rapports d'activités
	3.5.4 Contribuer aux activités de contrôle de réservoir de la rage organisées par le ministère de l'élevage		
	3.5.5 Prévenir la survenue de la rage humaine par la sérovaccination antirabique selon les normes et procédures chez toutes les personnes mordues par animaux vecteurs	- Nombre de personnes mordues par animal vecteur - Nombre de personnes mordues ayant bénéficié de la sérovaccination antirabique / Nombre total personnes mordues - nombre de professionnels à risque complètement vacciné contre la rage	Rapports d'activités

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Moyens de vérification
	3.5.6 Sensibiliser les populations des zones à haut risque de transmission de la dracunculose sur les méthodes de prévention des maladies à transmission Hydrique en général et du ver de guinée en particulier	Nombre de campagnes de sensibilisation menées	Rapports d'activités
3.6 Développer un système de surveillance de la réintroduction de la dracunculose et la circulation des virus de la dengue en vue de la riposte	3.6.1 Mettre en place de manière progressive un système de surveillance et de gestion des cas et des rumeurs de la maladie au niveau de chaque district sanitaire d'ici décembre 2013	-Nombre de rapports mensuels de districts sur la surveillance du ver de guinée reçus/Nombre prévu -Nombre de rumeurs investigués dans les 24 heures/Nombre total de rumeurs notifiés -Nombre de cas de ver de guinée importé notifié	Rapports d'activités
	3.6.2 Mettre en œuvre un plan de surveillance de la circulation du virus dans l'ensemble du territoire national en collaboration avec les institutions de recherche intervenant dans ce domaine	Nombre d'enquêtes entomologiques effectuées pour la surveillance de la circulation du virus de la dengue/ sur nombre prévu	Rapports d'activités
<i>PS4 : Renforcer la coordination, le suivi-évaluation du plan de lutte contre les MTN ainsi que la recherche opérationnelle.</i>			
4.1 Renforcer le cadre institutionnel de la lutte contre les MTN au sein du MSP	4.1.1 Renforcer le management de la lutte contre les MTN d'ici fin avril 2011	- Nombre de programmes créés - Nombre de coordonnateurs nommés - Création du comité de pilotage	- Arrêté portant création des comités de pilotage - Arrêté portant création des programmes dengue, rage et leishmaniose - Arrêté portant nomination des coordonnateurs - Notes de prise de service
	4.1.2 Renforcer les capacités d'intervention du management de la lutte contre les MTN	- Nombre de personnes affectés/ nombre de personnes requises - Nombre de personnes ayant pris service/nombre de personnes affectés -Nombre de véhicules achetés/requis - Nombre d'ordinateurs de bureau /requis - Nombre d'ordinateurs portables	Note d'affectation Notes de prise de service BC/facture/BL

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Moyens de vérification
		achetés/requis - Nombre de photocopieuses achetés/requis - Nombre d'imprimantes achetés/requis - Nombre de scanners achetés/requis - Nombres de machines pour reliure achetés/requis - Nombre de microscopes binoculaires achetés/requis - Nombre de loupes binoculaires achetés/requis -Nombre de groupes électrogènes achetés/requis	
4.2 Promouvoir des instances de coordination intra et multisectorielle élargie aux autres acteurs de la lutte contre les MTN aux différents niveaux	4.2.1 Renforcer la coordination effective des activités de lutte contre les MTN pendant toute la période de mise en œuvre du plan	-Nombre de réunions de coordination mensuelles internes à la DLM effectuées/Nombre prévu -Nombre de revues techniques conjointes trimestrielles tenues/Nombre prévu Nombre de revues techniques annuelles organisées/nombre prévu	Rapports de réunions
	4.2.2 Renforcer la gestion intégrée des données de tous les secteurs, Organisations de la société civile et institutions de recherche intervenant dans la lutte contre les MTN pendant toute la période de mise en œuvre du plan	Disponibilité d'un outil intégré de collecte de données avec les autres secteurs intervenant dans la lutte contre les MTN Nombre de revue annuelle conjointe avec les institutions de recherche intervenant dans la lutte contre les MTN/Nombre prévu	-Outil intégré de collecte de données -Rapports de réunion
4.3 Développer un système de supervision intégré et de monitoring des résultats des interventions de lutte	4.3.1 Renforcer la supervision intégrée périodique des activités de la lutte contre les MTN aux différents niveaux	-Disponibilité d'un guide de supervision intégrée -Nombre de supervisions intégrées semestrielles effectuées par le niveau central/Nombre prévu	-Guide de supervision intégrée -Rapports de supervision

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Moyens de vérification
contre les MTN		-Nombre de supervisions intégrées au niveau régional et district prenant en compte les MTN	
	4.2.3 Evaluer le plan stratégique de lutte contre les MTN	-Disponibilité du rapport d'évaluation à mi-parcours du plan stratégique intégré de lutte contre les MTN -Disponibilité du rapport d'évaluation finale du plan stratégique intégré de lutte contre les MTN	Rapports d'évaluation
4.4 Développer un sous-système de pharmacovigilance en rapport avec les MTN comme partie intégrante du système national ainsi que le contrôle de qualité des médicaments	4.4.1 Mettre en place un sous-système de pharmacovigilance dans la lutte contre les MTN intégrant le système national	-Disponibilité des fiches de notification des effets secondaires liés aux prises de médicaments MTN -Nombre de cas d'effets secondaires bénins notifiés lors des campagnes de traitement de masse Nombre de cas d'effets secondaires graves) notifiés lors des campagnes de traitement de masse -Nombre de cas d'effets secondaires notifiés et correctement pris en charge/Nombre total -Nombre de cas d'effets secondaires notifiés lors des campagnes et pris en compte dans le système national	Rapport des campagnes de traitement de masse Rapport du système national de pharmacovigilance
	4.4.2 Mettre en place un sous-système de contrôle de qualité des lots médicaments distribués dans la lutte contre les MTN	Nombre de lots de médicaments MTN contrôlés/Nombre total de lots reçus	Rapports de contrôle de qualité des médicaments

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Moyens de vérification
4.5 Déterminer l'impact des interventions de lutte contre les MTN	4.5.1 Procéder à l'évaluation périodique des sites sentinelles et de contrôle des programmes de Chimiothérapie Préventive de Masse	<ul style="list-style-type: none"> - Prévalence de l'infestation parasitologique des selles pour les géohelminthiases - Prévalence de l'infestation parasitologique massives des selles pour les géohelminthiases - Prévalence de l'infestation parasitologique des selles pour <i>S.mansoni</i> - Prévalence de l'infestation parasitologique massive des selles pour <i>S.mansoni</i> - Prévalence des fortes proportions d'infestation parasitaire des urines pour <i>S. haematobium</i> - Prévalence des infestations parasitologiques massives dans les urines pour <i>S. haematobium</i> - Prévalence de l'hématurie macroscopique - Prévalence de l'hématurie microscopique - Prévalence de l'anémie chez les enfants d'âge scolaire - Nombre de cas de lésions échographiques spécifiques de schistosomiases révélées (voies urinaires ou hépatiques) par les enquêtes - Prévalence de la microfilarémie (FL) dans les sites sentinelles - Prévalence de la microfilarodermie (onchocercose) dans les sites sentinelles (Charge MicroFilarienne moyenne au sein de la Communauté : CMFC) -Taux d'infectivité des simules au niveau des points de capture 	Rapports d'enquêtes Résultats des examens de biologie moléculaire

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Moyens de vérification
	4.5.2 Procéder à l'évaluation de l'efficacité des interventions de prise en charge des cas	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de cas de rage - Taux de prévalence du trichiasis - Taux de prévalence du lymphoedème - Taux de prévalence des hydrocèles/FL - Taux de mortalité liée à la Dengue - Taux de prévalence de la leishmaniose 	Rapports d'activités
4.6 Promouvoir la recherche opérationnelle pour le soutien à la lutte contre les MTN	4.6.1 Mettre en place un cadre de concertation et de soutien fonctionnel à la recherche opérationnelle contre les MTN	<ul style="list-style-type: none"> -Nombre de thèmes de recherche opérationnelle identifiés en soutien à la lutte contre les MTN -Nombre de protocoles de recherches élaborés -Nombre d'activités de recherche 	Rapports de réunion du comité technique Rapports des consultants Rapports des résultats de recherche

15.4. Centres collaborateurs des programmes de lutte contre MTN

Les Maladies Tropicales Négligées sont caractérisées par leur grande diversité dans leur expression, les différentes approches stratégiques à mettre en œuvre, les différents outils requis ainsi que la grande diversité de l'expertise requise.

Les orientations stratégiques de la lutte contre les MTN recommandent une gestion pluripathologique de la lutte par une approche intégrée des interventions avec un souci de l'innovation particulièrement pour les maladies qui ne bénéficient pas de suffisamment d'outils.

C'est pourquoi, la collaboration avec les parties prenantes intervenant dans cette lutte est importante particulièrement avec les institutions de recherche.

Le management des programmes établira une étroite collaboration avec les institutions suivantes :

- Institut Pasteur de Dakar,
- Faculté de Médecine et de Pharmacie
 - o Département de Parasitologie
 - o Clinique des Maladies Infectieuses
 - o Clinique Dermatologique
 - o Clinique Ophtalmologique
 - o Clinique d'Urologie
- Section de la Lutte Anti-Parasitaire (SLAP),
- Faculté des Sciences et Techniques : Laboratoire d'Ecologie Vectorielle et Parasitaire (LEVP) de la Faculté des Sciences et Techniques (FAST)
- Laboratoire National de l'Élevage et de Recherches Vétérinaires de Dakar (LNERV)
- Ecole Inter-Etats des Sciences et Médecine Vétérinaires de Dakar (EISMV),
- Institut de Santé et Développement (ISED)
- Institut de Recherche pour le Développement (IRD)
- Centre HospitaloUniversitaire de l'Ordre de Malte (CHOM)
- Organisation pour la mise en valeur du fleuve Sénégal (OMVS)

QUATRIEME PARTIE

**ESTIMATION DU
BUDGET**

Les éléments de budgétisation sont détaillés dans l’outil de planification des besoins pour la lutte contre les MTN

TABLEAU 34: Synthèse du budget par priorité stratégique (hors médicaments)

PRIORITES STRATEGIQUES	BUDGET en FCFA					TOTAL
	2011	2012	2013	2014	2015	
PS1 : Renforcer la sensibilisation, le plaidoyer et le partenariat pour l’appropriation du plan par les acteurs aux différents niveaux ainsi que la mobilisation des ressources nécessaires à la lutte contre les MTN	122 765 000	15 495 000	15 955 000	16 415 000	16 815 000	187 445 000
PS2 : Mettre en œuvre des mécanismes de financement garantissant la durabilité de la lutte contre les MTN	24 858 000	11 189 000	11 588 200	12 133 800	12 513 800	72 282 800
PS3 : Mettre en œuvre dans toutes les zones d’endémie des mesures adéquates de prévention, de diagnostic, de traitement et de surveillance des MTN ;	1 469 550 400	512 022 000	547 576 000	546 222 000	500 654 000	3 576 024 400
PS4 : Renforcer la coordination, le suivi-évaluation du plan de lutte contre les MTN ainsi que la recherche opérationnelle.	255 428 000	189 656 000	190 179 000	192 202 000	192 925 000	1 020 390 000
TOTAL	1 872 601 400	728 362 000	765 298 200	766 972 800	722 907 800	4 856 142 200

TABLEAU 35 : Répartition du budget par priorité stratégique

PRIORITES STRATEGIQUES	Répartition en %					
	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
PS1 : Renforcer la sensibilisation, le plaidoyer et le partenariat pour l'appropriation du plan par les acteurs aux différents niveaux ainsi que la mobilisation des ressources nécessaires à la lutte contre les MTN	2,53	0,32	0,33	0,34	0,34	3,86
PS2 : Mettre en œuvre des mécanismes de financement garantissant la durabilité de la lutte contre les MTN	0,51	0,23	0,24	0,25	0,26	1,49
PS3 : Mettre en œuvre dans toutes les zones d'endémie des mesures adéquates de prévention, de diagnostic, de traitement et de surveillance des MTN ;	30,26	10,54	11,28	11,25	10,31	73,64
PS4 : Renforcer la coordination, le suivi-évaluation du plan de lutte contre les MTN ainsi que la recherche opérationnelle.	5,26	3,90	3,91	3,96	3,97	21,01
TOTAL	38,56	14,99	15,76	15,80	14,89	100

ANNEXES

ANNEXE 1 :DONNEES DEMOGRAPHIQUES PAR DISTRICT

REGION	DEPARTEMENT	DISTRICT	POP TOTALE	Enfants d'âge préscolaire	Enfants d'âge scolaire
DAKAR	Dakar	Dakar Sud	191 492	20 107	54 192
		Dakar Nord	382 205	40 132	108 164
		Dakar Ouest	159 745	16 773	45 208
		Dakar Centre	322 566	33 869	91 286
	Pikine	Pikine	599 889	62 988	169 769
		Guediawaye	317 463	33 334	89 842
	Rufisque	M'Bao	270 814	28 435	76 640
		Rufisque	273 993	28 769	77 540
		Keur Massar	70 542	7 407	19 963
		Diamniadio	59 039	6 199	16 708
DIOURBEL	Diourbel	Diourbel	279 668	29 365	79 146
	Bambey	Bambey	324 916	34 116	91 951
	Mbacke	Touba	647 678	68 006	183 293
		M'Backe	146 959	15 431	41 589
KAFFRINE	Kaffrine	Kaffrine	203 688	21 387	57 644
	Mbirkilane	Birkilane	109 348	11 482	30 945
	Mallem Hodar	Mallem Hodar	94 638	9 937	26 783
	Koungheul	Koungheul	165 060	17 331	46 712
FATICK	Fatick	Fatick	200 395	21 041	56 712
		Dioffior	80 599	8 463	22 810
		Niakhar	78 077	8 198	22 096
	Foundiougne	Sokone	156 186	16 400	44 201
		Passy	99 922	10 492	28 278
		Foundiougne	42 156	4 426	11 930
Gossas	Gossas	112 856	11 850	31 938	
KAOLACK	Kaolack	Kaolack	255 298	26 806	72 249
		N'Doffane	155 279	16 304	43 944
	Guinguinéo	Guinguineo	106 944	11 229	30 265
	Nioro	Nioro	299 335	31 430	84 712
KEDOUGOU	Kédougou	Kedougou	73 188	7 685	20 712
	Saraya	Saraya	39 183	4 114	11 089
	Salémata	Salemata	21 086	2 214	5 967
KOLDA	Kolda	Kolda	233 501	24 518	66 081
	Medina Yoro Foulah	Medina Yoro Foulah	115 450	12 122	32 672

	Velingara	Velingara	271 063	28 462	76 711	
LOUGA	Louga	Louga	155 181	16 294	43 916	
		Coki	62 446	6 557	17 672	
		Keur Momar SARR	74 927	7 867	21 204	
		Sakal	74 075	7 778	20 963	
		Linguere	Linguere	111 198	11 676	31 469
	Kébémér	Dahra	133 147	13 980	37 681	
		Darou Mousty	89 156	9 361	25 231	
MATAM	Matam	Matam	283 977	29 818	80 365	
		Ranérou	Ranerou	57 599	6 048	16 301
		Kanel	Kanel	223 910	23 511	63 367
SAINT-LOUIS	Saint-Louis	Saint Louis	279 427	29 340	79 078	
	Dagana	Dagana	97 847	10 274	27 691	
		Richard Toll	149 110	15 657	42 198	
	Podor	Podor	232 929	24 458	65 919	
		Pete	166 617	17 495	47 153	
SEDHIOU	Sédhiou	Sedhiou	171 711	18 030	48 594	
	Goudomp	Goudomp	156 649	16 448	44 332	
	Boukiling	Boukiling	114 341	12 006	32 359	
TAMBACOUNDA	Tambacounda	Tambacounda	205 198	21 546	58 071	
		Maka Colibantang	68 414	7 183	19 361	
	Koumpentoum	Koumpentoum	140 011	14 701	39 623	
	Bakel	Kidira	57 835	6 073	16 367	
		Bakel	91 616	9 620	25 927	
		Dianke Makha	34 107	3 581	9 652	
	Goudiry	Goudiry	63 215	6 638	17 890	
	THIES	Thies	Thies	376 889	39 573	106 660
Pout			107 911	11 331	30 539	
Khombole			133 635	14 032	37 819	
Tivaouane			Tivaouane	308 022	32 342	87 170
Mbour		Mekhe	166 607	17 494	47 150	
		Poponguine	76 209	8 002	21 567	
M'Bour		M'Bour	294 208	30 892	83 261	
		Joal	76 969	8 082	21 782	
		Thiadiaye	157 958	16 586	44 702	
ZIGUINCHOR	Ziguinchor	Ziguinchor	337 294	35 416	95 454	
	Oussouye	Oussouye	66 262	6 958	18 752	
		Bignona	170 681	17 922	48 303	
	Bignona	Thionck Essyl	68 930	7 238	19 507	
		Diouloulou	85 798	9 009	24 281	
14	45	75	12 862 587	1 350 572	3 640 112	

ANNEXE 2 : les indicateurs clés sur le Sénégal (source Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie)

INDICATEURS	VALEURS
Population estimée (projection 2010)	12 817 587
Superficie (km2)	196 712
Taux d'urbanisation en % (en 2008) (Projection ANSD)	46,8
Population totale des femmes (en 2009) (Projection ANSD)	6 150 750
Population totale des hommes (en 2009) (Projection ANSD)	6 020 515
Taux d'accroissement intercensitaire %	2,5
Densité (Nbre d'habitants / km2) en 2008 (Projection ANSD)	65
Taux de croissance (en 2009)	2.2%
PIB en valeur (en 2009)	6 023 milliards de F CFA
PIB par tête (en 2009)	494 871 FCFA
Revenu national disponible brut (en 2009)	6 531 milliards de francs CFA
Taux d'inflation (en 2009)	-1.0%
Espérance de vie à la naissance (Projection ANSD)	57,5 ans
Indice de développement humain (2005). (Rapport Mondial sur le Développement Humain du PNUD)	0,499
Nombre moyen d'enfants par femme (Projection ANSD)	4,88
Quotient de mortalité infantile (0-1 an) en ‰. EDS-2005	61
Quotient de mortalité juvénile (1-4 ans révolus) en ‰. EDS-2005	64
Quotient de mortalité infanto juvénile (0-4 ans révolus) en ‰. EDS-2005	121
Taux de prévalence du VIH/SIDA (EDS, 2005)	0,7
Taux brut de scolarisation en % (2007). (Annuaire 2007 MEN)	86
Taux Net de scolarisation en % (2007). (Annuaire 2007 MEN)	75,5
Taux d'analphabétisme en % (ESPS, 2005-2006)	58,2
Taux d'analphabétisme des hommes en % (ESPS, 2005-2006)	47,9
Taux d'analphabétisme des femmes en % (ESPS, 2005-2006)	67,1

ANNEXE 3: Prévalence de la filariose lymphatique au Sénégal

Régions	Districts Sanitaires	Sites	Prévalence	Années de l'étude	coordonnées GPS	Méthode utilisée
Dakar	Dakar Nord	Grand Médine	0	2010	Lat. N :14°44'872" Long. W :17°26'933"	ICT
	Dakar Sud	Médina Rue 3 x 12	0	2010	Lat. N :14°40'707" Long. W :17°26'750"	ICT
	Dakar Centre	Hann Plage	0	2010	Lat .N :14°43'444" Long. W :17°25'695"	ICT
	Dakar Ouest	Yoff village	0	2010	Lat N :14°45'720 Long W :17°28'552	ICT
	Guédiawaye	Nimzatt	0	2010	Lat N : 14°46.549 Long W :17°22.290	ICT
	Pikine	Hamdalaye II	0	2010	Lat N : 14°46.188 Long W :17°22.724	ICT
	M'Bao	Grand M'Bao	0	2010	Lat N :14°43.904 Long W :17°19.236	ICT
	Rufisque	Keur N'Diaye LO	0	2010	Lat N : 14°44.623 Long W :17°14.540	ICT
Diourbel	Touba	Touba Bogo	0	2010	Lat N : 14°55.145 Long W : 16°41.254	ICT
		Touba Bélel	1	2010	Lat N : 15°02.656 Long W : 15°51.577	ICT
	Mbacké	M'Boul Kael	2	2003	Lat : 14,57122 Long : 15,94878	ICT
	Diourbel	Taïba N'Dao	0	2003	Lat : 14,90669 long :16,25565	ICT
	Bambey	Bambey Sérère	2	2003	Lat : 14,71229 Long:16,49840	ICT
Fatick	Gossas	Keur Diène SENE	0	2010	Lat N : 14°23.085 Long W :16°05.067	ICT
		M'Bar	3	2010	Lat N :14°32.359 Long W : 15°45.485	ICT
	Dioffior	Djilas	10	2010	Lat N : 14°14.877 Long W : 16°37.899	ICT
		Pombane	6	2010	Lat N : 14°20.010 Long W : 16°40.459	ICT
	Sokone	Médina Djikoye	2	2010	Lat N : 13°37.589 Long	ICT

Régions	Districts Sanitaires	Sites	Prévalence	Années de l'étude	coordonnées GPS	Méthode utilisée
					W : 16°17.258	
		Dielmo	2	2010	Lat N : 13°43.353 Long W : 16°24.671	ICT
	Fatick	Toucar	2	2010	Lat N : 14°15.541 Long W : 16°11.563	ICT
		Fayil	1	2010	Lat N : 14°17.355 Long W : 16°29.109	ICT
Kaffrine	Koungheul	Santhié guérane	5	2010	Lat N : 14°05.400 Long W : 14°57.065	ICT
		Diamaguene N'Dam	4	2010	Lat N : 14°05.473 Long W : 14°35.124	ICT
	Kaffrine	Woré	0	2003	Lat : 14,36092 Long : 15,43004	ICT
		Godji Amath N'Dao	3	2003	Lat : 14,01861 Long : 15,62148	ICT
Kaolack	Kaolack	Diokoul	1	2010	Lat N : 14°15.541 Long W : 16°11.564	ICT
		Khalambasse	5	2010	Lat N : 14°14.703 Long W : 16°19.337	ICT
	Nioro	Keur Serigne Bâ	0	2003	Lat : 13,68471 Long : 15,95810	ICT
Thiès	Thiadiaye	Mboulouctène Secco	6	2010	Lat N : 14°36.428 Long W : 16°40.605	ICT
		Sandiara	3	2010	Lat N : 14°26.115 Long W : 16°47.575	ICT
	Mekhé	Khassine	0	2010	Lat N : 15°19.512 Long W : 16°25.500	ICT
		Khayegou N'diang	0	2010	Lat N : 15°11.163 Long W : 16°25.618	ICT
	Khombole	Thiénaba	0	2010	Lat N : 14°45.843 Long W : 16°47.947	ICT
		Gade khaye	3	2010	Lat N : 14°49.376 Long W : 16°41.097	ICT
Louga	Darou Mousty	N'Doyenne	0	2010	Lat N : 15°14.232 Long W : 16°05.078	ICT
		Darou Marnane	0	2010	Lat N : 15°06.304 Long W : 16°10.154	ICT
	Louga	Gandé	0	2010	Lat N : 15°34.692 Long	ICT

Régions	Districts Sanitaires	Sites	Prévalence	Années de l'étude	coordonnées GPS	Méthode utilisée
					W :15°50.093	
		Baïty Rip	3	2010	Lat N :15°40.684 Long W :16°21.196	ICT
	Linguère	Thiel	0	2003	Lat : 14,93841 Long : 15,05736	ICT
		Thiatngol Palol	8	2003	Lat : 15,48087 Long : 14,8087	ICT
		Barkédji Djolof	3	2003	Lat : 15,28003 Long : 14,13750	ICT
Matam	Ranerou-Ferlo	Bélel	0	2003	Lat : 15,18536 Long : 13,74031	ICT
Saint-Louis	Podor	Vordé	2	2003	Lat : 16,43276 Long : 14,27265	ICT
		Méri	0	2003	Lat : 16,21810 Long : 14,05970	ICT
Ziguinchor	Oussouye	Fissao	4	2003	Lat : 14,52094 Long : 16,5174	ICT
	Bignona	Koba	24	2003	Lat : 13,10430 Long : 16,58045	ICT
Kolda	Kolda	Kokolé	2	2003	Lat : 13,16304 Long : 15,06382	ICT
	Velingara	Kénéba Yéro	1	2003	Lat : 13,09061 Long : 14,09016	ICT

ANNEXE 4: Prévalence du trachome dans quelques localités

Districts	Localités	Prévalences TF	Prévalences TT
Thionk-Essyl	Thionk-Essyl	4,7	00
	Mangagoulack	0	1.2
	Balinghor	3.6	1.8
	Karthiackk	3.0	2.5
	Diegoune	0	2.8
	Total Thionck-Essyl	2.1	1.7
Diouloulou	Djinaky	3.0	1.1
	Kafountine	2.6	0.6
	Iles Karone	4.0	5.
	Diouloulou	2.7	0.3
	Total Diouloulou	2.9	1.1
Kaffrine	Commune de Kaffrine	4,4	0,0
	Commune de Birkelane	2,8	0,0
	Commune de Nganda	6,1	1,3
	C.R. de Boulel	4,3	0,0
	C.R. de Diamagadio	13,9	3,3
	C.R. de Diokoul.Mbelbouck	2,4	0,0
	C.R. de Gniby	22,3	1,3
	C.R. de Kahi	4	1,2
	C.R. de Kathiote	29	2,2
	C.R. de keur.mbouky	8,1	0,0
	C.R. de Mabo	23,2	1,3
	C.R. de Medinat.Salam.II	16,7	1,0
	C.R. de Ndiognick	26,2	6,8
	C.R. de Touba.Mbella	12,5	0,0
	Total Kaffrine	14,1	1,4
Koungheul	Commune de. Koungheul	3,2	0.7
	C.R. de Gainthe-Pathe	14,7	2.7
	C.R. de IDA.Mouride	11,2	2.4
	C.R. de Lour.Escale	16,7	0.9
	C.R. de Maka-Yop	16,7	3.7
	C.R. de.Missira.Vadene	13	4.8
	C.R. de Ribot.Escale	10,9	0.0
	C.R. de Saly.Escale	11	2.3
	Total Koungheul	11,5	2.1

Nioro	Commune de Nioro	1,2	0,7
	Commune de Keur Madiabel	5,7	0,0
	C.R. de Gainthe Kaye	16,2	1,8
	C.R. de Kaymor	4,2	3,4
	C.R. de Keur Maba	8,7	1,5
	C.R. de Medina Sabakh	5,9	1,4
	C.R. de Ndrame Escale	3	1,5
	C.R. de Ngayene Sabakh	14,7	1,1
	C.R. de Paoskoto	3,8	1,1
	C.R. de Porokhane	11,1	1,9
	C.R. de Taiba Niassene	26,7	0
	C.R. de Wack ngouna	1,5	5,0
	Total Nioro	7,4	1,7
Darou-Mousty	C.R. de Darou-Mousty	6,8	1,8
	C.R. de Darou-Marnane	14,91	2
	C.R. de Mbadiane	4,9	1,2
	C.R. de Ndoyene	10,97	1,6
	C.R. de Sam Yabal	11,3	0
	C.R. de Touba Mérina	7,08	0
	Total Darou Mousty	8,83	1,6
Linguère	Commune de.Linguère	0	0
	C.R. de Barkedji	0,6	0,3
	C.R. de Dodji	6,6	0
	C.R. de Gassane	4,3	0,6
	C.R. de Thiargny	0,9	0
	C.R. de Warkhokh	0,7	0,7
	Total Linguère	2,4	0,3

. TABLEAU 14 : Type de combinaisons de distribution de masse selon les districts

N° paquet	Maladies cibles	Types de DMM	Calendrier	Nombre de districts	Canaux de prestation	Besoins	Autres activités	
I	STH	T2	Semestriel	12	Ecole Communauté			
II	SCH-STH	T2	Tous les ans	5	Ecole			
			Tous les deux Ans	3				
		T3	Chaque semestre	8				
III	STH-FL	DMM1	Tous les ans puis	12	Communauté			
		T3	chaque semestre					
IV	STH-T	T3-T4		3	Ecole Communauté			
V	STH-FL-T	DMM1 T4		1	Communauté			
VI	SCH-STH-FL	DMM1	Tous les deux ans	17	Ecole Communauté			
		T2	Tous les ans	9				
		T3	Chaque semestre					
VII	SCH-STH-T	T1	Tous les deux ans puis	1	Ecole			
		T3	Tous les semestres		Ecole			
		T4	Tous les ans		communauté			
VIII	SCH-STH-FL-T	DMM1	Tous les ans	4	Ecole communauté			
		T2-	Tous les deux ans					
		T4	Tous les ans					
IX	SCH-FL-ONCHO-HTS	DMM1	Tous les ans	8	Ecole communauté			
		T2	Tous les deux ans					4
		T3	Tous les semestres					

DMM1 :Ivermectine+Albendazole

T1 :Albendazole+Praziquantel

T2 :Praziquantel

T3 :Albendazole-ou-Mébendazole

T4 :Azithromycine

