



REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un But – Une Foi



Ministère de la Santé et de l'Action Sociale



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE
LUTTE CONTRE LES MALADIES
TROPICALES NÉGLIGÉES (MTN)
2022- 2025**

Sénégal

« Mettre fin à la négligence pour le contrôle et l'élimination des MTN »

TABLE DES MATIERES

Page N°

PRINCIPALES DEFINITIONS	i
ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	iii
LISTE DES TABLEAUX	viii
LISTE DES FIGURES	x
LISTE DES ANNEXES	xi
RESUME EXECUTIF DU PLAN	xii
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE DES MTN	3
1.1. Réévaluer les priorités nationales et les engagements pris au niveau mondial, régional et national dans la lutte contre les MTN	4
1.2. Analyse du contexte national	6
1.2.1. Analyse du pays	6
1.2.2. Analyse du système de santé	15
1.3. Évaluation des lacunes	35
1.4. Analyse du contexte du programme	36
1.4.1. Organisation et état actuel du programme de lutte contre les MTN	36
1.4.2. Performance du programme de lutte contre les MTN	39
1.4.3. Performances des autres programmes étroitement liés au programme de lutte contre les MTN	75
1.5. Atouts du programme de lutte contre les MTN	85
1.5.1. Forces et faiblesses	85
1.5.2. Menaces et opportunités	86
1.5.3. Lacunes et priorités	87
DEUXIEME PARTIE - PROGRAMME STRATEGIQUE : BUT ET OBJECTIFS	88
2.1. Mission et vision du programme de lutte contre les MTN	89
2.2. Objectifs stratégiques, Jalons et Cibles	89
2.2.1. Objectifs stratégiques	89
2.2.2. Cibles	89
2.2.3. Jalons	95
2.3. Principes directeurs	98
2.4. Piliers et objectifs stratégiques	98
2.4.1. Piliers stratégiques du programme	98
2.4.2. Objectifs stratégiques	100
TROISIEME PARTIE - MISE EN ŒUVRE : CADRE OPERATIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LES MTN	103
3.1. Initiatives et activités stratégiques	103
3.2. Vers la durabilité des programmes : intensification de la coordination et des partenariats	107
3.3. Hypothèses, risques et atténuation	111
3.3.1. Hypothèses	111
3.3.2. Risques	111
3.3.3. Mesures d'atténuation	112
QUATRIEME PARTIE - CADRE DE SUIVI ET D'EVALUATION	113
4.1. Système d'Information Sanitaire de Routine : organisation du rapportage des données sur les MTN	114
4.2. Cadre de Suivi-Evaluation	97
4.3. Suivi des données de routine	99
4.4. Evaluation des effets et impacts des interventions	99
4.5. Cadre de performance	99
CINQUIEME PARTIE - BUDGETISATION DE L'IMPACT : ESTIMATIONS ET JUSTIFICATIONS	114
5.1. Analyse du budget par pilier	115
5.2. Analyse du budget par priorités stratégiques	118
CONCLUSIONS	120
ANNEXES	120

PRINCIPALES DEFINITIONS

Administration massive de médicaments (AMM): Distribution de médicaments à l'ensemble de la population d'un cadre administratif donné (par exemple, état, région, province, district, sous-district ou village) indépendamment de la présence de symptômes ou d'une infection ; toutefois, des critères d'exclusion peuvent s'appliquer. (Dans le présent document, les termes « administration massive de médicaments » et « chimiothérapie préventive » sont utilisés indifféremment.)

Année de vie corrigée de l'incapacité (AVCI) : Mesure de la charge globale de morbidité, exprimée en nombre d'années perdues pour cause de maladie, d'invalidité ou de décès précoce. Le terme a été introduit dans les années 1990 pour comparer l'état de santé général et l'espérance de vie dans différents pays. Les AVCI pour une maladie ou un état de santé correspondent à la somme des années de vie perdues en raison d'une mortalité prématurée dans la population et des années perdues en raison d'une incapacité résultant de la pathologie ou de ses conséquences.

Élimination (interruption de la transmission) : Réduction à zéro de l'incidence d'une infection causée par un agent pathogène spécifique dans une zone géographique définie, avec un risque minimal de réintroduction à la suite d'activités délibérées ; une action continue pour empêcher le rétablissement de la transmission peut être nécessaire. La documentation de l'élimination de la transmission est appelée vérification.

Élimination en tant que problème de santé publique : Terme lié à la fois à l'infection et à la maladie, défini par l'atteinte de cibles mesurables fixées par l'OMS en rapport avec une maladie spécifique. Une fois ces cibles atteintes, une action continue est nécessaire pour maintenir les cibles et/ou pour accélérer l'interruption de la transmission. La documentation de l'élimination en tant que problème de santé publique est appelée validation.

Éradication : Réduction permanente à zéro de l'incidence mondiale d'une infection causée par un agent pathogène spécifique à la suite d'activités délibérées, sans risque de réintroduction. La documentation de l'éradication est appelée certification.

Extinction : Éradication d'un agent pathogène spécifique, de sorte qu'il n'existe plus dans la nature ou en laboratoire, ce qui peut se produire avec ou sans activité délibérée.

Chimiothérapie préventive : Utilisation à grande échelle de médicaments, seuls ou en association avec d'autres, dans le cadre d'interventions de santé publique. L'administration massive de médicaments est une forme de chimiothérapie préventive ; d'autres formes peuvent se limiter à des groupes de population spécifiques tels que les enfants d'âge scolaire et les femmes en âge de procréer. (Dans le présent document, les termes « chimiothérapie préventive » et « administration massive de médicaments » sont utilisés indifféremment.)

Contrôle : Réduction de la prévalence, de l'incidence, de la morbidité et/ou de la mortalité à un niveau localement acceptable à la suite d'efforts délibérés ; des interventions permanentes sont requises pour maintenir cette réduction. Le contrôle peut être lié ou non à des cibles mondiales fixées par l'OMS.

Coordination : Collaboration entre des secteurs et programmes adjacents, à l'intérieur et au-delà du domaine de la santé, au sein du réseau plus large des MTN. Des secteurs tels que la lutte antivectorielle, la santé animale et WASH apportent des contributions essentielles aux progrès de la lutte contre les MTN, et travailler ensemble plus efficacement accélérera et soutiendra les progrès vers l'élimination et le contrôle des MTN.

Équité : Absence de différences évitables ou rectifiables entre des groupes de personnes définis socialement, économiquement, démographiquement, géographiquement ou en fonction du sexe.

Gestion des vecteurs intégrée : Processus décisionnel rationnel visant à optimiser l'utilisation des ressources pour la lutte antivectorielle.

Hygiène : Conditions ou pratiques propices au maintien de la santé et à la prévention d'incapacités.

Incapacité : Inaptitude à effectuer de manière adéquate ou indépendante des activités quotidiennes de routine telles que la marche, le bain et la toilette ; aspects négatifs liés à l'interaction entre une personne souffrant d'un problème de santé et son contexte (facteurs environnementaux et personnels).

Inclusion : Planification et réalisation d'interventions contre les MTN par le biais de l'infrastructure du système de santé national afin de renforcer les capacités et de contribuer à une prévention et un contrôle durables et efficaces des maladies.

Intégration : Regroupement ou « paquet » de plusieurs maladies, en fonction de leur charge dans les pays, afin de faciliter la mise en œuvre conjointe d'interventions par le biais d'une plateforme commune, comme la chimiothérapie préventive et l'utilisation de diagnostics multiplex, ainsi que le suivi, l'évaluation et la notification intégrés pour toutes les MTN endémiques concernées.

Logistique inverse : En matière de réutilisation de produits et de matériaux, ce terme désigne le processus consistant à détourner les marchandises de leur destination finale habituelle dans le but de récupérer de la valeur ou de les éliminer correctement.

Morbidité : Conséquences cliniques détectables et mesurables des infections et des maladies qui affectent la santé des personnes. Les preuves de morbidité peuvent être manifestes (comme la présence de sang dans les urines, l'anémie, la douleur ou la fatigue chronique) ou subtiles (comme un retard de croissance, une baisse des performances scolaires ou professionnelles ou une susceptibilité accrue à d'autres maladies).

Plateforme : Structure par laquelle les programmes ou les interventions de santé publique sont mis en œuvre.

Suivi et évaluation : Processus visant à améliorer les performances et à mesurer les résultats afin d'améliorer la gestion des réalisations, des résultats et de l'impact.

ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACS	Acteurs communautaires de Santé
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la démographie
APE	Association des Parents d'Elèves
APOC	African Programme Onchocerciasis Control (<i>Programme Africain de Lutte contre l'Onchocercose</i>)
ARD	Agence Régionale de Développement
ATPC	Assainissement Total Piloté par la Communauté
ASC	Agent de Santé Communautaire
AZT	Azythromycine
BCE	Biopsie Cutanée Exsangue
BRH	Brigade Régionale d'Hygiène
BG	Bajenu Gox
CAP	Centre Anti Poison
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDS	Comité de Développement Sanitaire
CDG	Comité De Gestion
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHOM	Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte
CHN	Centre Hospitalier National
CHR	Centre Hospitalier Régional
CICED	Commission Internationale pour la Certification de l'Eradication de la Dracunculose
CNAO	Centre National d'Appareillage Orthopédique
CNLMTN	Comité National de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CMU	Couverture Maladie Universelle
COUS	Centre des Opérations d'Urgences Sanitaires
CPM	Chimiothérapie Préventive de Masse
CPRS	Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale
CREPA	Centre Régional pour l'Eau Potable et l'Assainissement
CREN	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle

CRF	Croix Rouge Française
CRAO	Centre Regional d'Appareillage Orthopédique
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CT	Collectivité Territoriale
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement
DAHW	Deutsches Aussätzigen-HilfsWerk (<i>Association Allemande de Lutte contre la Lèpre</i>)
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGES	Direction Générale des Etablissements de Santé
DGSP	Direction Générale de la Santé Publique
DHIS2	District Health Information Software 2 ^{ème} version
DGSP	Direction Générale de la Santé Publique
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DLMT	Division de Lutte contre les Maladies Transmissibles
DMM	Distribution de Masse de Médicament
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DP	Direction de la Prévention
DPRS	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
DSDOM	Dispensateur de Soins à Domicile
DSISS	Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale
DSV/MEPA	Direction des Services Vétérinaires / Ministère de l'Élevage et de la Production Animale
EDSC	Enquête Démographique de Santé Continue
EHCVM	Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages
EPS	Etablissements Publics de Santé
ESPEN	Expanded Special Project for Elimination of Neglected tropical disease (<i>Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées</i>)
ESPS	Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal
FAR	Femmes en Age de Reproduction
FDAL	Fin de la Défécation à l'Air Libre
FHI	Family Health International
FL	Filariose Lymphatique
FMOS	Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie
FRESH	Focusing Resources on Effective School Health

GSK	Glaxo Smith Kline
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IEC	Information- Education- Communication
IHS	Institut d'Hygiène Sociale
LEVP	Laboratoire d'Ecologie Vectorielle et Parasitaire
LNCM	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
LNERV	Laboratoire National de l'Elevage et de Recherches Vétérinaires
LNMPE	Liste Nationale des Médicaments et Produits Essentiels
MB	Multi Bacillaire
MCA	Millennium Challenge Account
MCD	Médecin - Chef de District
MCR	Médecin - Chef de Région
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MILDA	Moustiquaire imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MTN	Maladies Tropicales Négligées
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
NC	Nouveaux Cas
OCB	Organisation Communautaire de Base
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMVS	Organisation pour la Mise en Valeur du Fleuve Sénégal
ONAS	Office National de l'Assainissement du Sénégal
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEC	Prise En Charge
PEPAM	Programme d'Eau Potable et d'Assainissement pour le Millénaire
PGIRE	Projet de Gestion Intégrée des Ressources en Eau
PIB	Produit Intérieur Brut
PIRP	Prévention des Infirmités et Réadaptation Physique
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNEFO	Programme National d'Elimination de la Filariose lymphatique et de l'Onchocercose
PNEL	Programme National d'Elimination de la Lèpre

PNEVG	Programme National d’Eradication du Ver de Guinée
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PUMA	Plan d’Urgence de Modernisation des Axes frontaliers
PRA	Pharmacie Régionale d’Approvisionnement
PSE	Plan Sénégal Emergent
PNBRLA	Programme National des Bassins de Réention et des Lacs Artificiels
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PPS	Point de Prestation de Service
PS	Poste de Santé
PSNMTN	Plan Stratégique National de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaire Technique et Financier
REDISSE	Regional Disease Surveillance Systems Enhancement (<i>Renforcement des Systems de Surveillance des Maladies en Afrique de l’Ouest</i>)
RPRG	Regional Programme Review Group for elimination of lymphatic filariasis (<i>Réunion du groupe régional de revue du programme d’élimination de la filariose lymphatique</i>)
RSE	Responsabilité Sociétale d’Entreprise
RSI	Règlement Sanitaire International
RTI	Research Triangle Institute
SAMU	Service d’Aide Médicale d’Urgence
SAU	Service d’Accueil et d’Urgence
SFE	Sage Femme d’Etat
SLAP	Service de la Lutte Antiparasitaire
SNH	Service National de l’Hygiène
SNPV	Système National de Pharmaco Vigilance
SPS	Structure Privée de Santé
SRAS	Service Régional de l’Action Sociale
TAS	Transmission Assesment Survey (<i>enquête d’évaluation de la transmission</i>)
TBA	Taux Brut d’Admission
TBS	Taux Brut de Scolarisation
TDM	Traitement De Masse
TF	Trachome Folliculaire
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine

TT	Trichiasis Trachomateux
UAU	Unité d'Accueil des Urgences
UCAD	Université Cheikh Anta Diop de Dakar
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	United Nations of International Children's Emergency Fund
USAID	United States Agency for International Development
VRS	Village de Reclassement Social
WASH	Water, Sanitation and Hygiene

LISTE DES TABLEAUX

Page N°

Tableau I: répartition de la population du Sénégal par région en 2021	9
Tableau II: principaux indicateurs sociodémographiques du Sénégal (2021)	10
Tableau III: incidence de la pauvreté, taux d’alphabétisation générale et taux d’alphabétisation par région au Sénégal (enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages 2018-2019 ; Source : ANSD/ESPS-II 2021)	11
Tableau IV: ratio de couverture en personnel de sante au Sénégal en 2018 (source PNDSS 2019-2028)	17
Tableau V: cartographie des acteurs communautaires de sante en 2021	19
Tableau VI: cartographie des districts sanitaires, centres de santé publics, postes de santé, cases de santé et sites communautaires par région en 2021	22
Tableau VII: répartition des structures sanitaires publiques (EPS et CS) par région en 2021	23
Tableau VIII: synthèse par districts sanitaires de la cartographie des infrastructures sanitaires	24
Tableau IX: répartition annuelle des allocations budgétaires du secteur de la sante (2016-2020)	29
Tableau X: desserte en eau et assainissement au Sénégal 2017 (source : PEPAM, 2018)	32
Tableau XI: Evaluation des lacunes propres à chaque maladie	35
Tableau XII: résultats des enquêtes de Pré-TAS effectuées en 2020 au Sénégal	41
Tableau XIII: répartition des cas d’hydrocèles et de lymphœdèmes recensés par région lors des campagnes DMM en 2018, 2019 et 2020	43
Tableau XIV: prévalence de la TF par district selon la cartographie de base (2000)	46
Tableau XV : Résultats des enquêtes de prévalence du trichiasis trachomateux effectuées en 2020 et 2021	48
Tableau XVI : résultats des enquêtes de surveillance trachome effectuées en 2021 au Sénégal	49
Tableau XVII: Nombre de cas de TT opérés entre 2017 et 2021	49
Tableau XVIII: répartition des districts ayant changé de catégorie d’endémicité liée à la schistosomiase entre 2016 et 2020	53
Tableau XIX: couverture DMM schistosomiase entre 2015 et 2020	53
Tableau XX: catégories d’endémicité à la schistosomiase par unité focale (poste de sante) au Sénégal en 2021	55
Tableau XXI: couverture DMM des géohelminthiases entre 2015 et 2020	56
Tableau XXII: répartition des cas d’exposition à la rage humaine par type de morsures d’animaux en 2021	58
Tableau XXIII: répartition des cas de rage humaine notifiés entre 2010 et 2020 par région au Sénégal	59
Tableau XXIV: répartition des cas de dengue de 2016 à 2021 par région au Sénégal	60
Tableau XXV: répartition des cas de mycétomes en fonction de l’origine géographique de 2010 à 2020	65
Tableau XXVI: répartition des morsures de serpents de 2016 à 2021 par région au Sénégal	68
Tableau XXVII: répartition de la morbidité des MTN de 2016 à 2021	71
Tableau XXVIII: cartographie de la situation des MTN dans les 79 districts au Sénégal en 2021	72
Tableau XXIX: Résumé des informations sur les interventions menées en 2021	74
Tableau XXX: vecteurs et MTN connexes	77
Tableau XXXI: indicateurs WASH dans les régions de Louga, Diourbel et Ziguinchor en 2020	80
Tableau XXXII: partenaires soutenant les actions des programmes MTN	82
Tableau XXXIII: cibles générales du plan	89
Tableau XXXIV: cibles transversales du plan	90
Tableau XXXV: cibles spécifiques pour chaque maladie	91
Tableau XXXVI: indicateurs clés et jalons	95
Tableau XXXVII: priorités stratégiques du plan	100
Tableau XXXVIII: activités stratégiques du plan	103

Tableau XXXIX: matrice des partenaires	110
Tableau XL: Organisation par niveau du rapportage des données sur le MTN	115
Tableau XLI: modèle logique du PSN.....	97
Tableau XLII: Indicateurs de performance	100
Tableau XLIII: Répartition du budget en fonction des priorités stratégiques	118
Tableau XLIV: répartition des cas de lèpre par région au Sénégal en 2020.....	122
Tableau XLV: répartition des cas d'exposition humaine à la rage notifiés entre 2010 à 2021 par région	123
Tableau XLVI: cartographie des partenaires d'appui dans la lutte contre les MTN par zones d'intervention....	124
Tableau XLVII: feuille de route des DMM pour l'élimination de la FL 2018-2025	125
Tableau XLVIII: feuille de route des DMM pour l'élimination de l'onchocercose 2021-2025	127
Tableau XLIX: feuille de route des DMM pour l'élimination des Géolminthiases 2016-2026	128
Tableau L: feuille de route des DMM pour l'élimination de le contrôle des schistosomiases 2021-2025	130
Tableau LI: besoins en médicaments pour les MTN à CTP (2022-2025)	134
Tableau LII: Besoins en médicaments pour les MTN à PEC des cas (2022-2025).....	135
Tableau LIII: Coût des besoins en médicaments pour les MTN à CTP (2022-2025) en francs CFA.....	136
Tableau LIV: Coût des besoins en médicaments MTN à PEC des cas en francs CFA	137
Tableau LV : Résumé des activités stratégiques et des sous-activités du PSNMTN 2022-2025	138

LISTE DES FIGURES

	Page N°
Figure 1: Carte administrative de la république du Sénégal	8
Figure 2: Organisation du système sanitaire au Sénégal	17
Figure 3: nombre de personnes exposées et traités à la FL et aux géohelminthiases en 2016 et 2020	40
Figure 4: Cartographie d'endémicité à la FL des districts sanitaires au Sénégal en 2020	42
Figure 5: cartographie des districts ayant réussi le Pré-TAS1 et le TAS1 en 2021.....	43
Figure 6: Cartographie d'endémicité à l'onchocercose des districts sanitaires au Sénégal en 2020	44
Figure 7: Cartographie d'endémicité au TF des districts sanitaires au Sénégal en 2000.....	46
Figure 8: Cartographie d'endémicité à la schistosomiase des districts sanitaires au Sénégal en 2013	52
Figure 9: Cartographie d'endémicité aux géohelminthiases des districts sanitaires au Sénégal en 2013	56
Figure 10: Distribution des foyers de rage animal au Sénégal en 2020	57
Figure 11: Répartition des arboviroses par district en 2020 au Sénégal.....	61
Figure 12: Fréquence de répartition des cas de mycétome en Afrique de l'ouest	64
Figure 13: Répartition géographique des morsures de serpents au Sénégal.....	68
Figure 14: Piliers stratégiques du PSNMTN 2020-2025.....	99
Figure 15: Schéma logique de l'agenda stratégique du programme	101
Figure 16: Répartition du budget prévisionnel du plan en fonction des piliers	117

LISTE DES ANNEXES

		Pages
Annexe 1:	Tableau XLIV: répartition des cas de lèpre par région au Sénégal en 2020	122
Annexe 2:	Tableau XLV: répartition des cas d'exposition humaine à la rage notifiés entre 2010 à 2021 par région au Sénégal	123
Annexe 3:	Tableau XLVI: cartographie des partenaires d'appui dans la lutte contre les MTN par zones et domaines d'intervention	124
Annexe 4:	Tableau XLVII: feuille de route des DMM pour l'élimination de la FL 2018-2025)	125
Annexe 5:	Tableau XLVIII: feuille de route des DMM pour l'élimination de l'onchocercose 2021-2025	127
Annexe 6:	Tableau XLIX: feuille de route des DMM pour l'élimination des Géolminthiases 2016-2026	128
Annexe 7:	Tableau L: feuille de route des DMM pour l'élimination de le contrôle des schistosomias 2021-2025	130
Annexe 8:	Tableau LI: besoins en médicaments pour les MTN à CTP (2022-2025)	134
Annexe 9:	Tableau LII: Besoins en médicaments pour les MTN à PEC des cas (2022-2025)	135
Annexe 10:	Tableau LIII: Coût des besoins en médicaments pour les MTN à CTP (2022-2025) en francs CFA	136
Annexe 11:	Tableau LIV: Coût des besoins en médicaments MTN à PEC des cas en francs CFA	137
Annexe 12:	Tableau LV : Résumé des activités stratégiques et des sous-activités du PSNMTN 2022-2025	138

RESUME EXECUTIF DU PLAN

Le Sénégal s'est engagé, à l'instar des pays de la sous-région, à lutter efficacement contre ces maladies. Depuis 2007, trois plans stratégiques avaient été élaborés et mis en œuvre par le Sénégal afin de réduire le fardeau lié à ces MTN. Cette volonté politique s'est traduite par l'inscription en priorité nationale de la lutte contre les MTN dans le Plan National de Développement Social et Sanitaire 2019-2028 avec la finalité d'avoir « Un Sénégal émergent exempt de maladies tropicales négligées pour un développement durable ».

Les objectifs visés à l'horizon 2025 du nouveau Plan Stratégique National de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2022-2025 sont de réduire la charge de morbidité et de la mortalité à travers: le contrôle, l'élimination ou l'éradication conformément à la nouvelle feuille de route mondiale 2021-2030. Plus précisément le présent plan vise à :

- éradiquer la dracunculose ou ver de Guinée ;
- éliminer en interrompant la transmission la lèpre, l'onchocercose, la trypanosomiase humaine africaine ;
- éliminer en tant que problème de santé publique la filariose lymphatique, le trachome, les géohelminthiases et la rage ;
- contrôler la dengue, les schistosomiasés, la leishmaniose cutanée, la gale, les envenimations par morsure de serpent et les mycétomes.

L'élaboration de ce plan a respecté les principes directeurs de : l'efficacité, l'appropriation par les politiques et les communautés, l'innocuité, l'équité, et le genre.

Les principales approches utilisées dans le plan pour une meilleure efficacité des interventions sont : la multisectorialité, la collaboration intersectorielle, la participation et l'engagement communautaire, le partenariat et l'intégration des interventions.

Les 14 objectifs prioritaires du plan tournent autour de 3 piliers (axes) stratégiques :

1. Accélérer l'action programmatique contre les MTN, notamment les interventions visant à réduire l'incidence, la prévalence, la morbidité, les incapacités et la mortalité :

- intensifier la chimiothérapie préventive intégrée dans les zones endémiques éligibles à la DMM aux taux de couverture géographique épidémiologique et thérapeutique recommandés ;
- Renforcer le système de santé afin d'améliorer la prise en charge des cas, des complications des séquelles et des handicaps liés aux MTN dans les activités de routine à tous les niveaux du système de santé ;
- accorder la priorité au suivi et à l'évaluation afin de suivre les progrès et prendre les décisions visant à atteindre les objectifs fixés pour 2025 ;
- assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et autres produits contre les MTN de qualité de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux ;
- renforcer la participation communautaire pour que les communautés s'approprient la lutte contre les MTN à travers la mobilisation sociale, les changements comportementaux et l'augmentation du soutien local ;
- renforcer le système d'information, la surveillance épidémiologique et la recherche opérationnelle ;
- renforcer la communication pour le changement de comportement sur les MTN.

2. Intensifier les approches transversales en intégrant des interventions portant sur plusieurs MTN et en les incluant dans le système de santé national.

- améliorer les capacités du programme chargé de la lutte contre les MT ;
- réduire la discrimination, la stigmatisation et les souffrances liées aux MTN ;
- renforcer la mobilisation de ressources par le développement du partenariat et du plaidoyer ;
- renforcer la coordination intrasectorielle (handicaps, incapacité et exclusion, santé mentale, lutte antivectorielle, PEV, santé mère-enfant etc.) ;
- renforcer la coordination multisectorielle (WASH, éducation, élevage, etc.) en mettant en synergie les approches favorisant la prévention, le traitement et les soins liés à de nombreuses MTN.

3. Modifier le modèle opérationnel et la culture en place en renforçant l'appropriation du pays,

- améliorer l'intégration de la planification, de la mise en œuvre, du suivi, et de l'évaluation des programmes MTN ;
- renforcer l'appropriation de la lutte contre les MTN en décentralisant la lutte au niveau local, départemental et régional.

Un cadre de suivi et d'évaluation a été défini et des indicateurs ont été afin d'apprécier les performances du plan et d'assurer son suivi. L'accent a été particulièrement mis sur la recherche d'impact.

Le budget prévisionnel budget du Plan Stratégique National de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2022-2025 s'élève à 8 523 273 684 FCFA. Les piliers 1, 2 et 3 représentent respectivement 87%, 12% et 1% du budget.

Les médicaments pour la mise en œuvre des DDM ont un coût de 2 343 353 734 FCFA soit 27,5% du budget total.

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.

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 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.

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 général des populations, 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.

Le Sénégal s'est engagé, à l'instar des pays de la sous-région, à lutter efficacement contre ces maladies. Depuis 2007, trois plans stratégiques avaient été élaborés et mis en œuvre par le Sénégal afin de réduire le fardeau lié à ces MTN.

Des progrès importants ont été réalisés au Sénégal dans la lutte contre les MTN avec le soutien des partenaires. Le ver de Guinée est en voie d'éradication depuis plusieurs années. La lèpre ne représente plus un problème de santé publique. Le trachome et la filariose lymphatique sont en voie d'élimination dans le pays.

Ces progrès sont aussi à mettre sous le compte d'une approche multisectorielle et communautaire qui a permis d'impacter de façon significative sur les déterminants de ces maladies. La volonté politique affirmée du Sénégal n'a pas été en reste : le Plan National de Développement Social et Sanitaire a inscrit dans ses priorités la lutte contre les maladies tropicales négligées.

Les objectifs visés à l'horizon 2025 du nouveau Plan Stratégique National de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2022-2025 sont : le contrôle, l'élimination ou l'éradication conformément à la nouvelle feuille de route mondiale 2021-2030.

Dans la perspective d'agir plus vite pour réduire l'impact de ces MTN, quatorze maladies sont ciblées dans le plan stratégique. Il s'agit de :

- Cinq (05) maladies à Chimiothérapie Préventive de Masse : Trachome, Filariose Lymphatique, Onchocercose, Bilharzioses et Géohelminthiases ;
- Neuf maladies (09) à Prise en Charge de Cas : Lèpre, Rage, Dracunculose, Leishmaniose, Gale, Mycétomes, la Trypanosomiase Humaine Africaine, Envenimation par morsure de serpent et Dengue.

Sous l'impulsion de l'OMS, de nouveaux partenaires se sont impliqués avec l'Etat du Sénégal dans la mise en œuvre de stratégies de lutte efficaces et réalistes mettant l'accent sur la rationalisation des ressources disponibles ainsi que sur la pleine utilisation de moyens diagnostiques et thérapeutiques efficaces.

Ce plan stratégique de lutte 2022-2025 va constituer la référence pour une mise en œuvre harmonisée et le suivi des résultats de toutes les interventions en matière de lutte contre les MTN menées dans notre pays. Il régit la lutte contre les MTN notamment : leur prévention et si possible leur élimination et éradication. Ce plan s'inscrit dans la feuille de route pour les MTN intitulée « **Lutte contre les maladies tropicales négligées pour atteindre les objectifs de développement durable** » : **Feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030.**

Ce plan s'inscrit également dans les priorités indiquées par le PNDSS 2019-2028, bréviaire de la planification dans le secteur de la santé.

PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE DES MTN

1.1. Réévaluer les priorités nationales et les engagements pris au niveau mondial, régional et national dans la lutte contre les MTN

1.2. Analyse du contexte national

1.2.1. Analyse du pays

1.2.2. Analyse du système de santé

1.3. Évaluation des lacunes

1.4. Analyse du contexte du programme

1.4.1. Organisation et état actuel du programme de lutte contre les MTN

1.4.2. Performance du programme de lutte contre les MTN

1.4.3. Performances des autres programmes étroitement liés au programme de lutte contre les MTN

1.5. Atouts du programme de lutte contre les MTN

1.5.1. Forces et faiblesses

1.5.2. Menaces et opportunités

1.5.3. Lacunes et priorités

PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE DES MTN

1.1. Réévaluer les priorités nationales et les engagements pris au niveau mondial, régional et national dans la lutte contre les MTN

Au Sénégal, comme dans la plupart des pays en développement, les MTN, entre autres, constituent un énorme défi pour le système de santé. Elles ont fait l'objet de l'élaboration trois (03) plans stratégiques de lutte, de 2007 à 2011, de 2011 à 2015 et de 2016 à 2020. Compte tenu de la modestie des moyens financiers, l'essentiel des interventions prévues pour lutter contre les MTN au Sénégal, s'est limité à la chimiothérapie préventive.

Malgré les progrès réalisés dans le cadre de l'exécution de ces plans stratégiques de lutte contre les MTN, d'énormes défis restent encore à relever. La prise en charge de la morbidité, la prévention des invalidités dues à la filariose lymphatique et au trachome ainsi que la lutte antivectorielle et les interventions WASH constituent le parent pauvre de la stratégie de lutte contre ces maladies.

Au Sénégal, depuis 2021, 14 MTN sont ciblées parmi les 20 recensées au niveau mondial dont 5 à chimiothérapie préventive (CTP) de masse (trachome, bilharziose, filariose lymphatique, onchocercose, géo-helminthiases) et 9 à prise en charge au cas par cas (lèpre, leishmaniose cutanéomuqueuse, gale, mycétome, dracunculose, rage, dengue, envenimation par morsure de serpent et trypanosomiase humaine africaine). Elles sont co-endémiques dans toutes les régions administratives du Sénégal.

Depuis le début des années 2000, il y a un regain d'intérêt de la communauté internationale et la dynamique ne cesse de s'amplifier en faveur du contrôle, de l'élimination et de l'éradication des MTN.

Au cours de la cinquante-neuvième session du Comité régional tenue en septembre 2009 et à la suite de l'adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé des résolutions sur les MTN, les Ministres de la Santé des États Membres de la Région africaine se sont engagés à porter les interventions éprouvées de lutte contre les principales MTN.

La publication par l'OMS du document intitulé « Agir plus vite pour réduire l'impact mondial des Maladies Tropicales Négligées : feuille de route pour la mise en œuvre » suivie de la Déclaration de Londres en janvier 2012 ont suscité un engagement public à mettre un terme définitif à dix (10) MTN hautement prioritaires d'ici 2020. En novembre 2012, les parties prenantes à la lutte contre les MTN issues de 65 pays se sont réunies à Washington pour garantir la disponibilité et l'accessibilité des médicaments offerts par l'industrie pharmaceutique aux bénéficiaires.

En réponse à cet engagement mondial, lors d'une réunion des Ministres de la santé en juin 2012, l'OMS/AFRO a lancé « l'Appel à l'Action urgent d'Accra sur les MTN » et a exhorté toutes les parties prenantes à accélérer les efforts de lutte et d'élimination des MTN ciblées dans la Région africaine. C'est ainsi que le plan stratégique de la Région africaine de l'OMS a été élaboré pour la période 2014-2020 avec comme vision une « Afrique exempte de MTN ». Ce plan a pour but d'accélérer la réduction de la charge de morbidité à travers le contrôle, l'élimination et l'éradication des MTN ciblées ». Cela contribuera à l'allègement de la pauvreté, ainsi qu'à l'amélioration de la productivité et de la qualité de vie des personnes touchées dans la Région africaine.

Depuis la dernière feuille de route qui fixait des cibles pour 2020, on est parvenu à faire de ces maladies une priorité dans le monde jusqu'à envisager l'élimination et l'éradication de certaines d'entre elles.

Toutefois, malgré des progrès substantiels réalisés en vue de réduire la charge globale de ces maladies, bon nombre des cibles fixées pour 2020 n'ont pas été atteintes.

Afin d'atteindre les objectifs définis d'ici à 2030, une nouvelle feuille de route 2021-2030 a été proposée avec l'ambition « d'aider plus d'un milliard de personnes ayant actuellement besoin d'interventions liées aux maladies tropicales négligées pour les soulager, et d'éviter à des millions d'individus de devoir faire face à des dépenses de santé catastrophiques ».

Devant cette initiative mondiale et régionale, le Sénégal avait élaboré et mis en œuvre deux plans stratégiques respectivement pour les périodes 2007-2011 et 2011-2015. Ces plans ont été essentiellement consacrés à la lutte contre les MTN à Chimiothérapie Préventive de Masse (CPM). Ceci s'explique par l'insuffisance des ressources humaines et financières disponibles mais aussi par la faible mobilisation des communautés et des professionnels de la santé autour des MTN. De plus, les MTN à Prise en Charge au cas par cas (PCC) ont été très faiblement prises en compte.

Au Sénégal, les dix (10) MTN endémiques (la lèpre, le ver de Guinée, la rage, la leishmaniose, la dengue, l'onchocercose, les schistosomiasés, les géohelminthiases, la filariose lymphatique et le trachome) ont été prises en compte dans les MTN. Une attention particulière a été accordée à ces deux dernières maladies qui, conformément aux orientations mondiales, devraient être éliminées en 2020. Dans la perspective d'agir plus vite pour réduire l'impact des MTN, un plan stratégique avait été élaboré pour la période 2016-2020.

Dans le nouveau plan 2022-2025 qui doit être élaboré, les MTN sont prises en compte par la vision du chef de l'Etat par le biais du Plan Sénégal Emergent (PSE) qui, dans son Pilier 2, accorde une priorité au

« Développement du capital humain et de la protection sociale ». En outre le Plan National de Développement Sanitaire et Social du MSAS (PNDSS 2019-2028) préconise le « Renforcement des interventions visant à contrôler, éliminer et éradiquer les maladies tropicales négligées » et inscrit la lutte contre les MTN comme une ligne d'action prioritaire.

Divers plans et actions phares ont été aussi réalisés pour rendre compte de l'importance de la lutte contre les MTN accordée par le secteur, notamment :

- élaboration du plan de durabilité de la lutte contre les MTN 2021-2023 ;
- élaboration de plan de plaidoyer pour la lutte contre les MTN 2019-2021 ;
- mise en place d'un Comité National de Lutte contre les MTN (CNLMTN) par arrêté ministériel N° 019513 du 07 juin 2021 ;
- élaboration du Plan de Gestion de la Morbidité et la Prévention des Invalidités (PGMPI) 2021-2025 ;
- engagement des élus locaux et de la société civile dans la lutte contre les MTN 01 juin 2021 ;
- directives présidentielles issues du conseil ministériel du 03 février 2021 relatives au processus d'abrogation de la loi 76-03 du 25 mars 1976 (loi ayant institué les villages de reclassement sociale).

1.2. Analyse du contexte national

1.2.1. Analyse du pays

❖ Contexte géographique

Le Sénégal, situé en Afrique de l'Ouest, est compris entre 12°8 et 16°41 de Latitude Nord et 11°21 et 17°32 de Longitude Ouest. Sa superficie est de 196 722 km².

Il est limité au Nord par la 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 1400 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. 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 bassins et deltas, siège d'importants barrages et aménagements hydroagricoles.

En période d'hivernage, se créent des mares et marigots qui constituent la principale source d'approvisionnement en eau dans certaines localités où l'accès à l'eau potable constitue un véritable problème. La baisse de la pluviométrie et la salinisation des terres, alliées aux actions anthropiques (déforestation, agriculture, activités minières, etc.) font qu'un tiers de la superficie du pays se trouve à un stade pré-désertique. La dégradation des sols et l'insuffisante maîtrise de l'eau pourraient avoir des conséquences dramatiques dans peu de temps si des actions ne sont pas entreprises à une large échelle.

Pour ces raisons, l'Etat avait pris l'option de la valorisation des ressources en eau, en mettant en place le Programme National des Bassins de Rétention et des Lacs Artificiels (PNBRLA) en vue de contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le but principal visé était la récupération des eaux de pluie qui ont une fonction productive affirmée permettant le développement des activités agro-pastorales et piscicoles, mais aussi une fonction récréative. Cependant, en termes de résultats et d'impacts, il a été identifié quelques 5000 sites potentiels avec 210 bassins réalisés, soit un minimum de 12 millions de mètres cube d'eaux stockées. Il a été construit dans la région de Dakar, 26 bassins de rétention et lacs artificiels pour une superficie d'emprise de 12.961.400 m².

❖ **Structure administrative et sociodémographique**

L'organisation administrative, territoriale et locale, de la République du Sénégal est fixée par le décret du 10 septembre 2008 fixant le ressort territorial et le chef-lieu des régions et des départements et la loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013 portant Code général des collectivités locales.

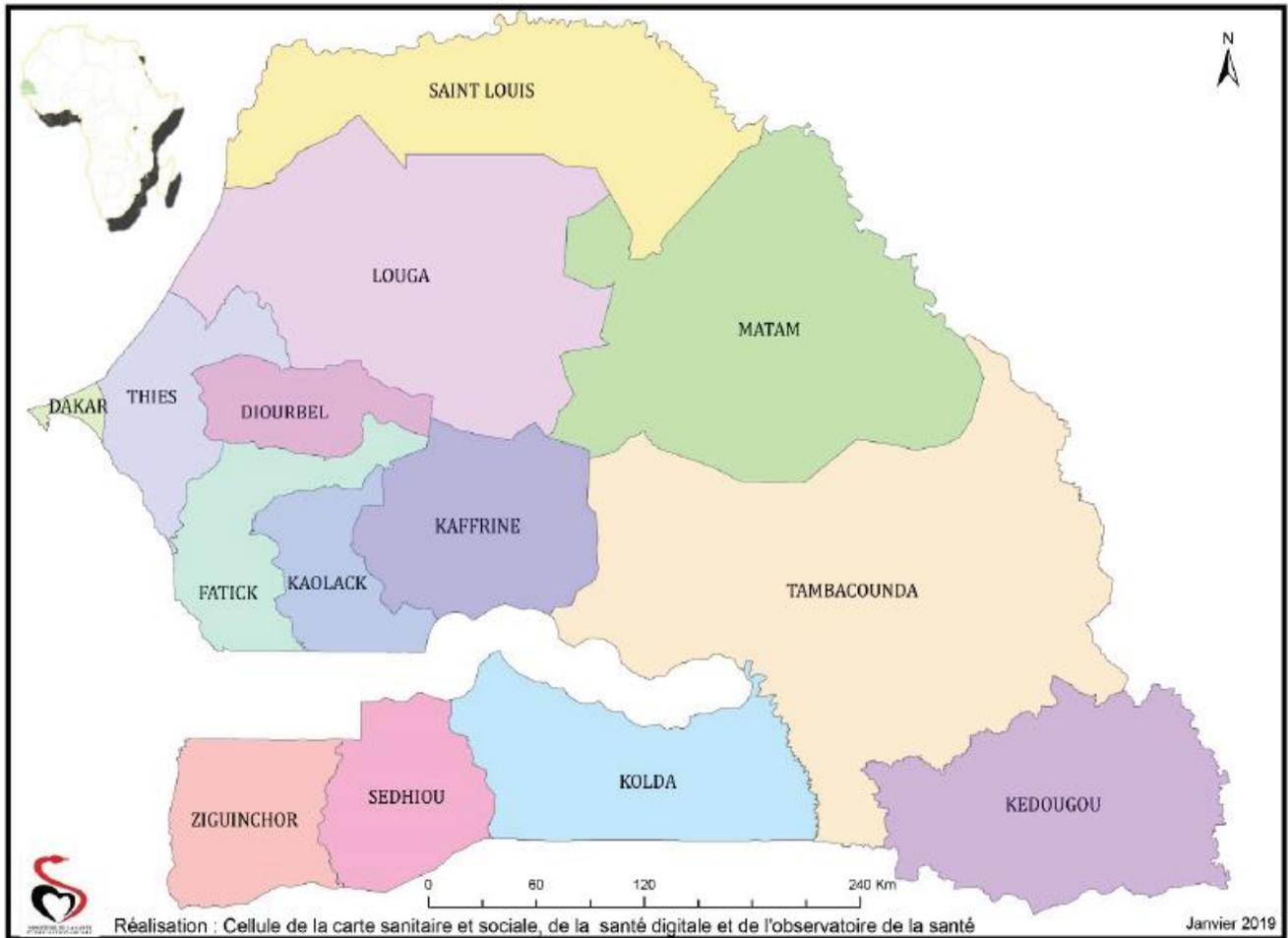


Figure 1: Carte administrative de la République du Sénégal

(Source : <https://satisfaction.ansd.sn/ressources/publications/indicateurs/Projections-demographiques-2013-2025+.htm>)

Le Sénégal a opté pour une politique de déconcentration administrative avec un découpage en 14 régions, 46 départements et 123 arrondissements.

Il met également en œuvre une politique de décentralisation progressive et irréversible avec 599 Collectivités Territoriales (42 départements/CT, 557 communes dont 3 villes qui épousent le contour de leur département administratif).

Tableau I: répartition de la population du Sénégal par région en 2021

Régions	Population	Poids démographique (%)	Superficie (km ²)	Densité (hbts/km ²)
Dakar	3938358	22,9	547	7120
Ziguinchor	706554	4,1	7352	96,1
Diourbel	1919090	11,1	4824	398
Saint-Louis	1120585	6,5	19241	58,2
Tambacounda	904032	5,3	42364	21,3
Kaolack	1228746	7,1	5357	229,4
Thiès	2221097	12,9	6670	333
Louga	1091268	6,3	24889	43,8
Fatick	932629	5,4	6849	136,2
Kolda	848348	4,9	13771	61,6
Matam	760588	4,4	29445	25,8
Kaffrine	755172	4,4	11262	67,1
Kédougou	196991	1,1	16800	11,7
Sédhiou	591970	3,4	7341	80,6
TOTAL	17215428	100	196712	88

Le Sénégal compte en 2021 une population de 17215428 habitants avec une densité de 88 habitants au km². Il existe une forte disparité dans la répartition de la population entre les 14 régions administratives du pays. Les régions les plus peuplées sont Dakar, Thiès et Diourbel avec respectivement 22,9% ; 12,9% ; et 11,1% de la population totale. A l’opposé, les régions septentrionales et orientales du pays se caractérisent par la faiblesse de leur population : la région de Kédougou est la moins peuplée avec 1,1% de la population totale, tandis que celle de Tambacounda, qui représente la région la plus vaste (21,5 % de la superficie nationale), ne compte que 5,3% de la population du pays.

Le Sénégal jouit d’une riche diversité ethnique. Les principales ethnies sont les Ouolofs représentant 39,8% de la population, les Halpulaars (26,5%), les Sérères (15,0%), les Mandingues (6,2%) et les Joolas (3,7%). Divers autres groupes et sous-groupes ethniques composent les 8,8% restants : Arabes hasanyas, Manjackes, Balantes, Bambaras, Arabes d’origine libano-syrienne, etc.

Le français est la langue officielle du pays. La langue majoritairement parlée est le « Ouolof ».

Sur le plan religieux, la population du Sénégal est composée majoritairement de musulmans (94,7%).

Les chrétiens représentent 4,9%, tandis que les autres religions représentent 0,4% de la population.

Tableau II: principaux indicateurs sociodémographiques du Sénégal (2021)

INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES	2021
FECONDITE	
Indice synthétique de fécondité (ISF)	4,9
Taux brut de reproduction (TBR)	2,43%
Taux net de reproduction (TNR)	2,2%
Age moyen de procréation	29,9
Rapport enfants-femmes	0,68
MORTALITE	
Espérance de vie des hommes	67,1
Espérance de vie des femmes	69,4
Espérance de vie totale	68,3
Taux de mortalité infantile (0-1 an)	35,8%
Taux de mortalité infanto-juvénile (0-5 ans)	50,7%
TAUX VITAUX	
Taux brute de natalité (TBN) pour 1000	35,8‰
Taux brut de mortalité (TBM) pour 1000	6,4‰
Temps de doublement	23,9
NAISSANCES ET DECES ANNUELS	
Naissances	615 683
Décès	110 509
POPULATION	
Pourcentage 0-4	16,35%
Pourcentage 5-14	25,42%
Pourcentage 15-49	47,43%
Pourcentage 15-64	54,6%
Pourcentage 65 et plus	3,63%
Pourcentage femmes 15-49	47,71%
Rapport de masculinité	99,67
Rapport de dépendance	0,83
Age moyen	19
Pourcentage urbain	47,38%
Pourcentage rural	52,62%

La population du Sénégal est caractérisée par sa jeunesse (la moitié de la population a moins de 18,5 ans) avec un âge moyen de 19 ans. Au rythme actuel d'évolution de la croissance démographique, la population du pays va doubler en l'espace de 23,9 ans. Ces caractéristiques particulières mettent en exergue l'enjeu majeur de la capture du dividende démographique, pour l'atteinte des objectifs nationaux de développement.

❖ Contexte socio-économique

Les résultats de la première édition de l'enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages (EHCVM) réalisée au Sénégal ont mis en exergue les efforts du Gouvernement dans l'amélioration des conditions de vie des populations.

Il ressort des résultats de ladite enquête que le taux de pauvreté s'est établi à 37,8% contre 42,8% en 2011, soit une baisse de 05 points.

Tableau III: incidence de la pauvreté, taux d'alphabétisation générale et taux d'alphabétisation par région au Sénégal (enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages 2018-2019 ; Source : ANSD/ESPS-II 2021)

REGIONS	Nombre d'habitants	Taux d'alphabétisation générale en %	Taux brut de scolarisation globale en %	Incidence pauvreté (%)
Dakar	3938358	72,3	64,3	9
Diourbel	1919090	41,6	28,9	43,9
Tambacounda	904032	33,8	44,6	61,9
Saint-Louis	1120585	43	57,4	40,1
Thiès	2221097	53,6	53,4	34,1
Fatick	932629	53,7	61,1	49,2
Kaffrine	755172	39,7	26,7	53
Kaolack	1228746	43,1	46,4	41,5
Kédougou	196991	42,4	63,2	61,9
Kolda	848348	45,3	51,9	56,6
Louga	1091268	32,3	30,3	43,4
Matam	760588	24,1	42,1	47,7
Sédhiou	591970	38,2	62,7	65,6
Ziguinchor	706554	39,9	87,3	51,1
Total	17215428	54,6%	52,9%	37,8%

Il est également important de relever que notre taux de pauvreté est le plus bas de la zone UEMOA (Bénin=38,5%, Burkina Faso=41,4%, Côte d'Ivoire=39,4%, Guinée Bissau=47,7%, Mali=42,1%, Niger=40,8%, Togo=45,5%).

Cette tendance baissière du taux de pauvreté dans notre pays a été observée aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain et pour toutes les 14 régions du pays ; d'où la pertinence du choix de la territorialisation de nos politiques publiques. La plus forte baisse est enregistrée à Dakar où le taux de pauvreté est passé de 14,2% en 2011 à 8,7% en 2018/19.

Les résultats de l'enquête révèlent également que le taux d'extrême pauvreté au Sénégal est passé de 12,2% à 6,8% sur la même période.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête ont également confirmé l'impact positif des politiques d'autonomisation et de genre initiées par le Gouvernement. En effet, la pauvreté est moins importante dans les ménages dirigés par les femmes. Deux personnes sur dix (21,8%) vivant dans des ménages dirigés par une femme sont pauvres contre un peu plus de quatre sur dix ménages (42,7%). Ces résultats forts remarquables ont été obtenus grâce à la mise en œuvre des projets et programmes d'envergure de l'Etat. En effet, le Plan Sénégal émergent a impulsé une nouvelle dynamique de croissance économique robuste et inclusive entre 2014 et 2018. Le taux de croissance a été durant cette période à plus de 6% par an, classant le Sénégal parmi les pays les plus dynamiques de l'Afrique au sud du Sahara.

Au plan social, des performances très appréciables ont été enregistrées dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la lutte contre la pauvreté et les inégalités. Afin d'avoir une meilleure redistribution des fruits de la croissance et pour plus d'équité dans l'accès aux services sociaux de base, des projets et programmes ont été mis en place par le Chef de l'Etat. Parmi ces projets et programmes, nous pouvons citer :

- le programme national de Bourses de Sécurité Familiale qui est un filet de protection sociale bâti sur un système d'allocation monétaire destinée à améliorer les conditions d'existence des familles démunies, en vue de contribuer à l'éradication de la pauvreté et de l'extrême pauvreté et de garantir la dignité des citoyens.
- le programme de couverture maladie universelle (CMU) qui couvre la gratuité des soins notamment pour les enfants de moins de cinq ans, les césariennes et la dialyse. La CMU offre également la possibilité aux personnes les plus démunies de bénéficier d'une couverture du risque maladie ;
- la carte d'égalité des chances (CEC) qui a permis à plus de 64 000 personnes vivant avec un handicap d'accéder à des services de protection sociale.

Le souci de préservation des acquis de ces projets et programmes dans le contexte de la crise sanitaire liée à la pandémie de la covid-19 a amené le Gouvernement à mettre en place le Programme de Résilience Economique et Sociale qui a permis de soutenir le système de santé et de renforcer la résilience des ménages.

❖ Situation du secteur du transport

Le Sénégal a fait des progrès significatifs dans l'amélioration de ses infrastructures de transport. Des investissements conséquents ont permis l'expansion des réseaux nationaux et transfrontaliers pour améliorer la mobilité et la sécurité des personnes et des biens, et promouvoir la création de nouveaux centres économiques à travers le pays.

Grâce au bon état de ses infrastructures (air, terre, mer) et à sa position géographique unique, le Sénégal occupe la première place en Afrique de l'Ouest au classement de la performance logistique, selon la Banque Mondiale. Ayant récemment investi fortement dans ses infrastructures de transport, le Sénégal offre aux entreprises des ouvrages d'art de calibre mondial, basés sur un mécanisme « porte – corridor » qui leur permettent d'expédier plus rapidement leurs marchandises vers les marchés, dans des conditions modernes et performantes.

Le Sénégal possède un réseau routier dense et bien entretenu pouvant assurer une circulation fluide des personnes et des biens. Un programme d'amélioration de la mobilité urbaine est en cours afin d'optimiser les déplacements vers et à l'intérieur de la capitale.

Le réseau routier est long de 16481 km dont 6563 km de routes bitumées avec 221 km d'autoroute. Il faut remarquer que 84% du réseau routier est en bon état.

Dans le secteur routier, les grands projets tels que les autoroutes à péage Dakar-Saint LOUIS et Dakar-Kaolack, et les projets de construction et réhabilitation de routes nationales permettront d'améliorer encore l'accès aux grands axes routiers Dakar – Bamako, Dakar – Conakry et Dakar – Tanger.

L'accessibilité des postes de santé et des communautés constituent un déterminant dans l'atteinte des couvertures géographiques lors des campagnes de DMM.

Le réseau ferroviaire sénégalais, autrefois très développé, s'est progressivement dégradé pour s'arrêter complètement en 2016. Un projet est en cours pour réhabiliter ce réseau.

Le Train Express Régional Dakar-Diamniadio, ligne de chemin de fer électrique à écartement standard de 36 km de long a démarré ses activités en décembre 2021. Ce train a permis d'augmenter la mobilité entre Dakar et sa banlieue.

Les plus grandes compagnies aériennes relient tous les jours Dakar aux centres d'affaires du monde : Paris, Londres, Dubaï, New York, Johannesburg et Air Sénégal S.A., la compagnie aérienne nationale, assure, à partir de Dakar, la correspondance vers l'intérieur du Sénégal et vers d'autres pays. Le Sénégal a mis en service un aéroport international de dernière génération, situé à une cinquantaine de kilomètres

de Dakar. L'Aéroport International Blaise Diagne (AIBD) offre ce qu'il y'a de meilleur en matière de standards aéroportuaires de classe mondiale. Il dispose actuellement d'une capacité de trois (03) millions de passagers par an et devrait atteindre dix (10) millions par an, ce qui en fait un pôle de mobilité régional et international.

Le Sénégal est une escale maritime performante qui offre un gain de navigation pour les navires venant du Nord par rapport aux autres ports de la Côte Ouest Africaine. Le Port de Dakar offre 24h/24, une gamme de services professionnels et des infrastructures de dernière génération concourant à optimiser les conditions d'escale, de transit et de transbordement.

À la croisée de plusieurs routes maritimes, le Port Autonome de Dakar jouit d'une situation géographique exceptionnelle. Situé au carrefour de trois voies commerciales clés (Amérique du Nord – Afrique, Europe – Afrique et Europe – Amérique du Sud), l'accès est direct, en toute période de l'année, sans restriction de marée, et des opérations de navires et de manutention 24/7. Conteneurs, hydrocarbures, denrées et produits de la mer y sont manutentionnés jour et nuit. L'offre de service est compétitive et diversifiée et inclut la réparation navale. Un important programme de modernisation et d'extension, en cours, prévoit la réalisation d'un troisième terminal à conteneur, d'une nouvelle gare maritime et d'un quai fruitier. La réalisation d'un terminal minéralier est également projetée.

L'utilisation des voies maritimes (pirogues, vedette et bateaux) s'est avérée très efficaces lors de la livraison des médicaments et de leur administration lors des DMM particulièrement dans les zones insulaires.

❖ **Situation du secteur de la communication et de l'audiovisuel**

Leader incontesté en Afrique de l'Ouest, le Sénégal dispose d'un réseau de télécommunication efficace et entièrement numérisé qui compte plus de 2200 km de fibres optiques. Il est relié à l'Europe, l'Amérique, l'Asie et le Moyen Orient via des connections permanentes par câbles. La pénétration d'Internet et des services de téléphonie est importante en entreprises comme chez les particuliers. La libéralisation du secteur des télécommunications a entraîné une saine concurrence dans les services de base et une explosion de l'offre dans les services spécialisés.

Selon l'Union Internationale des Télécommunications (UIT), le Sénégal est le premier pays d'Afrique de l'Ouest pour le taux de pénétration et la qualité de services.

Il est recensé 19,5 millions d'abonnés à la téléphonie. Le taux de pénétration du mobile au Sénégal (rapport entre le nombre total de lignes de téléphonie mobile et celui de la population) est de **117,73%** au 31 juin

2021. Le taux de pénétration des services internet est estimé 92,29% avec un nombre d'abonnés qui s'élève à 15.418.058 millions d'abonnés. Cette forte pénétration du réseau mobile dans les ménages ruraux et urbains pourrait faciliter la diffusion des messages en santé.

Le paysage médiatique du Sénégal se compose d'au moins 27 quotidiens, de plus d'une cinquantaine de radios généralistes et 114 radios communautaires, et de près d'une vingtaine de chaînes de télévision. La presse en ligne est très développée, ainsi que les chaînes d'information sur internet. Les radios sont les médias les plus suivis. En raison du faible tirage des journaux, ceux-ci ne peuvent pas être diffusés sur tout le territoire national, se limitant en majorité à la capitale, Dakar.

Les radios notamment les radios communautaires sont disponibles et accessibles partout même dans les communautés les plus éloignées ; elles permettent de diffuser des messages de santé particulièrement ceux relatifs aux MTN.

1.2.2. Analyse du système de santé

❖ La Gouvernance sanitaire

Conformément aux orientations du PNDS 2009-2018, la Direction en charge de la Planification, de la Recherche, et des Statistiques (DPRS) et la Direction Générale de la Santé (DGS) ont été créées en 2012. Le rattachement de l'action sociale au Ministère de la Santé en 2012 a conduit à la création de la Direction Générale de l'Action sociale et à l'érection de la Direction Générale des Etablissements de Santé (DGES) suivant le décret 2020-936 du 03 avril 2020 portant organisation du MSAS.

Pour les besoins de régulation du secteur, un certain nombre d'initiatives a été pris ; entre autres : la réforme des comités de santé et comités de gestion qui a conduit à la création des Comités de Développement Sanitaire (CDS) ; l'élaboration d'une nouvelle carte sanitaire 2019-2023. Cependant la mise en cohérence du cadre législatif implique la conduite ou la finalisation d'autres réformes telles que : le décret portant organisation du MSAS ; la réforme du système de santé local (district) en cohérence avec l'acte III de la décentralisation ; l'élaboration du Code de la santé publique ; la révision du Code de l'hygiène ; l'adoption de la loi relative à la CMU et, la continuité de la transposition des textes communautaires.

Les instances de coordination du PNDSS se tiennent régulièrement au niveau central et opérationnel (régions et districts sanitaires). Par contre, les cadres d'animation de la Multisectorialité (Conseil Supérieur de la Multisectorialité, Comités régionaux et départementaux multisectoriels) peinent à être mis en place ou à être fonctionnels.

En outre, les comités de pilotage des programmes sectoriels d'appui au développement fonctionnent de façon irrégulière et peu efficace, sans que leurs conclusions n'alimentent réellement les revues sectorielles nationales. Le cadre unique et harmonisé des interventions du secteur de la santé (Compact) mis en place pour une plus grande efficacité de l'aide publique au développement n'a pas été évalué ni mis à jour.

Au total, l'existence de ces diverses instances de dialogue, de coordination et d'harmonisation de la mise en œuvre du PNDS, pourrait être soutenue par la mise en place formelle d'un comité de pilotage du PNDSS. Celui-ci servirait alors d'interface multisectorielle de réflexion et de décision sur la politique de santé et la mise en œuvre du PNDSS.

❖ **Le système de santé**

L'organisation du secteur socio-sanitaire est de type pyramidal, adossée au découpage administratif du pays. Elle comprend :

- un niveau central qui regroupe le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions générales, les Directions nationales, les services centraux rattachés, les Centres Nationaux de Réinsertion Sociale et les Etablissements Publics de Santé de niveau 3 ;
- un niveau intermédiaire stratégique qui regroupe les Régions Médicales, les Brigades Régionales de l'Hygiène (BRH), les Services Régionaux de l'Action Sociale (SRAS) et les Etablissements Publics de Santé de niveau 2 ;
- un niveau périphérique opérationnel avec les Districts Sanitaires, les Sous – Brigades de l'Hygiène, les Services Départementaux de l'Action Sociale (SDAS), les Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS) et les Etablissements Publics de Santé de niveau 1 .



Figure 2: Organisation du système sanitaire au Sénégal

❖ **Les ressources humaines**

Sur le plan des ressources humaines, le recrutement accru de personnels techniques a permis de relever les effectifs des médecins, techniciens supérieurs de santé, sages-femmes, infirmiers, assistants infirmiers dans les structures sanitaires.

Tableau IV: ratio de couverture en personnel de sante au Sénégal en 2018 (source PNDSS 2019-2028)

Catégories Socio Professionnelles	Normes nationales	Ratio de Couverture
Médecin (habitants)	Selon le type de structures	1 pour 13 575
IDE (habitants)	1 pour 1500	1 pour 5 942
SFE (FAR)	1 / 1 500 à 2000 FAR	1 pour 2 233 FAR

Toutefois, les ratios de couverture pour le personnel de santé qualifié sont encore en deçà des normes. Il importe de renforcer les ressources humaines de santé aussi bien quantitativement que qualitativement afin d'atteindre les objectifs fixés.

La Direction Générale de l'Action Sociale compte 225 agents dont 175 travaillent au niveau déconcentré. Elle dispose de 90 agents travailleurs sociaux et 15 éducateurs spécialisés, soit au total 105 intervenants spécialisés qui animent 84 structures déconcentrées pour une moyenne d'environ 01 intervenant par structure.

Les ressources humaines en au niveau de la DGAS sont insuffisantes si l'on tient compte du volume de travail nécessaire à l'accomplissement de leurs tâches.

En outre, si l'on se base sur les dispositions de la Circulaire n°4226 portant organisation et fonctionnement des Centres sociaux, reconduites par celle de l'Arrêté n°2033 du 03 août 2005 portant organisation et fonctionnement des Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale qui, prévoient un CPRS pour 30.000 habitants, le taux de couverture du territoire national en CPRS n'est que de 11,5%.

L'ambition de couverture d'au moins un CPRS par commune, relevant de la carte sanitaire, cohérente avec les dispositions de la loi n°2013-10 du 28 décembre portant code général des Collectivités locales, notamment en ses articles n°3, 4, 7 et 27, concernant la conception, la programmation et la mise en œuvre des actions de développement économique et social, nécessite l'aménagement de 500 CPRS. La mise en place de ces infrastructures implique une dotation en compétences spécialisées d'au moins 1100 agents, soit 185 conseillers et 1000 intervenants de première ligne.

Au niveau communautaire, l'offre de services de santé préventive et curative est assurée par des acteurs officiant dans les cases de santé et sites communautaires appelés Acteurs Communautaires de Santé (ACS). Ils sont classés en deux (2) catégories :

- les Acteurs Communautaires de soins (ACs) composés par les Agents de Santé Communautaire (ASC), ASC / matrone et les Dispensateurs de soins à domicile (DSDOM) ;
- les Acteurs Communautaires de Promotion et de Prévention (ACPP) composés par les Relais communautaires, les Bajenu Gox (BG) et les Praticiens de la médecine traditionnelle (PMT) formés.

Les acteurs communautaires sont répartis dans l'ensemble du territoire national. Ils participent sur la base de volontariat aux activités de santé. Ils sont devenus indispensables dans le système de santé car nous rapprochant des communautés.

Tableau V: cartographie des acteurs communautaires de santé en 2021

Régions	Nombre District sanitaire	Acteurs Communautaires de Santé							Total
		ACPP			ACs				
		Relais	BG	PMT	ASC	Matrone	ASC Matrone	DSDOM	
Dakar	12	3 004	2 146	39	719	139	32	89	6 168
Diourbel	4	2 328	1 005	278	288	159	119	361	4 538
Fatick	8	1 222	815	214	598	338	ND	211	3398
Kaffrine	4	1 236	382	132	104	153	8	222	2237
Kaolack	4	1 504	769	118	527	330	383	269	3900
Kédougou	3	455	191	78	120	84	9	302	1 239
Kolda	3	1 174	339	237	249	224	26	328	2 577
Louga	8	1 305	346	63	438	388	92	276	2 908
Matam	4	1 090	591	122	82	87	38	537	2 547
Saint Louis	5	682	616	109	201	157	108	96	1 969
Sédhiou	3	514	354	49	218	192	1	266	1 594
Tambacounda	7	1 795	858	134	238	203	63	766	4 057
Thiès	9	2 660	959	443	610	450	244	207	5 573
Ziguinchor	5	718	238	215	254	250	47	7	1 729
TOTAL	79	19 687	9 609	2 231	4 646	3 154	1 170	3 937	44 434

Source : cellule santé communautaire/DLM/DGS/MSAS

Par ailleurs une étude sur la situation des ressources humaines en santé menée en février 2018 par le Ministère de la santé et de l'action sociale a révélé qu'il existe 520 sages-femmes à Dakar sur une norme de 321 soit un surplus de 209. L'absence d'un mécanisme de gestion prévisionnelle des emplois et compétences efficace explique en grande partie cette situation. Le même déséquilibre est noté pour les spécialités médico-chirurgicales entre Dakar et les autres régions du pays, créant un manque d'équité au niveau de l'accès aux services de qualité. A titre d'exemple, il n'y a pas de néphrologues,

d'ophtalmologistes, de neurologues, de cancérologues dans plus de 80% des EPS. Plusieurs EPS3 ne sont pas aux normes, avec l'absence de certaines spécialités et services (cardiologie, dermatologie, UAU, SAU, CREN).

Parallèlement à ces aspects, il faut noter que le potentiel offert par le dynamisme du secteur privé n'est pas suffisamment exploité et valorisé. En effet, ce secteur regroupe en termes de ressources humaines, près de 17000 employés permanents parmi lesquels 1592 médecins spécialistes, 582 médecins généralistes, et 1132 pharmaciens.

Par ailleurs, une offre itinérante de services de santé a été également développée dans les zones difficiles d'accès : sages-femmes itinérantes, stratégies avancées intégrées, équipes mobiles. De plus, la prise en charge des cas à domicile (PECADOM) du paludisme dans les zones difficiles d'accès, et ne disposant pas de structures sanitaires a été élargie à la PEC d'autres affections de l'enfant.

Cependant, il est à noter une insuffisance de capitalisation des données du secteur privé. Enfin, les conditions d'accès aux crédits d'investissements et les incitations fiscales insuffisantes limitent les capacités du secteur privé de la santé à offrir des prestations financièrement plus accessibles pour la population en général.

Le secteur privé déjà fréquenté par une bonne partie de la population, nécessite une plus grande attention pour une meilleure intégration dans la perspective de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

L'analyse précédente montre que même si des efforts ont été faits, le plan d'investissement sectoriel a été insuffisamment mis en œuvre ; ce qui explique les écarts par rapport à la carte sanitaire.

Par ailleurs, la fonctionnalité du système de référence et contre référence reste peu optimale, notamment la régulation au niveau de la région de Dakar.

Face à la complexité des facteurs de transmission de maladies et dans le cadre de la coopération internationale en matière de santé, le Sénégal a aussi adopté le Règlement Sanitaire International (RSI) et la stratégie « One Health ». Avec l'avènement de l'épidémie de la maladie à virus Ebola en 2014, le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS) a été mis en place pour renforcer la surveillance des maladies à potentiel épidémique, la riposte, de même que la coordination multisectorielle lors des catastrophes ou désastres de portée nationale ou internationale.

Dans le sous-secteur de l'action sociale, la couverture est limitée aux zones urbaines, avec la présence de structures d'action sociale circonscrites au niveau du chef-lieu de département et de certaines communes. Les 49 Centres de promotion et de réinsertion sociale (CPRS) existants sont situés en zone urbaine. Les normes indiquent que chaque Commune devrait avoir un CPRS, mais seulement 11,5% des Communes en ont. Malgré les efforts consentis ces deux dernières années pour la résorption progressive de ces gaps, les besoins en ressources humaines ne sont pas toujours couverts.

❖ **Les infrastructures**

Le Sénégal est divisé en 14 régions médicales 79 districts sanitaires comprenant : **(i)** 118 centres de santé ; **(ii)** 1 553 postes de santé ; **(iii)** 2 053cases de santé en 2021.

Les structures d'hygiène sont constituées de : **(i)**14 Brigades Régionales de l'Hygiène (BRH) qui épousent les contours territoriaux des Régions ; **(ii)** 02 Brigades Spéciales de l'Hygiène (BSH) à Touba et Tivaouane (logés dans les districts); **(iii)** 60 Sous Brigades de l'Hygiène (SBH) logées au sein des Districts Sanitaires et ; **(iv)** 09 Postes d'Hygiène officiel.

Sur les 79 districts sanitaires, seuls 17 ne disposent pas de sous brigades d'hygiène.

Les Etablissements Publics de Santé (EPS) sont au nombre de quarante-trois (43) dont 39 hospitaliers et 04 non hospitaliers.

Les EPS hospitaliers sont structurés en trois niveaux : **(i)** les EPS de Niveau 1 au nombre de 9, **(ii)** les EPS de Niveau 2 au nombre de 18 et **(iii)** les EPS de Niveau 3 au nombre de 12.

Les EPS non hospitaliers sont : **(i)** le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ; **(ii)** le Centre National d'Appareillage Orthopédique (CNAO) ; **(iii)** le Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) et **(iv)** la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA). Cette dernière compte des services déconcentrés au niveau des régions, appelées Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA), au nombre de onze (11), permettant ainsi de rapprocher le médicament des Points de Prestations de Service (PPS).

Tableau VI: cartographie des districts sanitaires, centres de santé publics, postes de santé, cases de santé et sites communautaires par région en 2021

Régions	Districts sanitaires	Centres de santé publics	Postes de santé	Cases de santé	Sites communautaires
Dakar	12	25	129	22	172
Diourbel	4	9	104	105	760
Fatick	8	11	126	158	274
Kaffrine	4	4	95	104	489
Kaolack	4	4	116	224	498
Kédougou	3	3	42	79	498
Kolda	3	4	74	249	673
Louga	8	12	121	289	204
Matam	4	6	100	66	779
Saint Louis	5	8	126	194	534
Sédhiou	3	4	61	98	266
Tambacounda	7	13	145	124	1080
Thiès	9	10	188	251	687
Ziguinchor	5	5	126	90	298
TOTAL	79	118	1 553	2 053	7 212

Dans le sous-secteur de l'action sociale, cette offre est composée de : **(i)** 04 Centres Nationaux de Réinsertion Sociale (CNRS) localisés dans les régions de Diourbel (Bambey), de Louga (Darou Mousty), Kaolack (Kaolack) et Ziguinchor (Bignona) ; **(ii)** 14 Services Régionaux de l'Action sociale (SRAS) ; **(iii)** 45 Services Départementaux de l'Action sociale (SDAS) ; **(iv)** 54 Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS).

L'offre de proximité et communautaire est assurée par des intervenants de première ligne au sein des CPRS, des Postes de Santé et des Cases de Santé.

L'offre privée de service de soins est très importante. En effet, la cartographie réalisée en 2017, comptabilise 2 754 Structures Privées Sanitaires (SPS) constituées de :

- 1 225 SPS de soins dont 03 hôpitaux,
- 37 centres de santé,
- 359 cabinets médicaux,
- 118 cliniques,

- 443 cabinets paramédicaux,
- 132 structures d'entreprise,
- 111 postes de santé privés ;
- 246 SPS dentaires dont 207 cabinets dentaires ;
- 33 SPS de diagnostic dont 26 laboratoires d'analyses biomédicales, 07 centres de radiologie et d'imagerie médicale ;
- 1 250 SPS pharmaceutiques dont 1 063 officines privées et 187 dépôts de médicaments.

Dans la région de Dakar, l'offre de service médicale privée fait 6 fois l'offre publique.

En ce qui concerne l'offre publique de soins (EPS et CS), le tableau ci-dessous résume la répartition de l'offre en fonction des régions.

Tableau VII: : répartition des structures sanitaires publiques (EPS et CS) par région en 2021

Régions	Nombre districts	Nombre EPS 3	Nombre EPS 2	Nombre EPS 1	Nombre de CS	Nombre de PS
Dakar	12	11	1	3	25	129
Diourbel	4	0	2	1	9	104
Fatick	8	0	1	0	11	126
Kaffrine	4	0	1	1	4	95
Kaolack	4	0	1	0	4	116
Kédougou	3	0	1	0	3	42
Kolda	3	0	1	0	4	74
Louga	8	0	1	1	12	121
Matam	4	0	2	0	6	100
Saint-Louis	5	0	2	1	8	126
Sédhiou	3	0	1	1	4	61
Tambacounda	7	0	1	0	13	145
Thiès	9	0	2	1	10	188
Ziguinchor	5	0	2	0	5	126
TOTAL	79	12	19	09	118	1 553

L'offre de soins se situe majoritairement à Dakar qui concentre une grande partie de la population. Il faut aussi noter que Dakar concentre également les EPS 3. Ceci a pour conséquence les références fréquentes dans les hôpitaux de Dakar pour les soins spécialisés.

Cependant des efforts de décentralisation des soins spécialisés avec l'ouverture récente d'un EPS 3 à Touba.

Le tableau ci-dessous résume la répartition des structures sanitaires au niveau des districts sanitaires.

Tableau VIII: synthèse par districts sanitaires de la cartographie des infrastructures sanitaires

Régions	Districts sanitaires	Population	Cases de santé		Sites communautaires		OCB contractantes avec le district
			F	NF	F	NF	
Dakar	Sud	214 222	0	0	0	0	13
	Centre	408 712	0	0	1	1	14
	Ouest	265 279	0	0	1	2	8
	Nord	550 516	0	0	16	0	10
	Guediawaye	413 847	0	0	49	7	5
	Keur Massar	293 485	4	2	46	0	4
	Yeumbeul	333 095	7	0	0	0	5
	Pikine	412 607	1	0	0	0	14
	Mbao	430 594	0	0	17	33	20
	Rufisque	277 521	0	0	21	0	49
	Diamniadio	163 270	7	1	21	0	14
	Sangalkam	175 214	3	12	0	0	7
	Sous-total 1	3 938 362	22	15	172	43	163
Diourbel	Diourbel	343 736	22	11	148	51	17
	Bambey	383 799	45	15	127	0	27
	Mbacké	226 135	25	11	135	5	5
	Touba	965 422	13	3	350	2	25
		Sous-total 2	1 919 092	105	40	760	58
Fatick	Fatick	146 509	15	2	45	0	10
	Niakhar	101 544	14	1	6	0	7
	Diakhao	95 722	13	5	30	0	5
	Diofior	99 095	18	3	69	0	3
	Gossas	124 954	27	0	18	0	10
	Foundiougne	66 184	12	1	11	0	10
	Passy	106 712	21	6	48	0	16
	Sokone	191 904	38	4	47	0	0
		Sous-total 3	932 624	158	22	274	0
Kaffrine	Kaffrine	276 603	26	4	77	3	15
	Malem Hodar	126 080	14	0	38	4	10
	Koungheul	217 682	44	7	72	0	26
	Birkelane	134 807	20	5	35	0	22
		Sous-total 4	755 172	104	16	222	7

Régions	Districts sanitaires	Population	Casos de santé		Sites communautaires		OCB contractants avec le district
			F	NF	F	NF	
Kaolack	Kaolack	400 399	34	0	165	2	20
	Ndoffane	224 619	43	20	88	0	23
	Nioro du Rip	456 430	105	0	138	0	15
	Guinguinéo	147 295	42	9	107	0	12
	Sous-total 5	1 228 743	224	29	498	2	70
Kédougou	Kédougou	102 594	39	3	237	0	30
	Salémata	28 778	12	0	117	0	9
	Saraya	66 017	28	0	144	0	28
	Sous-total 6	197 389	79	3	498	0	67
Kolda	Kolda	315 018	74	0	272	0	15
	Médina Yoro Foulah	176 830	75	0	194	0	12
	Vélingara	356 500	100	0	207	0	15
	Sous-total 7	848 348	249	0	673	0	42
Louga	Louga	202 744	35	6	19	0	10
	Koki	79 200	32	2	1	0	12
	Sakal	89 503	32	8	12	12	15
	Keur Momar Sarr	94 438	21	9	13	0	16
	Kébémer	219 965	87	12	21	0	18
	Darou Mousty	103 456	32	3	22	0	10
	Linguère	137 421	32	10	74	0	5
	Dahra	164 546	18	34	42	0	14
	Sous-total 8	1 091 273	289	84	204	12	100
Matam	Matam	261 706	21	2	246	0	9
	Thilogne	106 892	7	1	103	0	10
	Kanel	322 641	18	0	391	0	20
	Ranérou	69 377	20	2	39	0	12
	Sous-total 9	760 616	66	5	779	0	51
Saint Louis	Saint-Louis	365 533	49	9	153	17	23
	Dagana	97 275	14	0	52	7	13
	Richard Toll	200 698	35	2	147	13	18
	Podor	254 441	67	0	78	9	19
	Pété	202 639	29	0	104	11	17
	Sous-total 10	1 120 586	194	11	534	57	90

Régions	Districts sanitaires	Population	Casos de santé		Sites communautaires		OCB contractants avec le district
			F	NF	F	NF	
Sédhiou	Sédhiou	197 758	36	2	76	0	11
	Boukiling	190 228	24	3	120	0	10
	Goudomp	203 984	38	0	70	0	6
	Sous-total 11	591 970	98	5	266	0	27
Tambacounda	Tambacounda	305 801	30	7	311	23	35
	Maka Colibantang	91 156	14	0	110	0	15
	Koumpentoum	170 417	33	4	135	0	23
	Goudiry	97 208	18	6	213	0	17
	Dianke Makha	55 184	9	1	101	0	25
	Bakel	112 528	6	2	92	0	43
	Kidira	71 737	14	2	118	0	10
	Sous-total 12	904 031	124	22	1 080	23	168
Thiès	Thiès	506 604	12	41	152	23	12
	Khombole	173 283	25	7	52	0	10
	Pout	149 585	24	0	98	0	10
	Tivaouane	365 065	36	1	80	0	9
	Meckhé	196 358	59	11	76	0	ND
	Mbour	450 411	20	8	82	0	33
	Poponguine	90 278	16	0	65	0	17
	Thiadiaye	190 003	40	28	40	40	ND
	Joal	99 806	19	2	42	0	10
	Sous-total 13	2 221 393	251	98	687	63	101
Ziguinchor	Ziguinchor	319 425	6	1	76	0	12
	Oussouye	62 185	11	5	63	5	5
	Bignona	169 086	48	6	42	0	26
	Diouloulou	103 266	19	4	70	0	4
	Thionck Essyl	52 591	6	0	47	14	7
	Sous-total 14	706 553	90	16	298	19	54
TOTAL		17 216 152	2 053	366	6 945	284	1 141

Durant les dix dernières années, l'État du Sénégal a consenti des efforts notoires pour renforcer le système de santé et améliorer l'accès global des populations aux soins : construction, réhabilitation et équipement des structures sanitaires de base et de référence.

Malgré ces réalisations, le secteur de la santé et de l'action sociale continue à être confronté à une insuffisance d'infrastructures.

L'analyse des indicateurs de couverture montre par ailleurs, une répartition inégale des infrastructures sanitaires et de la qualité des plateaux techniques sur le territoire national. Dans la mise en œuvre des activités des services et des programmes, il y a une insuffisance dans la disponibilité de paquets de services aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

D'un autre côté, le système de maintenance des équipements et du matériel s'avère peu performant, entraînant des pannes fréquentes des appareils, compromettant ainsi la continuité des services.

Au niveau communautaire et des zones frontalières, la nécessité de résorber les gaps en infrastructures a été prise en compte dans divers plans stratégiques : la phase 2 du Millenium Challenge Account (MCA), et le Plan d'Urgence de Modernisation des Axes frontaliers (PUMA).

❖ **La politique des médicaments**

Le Sénégal dispose d'une Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) qui s'aligne sur le Plan Sénégal Émergent (PSE) et sur la Politique nationale de Développement Sanitaire et Social, qui vise l'atteinte des Objectifs pour le Développement Durable (ODD). Elle repose essentiellement sur un approvisionnement régulier en médicaments de qualité, une réglementation pharmaceutique forte, une production locale de produits pharmaceutiques, un financement adéquat du médicament et une recherche opérationnelle active.

La disponibilité et l'accessibilité géographique et financière des médicaments de qualité à toutes les couches de la population est une des priorités de la politique de santé.

Afin d'assurer une distribution optimale des médicaments et produits, la PNA a développé plusieurs stratégies. Il s'agit principalement de la mise en place de onze Pharmacies Régionales d'Approvisionnement, de dépôts-ventes avec reversement de la marge dans les structures sanitaires, et de la mise en œuvre d'initiatives comme la PRA Mobile, le « Jegesinaa », le « Yeksinaa ».

La chaîne d'approvisionnement en médicaments et autres produits de santé est composée d'acteurs qui interagissent depuis le fournisseur jusqu'à l'utilisateur. La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) et le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM) sont respectivement responsables des dispositifs réglementaires et de contrôle.

Cette chaîne comprend deux circuits : (i) un circuit public dans lequel la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement assure principalement l'approvisionnement des différentes structures sanitaires publiques ; et (ii) un circuit privé avec les grossistes répartiteurs privés qui approvisionnent les officines. La PNA, sur la base d'une liste autorisée, approvisionne également les grossistes répartiteurs, les partenaires, les ONG et les structures confessionnelles.

Les principales composantes de cette chaîne d'approvisionnement sont : (i) la sélection et la quantification des médicaments et autres produits de santé ; (ii) l'acquisition et l'importation des médicaments ; (iii) la distribution et le stockage ; et, (iv) l'utilisation / consommation.

La sélection est faite à partir d'une « Liste Nationale de Médicaments et Produits Essentiels » (LNMPE) qui est régulièrement révisée. Toutefois, cette liste n'est pas toujours disponible au niveau des différents points de prestation de service.

Les mécanismes de quantification des médicaments et autres produits de santé reposent sur une évaluation correcte des besoins réels. Mais, ils sont entravés par certains problèmes comme : (i) la non-disponibilité des données essentielles de qualité ; (ii) les capacités insuffisantes du personnel en matière de quantification et de planification ; (iii) l'absence d'un cadre national formel de concertation et de dialogue avec les différents acteurs de la chaîne ; et (iv) l'absence d'un plan national d'approvisionnement qui englobe l'ensemble des besoins du pays.

L'acquisition des médicaments est soumise aux procédures du code des marchés. La faible couverture des besoins en médicaments par la production locale et les difficultés liées à l'obtention des autorisations de mise sur le marché ralentissent significativement le processus. Une dérogation a été attribuée à la PNA sur la base d'une liste de médicaments essentiels.

Le secteur privé dispose pour sa part d'un réseau de 1063 officines privées et 187 dépôts de médicaments. Il offre ainsi une plateforme d'approvisionnement et de distribution de produits de spécialités et génériques sur la majeure partie du territoire national.

Malgré certains progrès, des difficultés persistent. Il s'agit notamment de l'insuffisance de la production locale, des ruptures fréquentes et du développement d'un marché illicite des médicaments. On note ainsi une rupture de stocks fréquente de médicaments au niveau communautaire, liée à l'insuffisante prise en compte des besoins des cases de santé dans les commandes des postes de santé.

De plus, la non disponibilité continue du sang et l'insuffisance des capacités du système de gestion, d'assurance qualité et de distribution de ce produit, limitent les performances du système à lutter contre les décès maternels, liés aux hémorragies et à faire face à la prise en charge efficace des victimes d'accidents.

❖ **Le financement de la santé**

Le secteur de la santé est essentiellement financé par l'Etat, les collectivités territoriales, les communautés, les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et le secteur privé.

Les dépenses du gouvernement pour la santé représentaient 9% du budget en 2020 ; ce qui est faible par rapport à l'objectif recommandé par la Déclaration d'Abuja qui est de 15%.

La part du budget de l'état consacré au secteur de la santé est de 191 714 747 125 FCFA en 2020

Tableau IX: répartition annuelle des allocations budgétaires du secteur de la sante (2016-2020)

source : DAGE/MSAS

Année	Budget vote (CFA)	Taux d'exécution (%)
2016	149 033 294 660	92%
2017	163 522 351 000	80,5%
2018	167 658 377 320	88,5%
2019	198 856 033 250	92,7%
2020	191 714 747 125	95%

Au Sénégal, la prise en charge des frais médicaux n'est effective que pour une minorité de la population. Les populations rurales et du secteur informel ne sont pas couvertes par les trois régimes existants (régimes obligatoires, assistance médicale, mutuelles), elles ont des difficultés pour accéder aux services de santé. Pour rétablir plus d'équité et de justice sociale, la Couverture Maladie Universelle a été élargie aux mutuelles de santé pour répondre à la vision d'« un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion à l'horizon 2022 ».

❖ **Information sanitaire et la recherche opérationnelle**

Le Sénégal, à travers le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, a entrepris au cours de ces dernières années un certain nombre de mesures et réformes visant le développement de l'information sanitaire, entre autres, (i) la création de la Direction de la Planification de la Recherche et de la Statistique (DPRS)

responsable de la production, de l'analyse et de la diffusion de l'information sanitaire nécessaire à la planification, au pilotage et au suivi-évaluation des politiques et programmes de santé ; (ii) l'adoption de la plateforme DHIS2, outil de collecte de traitement et d'analyse de données sanitaires, développé par l'Université Oslo de Norvège, etc. Les données relatives aux MTN ont été intégrées à la plateforme en 2020 au terme d'un processus de concertation avec l'ensemble des acteurs. La plateforme DHIS2 offre l'opportunité d'améliorer l'organisation et la gestion de l'information sanitaire à travers une application informatique permettant d'assurer le stockage, le traitement et l'analyse des données à tous les niveaux. Dès lors, il se pose le défi de l'assurance qualité des données qui requiert certaines exigences en termes de robustesse des outils et méthodes de collecte utilisés, d'harmonisation de la définition des concepts et de compétences du personnel chargé du rapportage des données.

Cependant, les données MTN issues de la plateforme semblent peu fiables au regard de leur faible complétude et des aberrations constatées. Le programme est souvent contraint d'organiser de multiples ateliers de validation des données. Cela est dû à des dysfonctionnements dans la saisie des données au niveau de la plateforme.

Les données fournies par les recensements et enquêtes (EDS, MICS) posent moins de problème du point de vue de la qualité et de la fiabilité car reposant sur des méthodes et approches robustes et similaires d'un pays à un autre.

Le constat est que les pratiques en matière de collecte, d'analyse et de rapportage des données ainsi que les outils et méthodes utilisés peuvent varier, avec des formats différents selon le niveau du système de santé, la nature et la source de données. Il s'y ajoute le problème de l'obsolescence ou la mauvaise conception de certains outils, ce qui ne garantit pas toujours la validité et la fiabilité requises des données.

❖ **Les principaux secteurs intervenant dans la lutte contre les MTN**

Le secteur de l'éducation

La mise en œuvre des programmes de santé et la participation de l'école aux efforts de santé peuvent contribuer grandement à l'amélioration de santé des élèves et des populations. Elles participent à la réduction des inégalités sociales en milieu scolaire mais aussi à l'amélioration des performances scolaires. Les stratégies permettant d'atteindre ces performances scolaires consistent principalement en une détection précoce des problèmes de santé prévalant et une offre d'un paquet de services de santé

(dépistage, déparasitage, supplémentation, cantines scolaires, boîtes à pharmacie, promotion de la santé buccodentaire, santé de la reproduction des adolescents et des jeunes etc.).

L'école et les daraa (écoles coraniques) occupent une place privilégiée dans la lutte contre les MTN. En plus de l'administration des médicaments, les programmes scolaires prennent en compte dans les enseignements/apprentissages des leçons de vie destinées à améliorer leurs connaissances sur les maladies et leurs modes de prévention. Ainsi, l'enfant, cible et vecteur, est outillé pour être compétent à s'investir dans son milieu pour lutter contre la transmission des bilharzioses et vers intestinaux et à adopter un comportement favorable à la santé.

Le secteur de l'élevage et des productions animales

Les maladies d'origine animale sont responsables de pertes directes (mortalités) et indirectes (baisses de productions) sur le cheptel. Certaines d'entre elles touchant l'homme sont appelées anthroponozoonoses et ont une importance sur le plan de la santé publique animale et humaine. Ainsi, le concept « One Health, une seule santé » développé ces dernières années, montre l'étroitesse des liens qui existent entre la santé animale et humaine, et donc la nécessité pour les deux secteurs de travailler en synergie.

Le Programme de Renforcement de la Protection Zoo sanitaire, piloté par la Direction des Services vétérinaires, a été mis en place depuis quelques années pour appuyer le Système National de Surveillance Epidémiologique des maladies animales.

Le renforcement de la surveillance épidémiologique et un meilleur diagnostic dans le cadre d'une approche envisageant à la fois l'homme et les animaux permettraient de lutter plus efficacement contre les zoonoses.

Une collaboration avec ce secteur nous paraît nécessaire en vue de prévenir certaines maladies comme la rage.

Le secteur de l'Eau, de l'hygiène et de l'Assainissement (WASH)

Les MTN affectent particulièrement les communautés les plus marginalisées, notamment celles qui ne disposent pas de systèmes d'assainissement et d'hygiène adéquats, deux éléments indispensables pour prévenir et traiter les maladies tropicales négligées. Lorsque les services d'eau, d'assainissement et d'hygiène sont insuffisants, voire inexistantes, les cas de MTN sont plus nombreux et perpétuent ainsi un cycle sans fin de pauvreté et de souffrance.

Accroître les services durables d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) est un élément central de la prévention, de la lutte et de l'élimination des MTN.

Les interventions dans le domaine de l'eau, l'hygiène et l'assainissement (WASH) sont depuis longtemps connues comme très efficaces dans la lutte contre les MTN. Longtemps aussi, elles ont été sous-priorisées dans les efforts mondiaux de lutte contre ces maladies. Des efforts importants ont été faits pour avoir la collaboration du secteur WASH et les intégrer dans la lutte contre les MTN. Ainsi, on estime qu'un accès plus large à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène contribue à contrôler ou à éliminer les MTN.

La réduction des niveaux de ces maladies évitables au moyen d'interventions WASH permet non seulement d'améliorer la santé et d'alléger les souffrances, mais contribue aussi à améliorer les résultats scolaires chez les enfants et les conditions économiques des communautés et nations.

En réponse aux problèmes d'assainissement et d'accès à l'eau potable, le Sénégal a mis en place le Programme d'Eau Potable et d'Assainissement du Millénaire (PEPAM) pour atteindre l'objectif 7 des OMD qui visait à « réduire de moitié, d'ici 2015, la proportion de la population qui n'a pas accès de façon durable à l'eau potable et à l'assainissement de base ».

Les résultats du PEPAM résumés dans le tableau ci-dessous (Tableau X).

Tableau X: desserte en eau et assainissement au Sénégal 2017 (source : PEPAM, 2018)

Taux d'accès Urbain Rural eau potable en 2017	Urbain	Rural
Taux d'accès global amélioré	98,8%	91,3%
Taux d'accès par branchement privé (estimation accès sécurisé)	90,30%	
Taux de desserte globale	---	71%
Taux d'équipement des systèmes AEP en pompes doseuses Taux d'accès	---	6%
Taux d'accès Urbain Rural assainissement 2017	Urbain	Rural
Défécation à l'air libre	4%	29%
Latrines non améliorées et/ou partagées	28%	29%
Latrines améliorées	67%	42,3%

Source : PEPAM, 2018

Depuis le lancement du PEPAM, des progrès réels ont été enregistrés dans l'accès à des services améliorés d'assainissement en milieu rural. Beaucoup d'efforts restent encore à faire pour renforcer l'accès des populations à un système d'assainissement des eaux usées adéquat.

Ce secteur est indispensable pour une lutte durable contre les MTN.

Une analyse situationnelle récente du paysage WASH a mis en évidence une amélioration de l’approvisionnement et de la qualité de l’eau, de l’accès et l’utilisation d’un assainissement de base et d’une hygiène dans les zones enquêtées.

Les interventions suivantes pourraient réduire considérablement l’incidence des MTN :

- favoriser l’accès à des sources d’eau améliorées (protégées de toute contamination externe) ;
- promouvoir l’accès à l’assainissement : accès aux installations et gestion sûre des déchets fécaux pour prévenir la transmission des géohelminthiases (taeniasis, trématodose, etc.) ;
- promouvoir les pratiques d’hygiène (lavage des mains et du visage, prévention de la défécation en plein air, hygiène alimentaire, filtration de l’eau des plans d’eau ouverts avant consommation) ;
- stockage et élimination/drainage appropriés de l’eau pour réduire les habitats des vecteurs.

Le secteur de l’urbanisme, du logement et de l’hygiène publique

En matière d’habitat et de cadre de vie, le Sénégal reste confronté aux effets d’une urbanisation rapide et mal maîtrisée. Dans la plupart des grandes villes (Dakar, Kaolack, Diourbel, Thiès), les zones insalubres et impropres à l’habitat représentent 30 à 40% de l’espace occupé et concentrent une proportion importante de la population. Ainsi, l’occupation anarchique de l’espace, l’habitat précaire, les problèmes d’hygiène et de santé publique entraînés par les inondations, l’insécurité liée à la mal-urbanisation sont un ensemble de facteurs qui ont amplifié la vulnérabilité des populations et favorisé la dégradation du cadre de vie dans les quartiers populaires.

Le Sénégal n’échappe pas également aux problèmes posés par l’augmentation continue de la production de déchets solides dont les principaux effets sont l’insalubrité du cadre de vie, la pollution de l’environnement, la recrudescence des maladies diarrhéiques et parasitaires et la pullulation des vecteurs de maladies infectieuses (moustiques, chiens errants etc.) qui portent atteinte à la santé publique.

L’amélioration de l’habitat se traduirait par le stockage de l’eau en toute sécurité, une amélioration de l’assainissement, et la présence de moustiquaire aux fenêtres pour empêcher l’entrée des vecteurs. Cela permettrait de réduire au minimum les habitats de moustiques et le contact homme-vecteur.

Le secteur des collectivités territoriales, du développement et de l’Aménagement du Territoire

Le Gouvernement s’est engagé dans la refondation majeure de l’action territoriale de l’Etat à travers la Loi n° 2013-10 portant Code général des Collectivités locales plus connue sous le nom “Acte III de la décentralisation” dont l’objectif général est d’organiser le Sénégal en territoires viables, compétitifs et porteurs de développement durable. Elle offre l’espace adéquat pour construire les bases de la

territorialisation des politiques publiques qui deviennent de plus en plus autonomes dans la gestion des ressources locales. Elle se décline en quatre objectifs fondamentaux:

- un ancrage de la cohérence territoriale pour une architecture administrative rénovée;
- une clarification des compétences entre l'Etat et les collectivités locales ;
- un développement de la contractualisation entre ces deux niveaux décisionnels
- et une modernisation de la gestion publique territoriale, avec une réforme des finances locales et une promotion soutenue de la qualité des ressources humaines.

Ce cadre constitue une opportunité pour le secteur de la santé qui bénéficie d'avantages de ressources au niveau décentralisé.

Le secteur de la justice et de l'assistance sociale

Ce secteur est important pour accompagner la lutte contre les MTN par la promotion des interventions suivantes :

- prévention de la discrimination associée à la stigmatisation liés aux MTN (filariose lymphatique, lèpre, leishmaniose cutanée) en abrogeant certaines lois discriminatoires ;
- promotion de l'accès de tous aux ressources et installations, aux services sociaux et de santé, à l'éducation et à l'emploi ;
- mise en œuvre des interventions de lutte contre la stigmatisation (dialogue communautaire ou en invitant les dirigeants locaux à diffuser des messages de lutte contre la stigmatisation).

Le secteur de l'environnement, élevage, faune sauvage (approche « Une seule santé »)

La collaboration avec ces secteurs, par une approche multisectorielle permet la prévention des zoonoses et l'apparition de certaines maladies à transmission vectorielle. Ainsi, les interventions suivantes peuvent contribuer à la lutte contre les MTN :

- vaccination des animaux : vaccination de masse des chiens (rage), vaccination des porcs et des moutons (taeniasis, échinococcose cystique) ;
- traitements médicaux des animaux : déparasitage des porcs (taeniasis), des chiens (échinococcose cystique), des renards (échinococcose alvéolaire) ;
- élevage et mesures visant les animaux : garder les chiens attachés (dracunculose), éloignement des animaux domestiques et du bétail des habitations humaines (mycétome), prévention de tout contact entre porcs et excréments humains (taeniasis) ;
- destruction des gîtes larvaires : pneus usagés, dépôts d'ordures sauvages etc.

1.3. Évaluation des lacunes

L'évaluation du PSNMTN 2016-2020 a pu mettre en évidence les lacunes propres aux maladies résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau XI: Evaluation des lacunes propres à chaque maladie

Maladies	Lacunes
Filariose lymphatique	<ul style="list-style-type: none"> • Non disponibilité des tests de diagnostic rapide (TDR) • Insuffisance dans la prise en charge des complications (Eléphantiasis, hydrocèle) • Insuffisance de dans la mise en jour de la liste descriptive des cas de morbidité liée à la FL (line listing) recensés lors des campagnes • Insuffisance de la communication en dehors des campagne DMM
Bilharzioses	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance des outils de diagnostic (TDR) • Absence d'algorithme de prise en charge • Non prise en compte de la bilharziose génitale féminine • Rupture fréquente de praziquantel dans la routinisation • Faible implication des entreprises agricoles locales dans le cadre de la RSE • Persistance de comportements favorables à la transmission • Insuffisance de la communication en dehors des campagne DMM • Absence forme pédiatrique de praziquantel
Trachome	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance en RH surtout TSO et ophtalmologistes • Insuffisance des interventions WASH • Insuffisance de la communication
Envenimation par morsure de serpent	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de la disponibilité du sérum anti venimeux au niveau des points de prestation • Recours tardif aux soins (praticiens de médecine traditionnelle) • Insuffisance dans la formation du personnel (premier soins, gestes) • Sous notification des cas d'envenimation • Manque de suivi des victimes • Pas données exhaustives • Insuffisance dans le coordination des parties prenantes
Rage	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité financière et géographique du sérum et vaccin • Insuffisance de la coordination • Insuffisance de la vulgarisation des algorithmes de prise en charge • Non maîtrise des animaux errants (chiens, autres) • Faiblesse dans la collaboration avec le secteur de l'élevage
Leishmaniose mycétome Gale THA	<ul style="list-style-type: none"> • Maladies peu connues des prestataires et des communautés • Absence de lignes directrices pour la PEC • Pas de données fiables • Indisponibilité médicaments • THA non retrouvée au Sénégal lors enquête en 2013 • Insuffisance communication

Maladies	Lacunes
Dracunculose	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie disparue depuis 1998 peu connue des prestataires • Insuffisance de la surveillance (hommes et animaux)
Géo helminthiase	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance dans la couverture géographique des DMM • Insuffisance des interventions WASH • Insuffisance dans l'intégration avec les services de la santé maternelle infantile et des adolescents
Onchocercose	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de la lutte transfrontalière • Retard dans le traitement des prélèvements de sang séchés (OV16)
Lèpre	<ul style="list-style-type: none"> • Persistance de la transmission • Détection tardive • Stigmatisation • Insuffisance des interventions WASH • Insuffisance de la décentralisation du traitement • Non intégration des anti lépreux dans le circuit de distribution classique
Dengue	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisance de la lutte antivectorielle ▪ Communication insuffisante ▪ Absence de test de diagnostic rapide dans les PPS ▪ Insuffisance des interventions WASH ▪ Sous notification des cas ▪ Absence de plan de contingence

1.4. Analyse du contexte du programme

1.4.1. Organisation et état actuel du programme de lutte contre les MTN

La Direction de la lutte contre la maladie (DLM) est une entité de la Direction Générale de la Santé Publique. Elle a pour mission d'organiser la surveillance et la lutte contre les maladies transmissibles, notamment le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et les Maladies Tropicales Négligées (MTN), et les maladies non transmissibles ayant un impact sur la santé publique, surtout les maladies endémiques et à risque épidémique élevé. Nous avons plusieurs programmes qui concernent les maladies tropicales négligées: le Programme National d'Élimination de la Lèpre (PNEL), le Programme National de Promotion de la Santé Oculaire (PNPSO intégrant la lutte contre le trachome), le Programme National de Lutte contre les Bilharzioses et Géo helminthiases (PNLBG), le Programme National pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique et de l'Onchocercose (PNEFO) et le Programme National d'Éradication du ver de Guinée (PNEVG). A la tête de chaque programme existe un (e) coordonnateur (trice) qui, en plus des aspects liés au programme, est membre de l'équipe chargé de la lutte contre les MTN. La gestion des

autres MTN est rattachée directement à certains programmes ou services : les leishmanioses les mycétoques et la gale au PNEL, la rage au PNEVG et la dengue au PNEFO.

Toutefois ces différents coordonnateurs mettent en œuvre de façon intégrée toutes les activités requises dans le cadre de la lutte contre les MTN à chimiothérapie préventive. Ils sont appuyés par un coordonnateur du Programme de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (PLMTN), un responsable des approvisionnements en médicaments pour le traitement des MTN, un gestionnaire de données, un responsable chargé de la communication, un gestionnaire comptable, une responsable des matières, un point focal WASH, des secrétaires et des chauffeurs.

Dans chaque région médicale et district sanitaire, des points focaux MTN sont nommés. Ces derniers ont la responsabilité de mettre en œuvre et de suivre les activités au niveau opérationnel. Ils rendent compte directement aux Médecin-Chefs.

Le Programme de lutte contre les MTN dispose des plans de travail annuels (PTA) qui sont élaborés avec la participation des partenaires et évalués chaque année. Le plan de travail comprend les activités de chaque programme spécifique de MTN, y compris des formations, des campagnes de distribution de masse de médicaments (DMM), des camps d'opérations chirurgicales (trachome), la sensibilisation, des réunions de revue et de validation de données, etc.

Au niveau des Points de Prestations et de Services l'offre MTN (dépistage, DMM, soins curatifs, communication, WASH, etc.) se fait de façon intégrée. La planification, la mise en œuvre des activités, le suivi, la surveillance épidémiologique se font également de façon intégrée dans les PPS. Cependant au niveau opérationnel, l'approche multisectorielle est insuffisante ; la collaboration est faible entre le secteur de la santé et le secteur WASH.

Un déficit énorme en ressources humaines est constaté au niveau des programmes MTN. Nous constatons aussi une insuffisance d'une équipe pluridisciplinaire (dermatologue, infectiologue, responsable suivi-évaluation) au niveau central pour le suivi des activités. Ceci constitue une difficulté majeure dans la mise en œuvre des activités sur le terrain. Cependant, le personnel du programme est jeune dynamique très motivé conscient des enjeux et engagé à relever le défi de l'élimination des MTN.

Il faut noter que le programme ne dispose pas de bureau suivi-évaluation, de communication et de lutte anti vectorielle.

L'insuffisance des locaux et de la logistique (véhicules, matériel bureautique, etc.) ne favorise pas un cadre de travail adéquat.

Le programme MTN n'a pas d'existence formelle. Pour un meilleur management, il gagnerait à être formalisé avec un organigramme bien défini.

Il est noté une collaboration avec les autres secteurs aussi bien au niveau central qu'au niveau décentralisé. Cette approche multisectorielle est essentielle pour l'atteinte des objectifs du programme. En effet une large part de la lutte contre les déterminants des MTN est sous la responsabilité du secteur de l'eau et de l'assainissement. Cependant, cette approche mérite d'être renforcée et élargie avec d'autres secteurs. Il existe un cadre de coordination multisectorielle avec la mise en place récente d'un Comité National de Lutte contre les MTN (CNLMTN). Sa pleine fonctionnalité est de la responsabilité du programme.

La collaboration entre le programme MTN et d'autres entités du Ministère de la santé (Service National d'Hygiène, PNLP, etc.) reste encore insuffisante. En effet dans le domaine de la lutte anti vectorielle il importe de bien coordonner les interventions comme dans la gestion de la dengue.

Il existe une étroite collaboration avec les partenaires techniques et financiers (PTF) qui appuient le programme dans la mise en œuvre des activités de DMM, de planification, de coordination, de supervision et d'élaboration d'outils.

Malgré les efforts de l'Etat et de ses partenaires, le financement des activités du programme reste encore insuffisant. Le financement domestique de certaines activités essentielles est à encourager surtout en termes d'acquisition des médicaments.

La communication reste le point faible du PSNMTN 2016-2020. Elle ne se fait que lors de la préparation des campagnes de DMM. Il existe une insuffisance de supports de communication sur les MTN due à un manque de financement.

Des efforts considérables sont notés dans l'intégration des données MTN dans le système d'information. Cependant, l'exactitude des données saisies dans le DIHS2 par le niveau opérationnel est déficiente.

Ainsi, la mise en œuvre de plans nationaux contribue fortement à l'atteinte des objectifs d'élimination et de contrôle des MTN :

- Plan stratégique de plaidoyer pour la lutte contre les MTN
- Plan de gestion de la morbidité et des invalidités
- Plan de durabilité de la lutte contre les MTN
- Plan National Stratégique de Promotion de la Santé Oculaire 2021-2025
- Projet « *Accelerate the End of Trachoma 2018 - 2023* », c'est-à-dire Accélérer l'élimination du Trachome 2018 – 2023

- Projet « *ACT to End NTDs I West 2018-2023* »
- Projet de Gestion Intégrée des Ressources en Eau (PGIRE I et II)
- Plan Stratégique National de lutte contre la lèpre 2021-2025

Les programmes des MTN sont appuyés par le Service National d'Hygiène pour promouvoir la consommation d'eau potable, l'assainissement et l'hygiène et la lutte anti vectorielle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant déparasite les enfants d'âge préscolaire, lors des journées de supplémentation en Vitamine A; le Ministère de l'Education participe à la préparation et à la mise en œuvre des campagnes de Distribution de Masse de Médicaments (DMM), et l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD) appuie dans l'élaboration et l'exécution des protocoles de recherche et la formation du personnel.

Par ailleurs la PNA appuie le programme dans le stockage et la distribution des médicaments lors des campagnes DMM.

1.4.2. Performance du programme de lutte contre les MTN

❖ Analyse de la situation épidémiologique des MTN

Parmi les 17 MTN ciblées dans la région Africaine de l'OMS quatorze (14) sont endémiques au Sénégal, dont cinq (5) MTN à chimiothérapie préventive de masse (Filariose Lymphatique, Onchocercose, Schistosomiasis, Géo helminthiasis et Trachome) et neuf (9) à Prise en Charge de cas (Lèpre, Ver de guinée, Rage, Leishmaniose, Dengue, Envenimation par morsure de serpent, Mycétome, Gale, Trypanosomiase Humaine Africaine (THA)).

Grâce aux activités menées par le pays pour prévenir et combattre les maladies tropicales négligées, de très bons résultats ont été obtenus dans plusieurs maladies tropicales négligées, dont la dracunculose, l'onchocercose, la lèpre, la filariose lymphatique et le trachome.

En effet, le Sénégal depuis plusieurs met en œuvre des campagnes de distribution de masse de médicaments ; la DMM consiste à traiter les personnes infectées afin de réduire la morbidité et d'empêcher la transmission, en administrant pour cela les médicaments au sein des communautés à risque.

La réussite des campagnes d'administration massive de médicaments est tributaire de la livraison en temps utile des médicaments de chimio prévention.

Pour la seule année 2020, 46 districts ont fait l'objet d'une chimio-prévention pour l'une des quatre maladies ciblées et 4689348 de personnes ont reçu un traitement pour au moins une maladie. Ce nombre

comprend 3 912 081 de personnes ayant reçu un traitement contre la filariose lymphatique et 971 321 d'enfants âgés de 5-14 ans pour les schistosomias.

Pour l'onchocercose, les 08 districts traités ont atteint l'objectif de couverture.

En 2021, 3097336 personnes ont reçu au moins un traitement dont : 1072547 pour la FL, 1332359 pour les schistosomias et géohelminthiases, 291462 pour l'onchocercose.

Le nombre de personnes exposées et ayant besoin de traitement pour les MTN a globalement diminué entre 2016 et 2020 (voir figure 3)

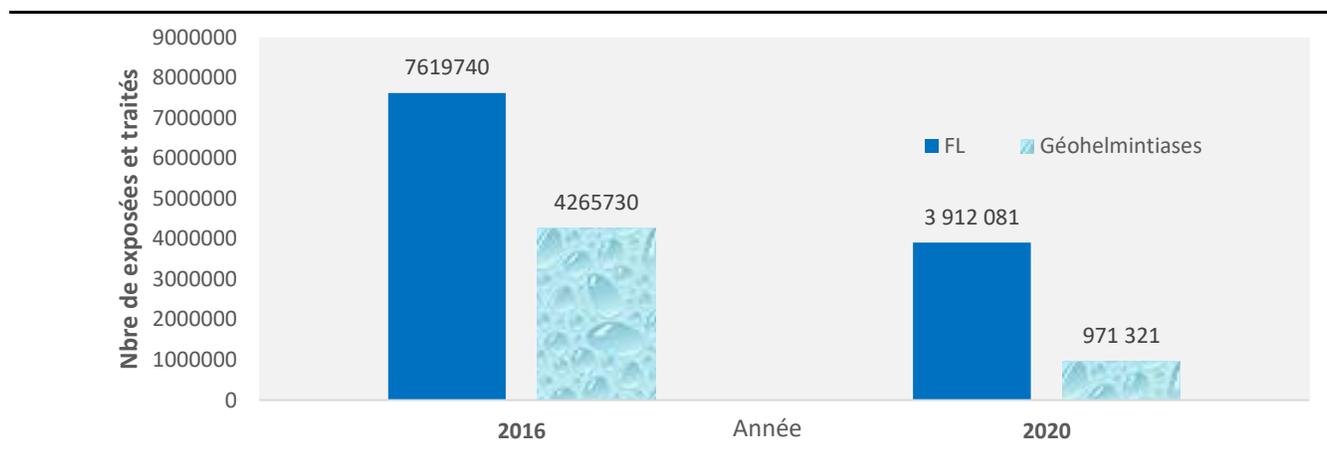


Figure 3: nombre de personnes exposées et traités à la FL et aux géohelminthiases en 2016 et 2020

Dans le cadre de la gestion de la morbidité et de la prévention des incapacités d'importants résultats ont été engrangés avec la prise en charge de plus de 100 patients souffrant d'hydrocèle à travers l'organisation de 07 camps de chirurgie.

⇒ **La Filariose lymphatique**

La Filariose Lymphatique (FL) à *Wuchereria bancrofti* était endémique dans 12 régions sur 14 que compte le pays. Seules les régions de Matam et Dakar sont épargnées de cette pathologie. Après une première enquête réalisée en 2003, l'achèvement de la cartographie n'a pu être possible qu'en 2010. Cela a permis de recenser 51 districts endémiques à la filariose lymphatique sur les 79 du pays. On note cependant une disparité de la prévalence avec une focalisation dans les régions de Tambacounda, Ziguinchor et Thiès où l'on trouve les plus fortes prévalences pouvant atteindre 78% dans certains villages.

La DMM contre la filariose lymphatique a démarré en 2007 et a concerné les districts de la région de Tambacounda qui ont bénéficié de traitements annuels. Les Districts Sanitaires (DS) endémiques doivent

bénéficiaire d'un traitement de masse annuel pendant cinq années consécutives, en ciblant 65% de la population totale (couverture épidémiologique). Suite à la mise à l'échelle du traitement de masse (ivermectine + albendazole) sur tous les districts endémiques en 2015, 03 ont arrêté le traitement après avoir obtenu des résultats satisfaisants à l'enquête d'évaluation de la transmission de la FL (TAS1).

Tableau XII: : résultats des enquêtes de Pré-TAS effectuées en 2020 au Sénégal

Nom de l'unité d'exécution administrative	Si cartographie, nom du site de l'enquête	Date de l'enquête (mois)	Date de l'enquête (année)	Nombre de personnes examinées	Nombre de personnes positives	% de personnes positives
Bakel	Gourel Mandiou	Septembre	2020	321	0	0,00
Bakel	Sira doundou	Septembre	2020	309	0	0,00
Bambey	Bambey Serere	Novembre	2020	315	0	0,00
Bambey	Refane	Novembre	2020	351	0	0,00
Dianke Makha	Bani Israel	Septembre	2020	332	0	0,00
Dianke Makha	Bode	Septembre	2020	309	0	0,00
Joal	Ndiarogne serere	Novembre	2020	317	0	0,00
Joal	Nguedji Martin	Novembre	2020	319	2	0,63
Kidira	Gathiary	Septembre	2020	307	0	0,00
Kidira	Mansekodji	Septembre	2020	305	0	0,00
Kolda	Bouborel	Septembre	2020	315	1	0,32
Kolda	Sare Bilaly	Septembre	2020	311	0	0,00
Koumpentoum	Payar	Septembre	2020	347	1	0,29
Koumpentoum	Sinthiou goundo	Septembre	2020	325	2	0,62
Mbacke	Dalla Escalé	Septembre	2020	312	0	0,00
Mbacke	M'Boul Kael	Septembre	2020	309	0	0,00
Mbour	Sinthiane Serere	Septembre	2020	328	2	0,61
Mbour	Sinthiou Keita	Novembre	2020	310	0	0,00
Tambacounda	Dialacoto	Septembre	2020	315	0	0,00
Tambacounda	Lycounda peulh	Septembre	2020	344	1	0,29
Thiadiaye	Mboulouctene Secco	Novembre	2020	317	1	0,32
Thiadiaye	Sandiara	Novembre	2020	313	0	0,00
Thiès	Hanene	Octobre	2020	314	2	0,64
Thiès	Tassette Peul	Octobre	2020	320	0	0,00
Tivaouane	Ndiaye Bopp	Novembre	2020	322	0	0,00
Tivaouane	Taïba SANTHE	Novembre	2020	330	1	0,30
Velingara	Keneba Yero	Septembre	2020	304	0	0,00
Velingara	Ouassadou2	Septembre	2020	301	1	0,33
Total				8 922	14	0,16

Chaque DMM est couplée à la recherche de cas de morbidité liés à la FL (Lymphœdème, Hydrocèle) mais la prise en charge des cas n'était pas systématique faute de financement.

En 2021 nous avons au total 17 districts qui ont réussi 5 tours de traitement lors des DMM avec une couverture épidémiologique supérieure ou égale à 65% selon les critères de l’OMS.

Le PNEFO a conduit une enquête de suivi de la transmission (Pré-TAS) dans 14 DS avec des résultats satisfaisants. Suite à ces résultats concluants, le Ministère de la Santé et de l’Action Sociale a soumis, auprès du Groupe Régional de revue des Programmes MTN (RPGR) de l’OMS/AFRO, une demande d’autorisation pour organiser l’enquête d’évaluation de la transmission de la filariose lymphatique (TAS) dans ces dits-districts.

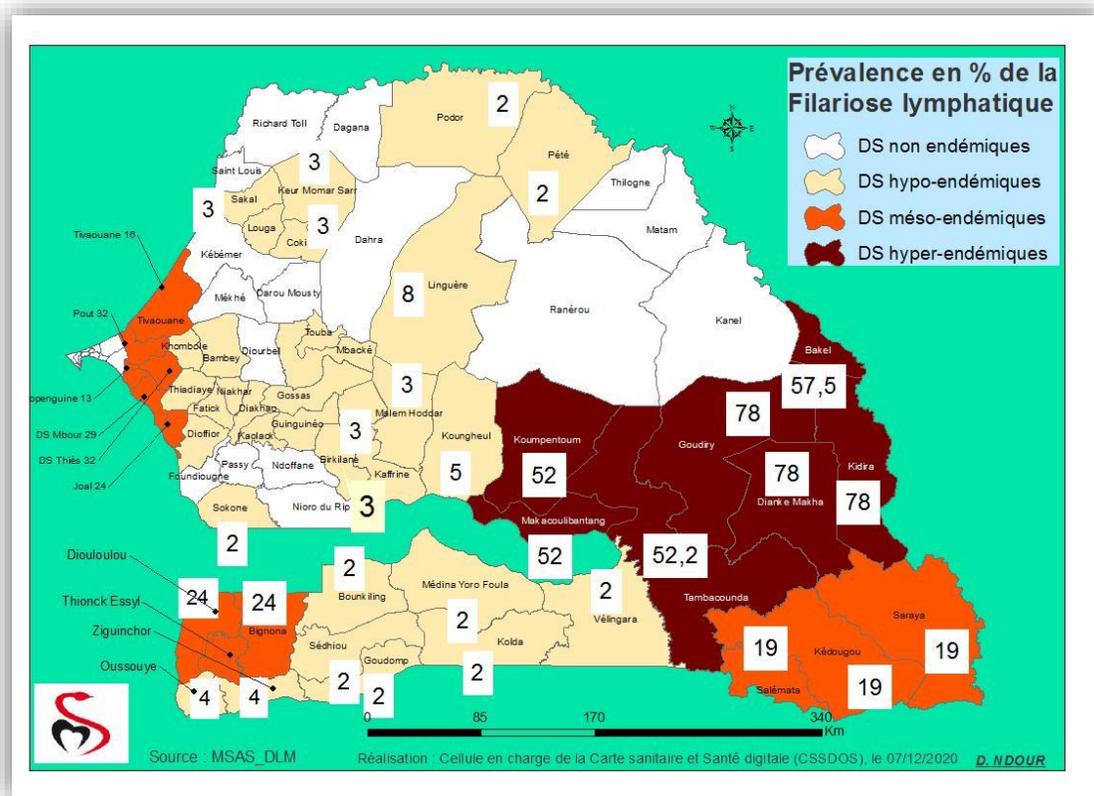


Figure 4: Cartographie d’endémicité à la FL des districts sanitaires au Sénégal en 2020

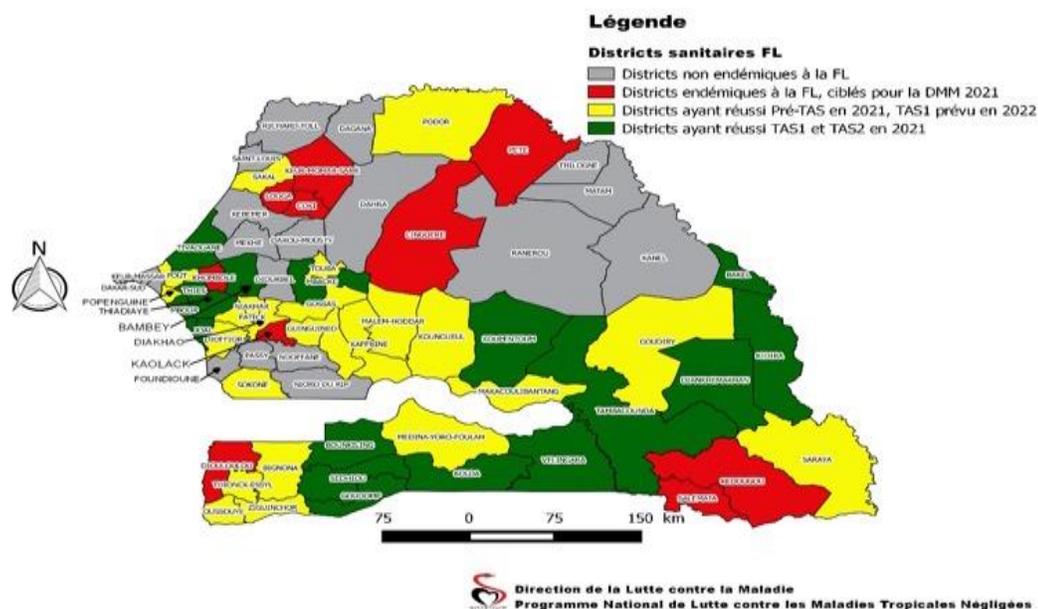


Figure 5: cartographie des districts ayant réussi le Pré-TAS1 et le TAS1 en 2021

En 2021, 17 districts endémiques sur 51 ont arrêté la DMM. Ces résultats encourageants augurent d'une élimination de la FL avant 2025 dans ces districts si les efforts se maintiennent.

Chaque DMM est couplée à la recherche de cas de morbidité liés à la FL (lymphoédème, hydrocèle) mais la prise en charge des cas n'était pas systématique faute de financement. Toutefois des initiatives louables se font pour organiser des camps de chirurgie de prise en charge de ces morbidités.

Tableau XIII: répartition des cas d'hydrocèles et de lymphoédèmes recensés par région lors des campagnes DMM en 2018, 2019 et 2020

Régions	Hydrocèles			Lymphoédèmes		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Saint Louis	0	5	1	5	2	5
Louga	1	5	1	7	12	8
Tambacounda	8	19	16	12	4	7
Kédougou	2	5	3	0	0	1
Kaffrine	8	12	15	2	8	1
Kaolack	0	0	0	0	0	0
Fatick	24	5	5	12	2	5
Thiès	10	9	6	6	5	0
Diourbel	17	10	2	21	12	1
Kolda	9	18	21	11	6	0
Ziguinchor	3	3	9	8	7	12
TOTAL	82	91	79	78	58	40

⇒ *L'onchocercose*

L'Onchocercose, ou cécité des rivières, est une maladie parasitaire des régions tropicales qui sévissait au Sénégal dans les bassins fluviaux de la Gambie, de la Falémé et leurs affluents, couvrant une superficie d'environ 36 000 km² (soit 18% du territoire national), et réparti entre 03 régions médicales (Tambacounda, Kédougou, Kolda) et 08 districts sanitaires (Tambacounda, DiankéMakha, Goudiry, Kidira, Kédougou, Saraya, Salémata et Vélingara).

La prévalence de la maladie variait entre 19 à 81,9% ; la charge microfilarienne moyenne au sein de la communauté était souvent supérieure à 10 microfilaries par biopsie ceci était un signe important de risque de cécité.

L'objectif du Sénégal est d'éliminer cette maladie d'ici 2025 avec les stratégies de Traitement de masse annuelle par l'ivermectine dans les zones d'endémie (couverture thérapeutique $\geq 80\%$ de la population cible de tous les villages endémiques) ; la sensibilisation des populations et l'organisation des enquêtes épidémiologiques et entomologiques.



Figure 6: Cartographie d'endémicité à l'onchocercose des districts sanitaires au Sénégal en 2020

Des progrès importants ont été accomplis dans la lutte contre l'onchocercose. Nous n'avons maintenant que 8 districts dans les vallées de la Gambie et de la Falémé qui sont concernés par les DMM. Ces DMM y sont menées régulièrement depuis plusieurs années.

Les enquêtes épidémiologiques réalisées en 2018 par Analyse des taches de sang séché (DBS) avec l'utilisation du test de diagnostic rapide Onchocercose IgG4 SD BIOLINE n'ont trouvé aucune trace de la maladie parmi les sujets enquêtés.

L'évaluation entomologique faite en 2019 dans les 8 districts a mis en évidence un taux d'infectivité des simules inférieur à 0,05% qui montre alors un arrêt de la transmission. La DMM peut donc être arrêtée. Ces résultats doivent être corroborés par une enquête sérologique.

Ces résultats prometteurs augurent d'une élimination de l'onchocercose avant 2025.

Cependant, Une étude transfrontalière avec le Mali, la Guinée Bissau et la République de la Guinée devrait être menée pour mieux cerner les risques de ré-introduction du parasite après l'arrêt de la DMM au Sénégal.

⇒ *Le trachome*

En 2000, le trachome était considéré comme la deuxième cause de cécité dans notre pays avec près de 25 000 aveugles à son actif.

L'enquête réalisée la même année avait permis d'identifier 3 régions fortement endémiques (Louga, Diourbel et Thiès) et de les ériger en priorité pour les interventions ; les régions de Dakar, Tambacounda et Kédougou n'étant pas endémiques.

Les enquêtes de prévalence effectuées entre 2004 et 2014 ont concerné les 56 districts sanitaires des 11 autres régions.

Tableau XIV: prévalence de la TF par district selon la cartographie de base (2000)

TF (%)	Nbre de districts	Districts
Non suspecté	23	Dakar Nord, Dakar Centre, Dakar Sud, Dakar-Ouest, Guédiawaye, Pikine, Mbao, Rufisque, Keur Massar, Diamniadio, Sangalkam, Yeumbeul, Tambacounda, Koumpentoum, Kidira, Goudiry, Dianké-Makha, Bakel, Makacolibantang, Koumpentoum, Kédougou, Saraya et Salémata
< 5 %	39	Niakhar, Fatick, Diakhao, Dioffior, Foudiougne, Sokone, Kaolack, Kolda, Médina Yoro Foulah, Vélingara Kébémér, Linguère, Keur Momar Sarr, Kanel, Thilogne, Matam, Ranérou, Dagana, Richard Toll, Pété, Podor, Bounkiling, Sédhiou, Goudomp, Pout, Thiès, Ziguinchor, Oussouye, Bignona, Thionk-Essyl, Diouloulou, Mbour, Popenguine, Thiadiaye, Joal-Fadiouth, Louga, Guinguinéo, Passy, Dahra
entre 5 et 9,9 %	06	Touba, Niouro du rip, Darou-Mousty, Coki, Sakal, Saint-Louis.
entre 10 et 29,9 %	13	Bambey, Diourbel, Mbacké, Gossas, Birkélane, Kaffrine, Koungeul, Malem-Hodar, Kébémér, Tivaouane, Khombole, Mekhé et Ndoffane
≥ 30	0	

Au total, 19 districts se sont avérés endémiques au trachome folliculaire (TF) à partir des enquêtes de base (voir ci-dessous la représentation la cartographie au TF).

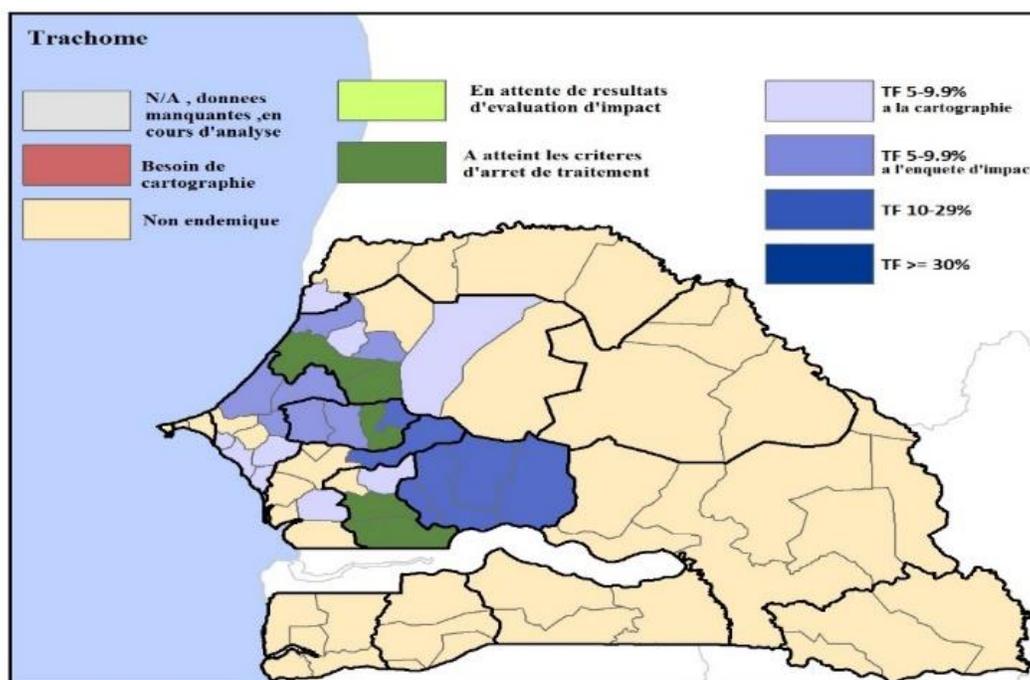


Figure 7: Cartographie d'endémicité au TF des districts sanitaires au Sénégal en 2000

Des interventions recoupant la stratégie « CHANCE », recommandée par l’OMS y ont été mises en œuvre dans ces dits districts.

Pour la composante CH (chirurgie) : les stratégies utilisées reposaient sur 4 axes principaux :

- la décentralisation de la chirurgie au poste de santé ;
- le transfert de la compétence chirurgicale aux ICP;
- la mise en œuvre de stratégies communautaires de dépistage et d’orientation des patients ;
- la mise en œuvre d’activités curatives de masse (camps de chirurgie de trichiasis)

Les résultats de ces stratégies sont encourageants avec une baisse importante des cas de Trichiasis Trachomateux (TT). A ce jour, on estime le nombre de patients à opérer entre 22 000 et 35 000 cas de TT (contre 91 000 en 2000).

Pour la composante A (Antibiothérapie) : tous les 19 districts sanitaires endémiques au TF avaient fait l’objet de traitement de masse (TDM) à l’Azithromycine et à la Tétracycline selon les directives de l’OMS. Pour les composantes N (Nettoyage du visage) et CE (Changement de l’environnement): la mise en œuvre de ces composantes traduit le caractère multisectoriel de la lutte contre le trachome. En effet, promouvoir le nettoyage du visage suppose la disponibilité de l’eau, et pour assurer un environnement adéquat, un assainissement correct est indispensable, y compris la disponibilité des latrines. Les réalisations se résumaient comme suit :

- élaboration et diffusion de supports audiovisuels d’éducation sur le trachome dans les régions de Diourbel, Kaolack Et Kaffrine ;
- construction de 2000 latrines à Diourbel ;
- élaboration de support de formation à l’intention des relais mettant en exergue la relation entre la prévalence du trachome, le comportement et l’environnement ;
- mise en place de cadre de concertation entre acteurs du WASH et élaboration de la cartographie des intervenants dans les régions de Kaolack et Fatick ;

Le principal défi de la mise en œuvre de ces composantes N et CE reste l’implication active des autres secteurs comme celui de l’éducation, de l’information, de l’Environnement et du développement durable, de l’eau et l’assainissement (WASH) et des ONG.

Suite à ces différentes interventions, les enquêtes d’impact et de surveillance ont montré que les prévalences étaient inférieures au seuil d’élimination du trachome de l’OMS dans l’ensemble des 19 districts endémiques. En effet, les prévalences du trachome folliculaire (TF) sont inférieures à 5% chez

les enfants de 1 à 9 ans dans tous ces districts. Ce qui permet l'arrêt du traitement de masse à l'Azithromycine.

Cependant pour le trichiasis trachomateux (TT), on note une forte réduction de la prévalence dans tous les districts. Toutefois, seuls 25 districts ont atteint le seuil d'élimination fixé par l'OMS (TT < 0,2 % chez les adultes de 15 ans et plus) et 29 autres districts nécessitent la prise en charge des cas de TT (Outreach).

Tableau XV : Résultats des enquêtes de prévalence du trichiasis trachomateux effectuées en 2020 et 2021 au Sénégal

UE/DISTRICTS	Année de l'enquête	prévalence TT non connu du système de santé
Dioffior	2021	0,2%
Foundiougne	2021	0,2%
Fatick	2021	0,5%
Niakhar	2021	0,5%
Sokone	2021	0,6%
Kaolack 1	2020	0,3%
Kaolack 2	2020	0,3%
Kolda 1	2021	0,06%
Kolda 2	2021	0,1%
Médina Y. Foulah	2021	0%
Vélingara 1	2021	0,025%
Vélingara 2	2021	0,05%
Keur M. SARR	2021	0,2%
Linguère	2021	0,17%
Boukiling	2021	0,3%
Goudomp	2021	0,6%
Sédhiou	2021	0,3%
Bignona	2021	0,3%
Thionck Essyl	2021	0,1%
Diouloulou	2021	0,1%
Ziguinchor 1	2021	0,08%
Ziguinchor 2	2021	0,3%
Pout	2020	0,36%
Thiès 1	2020	0,16%
Thiès 2	2020	0,2%

Les enquêtes de surveillance en 2021 ont mis en évidence des résultats très encourageants.

Tableau XVI : résultats des enquêtes de surveillance trachome effectuées en 2021 au Sénégal

UE/DISTRICTS	Prévalence TF	Prévalence TT non connu du système de santé
Saint louis 1	0,07%	0,25%
Saint louis 2	0,42%	0,24%
Touba 1	0,93%	0,48%
Touba 2	0,97%	0,2%
Touba 3	1,63%	0,47%
Touba 4	0,62%	0,4%

Tableau XVII: Nombre de cas de TT opérés entre 2017 et 2021

ANNEE	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre de cas opérés	5034	1581	1584	1402	2263

Il serait nécessaire de renforcer les activités de prise en charge des TT afin d'atteindre l'objectif d'élimination.

⇒ *La lèpre*

Le Sénégal a atteint le seuil d'élimination de la lèpre depuis 1995 (taux de prévalence inférieur à 1 cas/10 000 habitants). Les taux de prévalence et de détection des nouveaux cas ont baissé respectivement de 40% et de 28% de 2012 à 2019. En 2020, le nombre de nouveaux cas de lèpre était de 191, soit 16,25% de moins qu'en 2012. La plupart des nouveaux cas de lèpre provenaient de quatre régions, à savoir Dakar, Diourbel, Thiès et Kaolack, représentant 74% de la charge de morbidité.

Les taux de prévalence et de détection des nouveaux cas par million d'habitants ont baissé respectivement de 40% et de 28% de 2012 à 2019. A noter qu'en 2020, la proportion de nouveaux cas avec invalidités de degré 2 était de 5% contre 15% en moyenne de 2012 à 2018.

Les proportions élevées de cas multibacillaires (MB) (74%) et d'enfants (12%) dénotent le dépistage tardif et la transmission active de la maladie. A noter qu'en 2020, la proportion de nouveaux cas avec invalidités de grade 2 était de 6% contre 15% en moyenne de 2012 à 2018. Ce résultat encourageant fera l'objet d'un suivi rapproché au cours de ce plan.

Les proportions de cas MB et de cas pédiatriques sont assez semblables à celles des années antérieures à l'exception de l'année 2016 où des activités de dépistage actif dans 2 villages de reclassement social (Mballing et Koutal) ont entraîné la détection d'un nombre accru de nouveaux cas, parmi lesquels une proportion élevée d'enfants présentant une forme pauci-bacillaire (PB) sans incapacité.

Ces résultats ont mis en évidence l'existence d'un sous- dépistage de la lèpre et l'efficacité du dépistage actif pour améliorer la précocité du diagnostic. Sur la base de ces évidences, le PNEL a décidé de réaliser des dépistages actifs dans les sept VRS restants.

Une autre étude menée en 2018 dans le VRS de Touba Peycouck n'a détecté aucun nouveau cas de lèpre mais a révélé une très bonne acceptation de l'examen des contacts (95%) et de la chimioprophylaxie par dose unique de rifampicine (98%), notamment grâce à une bonne sensibilisation des autorités et de la population et à la participation des acteurs communautaires. La proportion de nouveaux cas dont les contacts ont été dépistés n'est pas connue car ces informations ne sont pas collectées dans le rapport trimestriel.

De même, les taux d'achèvement des traitements des cas de PB et de MB ainsi que les proportions de patients qui ont développé de nouvelles incapacités au cours du traitement ne sont pas renseignés dans le rapport.

La prévention des infirmités et la réadaptation physique (PIRP) sont assurées par le Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte (CHOM) qui est le centre de référence pour la prise en charge de la lèpre et de ses complications, y compris la chirurgie de la lèpre. Afin de faciliter l'accès des malades à la prise en charge de leurs incapacités, des missions PIRP sont assurées par le CHOM dans 7 régions et par les CRAO de Ziguinchor, Kolda et Tambacounda.

De plus, en 2018 le PNEL a démarré un programme pilote de décentralisation de la prise en charge des réactions et des névrites, y compris la chirurgie de la lèpre, dans quatre hôpitaux, à savoir les CHR de Thiès, Kaolack, Ziguinchor et le CHN de Touba, après avoir formé les équipes concernées et les avoir dotés de médicaments pour la prise en charge des réactions lépreuses.

Par ailleurs, la direction de la promotion et de la protection des groupes vulnérables à travers son Programme d'Autonomisation des Personnes Affectées par la Lèpre et Famille (PAPALF), a réalisé entre 2012 à 2019 un total de 3962 projets socio-économiques répartis comme suit :

- deux cent vingt-quatre mille (224) appuis à la formation professionnelle pour les enfants et jeunes issus de parents affectés par la lèpre vivant dans et hors VRS ;

- soixante dix-sept (77) rénovations de bâtiments ou constructions de logements sociaux et de toilettes adaptées dans les VRS ;
- deux cent soixante-dix (270) projets économiques et communautaires ;
- quatre vint onze (91) activités d'information, d'éducation, et de communication
- mille trois cent soixante une (1361) personnes affectées par la lèpre et les membres de leur famille pris en charge (secours, soins coûteux) ;
- appui en denrées alimentaires aux pensionnaires du pavillon de Koutal, et aux personnes et groupes vulnérables ;
- appui aux communautés religieuses.

La situation de la lèpre est indiquée dans le tableau XLIV en annexe 1 qui montre la répartition de la lèpre par région en 2020 (Annexe 1. Tableau XLIV: répartition des cas de lèpre par région au Sénégal en 2020)

⇒ *Les schistosomiasés*

Au Sénégal, il existe deux formes de schistosomiase : la forme urinaire à *Schistosoma haematobium* et la forme intestinale à *Schistosoma 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, avec une prévalence variable d'une région à une autre et d'un district à un autre.

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.

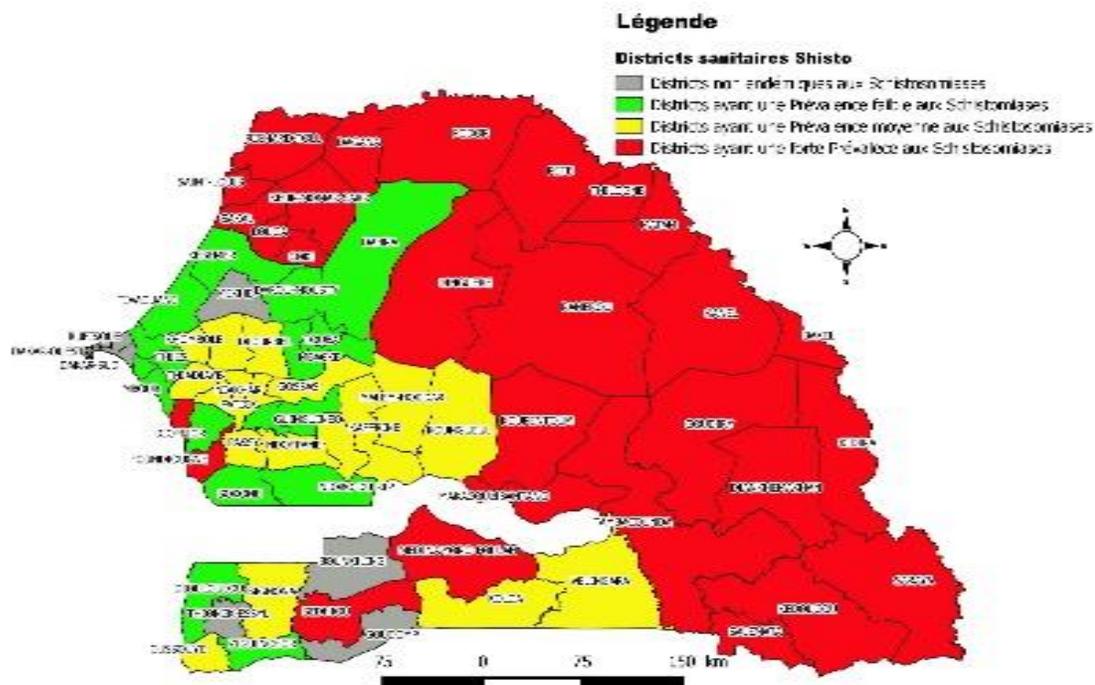


Figure 8: Cartographie d'endémicité à la schistosomiase des districts sanitaires au Sénégal en 2013

La cartographie des schistosomoses a été achevée en 2013. Sur les 72 districts cartographiés 59 étaient endémiques dont 12 avec une prévalence faible (nécessitant un passage de DMM tous les trois ans), 29 districts de prévalence modérée (un passage de DMM tous les 2 ans) et 18 districts de prévalence élevée (un passage de DMM tous les ans).

Elles touchent plus particulièrement les populations pauvres d'agriculteurs et de pêcheurs. Les enfants restent la cible la plus exposée et la plus infectée par ces maladies. L'objectif pour le pays est de contrôler cette pathologie.

S'agissant des campagnes DMM, l'objectif est d'atteindre chaque année au moins 75% (couverture thérapeutique) des enfants d'âge scolaire et des adultes à risque dans tous les districts endémiques.

Nous notons également des ruptures fréquentes du praziquantel pour le traitement de routine.

En dehors de quelques projets de recherche opérationnelle menés par les universités, la lutte anti vectorielle ne se fait pratiquement pas.

C'est pour cela que la lutte contre la schistosomiase a connu peu de progrès. Nous n'avons pas constaté de changement de catégories d'endémicité dans 53 districts.

Tableau XVIII: répartition des districts ayant changé de catégorie d'endémicité liée à la schistosomiase entre 2016 et 2020

2016	2020			
	Forte	Modérée	faible	Nulle
7 DS à prévalence forte	-	2	3	2
4 DS à prévalence nulle	1	-	3	-

La DMM a été suspendue dans ces 2 districts sanitaires (Foundiougne et Thionkessyl) à prévalence de la schistosomiase nulle.

Les progrès faibles de la lutte contre les schistosomiasés peuvent s'expliquer par la réinfestation récurrente des mares et par l'absence de lutte malacologique. Les ruptures fréquentes du praziquantel et son inaccessibilité financière pour le traitement de routine sont également un obstacle à l'arrêt de la transmission de la schistosomiase.

Tableau XIX: couverture DMM schistosomiase entre 2015 et 2020

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Couverture géographique DDM des Schistosomiasés	100% (58/58)	100% (20/20)	100% (35/35)	83% (25/30)	91% (44/48)	75% (24/32)
Couverture thérapeutique DMM des Schistosomiasés	91%	80%	80%	92%	93%	99,7%

Cependant, en dépit des progrès importants accomplis depuis 2009 dans le cadre de la mise en œuvre des campagnes de masse au niveau des unités d'évaluation (district), des lacunes importantes persistent (Tableau XVIII). L'une des difficultés rencontrée est liée à l'insuffisance des données (épidémiologiques, environnementales, démographiques, écologiques etc.) devant orienter la mise en œuvre de la lutte au niveau communautaire comme la schistosomiase est une maladie focalisée. La désagrégation des données d'endémicité actuelles (district) à des niveaux administratifs inférieurs (Poste de santé) aidera à faire un traitement ciblé des schistosomiasés et à exclure les zones n'ayant pas besoin de traitement.

La bilharziose uro-génitale féminine est une forme clinique particulière de la bilharziose. La bilharziose génitale féminine (BGF) est une manifestation principalement due à l'infection par *Schistosoma haematobium*. Étant donné la nature des signes et des symptômes de la BGF, les femmes ont tendance à se rapprocher des services de santé avec des plaintes de stérilité ou de symptômes d'infections sexuellement transmissibles. Les prestataires connaissent peu la BGF. Le laboratoire ne permet pas de faire le diagnostic.

Ainsi, chez les femmes en âge de procréer vivant dans des régions endémiques à *S. haematobium*, la BGF demeure très répandue et sous-diagnostiquée en raison d'un faible indice de suspicion parmi les professionnels de la santé. Un indice élevé de suspicion permettra un diagnostic de BGF et d'éviter une chirurgie radicale inutile et un diagnostic erroné d'infections sexuellement transmissibles.

Dans les zones d'endémie, le traitement régulier des jeunes filles lors des traitements médicamenteux de masse aux communautés et aux écoles est important pour prévenir la BGF.

A l'instar de plusieurs pays d'Afrique, le Sénégal adhère à la feuille de route mondiale 2021-2030 pour l'élimination des schistosomias.

Les stratégies consistent à : (i) rendre disponible le praziquantel, (ii) organiser des campagnes de distribution de médicaments des masses (DMM), (iii) prendre en charge les cas de schistosomiose, (iv) promouvoir l'éducation sanitaire, (v) lutter contre les mollusques hôtes intermédiaires, (vi) organiser des enquêtes d'impact et (vii) sensibiliser les populations.

Vers la fin de l'année 2017, ESPEN (Expanded Special Project for Elimination of Neglected tropical disease) a chargé un groupe consultatif à Brazzaville de soutenir davantage l'analyse de la mise en œuvre sur la base des données cartographiques afin d'examiner les zones où la mise en œuvre est basée sur la prévalence moyenne de la maladie au niveau du district. Ce faisant, les requêtes d'approvisionnement en praziquantel s'effectuaient sur la base des données agrégées du district. Étant donné que c'est la moyenne de la prévalence du district qui était prise en compte ; l'on constate alors soit le "sous traitement" soit le "sur-traitement" dans les zones d'intervention.

C'est dans ce contexte que le programme national de lutte contre les Bilharzioses et Géohelminthiases a engagé les acteurs nationaux dans la mise en place d'un processus d'affinement de la cartographie des schistosomias au niveau poste de santé.

Ce processus a abouti à l'organisation d'une revue technique sur les schistosomias pour la mise à jour des données d'endémicité au niveau poste de santé et l'élaboration d'une feuille de route 2021-2025 pour

l'élimination des schistosomiasés. Le but serait de mieux faire face au caractère localisé de la transmission de la maladie, de classer tous les postes de santé. Cela permettra de mieux orienter la mise en œuvre et la mise à disposition des ressources vers les zones où elles sont le plus nécessaires.

Tableau XX: catégories d'endémicité à la schistosomiase par unité focale (poste de sante) au Sénégal en 2021

Région	Faible	Modérée	Inconnue	Non endémique	Forte	Total général
Diourbel	4	21	0	91	0	116
Kaolack	61	31	0	27	1	120
Matam	16	10	0	1	78	105
Kolda	29	42	0	1	1	73
Fatick	6	23	0	96	4	129
Thiès	9	14	0	143	1	167
Kaffrine	32	19	0	48	0	99
Kédougou	0	0	0	0	43	43
Ziguinchor	25	54	0	51	0	130
Saint-Louis	0	2	0	10	119	131
Louga	56	15	0	1	57	129
Tambacounda	24	1	0	1	114	140
Sédhiou	0	19	0	44	2	65
Dakar	2	0	0	152	0	154
Total	264	251	0	666	420	1601

⇒ *Les Géohelminthiases*

Les résultats des enquêtes de base effectuées en 2013 révèlent que le taux global de prévalence des infections parasitaires intestinales est de 21,9%.

L'*Ascaris lombricoïdes* constitue la principale cause d'infection parasitaire avec une proportion de 46,7% des cas observés.

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%.

En ce qui concerne les géohelminthiases, l'objectif du pays est l'élimination. En effet, les stratégies mises en œuvre pour atteindre cet objectif sont : (i) la disponibilité de l'Albendazole (utilisé depuis 2010 pour la DMM) ou du Mébendazole, (ii) l'organisation des campagnes de distribution de masse médicaments (couverture thérapeutique $\geq 75\%$ des enfants âgés de 5 à 14 ans dans tous les districts endémiques), (iii)

la prise en charge des cas, (iv) la promotion des mesures d'hygiène et d'assainissement, (v) la sensibilisation et (vi) l'organisation des enquêtes impact. La cartographie, effectuée avec la méthode de Kato Katz, a été achevée en 2013.

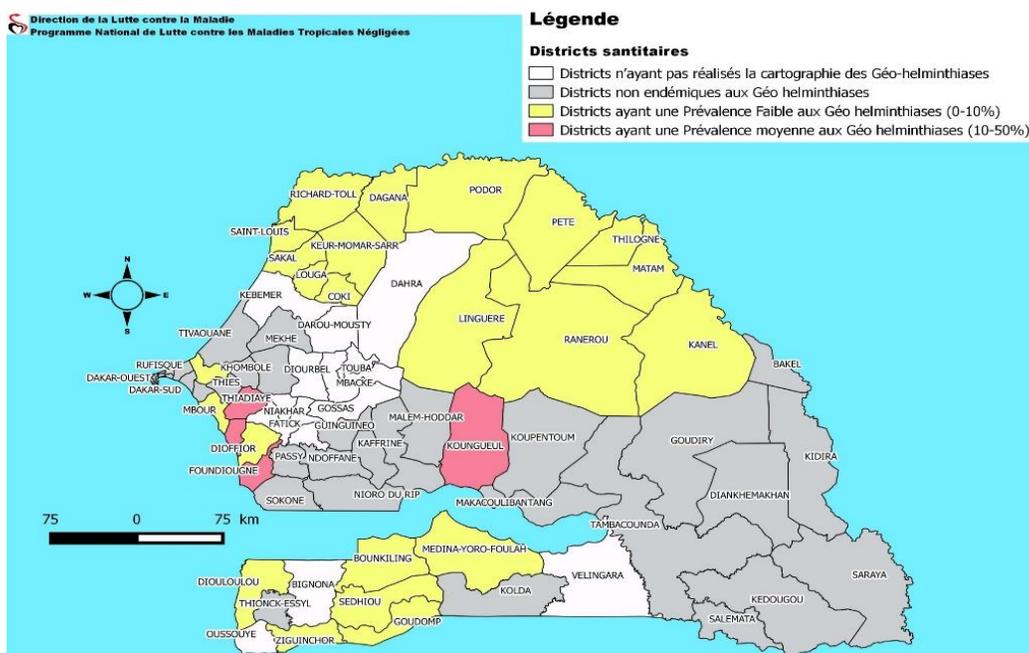


Figure 9: Cartographie d'endémicité aux géohelminthiases des districts sanitaires au Sénégal en 2013

Les données du programme MTN ont montré que 29 DS n'ont pas été cartographiés, 18 DS non endémiques au-dessous du seuil de traitement, 15 DS avec des faibles prévalences (<20%), 8 DS avec des prévalences modérées (≥20% et <50%) et 5 DS présentaient des prévalences élevées (≥ 50%).

Tableau XXI: couverture DMM des géohelminthiases entre 2015 et 2020

Indicateurs	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Couverture géographique DMM des géohelminthiases	100% (76/76)	100% (76/76)	100% (54/54)	100% (16/16)	50% (8/16)	100% (14/14)
Couverture thérapeutique DMM des géohelminthiases	85%	94%	96%	81%	100%	87%

La lutte contre les géohelminthiases a connu des résultats satisfaisants en raison des bonnes couvertures des campagnes DMM. Nous avons noté une réduction de 81% de la morbidité (seul 6/32 DS endémiques ont des prévalences supérieures à 20%) Les DMM pour les géohelminthiases sont suspendues dans 28 districts sanitaires.

⇒ *La rage*

Au Sénégal, la rage est une maladie à déclaration obligatoire et sous surveillance. Les données épidémiologiques sur la maladie sont très disparates et non exhaustives comme partout en Afrique et constituent un véritable défi pour susciter davantage l'engagement des autorités sanitaires en faveur de la lutte contre la maladie

En 2020, à travers la surveillance épidémiologique, notre pays a notifié 4216 cas de morsures d'animaux exposant à la rage (DHIS2).

Pour la rage animale en 2020, 60 foyers ont été notifiés au Sénégal avec 69 cas.

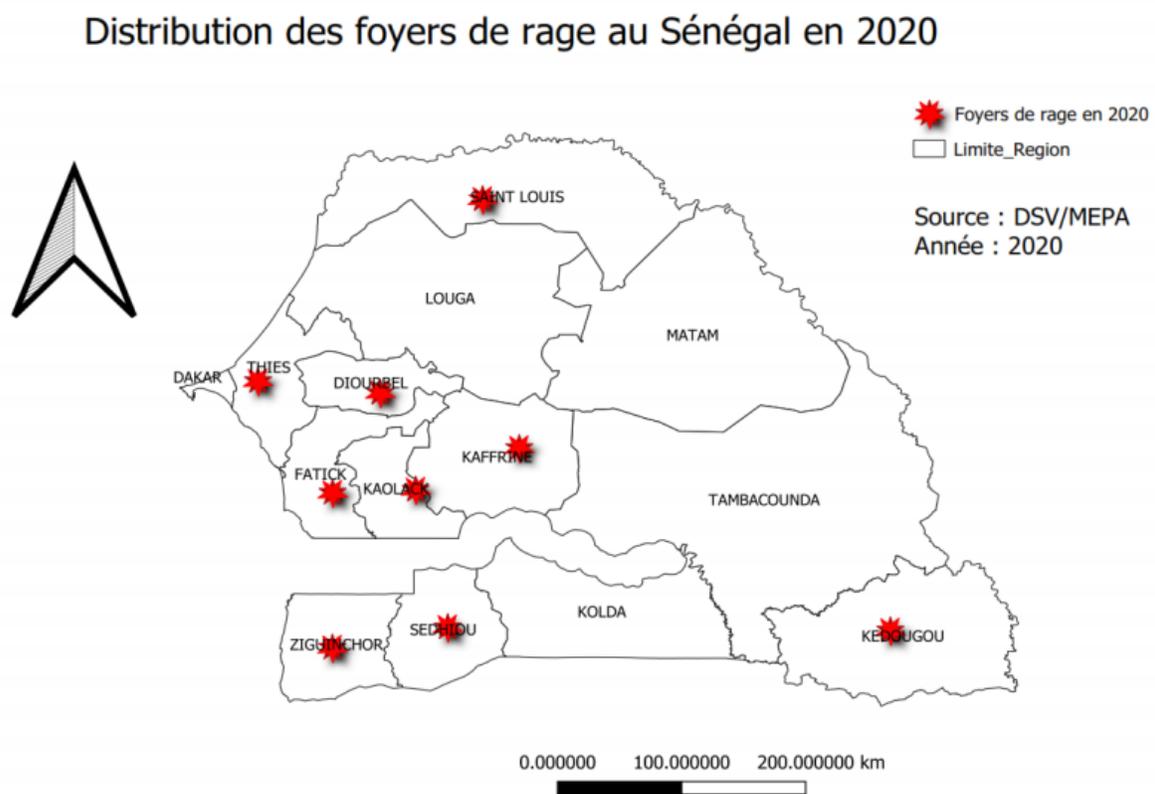


Figure 10: Distribution des foyers de rage animal au Sénégal en 2020

Dans l'ensemble, 9 des 14 régions administratives ont notifié des cas de rage animale (Source DSV/MEPA). C'est une maladie à déclaration obligatoire chez les humains et les animaux, et fait partie de la liste des maladies de la Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte (SIMR).

Les cas d'exposition à la rage par morsure d'animaux sont répertoriés par le système de surveillance.

Conformément à la feuille de route de l’OMS sur les Maladies tropicales négligées (MTN), le Sénégal à l’instar des autres pays s’est engagé à éliminer la rage d’ici 2030.

Le nombre de cas d’exposition à la rage connaît une recrudescence (Annexe 2. Tableau XLV: répartition des cas d’exposition humaine à la rage notifiés entre 2010 à 2021 par région au Sénégal).

En 2021, il a été recensé au total 16017 cas d’exposition à la rage humaine dans l’ensemble des régions du Sénégal (voir tableau ci-dessous).

L’animal en cause est représenté par le chien dans 59% des cas d’exposition (Tableau XXII).

Tableau XXII: répartition des cas d’exposition à la rage humaine par type de morsures d’animaux par région en 2021 au Sénégal (source : DHIS2)

Régions	Animal en cause				
	Chien	Ane	Cheval	Chat	Singe
Dakar	401	17	35	49	4
Diourbel	112	65	74	4	-
Fatick	238	127	115	19	2
Kaffrine	115	70	44	11	-
Kaolack	139	54	54	8	2
Kédougou	74	2	3	1	2
Kolda	213	59	14	4	2
Louga	157	67	81	5	1
Matam	53	43	12	12	-
Saint Louis	135	39	14	8	1
Sédhiou	80	12	3	3	-
Tambacounda	239	107	34	17	5
Thiès	403	196	143	45	19
Ziguinchor	163	-	-	18	8
Total	2522	858	626	204	86

La prise en charge des cas d’exposition à la rage se fait par le sérum et la vaccination antirabique. La vaccination et la sérothérapie sont disponibles dans les districts. Il faut reconnaître que le coût de ces produits médicaux est assez onéreux.

Les différentes stratégies à mettre en œuvre pour renforcer la lutte contre la rage sont, entre autres, le renforcement de la surveillance et la riposte aux foyers épidémiques de rage. A cet effet, la mise en place d’un système de surveillance efficace capable de détecter, prévenir et riposter contre la maladie constitue un véritable défi pour l’élimination de la rage.

Dans le cadre de la prévention, une meilleure collaboration avec le secteur de l'élevage devrait permettre de réduire les risques par l'abattage des chiens errants et par la sensibilisation des populations.

A ce titre un plan de surveillance intégrée entre le MSAS et le Ministère de l'élevage et de la production animale a été élaborée en 2018 aux fins de lutter contre la rage par morsure de chien au Sénégal.

La rage est un problème majeur de santé publique, en termes de mortalité et de coût. Une fois déclarée, la rage est fatale dans 100% des cas. Cependant, elle est évitable à 100% par la vaccination. La rage canine et humaine au Sénégal est sous-déclarée. Le fardeau de cette maladie est sous-estimé.

Pour la rage humaine, 97 cas ont été enregistrés entre 1986 et 2017. L'animal agresseur était représenté dans 100% des cas par le chien. Depuis 2010 jusqu'en 2020, le Sénégal a enregistré 43 cas de décès humains imputables à la maladie. Ces données proviennent du système de surveillance épidémiologique qui ne prennent pas en compte les cas non déclarés

L'évaluation SARE (Stepwise Approach towards Rabies Elimination) réalisée en 2018 estime l'incidence à 168 cas de rage par an.

Les cas de rage humaine se raréfient depuis quelques années en raison de la disponibilité de la vaccination et de la sérothérapie antirabique (Tableau XXIII).

Tableau XXIII: répartition des cas de rage humaine notifiés entre 2010 et 2020 par région

Régions	Nombre de cas de rage humaine											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Dakar	5	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	11
Diourbel	0	1	1		1	1	0	0	0	0	0	4
Kaffrine	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	5
Fatick	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	5
Kaolack	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Kédougou	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kolda	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Louga	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Matam	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saint-louis	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Sédhiou	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tambacounda	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Thiès	3	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	6
Ziguinchor	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	15	6	7	6	2	3	0	1	2	1	00	43

Le nombre de cas de rage humaine notifié va decrescendo passant de 15 cas en 2010 à 0 cas en 2020.

⇒ *La dengue*

La dengue, encore appelée grippe tropicale est une maladie virale transmise à l’homme par la piqure d’un moustique du genre *Aedes*. Il s’agit de l’arbovirose la plus répandue dans le monde.

Elle représente un enjeu majeur de santé publique dans plus de 100 pays tropicaux où elle sévit suivant un mode endémo-épidémique avec une prédilection pour les zones urbaines et semi-urbaines.

Le plus souvent, la dengue est une maladie bénigne. Mais il existe des formes hémorragiques plus graves pouvant conduire au décès. On distingue 4 stéréotypes, étroitement apparentés, du virus responsable de la dengue (DEN-1, DEN-2, DEN-3, et DEN-4). Il existe un 5^{ème} sérotype (DEN-5) que l’on retrouve chez les animaux.

Le Sénégal a enregistré des vagues d’épidémies récurrentes de dengue depuis 1970. L’épidémie de l’année 2018 a été la plus grave que le pays n’ait jamais connue avec 377 cas de dengue dont 1 décès (Tableau XXIV). Depuis cette date, le Sénégal s’est engagé dans la lutte contre la dengue en l’intégrant dans les Maladies Tropicales Négligées.

Tableau XXIV: répartition des cas de dengue de 2016 à 2021 par région au Sénégal

Région	Année					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dakar	2	-	36	-	6	4
Diourbel	-	-	213	-	-	2
Fatick	-	-	52	-	-	5
Kaffrine	-	-	0	9	2	-
Kaolack	-	-	2	3		2
Kédougou	-	-	-	-	2	-
Kolda	-	-	-	-	-	-
Louga	1	-	8	-	-	8
Matam	-	-	2	-	-	1
Saint-Louis	-	-	55	-	-	44
Sédhiou	-	-	-	-	-	-
Tambacounda	-	-	-	-	-	9
Thiès	1	-	9		1	9
TOTAL	4	138	377	12	11	82

Il n’existe pas de traitement spécifique pour la dengue, mais la détection précoce et l’accès à des soins médicaux adaptés permettent de ramener les taux de mortalité en dessous de 1%.

La principale mesure de prévention individuelle consiste à sensibiliser la population à se prémunir contre les piqûres de moustiques surtout pendant la saison chaude. Plusieurs interventions de promotion et de prévention (MILDA etc.) ont été menées par les autorités sanitaires pour lutter contre cette maladie.

La lutte anti larvaire, l'utilisation des MILDA le respect des mesures de protection individuelle, le recours précoce aux soins permettent de lutter contre la maladie. La destruction des gîtes larvaires a permis de réduire l'incidence de la dengue en Indonésie et l'éradication de *Aedes aegypti* au Vietnam.

Au Sénégal, il existe un système de surveillance de la dengue. Ce système est un élément clé pour le déclenchement d'alerte épidémique et l'orientation d'actions de contrôle.

La surveillance épidémiologique des maladies y compris la dengue, s'appuie sur deux systèmes : le système de surveillance de routine et le système sentinelle basé sur l'approche syndromique (réseau 4S). Dans le premier, tous les points de prestations publics comme privées détectent les cas, recueillent, transportent les échantillons et transmettent l'information à la région médicale.

Au-delà des périodes épidémiques, il n'y a pas d'action particulière pour la lutte contre la dengue en dehors de la surveillance épidémiologique. Il n'existe pas de plan structuré de lutte hormis les plans ponctuels de contingence. La lutte antivectorielle et la communication sont très insuffisantes.

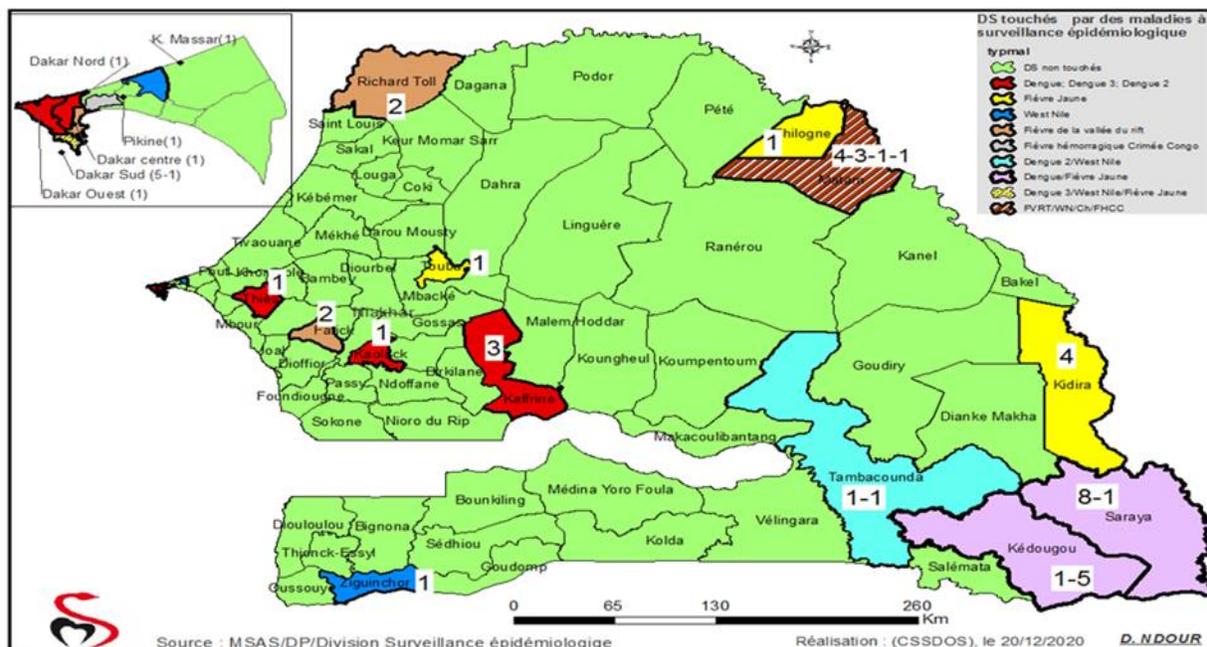


Figure 11: Répartition des arboviroses par district en 2020 au Sénégal

Les cas de dengue sont actuellement confirmés biologiquement par l'Institut Pasteur de Dakar. Il n'existe pas de capacités diagnostiques en dehors de cette structure. Les tests de diagnostic rapide ne sont pas encore disponibles dans les point de prestation de soins.

Ces chiffres du tableau XXIV ci-dessus, restent très en dessous de la réalité du fait de la méconnaissance de l'affection et de l'absence de test de diagnostic au niveau opérationnel.

Les investigations entomologiques lors de l'épidémie de 2018 avaient révélé des indices de risque épidémiques : indices de Breteau (IB) et Récipient (IR) très élevés dans certains quartiers de Dakar et de Mbour. Des femelles d'*Aedes Aegypti* infestées ont été également enregistrées à Dakar. La présence de nombreux gîtes potentiellement productifs (pneus abandonnés, bacs de climatiseurs, pots de fleurs, récipients de stockage d'eau, trous sur les troncs d'arbre, cosses de noix de coco, etc.) d'*Aedes aegypti*, requiert une surveillance épidémiologique mais aussi et surtout une lutte anti vectorielle collective, individuelle et intersectorielle à Dakar et au niveau des autres sites sentinelles.

La surveillance épidémiologique est faite par le la division de la surveillance épidémiologique sise à la Direction de la Prévention.

⇒ *La Dracunculose ou maladie du ver de Guinée*

Les résultats obtenus dans la lutte contre la maladie du ver de Guinée ont été satisfaisants et ont abouti à la certification de l'interruption de la transmission de la dracunculose par la Commission Internationale pour la Collectivités locales. Depuis 1997 aucun cas de ver de Guinée n'a été découvert au Sénégal. Des rumeurs de cas sont quelquefois notés et ils sont alors investigués.

Avec l'appui de l'OMVS, le PNLVG a mené des activités allant dans le sens du maintien du statut post certification avec le renforcement de la surveillance dans les régions anciennement endémiques (Kédougou, Tambacounda et Matam).

Le défi reste le renforcement de cette surveillance épidémiologique surtout au niveau communautaire dans les zones frontalières avec les pays où on note toujours des cas.

Cependant beaucoup de prestataires de soins et d'acteurs communautaires ne connaissent pas la maladie, il serait judicieux de renforcer la formation.

Par ailleurs avec l'apparition des cas de ver de Guinée chez les animaux il est important de renforcer la surveillance épidémiologique et d'améliorer la coordination avec le secteur de l'élevage.

⇒ *Les leishmanioses*

La leishmaniose cutanée (LC) est la forme la plus fréquente de la maladie. C'est une infection cutanée provoquée par un parasite unicellulaire appelé *Leishmania* qui est transmis par des piqures d'un insecte, le phlébotome. Il y a environ 20 espèces de *Leishmania* qui peuvent causer une leishmaniose cutanée. Elle est transmise par la piqûre d'un phlébotome femelle. Elle provoque des lésions cutanées, principalement des ulcères, sur les parties exposées du corps, entraînant des cicatrices permanentes, de graves handicaps et une stigmatisation importante. Le réservoir de virus est constitué le plus souvent de rongeurs et de l'être humain lui-même. Les parasites causant la leishmaniose cutanée sont transmis d'un animal à un autre, d'un être humain à un autre ou de l'animal à l'être humain. La leishmaniose touche essentiellement les populations défavorisées, déplacées qui vivent dans une certaine promiscuité.

Les leishmanioses sont encore des maladies peu connues au Sénégal même des prestataires. Pendant très longtemps seuls les dermatologues notifiaient les cas. Depuis l'intégration des leishmanioses dans les MTN des efforts sont faits notamment en termes d'élaboration de fiches techniques de diagnostic et de prise en charge avec l'aide de dermatologues. Cette collaboration étroite avec les dermatologues a même permis une meilleure notification des cas. En outre, les données de la leishmaniose sont maintenant disponibles dans la plateforme du DHIS2.

En 2020, les données hospitalières issues des services de dermatologie ont recensé 65 cas de leishmaniose (source : Rapport annuel Programme lutte MTN 2020). L'ampleur réelle de la maladie n'est pas connue en raison de sa sous notification.

Des études de prévalence devraient être faites afin d'avoir une cartographie précise de la maladie.

La lutte anti vectorielle ne se fait pas. Les recherches entomologiques sont insuffisantes.

Le traitement de la leishmaniose pose de nombreux problèmes en rapport avec la non disponibilité fréquente des molécules (d'ailleurs, rupture récente de ce produit par défaut de production), mais aussi leur coût élevé (60 USD/boîte d'antimoniote de Meglumine, soit 360USD pour une cure de 15 jours) et leurs nombreux effets secondaires imposant une surveillance biologique en milieu hospitalier.

Il importe de renforcer la lutte contre les leishmanioses au Sénégal.

⇒ *Les mycétomes*

Les mycétomes sont des processus pathologiques au cours desquels des agents fongiques ou actinomycosiques d'origine exogène produisent des grains. Ce sont des affections qui touchent

particulièrement les populations pauvres dans les régions tropicales sèches mais l'incidence n'est pas connue.

Depuis 2016, les mycétomes sont classés sur la liste des maladies tropicales négligées par l'OMS. Il n'existe pas de test diagnostique de pointe, ni de données de prévalence, à cela s'ajoute un traitement qui n'est pas codifié avec beaucoup d'échec, très peu d'études de recherche, le mode de contamination reste d'ailleurs toujours incertain.

C'est une maladie chronique dont l'évolution peut prendre plusieurs années. Les mycétomes sont stigmatisants, invalidants et touchent les tranches d'âge actives et particulièrement les hommes.

Le Sénégal est un pays où les mycétomes sont endémiques. De nombreux aspects de la maladie ont été étudiés dans ce pays entre 1958 et 1970, en particulier l'épidémiologie, la description des agents étiologiques, les présentations cliniques, l'anatomopathologie et le traitement chirurgical. Des études ont mis en évidence 109 cas histologiquement prouvés observés à la clinique dermatologique de Dakar sur une période de cinq ans et demi, de 1993 à 1998.

Afin de déterminer l'épidémiologie et le poids du mycétome en Afrique de l'Ouest, une étude sur les cas rapportés dans les pays de la sous-région a été réalisée en 2021. Un total de 2685 cas ont été identifiés dans la littérature entre 1929 et 2020. Parmi ceux-ci, 1943 (74,1%) étaient survenus au Sénégal qui constitue par ailleurs un point chaud de la sous-région (Figure 12).

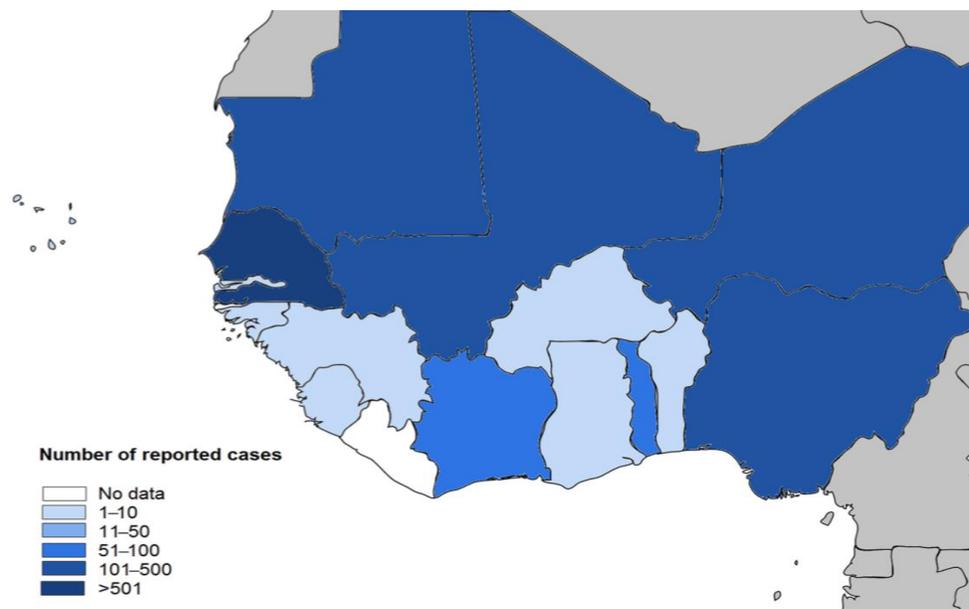


Figure 12: Fréquence de répartition des cas de mycétome en Afrique de l'ouest

Plusieurs autres études ont permis de décrire le profil des cas de mycétomes diagnostiqués en milieu hospitalier dans le pays. Récemment, dans une étude réalisée en 2020, Sow et ses collaborateurs ont décrit le profil de 193 cas de mycétome diagnostiqués dans trois hôpitaux au Sénégal sur une période de dix ans. Les résultats ont montré une prédominance des eumycétomes en milieu hospitalier avec 91 cas confirmés sur 193 patients (47,2%) vus en consultation suivie des actinomycétomes à 36,8% (71/193). Des formes d'étiologie indéterminée produisant des grains jaunes et blancs ont été notées chez 31 patients, soit 16,1 % de la population d'étude. Ces formes étaient classées indéterminées du fait de l'absence de résultats microbiologiques et histopathologiques orientant vers l'agent pathogène. Toutes les formes étaient réparties sur l'ensemble du territoire sénégalais comme le montre le tableau 1. Les eumycétomes étaient retrouvés en majorité au nord du pays alors que les formes actinomycosiques et les formes indéterminées prédominaient dans le centre et au sud du pays.

Tableau XXV: répartition des cas de mycétomes en fonction de l'origine géographique de 2010 à 2020

REGIONS	Effectif	Pourcentage (%)
Thiès	47	24,4
Dakar	35	18,1
Diourbel	31	16,1
Louga	23	11,9
Saint-Louis	20	10,4
Matam	10	5,2
Kaolack	6	3,1
Fatick	4	2,1
Kaffrine	3	1,6
Sédhiou	2	1
Tamba	2	1
Kédougou	1	0,5
Kolda	1	0,5
Total	193	100

Le mycétome est une maladie chronique du pied en général, mais il peut affecter n'importe quelle partie du corps. L'infection se contracte le plus probablement par inoculation de certains champignons ou bactéries dans le tissu sous-cutané à la suite d'un traumatisme. Les plus touchés sont ceux qui sont défavorisés sur le plan socioéconomique, ainsi que les travailleurs manuels, comme les agriculteurs, les manœuvres et les gardiens de troupeaux.

Le mycétome n'est pas très connu par les communautés et les prestataires. Il est seulement notifié par les dermatologues des hôpitaux. On ne dispose pas de données précises sur son incidence et sa prévalence.

Le mycétome a de nombreuses conséquences médicales, sanitaires et socioéconomiques négatives pour les patients, les communautés et les autorités sanitaires.

L'approche la plus appropriée pour réduire la morbidité et les incapacités dues au mycétome est à ce jour la détection active des cas grâce à un diagnostic précoce et un traitement recourant aux outils actuellement disponibles. Toutefois, des mesures de santé publique de grande envergure sont nécessaires pour faire face à la charge du mycétome, notamment :

- intégration de la maladie dans les services de santé nationaux, et mise en place d'un registre national ;
- intégration de la détection du mycétome dans l'approche relative aux MTN (maladies tropicales négligées) de la peau pour améliorer la détection précoce ;
- amélioration de l'accès aux produits de diagnostic et aux médicaments ainsi que des protocoles de prise en charge des cas ;
- renforcement des mesures préventives (par exemple le port de chaussures) pour réduire l'incidence ;
- intensification de la sensibilisation des communautés affectées et des capacités des agents de santé.

L'espoir est permis avec l'avènement d'antifongiques (voriconazole, posaconazole) très efficaces qui en cours d'essai dans les formes fongiques évoluées non résécables ; mais leur cout est assez onéreux et ne sont pas toujours disponibles.

⇒ *La gale*

La gale est une maladie parasitaire de la peau due à un minuscule acarien, le sarcopte. Après contamination par une personne infectée, les acariens se développent en creusant des sillons dans la peau. Les réactions du système immunitaire contre ces parasites provoquent des démangeaisons intenses.

La gale est une maladie fréquente, très contagieuse dont la transmission est à 95% directe, et qui touche des personnes de tout âge et de tout milieu socio-économique. La gale se propage par contacts directs ou via les vêtements ou la literie.

Elle touche surtout les personnes à bas niveau social car elle est favorisée par des conditions d'hygiène précaires et la promiscuité. Au Sénégal elle touche particulièrement les enfants résidant dans certaines écoles coraniques où les conditions d'hygiène sont parfois déplorables.

Le benzoate de benzyle (Ascabiol®) est un traitement de la gale utilisable chez l'enfant à partir de 1 mois et chez l'adulte, y compris chez la femme enceinte. L'ivermectine peut aussi être utilisé.

En 2017, la 10ème réunion du Groupe consultatif stratégique et technique pour les maladies tropicales négligées a reçu des propositions pour l'ajout de la gale dans la liste des MTN conformément aux procédures requises.

C'est une maladie fréquente en zone tropicale, elle fait partie des 5 premiers motifs de consultations au service de dermatologie de l'IHS de dermatologie avec une incidence hospitalière de 5% en 2021 (624 nouveaux cas /12332).

Au Sénégal, les données collectées dans la routine au niveau des structures de santé périphériques montrent que la gale est sous diagnostiquée et sous notifiée. En 2019, seuls 31 cas sont enregistrés dans le DHIS2.

En 2020 et 2021, respectivement 10 567 et 10398 cas de gale ont été notifiés.

Une étude menée au niveau des écoles coraniques de Dakar a trouvé une prévalence de la gale 11,5% chez les talibés.

Par ailleurs, avec les épidémies de gale notées au niveau de certains « daras » ou lieux à forte promiscuité, le traitement de masse à l'ivermectine est fortement recommandé.

Il convient d'améliorer la qualité des données et rendre plus disponible le benzoate de benzyle qui est souvent en rupture dans les officines pharmaceutiques. L'amélioration des conditions d'hygiène aiderait à prévenir cette maladie.

⇒ *Les envenimations par morsure de serpent*

Les envenimations par morsure de serpent constituent une maladie tropicale négligée (MTN) responsable d'une forte morbidité, de fréquentes invalidités permanentes et de nombreux décès prématurés. Parmi les 81 espèces de serpents recensées en Afrique de l'Ouest, notre pays abrite 70 % des serpents connus. Ce qui explique que la mortalité par envenimation soit beaucoup plus importante au Sénégal que dans les pays voisins avec près de 8.000 morsures de serpents par année dont 300 mortelles (estimations CAP).

En 2021, à travers la surveillance épidémiologique, notre pays a notifié 942 cas de morsures de serpent (DHIS2). Il faut reconnaître que ces données sont parcellaires et ne reflètent pas souvent la réalité.

Tableau XXVI: répartition des morsures de serpents de 2016 à 2021 par région au Sénégal

Régions	Années					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dakar	7	3	5	4	8	12
Diourbel	6	16	23	37	62	36
Fatick	12	57	46	69	105	115
Kaffrine	26	58	44	67	94	89
Kaolack	31	18	20	49	65	76
Kedougou	42	115	68	73	79	97
Kolda	3	19	14	54	56	69
Louga	2	23	4	35	31	62
Matam	8	10	11	60	45	33
Saint-Louis	1	7	4	9	19	12
Sedhiou	62	48	20	18	47	30
Tambacounda	47	40	29	108	78	130
Thies	11	24	27	68	64	69
Ziguinchor	48	63	32	76	126	112
TOTAL	306	501	347	727	879	942

Les études réalisées au Sénégal en rapport avec les envenimements par morsure de serpent ont permis de mettre en évidence les incidences de morsures de serpent représentées sur la carte ci-dessous.

Afrique : Sénégal

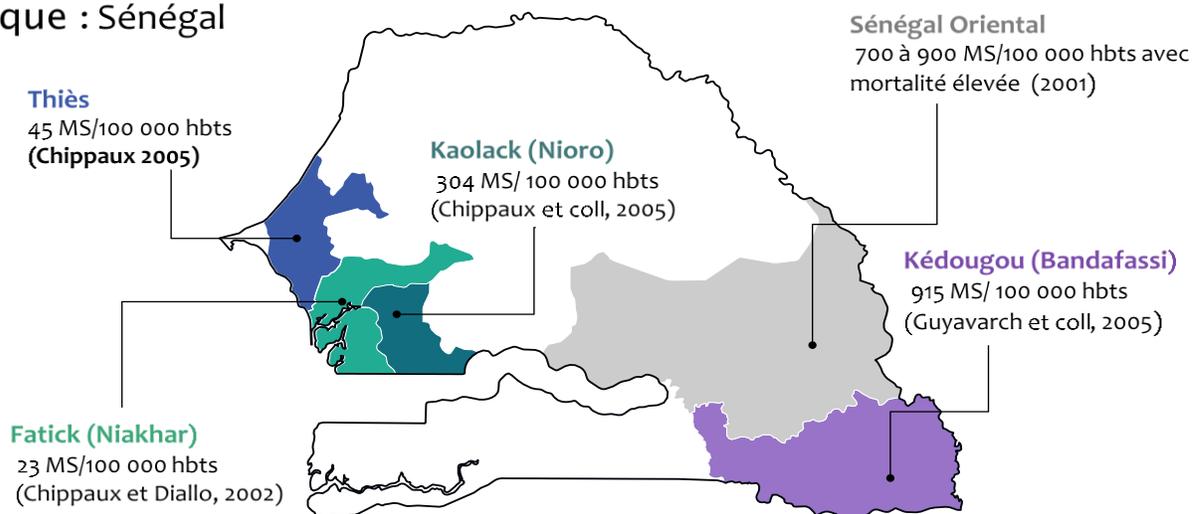


Figure 13: Répartition géographique des morsures de serpents au Sénégal

Au Sénégal l'incidence annuelle des morsures de serpents est estimée à 92,8 /100 000 hbts avec une mortalité annuelle à 2,2 décès /100 000 hbts (CAP). Les praticiens de la médecine traditionnelle reçoivent 10 fois plus de victimes que les structures de santé : soit une incidence annuelle de 250 /100 000 hbts.

La plupart des victimes sont des agriculteurs qui croisent le chemin des serpents venimeux, dans le cadre de travaux champêtres. Un grand nombre de victimes meurent avant d'arriver à l'hôpital, car elles habitent trop loin des centres de soins ou sont confrontés aux coûts exorbitants d'un traitement médical. Ce qui signifie que le nombre de victimes des morsures de serpent pourrait être beaucoup plus élevé qu'on ne l'imagine. L'envenimation par morsure de serpent est considérée comme une maladie des pauvres.

En 2017, l'OMS a réintégré les morsures de serpents sur sa liste des maladies tropicales négligées (MTN), après les en avoir écartées en 2013. Aussi en 2018, l'Assemblée mondiale de la Santé a chargé l'OMS d'élaborer un plan d'action pour lutter contre les morsures de serpent dont "L'objectif est de réduire l'ampleur du problème en réduisant de moitié le nombre de décès et d'invalidités d'ici 2030".

Les zones les plus touchées par les morsures de serpents restent les régions de Tambacounda, Thiès, Kolda, Kédougou, Ziguinchor, Sédhiou et la vallée du fleuve Sénégal. A Dakar, la zone de la Foire et la zone de la piste de l'aéroport étaient les zones les plus touchées ; mais avec l'accroissement des habitations, les serpents sont devenus de plus en plus rares.

En 2019, le système de surveillance national a notifié 403 cas de morsures de serpents alors que le Centre Anti Poison (CAP) n'en a notifié que 15 cas. Cette discordance des données montre l'impérieuse nécessité de renforcer le système d'information dans le domaine des envenimations par morsure de serpent.

Le CAP est une structure d'information sur les risques toxiques de tous les produits existants médicamenteux, industriels, naturels. Créé en 2004, il est logé à l'hôpital Fann. Il a un rôle d'information auprès des professionnels de santé et du public et apporte une aide par téléphone au diagnostic, à la prise en charge et au traitement des intoxications.

Il faut reconnaître la lutte contre les envenimations par morsure de serpent connaît quelques difficultés. En effet les stratégies de lutte contre les envenimations ne sont pas formellement définies, les directives de prise en charge insuffisamment vulgarisées et les ressources insuffisantes

L'utilisation de sérum antivenimeux est le traitement le plus fiable contre les morsures de serpent.

Cependant, le venin de serpent diffère selon les espèces et au sein des espèces, en fonction de facteurs tels que l'âge, l'environnement, le régime alimentaire et la saison. Par conséquent, les sérums antivenimeux doivent être spécifiques aux serpents et aux régions pour être efficaces.

Cependant au Sénégal, l'accessibilité des sérums est faible. L'efficacité de certains sérums est aussi souvent sujette à question. Pourtant, des sérums antivenimeux efficaces et sûrs sont disponibles dans le marché international, mais leur coût est hors de portée de nombreux patients, qui se tournent plutôt vers les praticiens de la médecine traditionnelle ou vers des alternatives moins chères.

On peut noter plusieurs défis tels que le renforcement des compétences du personnel de santé, l'équipement des structures de santé, la disponibilité et l'accessibilité financière du sérum, et le recours précoce des victimes aux structures de soins.

L'insuffisance des données (mortalité et morbidité) sur les morsures de serpent au Sénégal contribue par ailleurs une sous-estimation des besoins en sérum antivenimeux par les autorités sanitaires nationales.

Il importe de faire l'état des lieux et d'élaborer et de mettre en œuvre une véritable stratégie de lutte contre les envenimations par morsure de serpents.

⇒ *La trypanosomiase humaine africaine*

La maladie du sommeil ou trypanosomiase humaine africaine est causée par des parasites du genre *Trypanosoma* et transmise par les mouches tsé-tsé infectées, et est endémique dans 36 pays d'Afrique subsaharienne où vivent ces mouches.

Sans traitement, la maladie est considérée comme mortelle. Il existe deux formes de trypanosomiase humaine africaine, selon la sous-espèce du parasite à l'origine de la maladie : *Trypanosoma brucei gambiense* est responsable de plus de 95 % des cas notifiés.

Les populations les plus exposées à la mouche tsé-tsé, et par conséquent à la maladie, sont les populations rurales qui vivent de l'agriculture, de la pêche, de l'élevage ou de la chasse.

Le Sénégal était endémique à la maladie (THA) dans la première moitié du 20^{ème} siècle. Le dernier cas autochtone a été diagnostiqué en 1977. La transmission de la maladie semble avoir été interrompue. Cependant le pays n'a pas encore soumis un dossier d'élimination de la THA à l'OMS.

❖ Morbidité liée aux MTN de 2016 à 2021

Le tableau ci-dessous nous donnent les données de la morbidité liée au MTN de 2016 à 2021. Il faut noter que la qualité des données a fait défaut pendant des années. Cependant, ces 2 dernières années ont vu les données sur le nombre de cas notifiés être plus fiables. Ceci est dû au fait que la plupart des MTN sont maintenant pris en compte par le système d'information et au travail fourni par le PNLMTN.

Tableau XXVII: répartition de la morbidité des MTN de 2016 à 2021

MTN	Année					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Schistosomiasés	ND	ND	10	4	10356	10892
Géohelminthiasés	2	ND	82	841	109781	113 353
Rage	0	01	02	01	0	0
Lèpre	332	235	204	189	191	186
Mycétome	19	16	20	ND	ND	23
Leishmaniosés cutanées	ND	ND	ND	ND	65	07
Gale	ND	ND	7	31	10567	10392
Dracunculose	00	00	00	00	00	00
Dengue	04	138	377	12	11	133
Morsure par envenimation de serpent	306	501	347	727	879	942
Mycétome						23*
THA	0	0	0	0	0	0

* Source : service de dermatologie de l'Hôpital Aristide le Dantec

❖ Cartographie des MTN dans les 79 districts en 2021

Le tableau ci-dessous nous indique la situation des MTN dans les 79 districts sanitaires au Sénégal. Toutefois 3 districts restent à cartographier pour le trachome et 27 pour les géohelminthiasés.

Tableau XXVIII: cartographie de la situation des MTN dans les 79 districts au Sénégal en 2021

MTN endémiques	Nombre de districts où la maladie est endémique	Nombre de districts cartographiés ou statut connu au regard de l'endémie	Nombre de districts devant être cartographiés ou dont le statut au regard de l'endémie doit être évaluée
Schistosomiasis	62	75	0
Géohelminthiases	29	52	27
Trachome	19	54	3
Filariose lymphatique	51	79	0
Onchocercose	08	09	0
Leishmaniose	79	79	0
Lèpre	79	79	0
Rage	79	79	0
Dracunculose	0	0	0
Dengue	Potentiel épidémique	Potentiel épidémique	Potentiel épidémique
Mycétome	79	79	0
Gale	79	79	0
Trypanosomiase (THA)	0	0	79
Envenimation par morsure de serpent	79	79	0

❖ Approvisionnement en médicaments MTN

Dans le cadre des efforts mondiaux, l'OMS facilite l'approvisionnement des médicaments MTN, qui sont donnés gratuitement par des firmes d'industrie pharmaceutique. Le praziquantel, l'albendazole, et l'ivermectine sont tous enregistrés par la DLM au niveau de la Direction de la Pharmacie et du Médicament et sont exonérés de taxes.

Tous les produits sont réceptionnés au niveau du magasin central de la PNA et des dépôts de treize Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) créées à cet effet. Ces produits sont stockés dans ces entrepôts dans le respect des bonnes pratiques malgré l'insuffisance des capacités de stockage.

L'OMS prend en charge totalement l'approvisionnement, le dédouanement, le transit et transport des médicaments MTN jusqu'à la PNA. Les médicaments MTN à CTP sont intégrés dans la Liste Nationale Médicaments Essentiels.

Des progrès sont notés dans l'amélioration de la gestion des médicaments notamment :

- l'élaboration de schémas de traitements standard contrôlés ;
- l'existence d'outils et de manuel de formation sur la gestion des médicaments MTN ;
- la mise en place d'un bureau Gestion des Approvisionnements et des Stocks au niveau de la DLM (GAS) ;
- le paramétrage des indicateurs logistiques dans le DHIS2.

Nous avons aussi une disponibilité des médicaments gratuits pour toutes les MTN bénéficiant de la chimiothérapie préventive de masse et de la lèpre dans le cadre des programmes de donation par le biais de l'OMS.

Cependant des problèmes dans la gestion des médicaments MTN sont notés. Il s'agit :

- rupture récurrente du praziquantel et de l'ascabiol pour le traitement de routine ;
- non disponibilité de certains médicaments pour le traitement des MTN à pris en charge des cas (leishmaniose, mycétomes) ;
- difficultés d'estimation des besoins réels (qualité des données) ;
- absence de lignes budgétaire pour l'achat des médicaments ;
- non intégration des produits dans le Système Intégré de Gestion de la Logistique de la PNA (SIGL);
- conditionnement en vrac des médicaments ;
- absence de contrôle technique des boites entamées pour leur réutilisation ;
- coût élevé du sérum antivenimeux, du vaccin antirabique et du sérum antirabique ;
- non disponibilité du sérum antivenimeux, vaccin antirabique et du sérum antirabique au niveau des postes de santé.

Tableau XXIX: Résumé des informations sur les interventions menées en 2021 dans le cadre des programmes de lutte contre les MTN existants

Lutte contre les MTN	Année de référence	Nombre total de districts visés	Nombre de districts couverts (couverture géographique)	Population totale dans le district visé	Nombre de personnes atteintes (%)	Nombre de districts ayant reçu le nombre de tournées de traitement requis	Nombre de districts ayant cessé l'ADM	Principales stratégies utilisées	Principaux partenaires
Filariose lymphatique	2021	51	10	1 241 032	1 123 495 (90%)	41	17	Cartographie, DMM, PEC	FHI, ENFUND, OMVS, SAU
Onchocercose	2021	8	8	1 083 420	1 354 391 (125%)	8	0	Cartographie, DMM	FHI, ENFUND, OMVS, SAU
Schistosomiase	2021	62	30	1 902 277	2 265 024 (119%)	50	2	Cartographie, DMM, PEC	FHI, ENFUND, OMVS, SAU
Géohelminthiases	2021	29	29	818 136	755 758 (92%)	AD	32	Cartographie, DMM, PEC, JSE	FHI, ENFUND, OMVS, SAU
Trachome	2021	19	NA	NA	NA	19	19	Cartographie, CHANCE	SSI, SAU

* Couverture géographique = Nombre de districts couverts par le programme/Nombre total de districts nationaux ou la maladie est endémique

1.4.3. Performances des autres programmes étroitement liés au programme de lutte contre les MTN

❖ Paludisme

Le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) a connu beaucoup de succès ces dernières années.

On observe une baisse régulière de la morbidité et de la mortalité palustres. De 2015 à 2020 la morbidité proportionnelle palustre est passée de 4,86% en 2015 à 3,81% en 2020 soit une réduction de 21,6 %, et la mortalité proportionnelle palustre est passée de 3,52% en 2015 à 2,07% en 2020 soit une réduction de 41,2 %. La prévalence parasitaire nationale est passée de 3% en 2012 à 0,4% en 2019.

En 2021, l'incidence du paludisme était de 31,2 ‰. Le nombre de décès annuels colligés était de 399.

La lutte contre les vecteurs du paludisme est une composante essentielle de la lutte contre le paludisme et son efficacité à réduire la transmission de la maladie est prouvée. Actuellement, elle s'appuie essentiellement sur la distribution et la promotion de l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA), l'Aspersion Intra Domiciliaire d'insecticides à effet rémanent (AID) et la lutte anti larvaire.

Étant donné leur efficacité dans les activités de lutte antipaludique, il est vivement recommandé de les intégrer dans les programmes de lutte contre la filariose lymphatique, la dengue, la leishmaniose.

❖ Santé Mère-Enfant

Les programmes relevant de la santé de la mère et de l'enfant offrent des opportunités pour renforcer les interventions de la lutte contre les MTN notamment :

- la sensibilisation des femmes et des enfants en particulier sur certaines maladies comme la schistosomiase génitale féminine;
- les consultations pré et postnatales afin de fournir de comprimés vermifuges, de suppléments (fer, etc.) pour les femmes enceintes et les enfants afin de prévenir l'anémie ;
- la promotion d'une alimentation saine et équilibrée pour renforcer le système immunitaire et réduire la sensibilité aux infections comme la leishmaniose viscérale pour laquelle la malnutrition est un facteur de risque ;
- les campagnes de supplémentation en vitamine A pour lutter contre les effets secondaires courants des MTN tels que l'anémie et les troubles nutritionnels.

Une meilleure intégration de ces programmes avec celui des MTN permettrait d'optimiser les intervention MTN. Cela est d'autant plus pertinent que les programmes de la direction de la mère et l'enfant a connu des performances appréciables durant ces dernières années.

Nous pouvons citer entre autres :

- le taux de mortalité maternelle est passée de était de 392 pour 100 000 naissances vivantes en 2010 à 315 en 2020 ;
- la mortalité infantile est passée de 42 décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes à 29,51 en 2020 ;
- la mortalité néonatales est passée de 27 décès d'enfants de moins de 28 jours pour 1000 naissances vivantes .

Ces performances sont dues entre autres interventions :

- aux bons taux de couverture du PEV et des consultations prénatales ;
- aux campagnes de supplémentation en micronutriments ;
- à la promotion d'une alimentation saine et équilibrée ;
- etc.

Ces interventions sont des opportunités pour les la lutte contre les MTN et vice versa.

❖ **Santé mentale**

La santé mentale est très importante pour la lutte contre les MTN. En raison des invalidités que provoquent les MTN et la stigmatisation qui en découlent, les patients atteints ont un besoin de soutien psychologique et de services de conseil.

L'évaluation de la santé mentale des patients atteints de certaines MTN, en particulier ceux qui souffrent de pathologies chroniques devrait être routinière.

❖ **Lutte antivectorielle**

La lutte antivectorielle est un élément important pour prévenir et combattre les maladies à transmission vectorielle, en particulier pour enrayer la transmission.

Plusieurs MTN nécessitent des interventions de lutte antivectorielle. Il s'agit de : la Filariose Lymphatique, l'Onchocercose, la Dengue, les Schistosomias, la Trypanosomiase Humaine Africaine et les Leishmanioses.

Le programme MTN n'a jusque-là pas mis en œuvre les activités de lutte antivectorielle. Cependant, dans le cadre de la lutte contre le paludisme, des actions très concluantes ont été réalisées dans la lutte contre certains vecteurs.

Ces activités ont contribué, avec la similitude des moyens de lutte contre le paludisme et certaines MTN comme la dengue et la filariose lymphatique, à réduire la morbidité de ces dernières.

Parallèlement et aussi en appui au PNLP, des activités de lutte antivectorielle sont menées à tous les niveaux par le SNH.

Les interventions de lutte antivectorielle ci-dessous ont été menées :

- moustiquaires imprégnées d'insecticide (taux de couverture en 2020 : 84,4%)
- pulvérisation ou aspersion intra domiciliaire à effet rémanent (taux de couverture en 2020- 84,4%)
- pulvérisation spatiale , traitement larvicide , prévention/traitement des lieux de reproduction
- opération de saupoudrage de grande envergure

Toutefois, on note une absence de mécanisme de coordination. Une coordination efficace permettrait d'optimiser nos interventions afin d'avoir un meilleur impact.

Le tableau ci-dessous résume les MTN à transmission vectorielle et les moyens de lutte antivectorielle.

Tableau XXX: vecteurs et MTN connexes

Activités	Vecteurs et MTN connexes						
	Moustiques			Autres vecteurs			
				Escargot	Simulie	Phlébotome	Mouche tsé- tsé
	FL	Dengue	Palu	Schisto	Oncho	Leishm	THA
Utilisation de MILDA	X	X	X			X	-
Pulvérisation intra domiciliaire à effet rémanent	X	X	X			X	
Pulvérisation spatiale					X		X
Traitement larvicide	X	X	X		X		
Pièges							X
Prévention/Traitement des lieux de reproduction	X	X	X	X	X		
Lutte malacologique				X			
Lutte biologique (poissons et crevettes)				X			

❖ **One Health « Une seule santé »**

Au début des années 2010, la propagation mondiale d'agents hautement infectieux, tels que la grippe aviaire H5N1 hautement pathogène, la grippe H1N1 (grippe porcine), le SRAS, les fièvres hémorragiques comme le virus Ebola, a provoqué d'importantes crises sanitaires et pandémies, et remis le thème de « One Health » tout en haut de la liste des priorités. Il est devenu évident que pour faire face à ces risques sanitaires, il fallait une approche systémique avec des contributions de nombreux secteurs et disciplines liés à la santé humaine, animale, végétale et environnementale ainsi que des plans concrets pour les réunir.

C'est ainsi que le Haut Conseil national pour la Sécurité sanitaire mondiale (HCNSSM) « One Health » a été créé en 2017. Son objectif consiste à définir les grandes orientations stratégiques de ce programme, dans le cadre du respect du Règlement sanitaire international (RSI) et de stimuler la collaboration intersectorielle, interdisciplinaire, voire transdisciplinaire pour permettre d'améliorer la sécurité sanitaire globale selon une approche « One Health ».

Le Programme de sécurité sanitaire multisectoriel est élaboré, coordonné et suivi par la coordination de la plateforme au niveau du Secrétariat général du Gouvernement (SGG).

Le Comité de Pilotage (COPIL), organe suprême du HCNSSM, multisectoriel de la Sécurité sanitaire mondiale (SSM) « One Health » a pour mission d'assurer le suivi et la coordination de la mise en œuvre du programme multisectoriel de Sécurité sanitaire mondiale « One Health ».

Les maladies zoonotiques et la résistance aux antimicrobiens (RAM) étant au centre du concept « One Health », cela a conduit à des collaborations impliquant principalement les secteurs médical et vétérinaire.

Les maladies qui sont prises en charge sont essentiellement les zoonoses: rage, tuberculose bovine, grippe aviaire, charbon bactérien (anthrax), fièvre de la vallée du Rift, COVID 19, maladie à virus Ebola, etc.

Plusieurs programmes et projets de différents domaines (santé animale et humaine, agriculture, sécurité alimentaire, environnement) sont coordonnés au niveau de cette plateforme « One Health » notamment : le programme de Sécurité sanitaire mondiale « One Health », le projet REDISSE, le programme d'action pour la Sécurité sanitaire mondiale PSSM (GHSA), le projet COVID, le Fleming Fund project, le projet Thiellal et le projet ZODIAC.

Différents résultats ont été obtenus ; notamment :

- renforcement de la coordination multisectorielle et pluridisciplinaire autour du concept « One Health »
- territorialisation de la politique sur la Sécurité sanitaire mondiale « One Health » ;
- renforcement de la Biosécurité et de la Biosûreté
- renforcement de la capacité du personnel
- renforcement des équipements (laboratoire, logistiques etc.)
- etc.

Une coordination étroite et une action multisectorielle dans le secteur de la santé et au-delà, englobant la santé humaine, animale, environnementale et l'éducation permettront de maximiser les synergies d'action.

❖ **WASH (Eau – Hygiène – Assainissement)**

L'approvisionnement en eau sans risque sanitaire et les services d'assainissement et l'hygiène (WASH) sont un pilier central de la stratégie de lutte contre les MTN et jouent, pour la plupart de ces maladies, un rôle essentiel en matière de prévention et de soins.

L'enquête des ménages par secteur menée par l'ANSD en 2017 a montré qu'au Sénégal seulement 42,3% des ménages au niveau rural ont accès à l'assainissement contre 38,7% en 2016, soit une hausse de 3,6 points.

La Direction de l'assainissement, avec l'appui de Speak Up Africa (SUA), a mis en place un cadre de concertation des acteurs. Dans ce cadre de concertation, SUA préside la commission Communication.

De nombreuses interventions ont été menées par le secteur WASH dont les principales à savoir ;

- la construction de latrines améliorées ;
- la dotation en dispositifs de lavage des mains ;
- la potabilisation de l'eau de boisson par de l'eau de javel ;
- le branchement au circuit d'adduction à l'eau potable ;
- la construction de forages et de puits ;
- le contrôle de la qualité de l'eau de boisson ;
- la surveillance de l'environnement ;
- la lutte contre les vecteurs ;
- le nettoyage de la figure ;
- la communication en direction des communautés pour un changement de comportement etc.

Ces interventions sont réalisées par l’Etat à travers ses différents démembrements mais aussi par les ONG, les PTF et certains mouvements associatifs.

■ **Performance des principaux indicateurs relatifs au secteur WASH dans le pays.**

Une « Analyse du paysage du planning water, sanitation and hygiene (WASH) et de la lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) dans neuf régions du Sénégal » a été réalisée en 2019 grâce à l’appui de l’initiative “Accelerate the End of Trachoma”.

Cette étude a donné des informations très appréciables sur le paysage WASH. Le tableau ci-dessous met évidence certains résultats de l’étude avec quelques indicateurs relevés dans 3 régions (Louga, Diourbel, Ziguinchor).

Tableau XXXI: indicateurs WASH dans les régions de Louga, Diourbel et Ziguinchor en 2020

Indicateurs	Louga	Diourbel	Ziguinchor
Proportion de domiciles où l’eau de boisson est traitée et bien conservée	54	55	24
Proportion de domiciles ayant un dispositif de lavage des mains au savon à la sortie des toilettes et/ou dans la cour	51	39	12
Proportion de villages ayant atteint le statut FDAL (Fin de Défécation à l’Air Libre)	76	66	-
Proportion des écoles élémentaires ayant un accès à l’eau potable ou un accès aux points d’eau améliorés	72,9	100	82,1
Proportion des écoles élémentaires disposant d’un dispositif de nettoyage des mains	7,8	17,1	37,9
Proportion des écoles élémentaires disposant de toilettes accessibles	77,1	77,8	84,1

(Source : « Analyse du paysage du planning water, sanitation and hygiene (WASH) et de la lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) dans neuf régions du Sénégal 2020 »)

Globalement les résultats complets de cette étude corroborent la tendance générale de l’amélioration de l’hygiène, l’assainissement et l’approvisionnement des populations du Sénégal au fil des années.

Plusieurs actions sont menées dans le cadre WASH aussi bien par les organismes états que par les privés. Les partenaires techniques et financiers jouent un rôle très important dans la mise en œuvre des infrastructures.

■ ***Intégration des interventions du secteur chargé du WASH et de lutte contre les MTN***

L'intégration des interventions des secteurs chargés du WASH et les MTN est presque inexistante. Des rares actions existent au niveau des régions médicales lors des réunions de coordination trimestrielle où tous les acteurs participant au développement de la santé sont réunis.

Toutefois, il a été constaté que ce sont les mêmes PTF qui agissent aussi bien au niveau de la lutte contre MTN que dans le secteur WASH (ONG Eau Vive de Thiès).

■ ***Coordination des partenaires du secteur chargé du WASH et de la lutte contre les MTN***

La coordination des interventions WASH est difficile car il existe plusieurs acteurs étatiques (le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, le Ministère de l'éducation Nationale, le Ministère de l'Élevage et des Productions Animales, le Ministère de l'Eau et de l'Assainissement, le Ministère du Renouveau Urbain, de l'Habitat et du Cadre de Vie, le Ministère de la Gouvernance Locale, du Développement et de l'Aménagement du Territoire) et chaque secteur dispose d'un cadre de coordination. Le MSAS a mis en place en 2021 un Comité National Multisectoriel de lutte contre les MTN. Ce comité aura pour mission essentielle d'accélérer le contrôle, l'élimination et l'éradication des MTN en veillant à ce que les décisions prises soient mises en œuvre conformément aux recommandations et suivies régulièrement. Il regroupe tous les acteurs œuvrant dans la lutte contre les MTN et le secteur WASH.

Il existe des comités d'experts au niveau central qui font des recommandations par rapport aux orientations. Le secteur chargé du WASH fait partie intégrante de ces comités.

Pour les acteurs non étatiques, il existe une Plateforme des Organisations de la Société Civile Eau et Assainissement du Sénégal (POSCEAS) mise en place en novembre 2018. Elle est une actrice majeure du secteur de l'eau et de l'assainissement au Sénégal. Elle a été mise en place pour aider les pouvoirs publics et impliquer toutes les parties prenantes à l'accès universel à l'eau et à l'assainissement. Cette plateforme regroupe des acteurs tels qu'Eau-Vive, Plan Sénégal, World Vision, Sightsavers, Africare, Enda Santé, OMS, CREPA, ONAS, Service National de l'Hygiène, USAID/FHI 360, RTI Envision, UNICEF, OMVS, APOC, CRF, Enda Graf Sahel, Childfund.

Pour la coordination conjointe au niveau central de la « lutte contre les MTN et la promotion des actions WASH », il est à noter une insuffisance de la coordination des interventions ainsi que l'absence d'un cadre de concertation et d'échange multisectoriel.

De rares actions existent au niveau des régions médicales lors des réunions de coordination trimestrielle où tous les acteurs sont réunis. Toutefois, ce sont les mêmes PTF qui agissent aussi bien au niveau de la lutte contre les MTN qu'au niveau du secteur WASH.

Les programmes sont soutenus en majorité par des partenaires techniques et financiers. Le tableau ci-dessous montre les différents PTF et les responsables de programmes.

Tableau XXXII: partenaires soutenant les actions des programmes MTN

Programmes	Partenaires	
Programme National d'Éradication du ver de Guinée (PNEVG) et la Rage	Ver de Guinée	OMS
	Rage	FAO
Programme National d'Élimination de la Lèpre (PNEL) et la leishmaniose	Lèpre	OMS, Action Damian, Fondation Raoul Follereau, ONG DAHW, CHOM
	Leishmaniose	OMS
Programme National de Promotion de la Santé Oculaire (PNPSO)	Trachome	Sightsavers, FHI 360, Speak Up Africa, Word Vision, DELOITTE
Programme National de Lutte contre les Bilharzioses (PNLB) et Géohelminthiases	Bilharzioses	OMS, FHI 360, DELOITTE, Word Vision, Counterpart, OMVS, SpeakUpAfrica
	Géohelminthiases	
Programme National pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique et de l'Onchocercose (PNEFO)	Filariose Lymphatique	OMS, FHI 360, Word Vision Deloitte, SpeakUpAfrica
	Onchocercose	ENDFUND, SpeakUpAfrica
La lutte contre la dengue	Dengue	Etat, Fond Mondial

Sources : Données programmes MTN/DLM/DGS/MSAS.

Certains partenaires ont des zones et des domaines d'intervention spécifiques (Annexe 3. Tableau XLVI: cartographie des partenaires d'appui dans la lutte contre les MTN par zones et domaines d'intervention).

❖ Pharmacovigilance

Le Système national de pharmacovigilance (SNPV) du Sénégal a été mis en place en 1998 par arrêté ministériel. Ce système est coordonné par la Direction de la Pharmacie et du Médicament.

Le SNPV regroupe tous les acteurs de notre système de santé : les programmes de santé, le Centre Anti Poison, le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments, le Programme Elargi de Vaccination, les établissements de santé publics et privés, les Régions Médicales, les professionnels de santé.

Le Système national de pharmacovigilance est composé de l'ensemble des structures publiques et privées qui interviennent dans les activités médicales, pharmaceutiques (distribution, dispensation...).

Il définit les orientations en matière de pharmacovigilance, veille au respect des procédures de surveillance, coordonne et assure le suivi de la mise en œuvre des activités du SNPV.

Elle reçoit les déclarations, rapports et toutes les informations qui lui sont transmis. Le Directeur de la Pharmacie et du médicament convoque les réunions de la Commission Nationale de Pharmacovigilance.

Elle peut faire effectuer tous travaux ou enquêtes nécessaires et prendre, après exploitation des informations, toutes mesures appropriées ou saisir les autorités compétentes.

Tous les cas de manifestations indésirables graves doivent être notifiés dans les 24H à l'autorité de réglementation.

La DPM est en relation avec les institutions de la pharmacovigilance internationale (OMS/UPSALLA et les autorités nationales de la réglementation pharmaceutique).

- ***La notification***

Les professionnels de santé (Médecin, Chirurgien-dentiste, Pharmacien, Infirmier, Sage-femme) doivent notifier tout effet indésirable mineur, grave ou inattendu liés à l'usage de médicaments.

Les effets indésirables inattendus ou graves sont à déclaration immédiate. La DPM devra être saisie dans les 24 heures. Il faut notifier, en plus des effets indésirables, tout événement résultant des circonstances suivantes :

- pharmacodépendance ou syndrome de sevrage ;
- surdosage accidentel ou volontaire ;
- inefficacité thérapeutique ;
- produit défectueux ;
- défaut de qualité, contrefaçon
- mésusage, usage abusif.

Le circuit de transmission de la fiche de notification

La fiche de notification dûment remplie, par les professionnels de santé, est transmise à la DPM en suivant le circuit de notification.

- ***Le traitement des données et la prise de décision***

L'imputabilité est faite par le Centre Anti Poison. Il existe plusieurs méthodes d'imputabilité et c'est celle de l'OMS qui est utilisée. Pour établir la probabilité du lien de causalité entre l'effet et le médicament, cette méthode utilise essentiellement des critères pharmacologiques, chronologiques, biologiques et la présence ou l'absence d'autres causes.

Les principales actions réglementaires résultant d'une enquête ou d'une alerte de pharmacovigilance sont:

- la modification de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) (également appelée demande de modification de l'information ou DMI), visant entre autres à ajouter une contre-indication, un effet indésirable ou une mise en garde ou encore une précaution d'emploi,
- l'inscription sur une liste des substances vénéneuses ou le changement de liste,
- la restriction de la prescription et de l'utilisation,
- la modification du conditionnement,
- la réévaluation du bénéfice / risque
- la suspension ou le retrait d'AMM.

- ***Informations et rétro information ou feedback***

La DPM doit partager des informations actualisées sur les données de sécurité des médicaments utilisés au Sénégal. Les professionnels de la santé doivent être informés à temps de tout retrait d'un médicament ou de modifications d'utilisation d'un médicament.

La rétro information doit se faire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans un délai acceptable. Le notificateur doit être informé du résultat d'imputabilité d'un événement qu'il a rapporté.

A l'image de tous les programmes de santé, le PNLMTN est partie intégrante du Système National de Pharmacovigilance (SNPV). Il participe aux différentes réunions du comité technique tenues 2 fois par an. Il est également mis en place au niveau du PNLMTN, une commission logistique à laquelle le Point focal national pharmacovigilance participe à la planification, supervision et l'évaluation de la campagne DMM. Lors de la mise en œuvre de cette dernière, tous les cas d'effets indésirables sont pris en charge gratuitement au niveau des points de prestation de services.

1.5. Atouts du programme de lutte contre les MTN

La mise en œuvre du plan nécessite une analyse SWOT qui analyse les forces et faiblesses du programme ainsi que les menaces et opportunités de l'environnement.

1.5.1. Forces et faiblesses

▪ Forces

- les succès obtenus dans la lutte contre certaines MTN (FL/Oncho, Trachome, ver de Guinée, Géohelminthiases)
- la bonne expérience dans la mise en œuvre de la distribution communautaire des médicaments MTN
- le système de santé bien structuré et suffisamment décentralisé
- l'expertise disponible à tous les niveaux
- la cartographie achevée des MTN
- l'existence d'un système national de pharmacovigilance
- l'élaboration d'un plan de durabilité
- la volonté politique bien affirmée
- la 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
- l'intégration des données MTN ET ASH dans le DHIS2
- la création du programme intégré de lutte contre les MTN
- l'existence d'outils et matériels standards de formation
- l'engagement des différentes parties prenantes
- l'existence du comité national multisectoriel de lutte contre les MTN

▪ Faiblesses

- l'insuffisance dans la coordination de la lutte contre les MTN
- l'absence de formalisation du programme MT N
- les difficultés de financement des activités de lutte
- l'absence de ligne budgétaire alloué par l'Etat
- la faiblesse du cadre de concertation et de coordination avec les autres secteurs (hydraulique, environnement, etc...)

- l'insuffisance de la complétude et de la qualité des données collectées
- le faible encrage des stratégies de lutte contre les MTN dans les plans de travail des districts sanitaires
- la lourdeur des procédures de décaissement des fonds
- l'absence de la lutte antivectorielle intégrée
- l'insuffisance ressources humaines

1.5.2. Menaces et opportunités

▪ Opportunités

- l'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.)
- l'existence de projets spécifiques pour la lutte contre les MTN
- la donation de médicaments par les firmes pharmaceutiques
- la collaboration avec les institutions de recherche et la société civile
- la mise en place de budget programme au niveau du MSAS
- l'existence des campagnes de distribution de MILDA
- l'engagement des ONG partenaires
- l'existence d'une collaboration forte avec le secteur de l'éducation

▪ Menaces

- la fin annoncée de certains projets tels que PGIRE II
- l'exclusion du pays des programmes de donation si les pays ne sont pas capables d'absorber les médicaments offerts
- l'existence de problèmes de sécurité dans la Région sud du pays où sévit des MTN
- le phénomène migratoire des populations
- la rétention des informations sanitaires par le personnel de santé en grève
- le risque d'éclosion de maladies consécutives aux Projets de retenue d'eau (barrages, bassins)
- les préférences de certains partenaires à certains types d'intervention et à certaines maladies
- les barrières socioculturelles peu favorables à la prévention
- la faible implication des collectivités locales et du secteur privé
- l'existence d'épidémies

1.5.3. Lacunes et priorités

Les lacunes observées lors de l'évaluation du plan stratégique précédent ont été identifiées. Elles permettent une meilleure réorientation du présent plan et définit les priorités.

▪ Lacunes

- la faiblesse dans la mobilisation de ressources pour la lutte contre les MTN
- le risque de non intégration des activités de lutte contre les MTN
- les comportements des populations non favorables à la santé
- l'insuffisance de la qualité des données sur les MTN
- la faible coordination des activités de lutte contre les MTN
- la faiblesse de l'appropriation de la lutte par les communautés
- le risque de non pérennisation des acquis de lutte contre les MTN

▪ Priorités

- le renforcement de la Planification-Gestion-Coordination des interventions
- le développement du Partenariat et de la mobilisation des ressources
- le renforcement de la multisectorialité et de l'intégration
- le renforcement des interventions de prévention
- le renforcement du suivi-évaluation, de la surveillance et de la recherche Opérationnelle
- l'amélioration de la gestion des médicaments et de la pharmacovigilance
- le renforcement de l'appropriation et de l'engagement communautaire
- le renforcement des capacités du programme
- le renforcement du financement adéquat et pérenne de la lutte

DEUXIEME PARTIE - PROGRAMME STRATEGIQUE : BUT ET OBJECTIFS

2.1. Mission et vision du programme de lutte contre les MTN

2.2. Objectifs stratégiques, Jalons et Cibles

2.2.1. Objectifs stratégiques

2.2.2. Cibles

2.2.3. Jalons

2.3. Principes directeurs

2.4. Piliers et objectifs stratégiques

2.4.1. Piliers stratégiques du programme

2.4.2. Objectifs stratégiques

DEUXIEME PARTIE - PROGRAMME STRATEGIQUE : BUT ET OBJECTIFS

2.1. Mission et vision du programme de lutte contre les MTN

Vision

« Un Sénégal émergent exempt de maladies tropicales négligées pour un développement durable »

Mission

« Accélérer le contrôle l'élimination des MTN au Sénégal et contribuer à leur éradication au niveau mondial ».

2.2. Objectifs stratégiques, Jalons et Cibles

2.2.1. Objectifs stratégiques

L'objectif du PSNMTN 2022-2025 est de réduire la charge de morbidité et de la mortalité à travers le contrôle, l'élimination et l'éradication des maladies tropicales négligées au Sénégal d'ici 2025.

2.2.2. Cibles

Tableau XXXIII: cibles générales du plan

Cibles nationales	Objectifs	Année	Stratégies
Proportion de personnes nécessitant des interventions contre les MTN	Réduire de 50% la proportion de personnes nécessitant des interventions contre les MTN d'ici 2025	2025	Prévention, PEC Communication
Nombre de district ayant éliminé au moins 1 MNT	Eliminer au moins 1 MTN dans 46 districts endémiques d'ici 2025	2025	Prévention, PEC Communication

Tableau XXXIV: cibles transversales du plan

Cibles	Objectifs	Année	Stratégies
Approches intégrées	Réduire d'au moins de 75% le nombre de décès dus aux maladies tropicales négligées à transmission vectorielle d'ici 2025	2025	Lutte antivectorielle Détection et PEC Prévention
	Atteindre au moins 75 % de taux de couverture des traitements intégrés pour la chimiothérapie préventive d'ici 2025	2025	Communication
Coordination multisectorielle	Atteindre au moins 75% d'accès des populations à des services en eau, assainissement et hygiène de base dans les zones où les maladies tropicales négligées sont endémiques d'ici 2025	2025	Partenariat Plaidoyer Participation communautaire
	Intégrer les maladies tropicales négligées dans les stratégies/plans sanitaires nationaux d'ici 2024	2024	Plaidoyer
Couverture Sanitaire universelle	Disposer de lignes directrices relatives à la gestion des incapacités liées aux MTN au sein des systèmes de santé nationaux d'ici 2022	2022	Plaidoyer
	Inclure les interventions contre les MTN dans leur ensemble de services essentiels en leur allouant un budget d'ici 2024	2024	Plaidoyer
Implication du pays	Etablir des rapports sur les MTN d'ici 2022	2022	

Tableau XXXV: cibles spécifiques pour chaque maladie

Cibles nationales	Maladies	Objectifs	Année	Stratégies
Maladies à éradiquer				
Maintenir l'interruption de la transmission de la dracunculose	Dracunculose	Maintenir le statut de post certification de l'interruption de la transmission de la dracunculose d'ici 2025	2025	Renforcement de la surveillance active Mesures de prévention Collaboration avec les autres secteurs Communication
Maladies à éliminer en tant que problème de santé publique				
Atteindre l'élimination	Filariose lymphatique	Amener 17 districts sanitaires endémiques à éliminer la FL en tant que problème de santé publique d'ici 2025 (prévalence inférieure à 2% lors des évaluations quatre ans après les traitements de masse) sur les 51 districts d'ici 2025	2025	Administration de masse de médicaments, Prise en charge des morbidités Prévention des invalidités Lutte antivectorielle, Surveillance : enquête d'évaluation de la transmission Communication
	Trachome	Eliminer le trachome dans les 29 districts endémiques d'ici 2025 (Réduire la prévalence de TT en dessous de 0,2% chez les personnes âgées de 15 ans et plus, et prendre en charge les cas de TT à travers une recherche de cas) d'ici 2025	2025	Dépistage et prise en charge des cas de TT dans tous les ménages Surveillance active Renforcement des mesures préventives stratégie « CHNCE » Communication
	Geohelminthiase	Amener les 32 districts endémiques à réduire les taux de prévalence aux	2025	Administration de masse de médicaments Prise en charge des morbidités et

		géo-helminthiases à moins de 2% d'ici 2025		prévention des handicaps Renforcement des mesures d'hygiène et d'assainissement Communication
	Rage	Réduire à zéro les cas de décès liés à la rage d'ici 2025	2025	Surveillance active Approche multisectorielle PEC des cas d'exposition à la rage Communication
Maladies à éliminer (interruption de la transmission)				
Atteindre l'élimination	Lèpre	Réduire de 45% le taux par millions d'habitants nouveaux cas de lèpre présentant une incapacité de degré 2 d'ici 2025 Réduire de 14 à 7 le nombre de régions présentant des cas autochtones de lèpre d'ici 2025	2025	Surveillance active Recherche des contacts Prise en charge précoce des cas, Réadaptation Communication WASH
	Onchocercose	Éliminer l'onchocercose dans les 08 districts endémiques (prévalence sérologique inférieure à 0,1% chez les enfants de moins de 10 ans dans les 08 districts) sanitaires endémiques et taux d'infectivité des simules femelles inférieur à 0,05% dans les 08 districts sanitaires endémiques) d'ici 2025	2025	Administration de masse de médicaments, Surveillance entomologique et épidémiologique, test Elisa OV 16 et O-150 (PCR) Communication

	Trypanosomiase humaine Africaine	Amener le Sénégal à éliminer la THA en tant que problème de santé publique	2023	Surveillance active Constitution du dossier de validation Communication
Maladies à contrôler				
Maladies que l'on cherche à juguler	Dengue	Réduire le taux de létalité de la dengue à moins de 0,5% d'ici 2025	2025	Surveillance, PEC Lutte antivectorielle Communication
	Schistosomiasés	<p>Réduire de 264 à 66 (soit 75%) le nombre de postes de santé à faible endémicité à la schistosomiase pour atteindre une prévalence inférieure à 1% chez les enfants d'âge scolaire d'ici 2025</p> <p>Réduire de 251 à 126 (soit 50%) le nombre de postes de santé d'endémicité modérée à la schistosomiase pour atteindre une prévalence inférieure à 10% chez les enfants d'âge scolaire d'ici 2025</p> <p>Réduire de 420 à 210 (soit 50%) le nombre de postes de santé d'endémicité forte pour la schistosomiase à atteindre une prévalence inférieure à 25% chez les enfants d'âge scolaire d'ici 2025</p>	2025	Administration de masse de médicaments Lutte antivectorielle Surveillance Prise en charge des cas WASH Communication

	Leishmaniose (cutanée)	Détecter au moins 85 % des cas de leishmaniose cutanée au Sénégal d'ici 2025 Assurer la prise en charge d'au moins 95% de leishmaniose cutanée conformément aux directives nationales d'ici 2025.	2025	Surveillance active, Prise en charge des cas Lutte antivectorielle Approche multisectorielle Communication
	Gale	Intégrer la prise en charge des cas de gale dans le paquet de soins de la couverture sanitaire universelle d'ici 2023	2023	Renforcement de capacité, Disponibilité des médicaments et produits, Surveillance active, Prise en charge des cas, Chimiothérapie préventive, Promotion des mutuelles Renforcement des mesures d'hygiène Communication
	Envenimations par morsure de serpent	Réduire la mortalité due aux envenimations par morsure de serpent de 25 % (soit 2/100 000hbts à 1,5/100 000hbts) d'ici 2025	2025	Surveillance , Renforcement de capacité des prestataires Prise en charge des cas Disponibilité de sérum antivenimeux, Mise en place de protocole de PEC Orientation des tradipraticiens, Communication avec la communauté Approche multisectorielle
	Mycétomes	Détecter au moins 85 % des cas de mycétomes au Sénégal d'ici 2025 Assurer la prise en charge d'au moins 95% des mycétomes conformément aux directives nationales d'ici 2025	2025	Surveillance active, Renforcement des capacités Prise en charge des cas Communication WASH

2.2.3. Jalons

Tableau XXXVI: indicateurs clés et jalons

INDICATEURS	2022	2023	2024	2025
Proportion de décès liés au MTN à transmission vectorielle	0,1%	0,1%	0,05%	0,05%
Nombre de districts ayant éliminé au moins 1 MTN	0	0	29	46
Taux de couverture des traitements intégrés pour la chimiothérapie préventive	75%	75%	75%	75%
Disponibilité de plan national intégré contre les vecteurs des MTN	1	1	2	2
Proportion des MTN intégrées dans les stratégies/plans sanitaires nationaux	100% (14/14)	100% (14/14)	100% (14/14)	100% (14/14)
Proportion des MTN disposant de lignes directrices relatives à la gestion des incapacités liées aux MTN au sein des systèmes de santé nationaux	100% (14/14)	100% (14/14)	100% (14/14)	100% (14/14)
Proportion de MTN incluses dans les services essentiels et disposant d'un budget	100% (14/14)	100% (14/14)	100% (14/14)	100% (14/14)
Nombre de rapports sur les MTN annuels élaborés	1/4	2/4	3/4	4/4
Nombre de régions médicales ayant notifié des cas autochtone de dracunculose	0	0	0	0
Nombre de districts ayant une prévalence de la FL en dessous de 2% chez les enfants d'âge scolaire lors des enquêtes d'évaluation de la transmission pendant au moins quatre ans après l'arrêt de l'administration massive de médicaments	0	3	3	17
Nombre de districts endémiques ayant éliminé le trachome (prévalence de TT en dessous de 0,2% chez les personnes âgées de 15ans et plus)	19	29	29	29

Nombre de districts endémiques aux géohelminthiases ayant réduit leur taux de prévalence en dessous de 2%	15 (47%)	20 (63%)	30 (94%)	32 (100%)
Nombre de décès liés à la rage	0	0	0	0
Proportion d'infirmités de grade 2 par les nouveaux cas	4,9%	4,38%	3,84%	3,3%
Nombre de régions ne présentant aucun nouveau cas de lèpre autochtones	2	4	5	7
Nombre de districts endémiques ayant éliminé l'onchocercose (prévalence sérologique inférieure à 0,1% chez les enfants de moins de 10 ans dans les 08 districts) sanitaires endémiques et taux d'infectivité des simules femelles < à 0,05%	0	0	8/8	8/8
Prévalence de la THA dans les districts sanitaires au cours des cinq dernières années	0%	0%	0%	0%
Nombre de sites sentinelle n'ayant pas déclaré aucun cas de THA	15	15	15	15
Disponibilité du dossier d'élimination de la THA	Non	Oui	Non	Non
Taux de létalité de la dengue	< 0,05%	< 0,05%	< 0,05%	< 0,05%
Nombre de postes de santé à faible endémicité à la schistosomiasis ayant réduit leur prévalence à moins de 1% chez les enfants d'âge scolaire	66 (25%)	66 (25%)	132 (50%)	198 (75%)
Nombre de postes de santé à endémicité modérée à la schistosomiasis ayant réduit leur prévalence à moins de 10% chez les enfants d'âge scolaire	50 (19%)	90 (34%)	100 (38%)	126 (50%)

Nombre de postes de sante de forte endémicité à la schistosomiase ayant réduit leur prévalence chez les enfants d'âge scolaire d'au moins de 25%	52 (12%)	104 (25%)	156 (37%)	210 (50%)
Proportion de cas de leishmanioses cutanées diagnostiquées parmi les cas suspects	55%	75%	85%	90%
Nombre de nouveaux cas de leishmanioses cutanées diagnostiqués	200	100	75	50
Proportion de leishmanioses cutanées diagnostiqués et pris en charge	80%	90%	95%	95%
Cas de gale pris en charge dans le paquet de soins de la couverture sanitaire universelle	Oui	Oui	Oui	Oui
Proportion de cas de gale pris en charge conformément aux directives	50%	70%	80%	90%
Proportion de réduction de la mortalité due aux envenimations par morsure de serpent (<i>prévalence ‰</i>)	0% (0,2‰)	15% (0,18‰)	30% (0,16‰)	50% (0,15‰)
Proportion de cas de mycétomes diagnostiqués parmi les cas suspects	50%	75%	85%	90%
Nouveaux cas de mycétomes diagnostiqués	200	150	100	50
Proportion de mycétomes diagnostiqués et pris en charge	80%	90%	95%	95%
Proportion de villages qui ont atteint le statut FDAL	35%	45%	65%	75 %
Proportion de concessions disposant de latrines	39%	50%	70%	75 %
Proportion de villages qui ont accès à l'approvisionnement en eau potable	57%	63%	69%	75 %
Proportion de concessions ayant un dispositif de lavage des mains avec de l'eau et du savon	50%	55%	60%	75 %

2.3. Principes directeurs

Les principes directeurs qui guident la mise en œuvre du PSNMTN 2022-2025 reposent sur

- L’efficience avec une gestion axée sur les résultats ;
- La prise en charge et l’appropriation par les communautés et les politiques ;
- La responsabilité mutuelle des autorités nationales, des partenaires et des communautés, transparence et responsabilisation gage de durabilité ;
- L’engagement envers la collaboration et le partage ;
- L’innocuité – « Ne pas nuire » tout en procurant des bienfaits en matière de santé ;
- L’équité avec un accès des populations défavorisées et isolées aux prestations de soins curatifs et préventifs ;
- Le genre : le plan stratégique renforcera l'égalité des sexes tout au long de sa mise en œuvre tout en promouvant l'équité entre les sexes au niveau local où se trouvent les bénéficiaires des interventions contre les MTN.

2.4. Piliers et objectifs stratégiques

2.4.1. Piliers stratégiques du programme

Les objectifs tournent auprès de trois (03) piliers stratégiques qui sont :

- a. Accélérer l’action programmatique contre les MTN**, notamment les interventions visant à réduire l’incidence, la prévalence, la morbidité, les incapacités et la mortalité. Cela nécessitera le renforcement des stratégies mises en place. Les aspects programmatiques tels que la gestion, la planification le suivi évaluation, les prestations de services seront d’avantage renforcés.
- b. Intensifier les approches transversales** en intégrant des interventions portant sur plusieurs MTN et en les incluant dans le système de santé national. La coordination avec les programmes connexes (WASH, lutte antivectorielle) et d’autres programmes, par exemple : santé mentale, santé de la mère et de l’enfant, santé oculaire, nutrition, paludisme est nécessaire. La coordination entre les différents secteurs est requise pour rendre plus efficaces les efforts de lutte.
- c. Modifier le modèle opérationnel et la culture en place en renforçant l’appropriation du pays**, en clarifiant les rôles des organisations, institutions et autres parties prenantes, leur culture et leurs perceptions et en les alignant pour atteindre les cibles 2025.

Les piliers indiquent les orientations stratégiques du plan pour l'atteinte des cibles (figure 14).

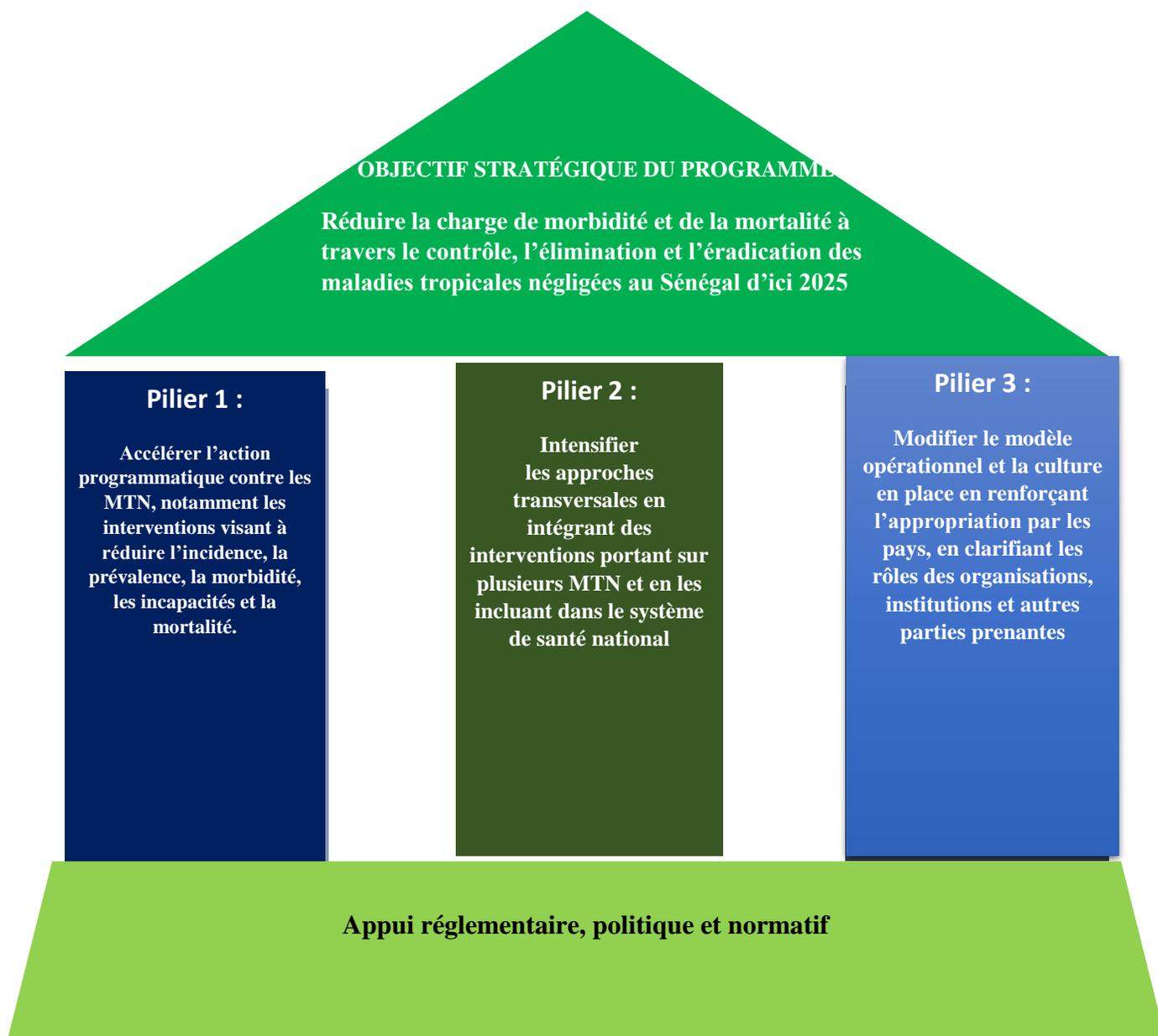


Figure 14: Piliers stratégiques du PSNMTN 2020-2025

2.4.2. Objectifs stratégiques

Les priorités stratégiques ont été définies en tenant compte du contexte national, des lacunes identifiées. Les objectifs visés vont donner lieu à un ensemble d'activités dont leur mise en œuvre concrétiseront les priorités.

Tableau XXXVII: priorités stratégiques du plan

Piliers stratégiques	Priorités stratégiques
Pilier 1. Accélérer l'action programmatique	Intensifier la chimiothérapie préventive intégrée dans les zones endémiques éligibles à la DMM aux taux de couverture géographique épidémiologique et thérapeutique recommandés
	Renforcer le système de santé afin d'améliorer la prise en charge des cas, des complications des séquelles et des handicaps liés aux MTN dans les activités de routine à tous les niveaux du système de santé
	Accorder la priorité au suivi et à l'évaluation afin de suivre les progrès et prendre les décisions visant à atteindre les objectifs fixés pour 2025
	Assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et autres produits contre les MTN de qualité de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux
	Renforcer la participation communautaire pour que les communautés s'approprient la lutte contre les MTN à travers la mobilisation sociale, les changements comportementaux et l'augmentation du soutien local
	Renforcer le système d'information, la surveillance épidémiologique et la recherche opérationnelle
	Renforcer la communication pour le changement de comportement sur les MTN
Pilier 2 : Intensifier les approches transversales	Améliorer les capacités du programme chargé de la lutte contre les MTN
	Réduire la discrimination, la stigmatisation et les souffrances liées aux MTN
	Renforcer la mobilisation de ressources par le développement du partenariat et du plaidoyer
	Renforcer la coordination intrasectorielle (handicaps, incapacité et exclusion, santé mentale, lutte antivectorielle, PEV, santé mère-enfant etc.)
	Renforcer la coordination multisectorielle (WASH, éducation, élevage, etc.) en mettant en synergie les approches favorisant la prévention, le traitement et les soins liés à de nombreuses MTN
Pilier 3. Modifier le modèle opérationnel et la culture pour faciliter l'appropriation	Améliorer l'intégration de la planification, de la mise en œuvre, du suivi, et de l'évaluation des programmes MTN
	Renforcer l'appropriation de la lutte contre les MTN en décentralisant la lutte au niveau local, départemental, régional

La figure ci-dessous montre, de façon logique, comment le plan fonctionne et comment ses éléments sont interdépendants

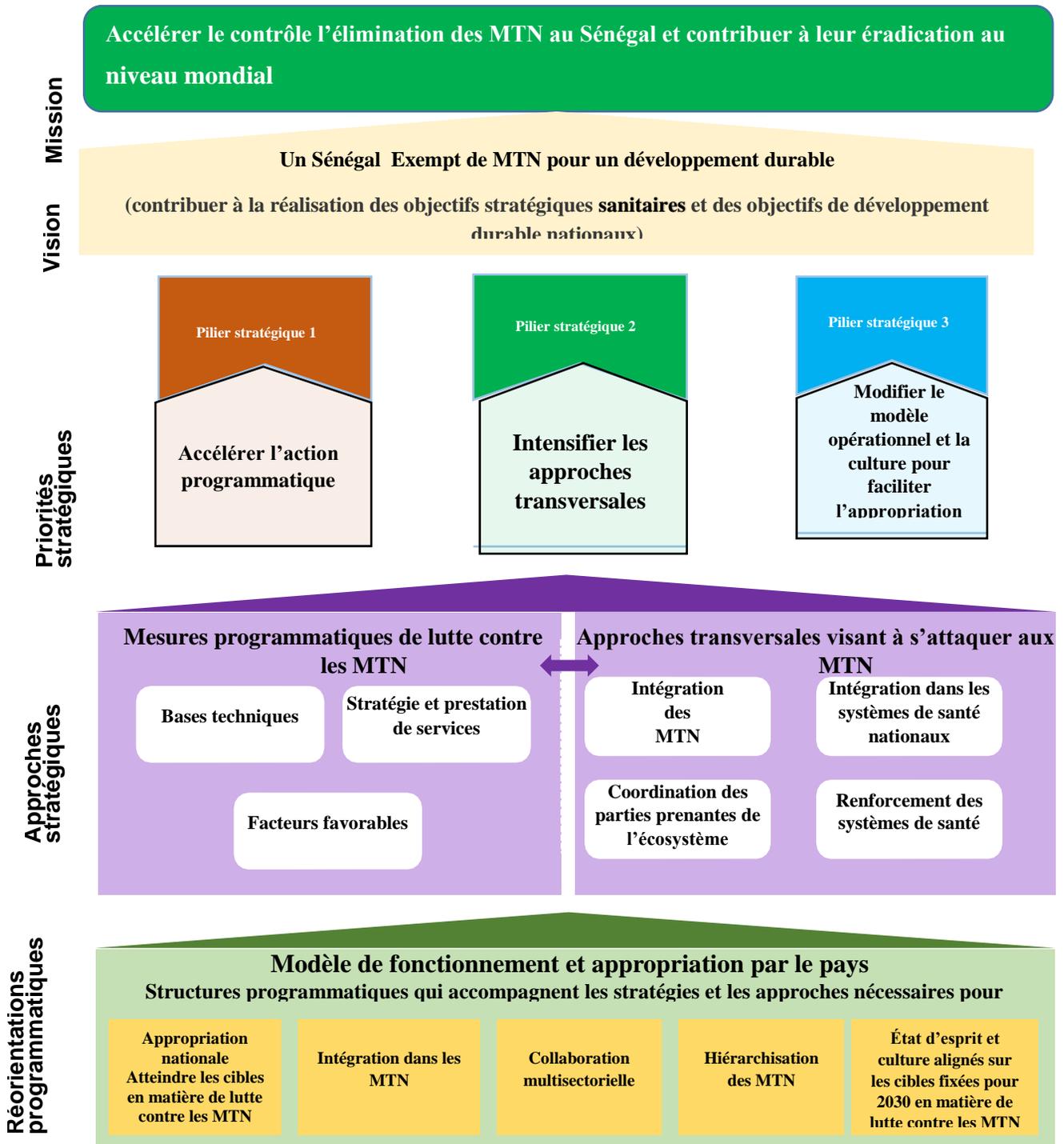


Figure 15: Schéma logique de l'agenda stratégique du programme

TROISIEME PARTIE - MISE EN ŒUVRE : CADRE OPERATIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LES MTN

3.1. Initiatives et activités stratégiques

3.2. Vers la durabilité des programmes : intensification de la coordination et des partenariats

3.3. Hypothèses, risques et atténuation

3.3.1. Hypothèses

3.3.2. Risques

3.3.3. Mesures d'atténuation

TROISIEME PARTIE - MISE EN ŒUVRE : CADRE OPERATIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LES MTN

3.1. Initiatives et activités stratégiques

Tableau XXXVIII: activités stratégiques du plan

Objectifs stratégiques	Activités stratégiques	Années				Ressources nécessaires
		1	2	3	4	
Pilier stratégique 1 - Accélérer l'action programmatique						
Objectif stratégique n° 1 : Intensifier la chimiothérapie préventive intégrée dans les zones endémiques éligibles à la DMM aux taux de couverture géographique, épidémiologique et thérapeutique recommandés	Mettre en œuvre des campagnes DMM intégrées dans les districts et aires de santé éligibles	x	x	x	x	Ressources humaines et matérielles, et financières Médicaments
	Rendre disponible les médicaments et produits DMM	x	x	x	x	
	Réaliser des monitorings post DMM	x	x	x	x	
Objectif stratégique n° 2 : Renforcer le système de santé afin d'améliorer la prise en charge intégrée des cas, des complications des séquelles et des handicaps liés aux MTN dans les activités de routine à tous les niveaux	Rendre disponible les médicaments MTN pour la routine	x	x	x	x	Ressources humaines, financières, et matérielles
	Subventionner des médicaments MTN pour la PEC de routine de certains MTN (praziquantel, ascabiol, sérum antirabique, sérum antivenimeux, vaccins antirabiques, ect.)	x	x	x	x	Ressources humaines, financières, et matérielles
	Renforcer les capacités des prestataires au niveau primaire et hospitalier, des acteurs communautaires en matière de prise en charge des MTN, de leurs complications et des séquelles	x	x	x		Ressources humaines, financières, et matérielles
	Organiser des campagnes intégrées de dépistage et de prise en charge des cas de	x	x	x	x	Ressources humaines, financières, médicaments,,

	morbidité liés aux MTN (TT , lymphœdème, leishmaniose, mycétome, etc.)					
	Elaborer des directives nationales et les guides techniques de prise en charge des MTN et de leurs complications	x				Ressources humaines, financières, et matérielles
	Intensifier le dépistage précoce des MTN	x	x	x	x	Ressources humaines, financières, et matérielles,
	Renforcer les capacités de laboratoire en matière de diagnostic des MTN	x	x	x		Ressources humaines, financières, et matérielles
Objectif stratégique n° 3 : développer des mécanismes de suivi et d'évaluation afin de suivre les progrès et prendre les décisions visant à atteindre les objectifs fixés pour 2025	Mener des évaluations du PSNMTN		x		x	Ressources humaines, financières, et matérielles
	Mettre en œuvre les activités de suivi du PSNMTN	x	x	x	x	Ressources humaines, financières
Objectif stratégique n° 4 : Assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et autres produits contre les MTN de qualité de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux	Renforcer la coordination des interventions de la chaîne d'approvisionnement	x	x	x	x	Ressources humaines, financières,
	Mettre en œuvre et pérenniser la pharmacovigilance des médicaments MTN	x	x	x	x	Ressources humaines, financières,
Objectif stratégique n° 5 : Renforcer la participation communautaire pour que les communautés s'approprient la lutte contre les MTN à travers la mobilisation sociale, les changements comportementaux et l'augmentation du soutien local	Mener des plaidoyers auprès des collectivités territoriales autorités administratives, etc.	x	x	x	x	Ressources humaines, financières
Objectif stratégique n° 6 : Renforcer le système d'information, la surveillance épidémiologique et la recherche opérationnelle	Renforcer la gestion des données sanitaires MTN	x	x	x	x	Ressources humaines, financières
	Mettre en œuvre, la cartographie, la surveillance épidémiologique et la recherche	x	x	x	x	Ressources humaines, financières

Objectifs stratégique n° 7 : Renforcer la communication pour le changement de comportement sur les MTN	Renforcer la communication du système pour un impact comportementale	x	x	x	x	Ressources humaines, financières
Pilier 2 : Intensifier les approches transversales						
Objectif stratégique n° 8 : Améliorer les capacités du programme chargé de la lutte contre les MTN	Appuyer le fonctionnement du programme de lutte contre les MTN	x	x	x	x	
	Renforcer le Programme intégré de lutte contre les MTN en ressources humaines	x	x	x	x	Ressources humaines, financières
	Renforcer le Programme de lutte contre les MTN en logistiques et matériels	x	x	x	x	Ressources humaines, financières
Objectif stratégique n° 9 : Réduire la discrimination, la stigmatisation et les souffrances liées aux MTN	Mettre en œuvre des activités prévention de la stigmatisation et la discrimination, courantes dans les maladies provoquant des incapacités de longue durée ou une défiguration	x	x	x	x	Ressources financières Ressources humaines
	Renforcer la PEC psychosociale, l'autonomisation et la réadaptation fonctionnelle des patients atteints de complications liées aux MTN	x	x	x	x	Ressources humaines, financières
Objectif stratégique n° 10 : Renforcer la mobilisation de ressources par le développement du partenariat et le plaidoyer	Mettre en place un cadre de coordination formel entre le PNLMTN et les autres programmes et démembrements du MSAS pour des interventions communes	x				Ressources humaines, financières
Objectif stratégique n° 11 : Renforcer la coordination intrasectorielle (handicaps, incapacité et exclusion, santé mentale, lutte antivectorielle, PEV, santé mère-enfant, service national d'hygiène, etc.)	Mettre en place un cadre de coordination formel entre le PNLMTN et les autres programmes et démembrements du MSAS pour des interventions communes	x				Ressources humaines, financières
	Elaborer et mettre en œuvre en collaboration avec le PNL et la SNH un programme de	x	x	x	x	Ressources humaines, financières

	lutte anti vectorielle intégrée					
Objectif stratégique n° 12 : Renforcer la coordination multisectorielle (WASH, éducation, élevage, etc.) en mettant en synergie les approches favorisant la prévention, le traitement et les soins liés à de nombreuses MTN	Rendre fonctionnel le comité national multisectoriel de lutte contre les MTN	x				Ressources humaines, financières
	Identifier les opportunités de collaboration et d'intégration du programme MTN avec les autres secteurs	x				Ressources humaines, financières
	Mettre en place un cadre de concertation formel entre le PNLMTN et les autres secteurs pour des interventions communes	x				Ressources humaines, financières
	Renforcer les interventions WASH dans la lutte contre les MTN					Ressources humaines, financières
Pilier 3: Modifier le modèle opérationnel et la culture pour faciliter l'appropriation						
Objectif stratégique n° 13 : Renforcer l'appropriation de la lutte contre les MTN en décentralisant la lutte au niveau locale, départemental, régional	Créer officiellement le Programme National Intégré de lutte contre les MTN	x				Ressources humaines
	Mettre en place à tous les niveaux (local, départemental et régional) un comité multisectoriel fonctionnel de lutte contre les MTN	x	x			Ressources humaines Ressources financières
Objectif stratégique n° 14 : Renforcer l'intégration de la planification, de la mise en œuvre, du suivi, et de l'évaluation des programmes MTN	Elaborer , mettre en œuvre et suivre chaque année un plan de travail intégrant toutes les actions des programmes MTN	x	x	x	x	Ressources humaines Ressources financières
	Mettre en œuvre de façon intégrée les interventions des programmes MTN	x	x	x	x	Ressources humaines Ressources financières

NB : Les plans de mise en œuvre des interventions des programmes MTN à CTP notamment les DMM sont notés dans les annexes 7,5,6 et 7.

3.2. Vers la durabilité des programmes : intensification de la coordination et des partenariats

Dans une optique de pérennisation de ses acquis, le Sénégal s'inscrit dans une dynamique de mobilisation des acteurs nationaux et internationaux impliqués dans la lutte contre les MTN. C'est ainsi qu'un plan de durabilité a été élaboré. Il vise à intégrer les interventions MTN dans les politiques, la planification et les processus de budgétisation nationaux.

L'élaboration d'un plan de durabilité, soutenue par la collaboration déjà établie avec les partenaires de tous les secteurs confondus, l'engagement des professionnels de santé à tous les niveaux et d'autres acteurs de développement, témoigne d'une volonté politique à contrôler et éliminer les MTN. Les activités clés du PSNMTN 2022-2025 intègrent les activités phares du plan de durabilité des MTN au Sénégal parmi lesquelles on peut noter le renforcement de la coordination et du partenariat.

La coordination des interventions de la lutte contre les MTN est assurée au niveau central par la coordonnatrice du programme national de lutte contre les MTN et les coordinateurs nationaux des programmes spécifiques à chaque MTN où des réunions hebdomadaires, trimestrielles et annuelle sont régulièrement organisées. Hormis l'équipe MTN, cette coordination est élargie aux autres services impliqués dans la lutte et aux partenaires techniques et financiers (PTF).

La coordination décentralisée est assurée par la région médicale via le médecin chef de région. La région est assistée par un point focal MTN qui est le référent du programme. Il est chargé de compiler tous les comptes rendus venant des districts sanitaires de la région médicale. Le niveau central participe souvent à ces réunions de coordination régionale. Des réunions d'équipe hebdomadaires sont organisées durant lesquelles on retrouve l'équipe cadre. Une grande réunion de coordination trimestrielle est organisée et regroupe l'équipe cadre de la région médicale, les médecins de district, le service de l'action sociale des régions médicales, les cellules de lutte contre la malnutrition, la Brigade Régionale de l'Hygiène, l'Inspection d'Académie, le représentant PTF (FHI 360/USAID...), les collectivités locales. Cette réunion n'est pas spécifique aux MTN.

Un comité national multisectoriel de lutte contre les MTN a été créé en juin 2021 par arrêté ministériel. Ce comité a pour mission essentielle d'accélérer le contrôle, l'élimination et l'éradication des MTN en veillant à ce que les décisions prises soient mises en œuvre conformément aux recommandations et suivies régulièrement. Il regroupe tous les acteurs œuvrant dans la lutte contre les MTN et le secteur WASH. Il sera composé de la manière suivante :

- Président : Secrétaire général du Ministère de la Santé et de l'Action sociale ;
- Vice-président : Directeur général de la Santé Publique ;
- Secrétaire Général : Directeur de la Lutte contre la Maladie.
- Membres : Représentant du Ministère de l'Éducation nationale ; Représentant du Ministère de l'Eau et de l'Assainissement ; Représentant du Ministère de l'Environnement et du Développement durable ; Représentant du Ministère des Finances et du Budget ; Agence de la Couverture Maladie Universelle; Directeur général de l'Action sociale ; Directeur des Laboratoires ; Directeur de la Pharmacie et du Médicament ; Directeur de la Pharmacie nationale d'Approvisionnement ; Coordonnateur du Programme national de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées ; Coordonnateur du Programme national de Lutte contre le Paludisme ; Coordonnateur du Programme national de Lutte contre la Bilharziose et les Géohelminthiases ; Coordonnateur du Programme national de Promotion de la Santé oculaire ; Coordonnateur du Programme national d'Elimination de la Filariose Lymphatique et de l'Onchocercose ; Coordonnateur du Programme national d'Elimination de la Lèpre ; Représentants des Partenaires techniques et financiers d'appui à la lutte contre les MTN ; organisations et personnes dont les compétences sont utiles au fonctionnement du Comité et à l'accomplissement des missions de ce comité.

Le comité peut s'adjoindre toute organisation et/ou personne dont les compétences sont utiles à son fonctionnement et à l'accomplissement de ses missions.

Le Comité national de Lutte contre les Maladies tropicales négligées se réunit au moins deux (02) fois par an, sur convocation de son président.

Le Comité national de Lutte contre les MTN est doté d'un Secrétariat exécutif national qui constitue son organe d'exécution. Il est dirigé par la Direction de la Lutte contre la Maladie.

Le Comité dispose des commissions techniques suivantes :

- la commission scientifique chargée de la recherche opérationnelle, des aspects parasitaires et entomologiques, ainsi que de la lutte anti-vectorielle ;
- la commission formation chargée des aspects cliniques et thérapeutiques ;
- la commission chargée des interventions à base communautaire, de la prévention et de l'information - éducation - communication ;
- la commission chargée de la gouvernance, de la coordination, de la planification, du suivi et de l'évaluation ;

- la commission chargée des interventions Eau-Hygiène-Assainissement ;
- la commission chargée du plaidoyer et de la mobilisation des ressources.

Dans le cadre des avis et recommandations qu'il formule, le CNLMTN s'appuie sur les rapports et documents produits par ces dites commissions, le Programme national de Lutte contre les MTN et le groupe consultatif.

Les différentes missions du CNLMTN consistent à :

- coordonner les interventions intra sectorielles et intersectorielles de lutte contre les MTN, avec la participation active des Instituts de recherche, de la société civile, du secteur privé, des partenaires au développement, des organisations non gouvernementales, des associations de personnes affectées par les MTN ;
- renforcer les capacités d'intervention du Programme national de Lutte contre les MTN ;
- définir les orientations nationales de lutte contre les MTN ;
- assurer le plaidoyer au plus haut niveau pour la mobilisation des ressources requises pour le contrôle et l'élimination des MTN ;
- suivre et évaluer la mise en œuvre des plans de développement sectoriels ;
- formuler des avis et des recommandations

Tableau XXXIX: matrice des partenaires

État	MTN	Services vétérinaires	Secteur WASH	Lutte antivectorielle intégrée	One-Health	Éducation	Paludisme
Collectivités territoriales	OMS/ESPEN	FAO	KOICA	Fonds Mondial		UNICEF	Fonds Mondial
	OMVS-PGIRE et	OIE	UNICEF	PMI	REDISSE	COUNTPART	PMI
	ENDA Santé	PRAPS	JICA	REDISSE	FAO		GIZ
	END fund	PDPS	World vision	OMS	CDC		USAID
	Sightsavers	Breakrooth action	Speak Up Africa				BID
	World vision	REDISSE	Sightsavers				OOAS
	Action Damien						
	FHI360						
	UCAD/IRD/UGB						
	Speak Up Africa						
	REDISSE						
	Deloitte						
	PATH ADP						
	Counterpart International						

3.3. Hypothèses, risques et atténuation

3.3.1. Hypothèses

Ce plan a été élaboré sur la base d'hypothèses :

- L'intégration des différents programmes et projets dans la lutte contre les MTN permet d'atteindre les objectifs du plan stratégique ;
- La disponibilité continue des médicaments et autres produits MTN permet de garantir la qualité à tous les niveaux ;
- Le système de surveillance épidémiologique permet de recueillir des données à tous les niveaux pour mesurer les performances et déceler les lacunes
- La détection et la notification résultant de l'utilisation des médicaments et autres produits MTN à travers le SNPV permet une meilleure gestion des risques d'effets indésirables ;
- La disponibilité suffisante des ressources à temps à tous les niveaux permettrait une mise en œuvre du plan ;
- L'accès à l'eau, l'utilisation des latrines et le respect des bonnes pratiques d'hygiène permettent de réduire la prévalence des MTN dans les zones d'endémicité et éviter la réinfestation .

3.3.2. Risques

La mise en œuvre du plan peut connaître des risques pouvant compromettre son succès. Parmi ces risques on peut noter :

- L'absence de statut juridique du PNLMTN et la non intégration des programmes MTN peut entraver la mise en œuvre du plan ;
- La faible application du « One health » peut être à l'origine d'une mauvaise prise en charge de certaines MTN ;
- La dépendance des interventions des programmes aux financements des partenaires ;
- L'exclusion du pays des programmes de donation pour cause de non absorption de la quantité de médicaments offerts, pourrait être à l'origine de l'arrêt de traitement de masse et de la réémergence de certaines MTN ;
- L'insuffisance de la capitalisation et la mauvaise qualité des données peut influencer négativement sur la prise de décision ;
- La sous-notification des effets indésirables peut entraver la prise de décision ;

- La désinformation (médias sociaux, rumeurs, etc.) ;
- La non prise en charge gratuite des cas notifiés peut entraîner des refus lors de la mise en œuvre des activités (campagnes et autres) :
- La situation de catastrophe ou d'urgence sanitaire comme la covid19 peuvent être à l'origine d'une réorientation des ressources initialement destinées à la lutte contre les MTN vers d'autres programmes,
- L'inaccessibilité aux latrines peut entraîner la DAL ;
- Les mouvements d'humeur du personnel (grève) ;

3.3.3. Mesures d'atténuation

Des mesures d'atténuation des risques éventuelles sont proposées pour réduire l'effet des risques éventuels et augmenter les chances de succès du plan. Nous proposons ainsi :

- La mise en place d'un statut juridique pour une meilleure intégration des programmes ;
- L'application du « One health » permettra d'améliorer la prise en charge de certaines MTN ;
- La bonne gestion des médicaments et autres produits MTN va garantir la disponibilité et éviter les éventuelles réémergences de certaines MTN ;
- La capitalisation de données de qualités aidera à une prise de décision optimale ;
- La notification correcte et à une prise en charge gratuite des cas d'effets secondaires éviteront la survenue de cas de refus et une mauvaise prise de décision ;
- La mobilisation de ressources domestiques aidera à une meilleure mise en œuvre du plan ;
- La mise en œuvre du WASH permettra une lutte efficace contre les MTN ;
- La notification complète et Gestion efficace des cas d'effets indésirables ;
- L'amélioration de la communication avec les partenaires sociaux.

QUATRIEME PARTIE - CADRE DE SUIVI ET D’EVALUATION

4.1. Système d’Information Sanitaire de Routine : organisation du rapportage des données sur les MTN

4.2. Cadre de Suivi-Evaluation

4.3. Suivi des données de routine

4.4. Evaluation des effets et impacts des interventions

4.5. Cadre de performance

QUATRIEME PARTIE - CADRE DE SUIVI ET D’EVALUATION

Le cadre de suivi et d'évaluation se compose des éléments suivants : le système de gestion des données, le cadre de performance et les mécanismes de coordination du suivi et de l'évaluation.

Le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique sera inscrit dans un processus continu de collecte et d'utilisation de données dans le but de s'assurer que les activités à tous les niveaux se déroulent de manière satisfaisante. L'analyse systématique des données permettra à tous les niveaux de faire des ajustements si nécessaires.

Le suivi-évaluation est un volet important dans la mise en œuvre de ce présent plan stratégique. Il permet de garantir la qualité des activités réalisées, d'améliorer la coordination, de suivre régulièrement les interventions à tous les niveaux (central, régional, district et communautaire), d'apprécier leur effet et de partager les informations. Il offre aux différents acteurs l'opportunité d'identifier les problèmes et de proposer des stratégies correctrices.

L'évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique se fera à mi-parcours (en 2023) et à la fin (en 2025) et l'accent sera mis à chaque fois sur les résultats obtenus et les ajustements stratégiques nécessaire pour l'atteinte des objectifs.

Il est décrit ci-dessous :

- le cadre de suivi évaluation ;
- l'organisation globale du système de suivi évaluation ;
- les indicateurs de résultat et de performance et ;
- les principes de base et procédures opérationnelles.

4.1. Système d'Information Sanitaire de Routine : organisation du rapportage des données sur les MTN

Le circuit de rapportage du système d'information de santé de routine du Sénégal qui incluent les données du paludisme est résumé dans le tableau ci-dessous.

Ce système comprend le Système d'Information Sanitaire et Social (SISS), et la Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte (SIMR).

La surveillance des maladies est une intervention à part entière à côté système global de Surveillance, Suivi et Evaluation (SSE). Ils utilisent comme moyen de rapportage de routine la plate-forme Système d'information sanitaire DHIIS2.

Tableau XL: Organisation par niveau du rapportage des données sur le MTN

Niveaux	Données de routine	Données de Surveillance
National Services centraux	<p>Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 (PNLMTN et DSISS) Périodicité : Trimestrielle, Mensuelle Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données districts, analyse des données retro information et recommandations aux niveaux opérationnel. Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires</p>	<p>Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 (PNLMTN et DSISS) Périodicité: Mensuelle, Hebdomadaire Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données des districts, analyse des données retro information et recommandations aux niveaux opérationnel. Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires</p>
Régional Districts et Hôpitaux	<p>Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 (ECR) Périodicité : Mensuelle Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données districts, analyse des données retro information et recommandations aux niveaux opérationnel. Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires</p>	<p>Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 (ECR) Périodicité : Hebdomadaire Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données districts, analyse des données retro information et recommandations aux niveaux opérationnel. Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires</p>
District Centres de santé Poste de santé (Structures publiques et privées)	<p>Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 (ECD) Périodicité : Mensuelle Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données des Centres de santé et des postes de santé ainsi que les informations du niveau communautaire, analyse des données prise de décision et transmission au niveau régional ; validation des données DHIS2 (Avant le 15 du mois). Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires</p>	<p>Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 (ECD) Périodicité: Hebdomadaire, Journalière Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données des Centres de santé et des postes de santé ainsi que les informations du niveau communautaire, analyse des données prise de décision (Réaction/Action) et transmission au niveau régional ; validation des données DHIS2. Diffusion : Avec tous les acteurs, partenaires et communautés.</p>
Structures de santé : Centre de santé	<p>Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 (Major/ICP) Périodicité : Mensuelle Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données du niveau communautaire, analyse des données prise de décision (Action) et saisie des données dans le DHIS2 (5 du mois). Diffusion : Avec tous les acteurs et partenaires</p>	<p>Format/plateforme de rapportage : DHIS 2 (Major / ICP) Périodicité : Journalière Tâches principales : Contrôle de la qualité, de la complétude et de la promptitude des données du niveau communautaire, analyse des données prise de décision (Réaction/Action) et saisie des données dans le DHIS2 (Journalière). Diffusion : Avec tous les acteurs, partenaires et communautés.</p>

4.2. Cadre de Suivi-Evaluation

Le plan de suivi évaluation reposera essentiellement sur le modèle logique ci-dessous :

Tableau XLI: modèle logique du PSN

INTRANTS	PROCESSUS	PRODUITS	EFFETS	IMPACT
Ressources humaines Finances Logistique Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Intensifier la chimiothérapie préventive intégrée dans les zones endémiques éligibles à la DMM • Renforcer le système de santé afin d'améliorer la prise en charge des cas, des complications des séquelles et des handicaps liés aux MTN dans les activités de routine à tous les niveaux du système de santé • Accorder la priorité au suivi et à l'évaluation afin de suivre les progrès et prendre les décisions visant à atteindre les objectifs fixés pour 2025 • Assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et autres produits contre les MTN de qualité • Renforcer la participation communautaire pour que les communautés s'approprient la lutte contre les MTN à travers la mobilisation sociale, les changements comportementaux et l'augmentation du soutien local • Renforcer le système d'information, la surveillance épidémiologique et la recherche opérationnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Atteinte de 75 % de taux de couverture des traitements intégrés pour la chimiothérapie préventive • Atteinte de 75% d'accès à au moins des services en eau, assainissement et hygiène de base • Les maladies tropicales négligées sont intégrées dans les stratégies/plans sanitaires nationaux • Lignes directrices relatives à la gestion des incapacités liées aux MTN sont disponibles • Les interventions contre les MTN sont incluses dans les services essentiels et disposent d'un budget 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien du statut de post certification de l'interruption de la transmission de la dracunculose • Les 17 districts sanitaires ont prévalence à la FL inférieure à 2% lors des évaluations quatre ans après les traitements de masse • Les 33 districts endémiques ont prévalence de TT en dessous de 0,2% chez les personnes âgées de 15ans et plus • Les 32 districts endémiques ont des taux de prévalence aux géohelminthiases à moins de 2% • Zéro cas de décès liés à la rage • Taux de létalité de la dengue à moins de 0,5% • Le nombre de postes de santé à faible endémicité à la schistosomiase qui ont atteint une prévalence inférieure à 	<p>Réduction de la charge de morbidité et de la mortalité à travers le contrôle, l'élimination et l'éradication des maladies tropicales négligées au Sénégal</p> <p>Maintien de l'interruption de la transmission de la dracunculose</p> <p>Atteinte de l'élimination en tant que problème de santé publique de la THA, l'onchocercose et la lèpre</p> <p>Atteinte de l'élimination par</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la communication pour le changement de comportement sur les MTN • Améliorer les capacités du programme chargé de la lutte contre les MTN • Réduire la discrimination, la stigmatisation et les souffrances liées aux MTN • Renforcer la mobilisation de ressources par le développement du partenariat et du plaidoyer • Renforcer la coordination intrasectorielle (handicaps, incapacité et exclusion, santé mentale, lutte antivectorielle, PEV, santé mère-enfant etc.) • Renforcer la coordination multisectorielle (WASH, éducation, élevage, etc.) en mettant en synergie les approches favorisant la prévention, le traitement et les soins liés à de nombreuses MTN • Améliorer l'intégration de la planification, de la mise en œuvre, du suivi, et de l'évaluation des programmes MTN • Renforcer l'appropriation de la lutte contre les MTN en décentralisant la lutte au niveau local, départemental, régional 	<ul style="list-style-type: none"> • La disponibilité et l'accessibilité des médicaments et autres produits contre les MTN est assurée • La Prise en charge des MTN et de ses complications est améliorée • Système d'information et de surveillance épidémiologique renforcée • Capacité du programme améliorée • Mobilisation des ressources réalisée • Coordination intrasectorielle améliorée • Coordination multisectorielle renforcée • Intégration des programmes MTN améliorée • Lutte contre les MTN décentralisée 	<p>1% chez les enfants d'âge scolaire est passé de 264 à 66</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le nombre de postes de santé d'endémicité modérée à la schistosomiase qui ont atteint une prévalence inférieure à 10% chez les enfants d'âge scolaire est passé de 251 à 126 • Le nombre de postes de santé d'endémicité forte pour la schistosomiase qui ont atteint une prévalence inférieure à 25% chez les enfants d'âge scolaire est passé de 420 à 210 • 85 % des cas de leishmaniose cutanée détectés et 95% des cas pris en charge • La prise en charge des cas de gale est intégrée dans le paquet de soins de la CSU • La mortalité due aux envenimations par morsure de serpent est réduite de 25 % • 85 % des cas de mycétome détectés et 95% des cas pris en charge 	<p>l'interruption de la transmission de la rage, des géohelminthiases, du trachome et de la FL</p> <p>Contrôle des maladies suivantes : la dengue, la leishmaniose cutanée, la gale, les envenimations par morsure de serpent et les mycétomes</p>
--	--	--	---	--

4.3. Suivi des données de routine

Le MSAS dispose d'un système d'information de routine structuré qui permet de fournir en temps réel. L'information est nécessaire à la prise de décision, à la gestion des programmes sanitaires et au développement des systèmes de santé.

Au niveau du PNLMTN, le système d'information arrimé à la DSIS permet de collecter des données d'activités au niveau des secteurs public, parapublic, privé et communautaire. Le PNLMTN a aussi d'autres sources de collecte de routine qui sont propres aux programmes spécifiques des MTN. La confrontation des données issues de ces deux sources permet souvent de mettre en lumière des disparités issues du fait que la collecte des données au niveau de la plateforme DHIS2 n'est pas tout à fait au point. Du point de vue de l'organisation, c'est au niveau opérationnel qu'on retrouve les outils d'enregistrement des cas, de prestations préventives et de prise en charge des patients. Ces outils sont également retrouvés au niveau des hôpitaux qui prennent en charge les complications des MTN.

Les acteurs de chaque niveau sont chargés de la production de l'information locale provenant des données collectées, la notification des cas, la compilation des rapports des services, l'élaboration du rapport mensuel ou trimestriel, l'investigation locale pour les épidémies, le traitement et l'analyse des données de couverture et de performance du programme.

4.4. Evaluation des effets et impacts des interventions

L'évaluation à mi-parcours du Plan Stratégique : Elle sera réalisée en T4 de 2023 et se fera suivant une double approche Revue Interne et Revue Externe.

L'évaluation finale du plan stratégique : Elle sera réalisée en T4 de 2025. Il s'agira d'une évaluation globale de l'impact, sur l'ensemble des 4 années de mise en œuvre. Elle portera sur l'atteinte des objectifs du plan stratégique, et servira de base à la prochaine planification

4.5. Cadre de performance

Le cadre de performance permet un suivi du processus des résultats et de l'impact. Il sert de document cadre, selon les directives du MSAS de mettre en place un système de gestion axé sur les résultats.

Ce cadre de performance définit les indicateurs avec une focalisation sur l'impact des interventions selon les recommandations de la feuille de route 2020-2030. A chaque niveau, les cibles sont données par année, et en ce qui concerne les indicateurs de processus, des cibles trimestrielles seront déclinées dans les plans de mise en œuvre.

Tableau XLII: Indicateurs de performance

Objectifs stratégiques	Indicateurs de performance	Méthode de calcul	Données de référence (année)	Cibles				Source de collecte
				2022	2023	2024	2025	
Objectif stratégique n° 1 : Intensifier la chimiothérapie préventive intégrée dans les zones endémiques éligibles a la DMM aux taux de couverture géographique épidémiologique et thérapeutique recommandés	Prévalence de la schistosomiase chez les enfants d'âge scolaire dans les zones endémiques	Nbre de cas (anciens et nouveaux) de schistosomiase chez les enfants d'âge scolaire / Pop cible	> 50% (2021)	40%	30%	15%	≤10%	Rapport d'enquête
	Nombre de Poste de santé endémiques aux schistosomiasés ayant une prévalence inférieure à 25%	Dénombrement du nombre de postes de santé avec prévalence inf à 25%	0 (2021)	52 (12%)	104 (25%)	156 (37%)	210 (50%)	Rapport d'enquête
	Taux de couverture thérapeutique de la campagne de DMM schistosomiasés des postes de santé ciblés	Nbre de personne traitée dans les postes de santé ciblés lors DMM/ population cible X 100	119% (2021)	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%	Rapport campagne DMM
	Taux de prévalence des géohelminthiases	Nbre de cas X100 Pop	≥ 2 % (2021)	2%	1,5%	1%	1%	Rapport d'enquête
	Nombre de districts endémiques ayant réduit les taux de prévalence aux géohelminthiases à moins de 2%	Dénombrement du nombre de district avec prévalence géohelminthes inf à 2%	13 (2021)	15 (47%)	20 (63%)	30 (94%)	32 (100%)	Rapport d'enquête
	Taux de couverture thérapeutique de la campagne de DMM géohelminthiase	Nbre de personnes traitées/ cible totale x100	92% (2021)	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	Rapport campagne DMM
	Taux de couverture thérapeutique de la campagne de DMM filariose lymphatique	Nbre de personnes traitées/ cible totale x100	90% (2021)	≥65%	≥65%	≥65%	≥65%	Rapport campagne DMM

Objectifs stratégiques	Indicateurs de performance	Méthode de calcul	Données de référence (année)	Cibles				Source de collecte
				2022	2023	2024	2025	
	Taux de couverture thérapeutique de la campagne de DMM onchocercose	Nbre de personnes traitées/ cible totale x100	125 % (2021)	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	Rapport campagne DMM
	Proportion de campagne DMM par MTN réalisées sur le nombre de DMM prévu	Nbre de campagne DMM réalisée/Nbre DMM prévues	100% (2021)	100%	100%	100%	100%	Rapport campagne DMM
	Nombre de districts sanitaires endémiques ayant éliminé la FL (prévalence inférieure à 2% lors des évaluations quatre ans après arrêt des TDM)	Dénombrement du nombre de districts endémiques à la FL ayant réussi la TAS 3	0 (2021)	0	3	3	17	Rapport TAS
	Proportion de districts sanitaires ayant réussi 05 tours de traitement de masse avec une couverture ≥ 65%	Nombre de districts avec 05 tours de traitement de masse avec une couverture ≥ 65%/nombre total de districts endémiques à la FL	90% (2021)	94%	98%	100%	100%	Rapport campagne DMM
	Proportion de districts endémiques ayant réussi l'arrêt de la transmission de la Filariose lymphatique	Nombre de districts ayant réussi l'évaluation de la transmission de la filariose lymphatique (TAS1)/nombre total de districts endémiques à la FL	80% (2021)	80%	84%	88%	92%	Rapport TAS
	Prévalence sérologique de l'onchocercose chez les enfants de moins de 10 ans dans les districts sanitaires endémiques	Nbre d'enfants de moins de 10 ans ayant un taux de microfilaire ≥ 0,1% / nombre d'enfants testés x 100	< 0,1% (2021)	< 0,1%	< 0,1%	< 0,1%	< 0,1%	Rapport d'enquête

Objectifs stratégiques	Indicateurs de performance	Méthode de calcul	Données de référence (année)	Cibles				Source de collecte
				2022	2023	2024	2025	
	Nombre de districts endémiques ayant éliminé l'onchocercose	Dénombrement du nombre de districts endémiques à l'onchocercose où l'interruption de la transmission a été vérifiée	0 (2021)	0	0	8	8	Rapport d'enquête
Objectif stratégique n° 2 :Renforcer le système de santé afin d'améliorer la prise en charge intégrée des cas, des complications des séquelles et des handicaps liés aux MTN dans les activités de routine à tous les niveaux	Proportion de cas trichiasis trachomateux opérés	9 de cas de trichiasis opérés/Nbre total de cas de trichiasis x 100	73% (2021)	75%	85%	90%	95%	Rapport PNPSO
	Proportion de district sanitaire ayant atteint la transition pour le trachome	Nbre de district ayant atteint la transition/Nbre total de districts éligibles	46% (2021)	55%	80%	100%	100%	Rapport d'enquête
	Nombre de cas trichiasis trachomateux diagnostiqués	Dénombrement du nombre de cas de trichiasis trachomateux diagnostiqués	2831 (2021)	1860	2000	3000	3850	DHIS2
	Proportion de cas de schistosomiase pris en charge conformément aux directives du PNLMTN	Nbre de cas de schistosomiase correctement pris en charge /Nbre de cas détectés x 100	90% (2021)	90%	90%	93%	95%	DHIS2
	Proportion de cas de bilharziose confirmés et traités	Nbre de cas de bilharziose confirmés et traités X Nbre total de cas enregistrés	70% (2021)	75%	85%	90%	95%	DHIS2
	Proportion de personnes souffrant de géohelminthiase prise en charge avec Albendazole ou Mébendazole	Nbre personnes souffrant de géohelminthiase prise en charge par alben ou meben X Nbre total de	75% (2021)	80%	90%	95%	95%	DHIS2

Objectifs stratégiques	Indicateurs de performance	Méthode de calcul	Données de référence (année)	Cibles				Source de collecte
				2022	2023	2024	2025	
		cas enregistrés						
	Pourcentage de cas d'hydrocèle recensés pris en charge par chirurgie	Nbre de cas d'hydrocèle recensés pris en charge par chirurgie /Nbre total de cas x 100	60% (2021)	70%	80%	90%	100%	DHIS2
	Pourcentage de cas de lymphœdème prise en charge	Nombre de cas de lymphœdème prise en charge/ Nombre total de cas de lymphœdème	50% (2021)	60%	70%	80%	95%	DHIS2
	Nombre de nouveaux patients atteints de la lèpre présentant une incapacité de degré 2 à moins d'un cas par million d'habitants	Dénombrement du nombre de patients atteints de lèpre avec incapacité de degré 2 pour un million d'habitants	2 cas par million (2021)	< 1 cas par million	Rapport d'enquête			
	Pourcentage d'infirmités de grade 2 parmi les nouveaux cas	Nombre d'infirmités de grade 2 parmi les nouveaux cas/ Nombre de nouveau cas	5% (2021)	4,92%	4,38%	3,84%	3,3%	DHIS2
	Proportion de districts ayant enregistrés des cas autochtones de lèpre	Nbre de districts ayant enregistrés des cas autochtones de lèpre/Nbre de district endémique x 100	79 (2021)	79	60	50	20	Rapport d'enquête
	Nombre de région ne présentant aucun nouveau cas autochtone de lèpre	Dénombrement du nombre de région ne notifiant aucun nouveau cas autochtone de lèpre	0 (2021)	2	4	5	7	Rapport d'enquête
	Taux de détection de la lèpre	Nbre de nouveaux cas de lèpre dépistés/Nbre de cas attendus*100	12 (2021)	15%	20%	25%	30%	DHIS2
	Taux de prévalence de la	Nbre de nouveaux et	0,18‰	0,17‰	0,15‰	0,14‰	0,12‰	Rapport

Objectifs stratégiques	Indicateurs de performance	Méthode de calcul	Données de référence (année)	Cibles				Source de collecte
				2022	2023	2024	2025	
	lèpre pour 10 000 hbts dans les districts endémiques	anciens cas de lèpre dépistés/population totale *10 000	(2021)					d'enquête
	Incidence de la lèpre dans les districts endémiques	Nbre de nouveaux cas de lèpre/Pop x10 000	0,1‰ (2021)	0,09‰	0,08‰	0,07‰	0,06‰	Rapport d'enquête
	Proportion de patients ayant terminés la PCT Multi Bacillaire	Proportion de patients ayant terminés la PCT Multi Bacillaire/ Nombre total de patient	92% (2021)	94%	95%	98%	98%	DHIS2
	Taux de rechute lèpre	Nombre de rechute après traitement lèpre / Nombre total de malades suivis X 100	2% (2021)	1%	0,8%	0,8%	0,7%	DHIS2
	Taux de létalité de la dengue	Nbre de décès / Nbre de cas x 100	0,05 (2021)	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	Rapport d'enquête
	Nombre décès lié à la rage	Dénombrement du nombre de cas notifiés	0 (2021)	0	0	0	0	Rapport d'enquête
	Proportion de personnes exposées à la rage et prises en charge selon les directives	Nbre de pers. exposées à la rage prise en charge s / Nbre total de personnes exposées à la rage X 100	83% (2021)	85%	90%	90%	95%	DHIS2
	Taux de mortalité dû aux envenimations par morsure de serpent (10'000)	Nbre de décès liés aux envenimations par morsure de serpent /Nbre de population à risque x 10000	>0,20‰ (2021)	0,20‰	0,18‰	0,16‰	0,15‰	Rapport d'enquête
	Incidence des envenimations par morsure	Nbre de nouveau cas/ la population cible x 10000	>0,5‰ (2021)	0,5‰	0,3‰	0,2‰	0,1‰	Rapport d'enquête
	Taux de létalité lié aux envenimations par morsure	Nbre de décès liés aux envenimations par	0,2‰ (2021)	0,2‰	0,18‰	0,16‰	0,15‰	Rapport d'enquête

Objectifs stratégiques	Indicateurs de performance	Méthode de calcul	Données de référence (année)	Cibles				Source de collecte
				2022	2023	2024	2025	
	de serpent	morsure de serpent /Nbre cas de morsure de serpent enregistré*10 000						
	Pourcentage de cas d'envenimation et prise en charge avec le sérum antivenimeux	Nbre de cas d'envenimation correctement prise en charge avec le sérum antivenimeux / Nbre total de cas de morsures de serpents x 100	47% (2021)	50%	60%	80%	95%	DHIS2
	Proportion de structure n'ayant pas connu de rupture de serum antivénimeux	Nbre de dépôt de pharmacie de district n'ayant pas connu de rupture de stock / Nbre total de dépôt de district X 100	<40% (2021)	40%	60%	70%	90%	DHIS2
	Prévalence de la leishmaniose cutanée au Sénégal	Nbre de cas leishmaniose cutanée détectés /Pop à risque x 100	0% (2021)	0%	0%	0%	0%	Rapport d'enquête
	Proportion de cas testés positifs à la leishmaniose cutanée	Nbre de cas leishmaniose cutanée testés positif /Nbre de personnes testées x 100	55% (2021)	55%	65%	75%	85%	DHIS2
	Taux de détection de leishmaniose cutanée	Nbre de cas leishmaniose cutanée confirmé /Nbre de cas attendus	<40% (2021)	55%	65%	75%	85%	DHIS2
	Nombre de nouveaux cas de leishmaniose cutanée	Dénombrement du nombre de nouveaux cas de leishmaniose	>200 (2021)	200	150	75	50	DHIS2

Objectifs stratégiques	Indicateurs de performance	Méthode de calcul	Données de référence (année)	Cibles				Source de collecte
				2022	2023	2024	2025	
		cutanée diagnostiqués						
	Proportion de cas de leishmaniose cutanée pris en charge conformément aux directives nationales.	Nbre de cas leishmaniose cutanée pris en charge /Nbre de cas confirmés x 100	<50% (2021)	50%	70%	90%	95%	DHIS2
	Proportion de cas mycétome diagnostiqués parmi les cas suspects	Nbre de cas mycétome confirmé /Nbre de personnes testées x 100	50% (2021)	50%	60%	70%	90%	DHIS2
	Taux de détection du mycétome	Nbre de cas mycétome confirmé /Nbre de cas attendus	<50% (2021)	50%	60%	70%	85%	DHIS2
	Nombre de nouveaux cas de mycétome	Dénombrement du nombre de nouveaux cas de mycétome notifiés	>200	200	150	75	50	DHIS2
	Proportion de cas de mycétomes diagnostiqués et pris en charge	Nbre de cas de mycétome pris en charge / Nbre total de cas diagnostiqué	<75 (2021)	75%	80%	95%	95%	DHIS2
	Incidence de la gale	Nombre de nouveau cas de gale/population totale X 1000	>0,6‰ (2021)	0,6‰	0,5‰	0,4‰	0,3‰	Rapport d'enquête
	Proportion de cas de gale prise en charge	Nombre de cas de gale prise en charge/nombre total de cas de gale enregistré X 100	<75% (2021)	75%	80%	90%	100%	DHIS2
	Proportion de cas suspects de Dracunculose investigués dans les 24h	Nbre de cas suspects de Dracunculose investigué dans les 24h /Nbre total de cas de dracunculose confirmé*100	100% (2021)	100%	100%	100%	100%	Rapport d'investigation

Objectifs stratégiques	Indicateurs de performance	Méthode de calcul	Données de référence (année)	Cibles				Source de collecte
				2022	2023	2024	2025	
	Nombre de cas confirmés de Dracunculose	Dénombrement du nombre de cas dracunculose notifiés et confirmés	0 (2021)	0	0	0	0	Rapport d'investigation
	Nombre de décès liée à la dengue	Dénombrement du nombre de décès chez les patients atteints de la dengue	0 (2021)	0	0	0	0	Rapport d'enquête
	Nombre de cas de THA confirmés	Dénombrement du nombre de cas de THA confirmés au laboratoire	0 (2021)	0	0	0	0	Rapport d'enquête
	Incidence de la dengue	Nombre de nouveaux cas de dengue/ Pop total x10000	0,07‰ (2021)	0,078‰	0,05‰	0,04‰	0,02‰	Rapport d'enquête
	Proportion de cas de dengue prise en charge	Nombre de cas de dengue prise en charge / Nombre total de cas de dengue confirmés X 100	100% (2021)	100%	100%	100%	100%	DHIS2
Objectif stratégique n° 3 : Accorder la priorité au suivi et à l'évaluation afin de suivre les progrès et prendre les décisions visant à atteindre les objectifs fixés pour 2025	Proportion de supervisions réalisées	Nombre de supervisions réalisées/ Nombre de supervisions prévues X 100	<50% (2021)	100%	100%	100%	100%	Rapport annuel du PNLMTN
	Proportion d'évaluations réalisées	Nombre d'évaluation réalisées/ Nombre de réunions d'évaluation prévues X 100	100% (2021)	100%	100%	100%	100%	Rapport annuel du PNLMTN
	Proportion de revues semestrielles faites	Nombre de revues semestrielles réalisées/ Nombre de revues semestrielles prévues X 100	0% (2021)	100%	100%	100%	100%	Rapport annuel du PNLMTN

Objectifs stratégiques	Indicateurs de performance	Méthode de calcul	Données de référence (année)	Cibles				Source de collecte
				2022	2023	2024	2025	
	Proportion de revues nationales réalisées	Nombre de revues nationales réalisées/ Nombre de revues nationales prévues X 100	66% (2021)	100%	100%	100%	100%	Rapport annuel du PNLMTN
Objectif stratégique n° 4 : Assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et autres produits contre les MTN de qualité de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux	Taux de disponibilité des médicaments traceurs MTN (SAR, VAR, SAV, PZQ, Ascabiol)	Nombre de produits traceurs disponibles/ sur nombre total de la gamme x100	<50% (2021)	70%	80%	90%	90%	DHIS2
	Durée moyenne de rupture des produits traceurs	Nombre de jours de rupture/Nombre total de produits	>20j (2021)	20 j	15 j	10 j	≤ 10 jours	DHIS2
	Proportion de structures ayant connu des ruptures de Médicaments et autres produits traceurs MTN	Nombre de structures ayant connu une rupture de MMTN /Nombre total de structures x100	>50% (2021)	40%	20%	15%	10%	DHIS2
	Taux de perte des médicaments à CTP	Valeur totale des pertes/ valeur stock (disponible + entrée sur la période) x100	>10% (2021)	10%	5%	2%	≤ 1%	DHIS2
	Taux de perte des produits traceurs	Valeur totale des pertes / valeur stock (disponible + entrée sur la période) x100	>10% (2021)	10%	5%	2%	≤ 2%	Rapport d'inventaire
Objectif stratégique n° 5 : Renforcer la participation communautaire pour que les communautés	Proportion de collectivités territoriales ayant inscrit des activités de lutte contre les MTN dans leurs Plans (POCT)	Nombre de collectivités territoriales ayant inscrit des activités de lutte contre les MTN dans leurs Plans/ Nombre Total de collectivités territoriales	<50% (2021)	50%	60%	70%	80%	Rapport annuel de performance du PNLMTN

Objectifs stratégiques	Indicateurs de performance	Méthode de calcul	Données de référence (année)	Cibles				Source de collecte
				2022	2023	2024	2025	
s'approprient la lutte contre les MTN à travers la mobilisation sociale, les changements comportementaux et l'augmentation du soutien local		X 100						
	Proportion de CDS ayant inscrit des activités de lutte contre les MTN dans leurs Plans (Plan d'action)	Nombre de CDS ayant inscrit des activités de lutte contre les MTN dans leurs Plans / Nombre Total de CDS	<40% (2021)	50%	60%	70%	80%	Rapport annuel de performance du PNLMTN
	Proportion de CDS ayant inscrit dans leur Plan d'action POCT une ligne budgétaire pour l'achat des sérums et vaccins anti venimeux et antirabiques pour la prise en charge sociale des cas	Nombre de CDS qui ont inscrit une ligne budgétaire / Nombre total de CDS x 100	<40% (2021)	50%	60%	70%	80%	Rapport annuel de performance du PNLMTN
Objectif stratégique n° 6 :Renforcer le système d'information, la surveillance épidémiologique et la recherche opérationnelle	Proportions de MTN intégrées dans les EDS Continues	Nombre de MTN intégrées dans les EDS Continues / nombre de MTN x100	0% (2021)	25%	50%	100%	100%	Rapport EDS
	Proportion de CVACI ayant inscrit les MTN à surveillance obligatoire dans le dispositif communautaire	Nombre de CVACI ayant inscrit les MTN à surveillance obligatoire dans le dispositif communautaire / Nombre total de CVACI	0% (2021)	50%	60%	70%	80%	Rapport annuel de performance du PNLMTN
	Pourcentage de CVACI ayant inscrit les MTN CPT en phase d'élimination dans le dispositif communautaire	Nombre de CVACI ayant inscrit les MTN CPT en phase d'élimination dans le dispositif communautaire / Nombre total de CVACI	0% (2021)	50%	60%	70%	80%	Rapport annuel de performance du PNLMTN

Objectifs stratégiques	Indicateurs de performance	Méthode de calcul	Données de référence (année)	Cibles				Source de collecte
				2022	2023	2024	2025	
	Proportion d'outils de collecte des données MTN révisés	Nombre d'outils de collecte des données MTN révisés /nombre d'outils x 100	0% (2021)	100%	100%	100%	100%	Rapport annuel de performance du PNLMTN
	Proportion de MTN intégrés dans le système national de surveillance des maladies	Nombre de MTN intégrés dans le système national de surveillance des maladies / nombre de MTN x100	<30% (2021)	30%	60%	70%	80%	Rapport annuel de performance du PNLMTN
	Proportion de MTN intégrés dans la liste des maladies sous surveillance	Nombre de MTN intégrés dans la liste des maladies sous surveillance /nombre de MTN x100	<30% (2021)	30%	60%	70%	80%	Rapport annuel de performance du PNLMTN
	Proportion d'enquêtes de prévalence sur les MTN réalisée	Nombre d'enquêtes de prévalence de MTN réalisées /Nombre prévu x 100	< 30% (2021)	50%	80%	90%	100%	Rapport annuel de performance du PNLMTN
Objectifs stratégique n° 7: Renforcer la communication pour le changement de comportement sur les MTN	Existence d'un plan de communication mis en œuvre	Disponibilité du plan	Non disponible (2021)	Oui	Oui	Oui	Oui	Document du plan de communication
Objectif stratégique n° 8 : Améliorer les capacités du programme chargé de la lutte contre les MTN lutte contre les MTN	Ligne budgétaire PNLMTN inscrite dans le budget du MSAS	Budget état alloué aux MTN	Non disponible (2021)	Non	Oui	Oui	oui	Rapport annuel de performance du PNLMTN
	Existence arrêté ministériel créant le PNLMTN	Nombre d'arrêté disponible	Non disponible	Non	Oui	Oui	Oui	Arrêté signé
	Nombre d'agents mis à disposition du PNLMTN	Nombre d'agents affectés au PNLMTN	01 (2021)	02	06	08	10	Notes de service

Objectifs stratégiques	Indicateurs de performance	Méthode de calcul	Données de référence (année)	Cibles				Source de collecte
				2022	2023	2024	2025	
	Proportion de matériel informatique livré	Nombre de matériel livré/nombre de matériel prévu (besoins)*100	10% (2021)	20%	60%	80%	100%	Bordereau de livraison
Objectif stratégique n° 9 : Réduire la discrimination, la stigmatisation et les souffrances liées aux MTN	Complications et séquelles MTN inscrites dans le package gratuit de la CMU	Inscription des complications et séquelles dans le paquet CMU	Non disponible (2021)	Non	Oui	Oui	Oui	Rapport annuel de performance du PNLMTN
	Existence d'une loi abrogeant la loi 76-03 du 25 mars 1976 sur les villages de reclassement sociale (VRS)	Nombre de loi disponible	Non disponible (2021)	Non	Oui	Oui	Oui	Loi relative aux VRS
	Existence de bourses familiales pour les personnes souffrant de morbidité et de séquelles liées aux MTN	Octroi de bourses familiales aux personnes souffrant de morbidité	Non disponible (2021)	Non	Oui	Oui	Oui	Rapport annuel de performance du PNLMTN
Objectif stratégique n° 10 : Renforcer la mobilisation de ressources par le développement du partenariat et le plaidoyer	Proportion des besoins de financement satisfaits	Financement obtenu / besoin de financement x 100	25% (2021)	30%	50%	75%	100%	Rapport annuel de performance du PNLMTN
	Nombre de nouvelles conventions établies avec des partenaires pour le soutien des activités de lutte contre les MTN	Dénombrement du nombre de conventions signées	0 (2021)	2	8	14	20	Rapport annuel de performance du PNLMTN
Objectif stratégique n° 11 : Renforcer la coordination intrasectorielle (handicaps, incapacité et exclusion, santé	Existence d'un cadre de coordination formel entre le PNLMTN et les autres programmes et démembrements du MSAS formel	Nombre de cadre formalisé à travers un arrêté	Non disponible (2021)	Non	Oui	Oui	Oui	Note de service

Objectifs stratégiques	Indicateurs de performance	Méthode de calcul	Données de référence (année)	Cibles				Source de collecte
				2022	2023	2024	2025	
mentale, lutte antivectorielle, PEV, santé mère-enfant, service national d'hygiène, etc.)	Existence d'un programme de lutte antivectorielle intégré	Existence d'un arrêté mettant en place un programme de lutte antivectorielle intégré	Non disponible (2021)	Non	Oui	Oui	Oui	Note de service
	Nombre de domaines d'interventions communes identifiées	Dénombrement du nombre de domaines d'interventions communes identifiées	Non disponible (2021)	Oui	Oui	Oui	Oui	Rapport d'activités
	Proportion d'instances de coordination intrasectorielle tenues et visant à mettre en synergie les approches liées aux MTN	Nombre d'instances de coordination intrasectorielle tenues / nombre prévues x 100	80%	85%	90%	95%	100%	Rapport d'activités
Objectif stratégique n° 12 : Renforcer la coordination multisectorielle (WASH, éducation, élevage, etc.) en mettant en synergie les approches favorisant la prévention, le traitement et les soins liés à de nombreuses MTN	Proportion d'instances de coordination intersectorielle tenues	Nombre d'instances de coordination intersectorielle tenues / nombre prévues x 100	<50% (2021)	60%	80%	90%	100%	Rapport d'activités
	Nombre de secteurs ayant intégré des interventions MTN dans leur paquet d'activités	Nombre de secteurs ou services intégrant les MTN	01 (2021)	2	4	4	4	Rapport d'activités
Objectif stratégique n° 13 : Renforcer l'appropriation de la lutte contre les MTN en décentralisant la lutte au niveau local, départemental,	Proportion de comités de lutte régionaux contre les MTN mis en place	Nombre de comités de lutte régionaux contre les MTN mis en place / nombre total de régions x 100	0% (2021)	10%	50%	80%	100%	Rapport annuel de performance du PNLMTN
	Proportion de réunions du comité multi sectoriel	Nombre de réunions du comité multi sectoriel	0%	50%	80%	100%	100%	Rapport annuel de

Objectifs stratégiques	Indicateurs de performance	Méthode de calcul	Données de référence (année)	Cibles				Source de collecte
				2022	2023	2024	2025	
régional	tenues	tenues / nombre prévu	(2021)					performance du PNLMTN
	Proportion de comités de lutte départementaux contre les MTN mis en place	Nombre de comités de lutte départementaux contre les MTN mis en place / nombre total de régions x100	0% (2021)	10%	50%	80%	100%	Rapport annuel de performance du PNLMTN
	Proportion de comités de lutte communaux contre les MTN mis en place	Nombre de comités de lutte communaux contre les MTN mis en place / nombre total de régions x 100	0% (2021)	10%	50%	80%	100%	Rapport annuel de performance du PNLMTN
Objectif stratégique n° 14 : Renforcer l'intégration de la planification, de la mise en œuvre, du suivi, et de l'évaluation des programmes MTN	Proportion de PTA intégré élaboré avec l'ensemble des parties prenantes	Nombre de PTA par MTN intégré en un seul PTA / Nombre total de MTN	100% (2021)	100%	100%	100%	100%	Rapport d'évaluation du PTA
	Proportion de réunion de suivi trimestriel du PTA tenu	Nombre de réunion de suivi trimestriel tenu / Nombre prévu x 100	100% (2021)	100%	100%	100%	100%	Rapport d'activités
	Nombre de rapports annuels de performance intégré des MTN élaboré	Dénombrement du nombre de rapports annuels élaborés	01 (2021)	01	02	03	04	Rapport annuel de performance du PNLMTN

CINQUIEME PARTIE - BUDGETISATION DE L'IMPACT : ESTIMATIONS ET JUSTIFICATIONS

5.1. Analyse du budget par pilier

5.2. Analyse du budget par priorités stratégiques

CINQUIEME PARTIE - BUDGETISATION DE L'IMPACT : ESTIMATIONS ET JUSTIFICATIONS

5.1. Analyse du budget par pilier

Tableau XLII : Répartition du budget en fonction des piliers et des activités majeures

ACTIVITÉS MAJEURES	COÛT (CFA)
Pilier 1	
Mettre en œuvre des campagnes DMM intégrées dans les districts et aires de santé éligibles	756 331 628
Rendre disponible les médicaments et produits DMM	2 343 353 734
Réaliser des monitorings post DMM	73 402 740
Rendre disponible les médicaments MTN pour la routine	2 058 671 075
Renforcer les capacités des prestataires au niveau primaire et hospitalier, des acteurs communautaires en matière de PEC des MTN, de leurs complications et des séquelles	219 434 198
Organiser des campagnes intégrées de dépistage et de prise en charge des cas de morbidité liés aux MTN (TT , lymphœdème, leishmaniose, mycétome, etc.)	145 056 841
Elaborer des directives nationales et les guides techniques de prise en charge des MTN et de leurs complications	51 788 128
Intensifier le dépistage précoce des MTN	77 294 447
Renforcer les capacités de laboratoire en matière de diagnostic des MTN	25 623 908
Mener une évaluation du PSNMTN	4 917 500
Mettre en œuvre les activités de suivi-évaluation	291 310 443
Renforcer la gestion de chaîne d'approvisionnement et de stock en médicaments et autres produits MTN	214 707 282
Mettre en œuvre et pérenniser la pharmacovigilance des médicaments MTN	37 161 825
Mener des plaidoyers auprès des collectivités territoriales autorités administratives, etc.	43 056 312
Renforcer la gestion des données sanitaires MTN	104 059 552
Mettre en œuvre, la cartographie, la surveillance épidémiologique et la recherche	218 595 931
Renforcer la communication du système pour un impact comportemental	762 690 655
Sous total Pilier 1	7 427 456 199 (87 %)

Pilier 2	
Renforcer le Programme de lutte contre les MTN en ressources matérielles (matériel de bureau, locaux spacieux, matériel informatique, etc...) et logistique	469 586 745
Renforcer le Programme intégré de lutte contre les MTN en ressources humaines	PM
Appuyer le fonctionnement du programme MTN	58 302 890
Renforcer la PEC psychosociale, l'autonomisation et la réadaptation fonctionnelle des patients atteints de complications liées aux MTN	112 283 204
Mettre en œuvre les activités de prévention contre la stigmatisation et la discrimination, courantes dans les maladies provoquant des incapacités de longue durée ou une défiguration	15 135 000
Mettre en œuvre des actions de plaidoyer pour la mobilisation des ressources et le développement du partenariat	165 207 550
Mettre en place un cadre de coordination formel entre le PNLMTN et les autres programmes et démembrements du MSAS pour des interventions communes	35 254 886
Elaborer et mettre en œuvre la collaboration avec le Programme de lutte contre la paludisme et la SNH un programme de lutte anti vectorielle intégrée	5 000 000
Rendre fonctionnel le comité national multisectoriel de lutte contre les MTN	19 569 900
Identifier les opportunités de collaboration et d'intégration du programme MTN avec les autres secteurs	58 000 000
Mettre en place un cadre de concertation formel entre le PNLMTN et les autres secteurs pour des interventions communes	4 000 000
Renforcer les interventions WASH dans la lutte contre les MTN	66 270 000
Sous total 2	1 008 610 175 (12%)
Pilier 3	
Créer officiellement le Programme National Intégré de lutte contre les MTN	PM
Mettre en place à tous les niveaux (local, départemental et régional) un comité multisectoriel de lutte contre les MTN	37 759 310
Elaborer annuellement un plan de travail annuel intégrant toutes les actions des programmes MTN	32 948 000
Mettre en œuvre de façon intégrée les interventions des programmes MTN	16 500 000
Sous total 3	87 207 310 (1%)
Total budget: 8 523 273 684 FCFA	

Le budget prévisionnel du Plan Stratégique National de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2022-2025 s'élève à **8 523 273 684 FCFA**.

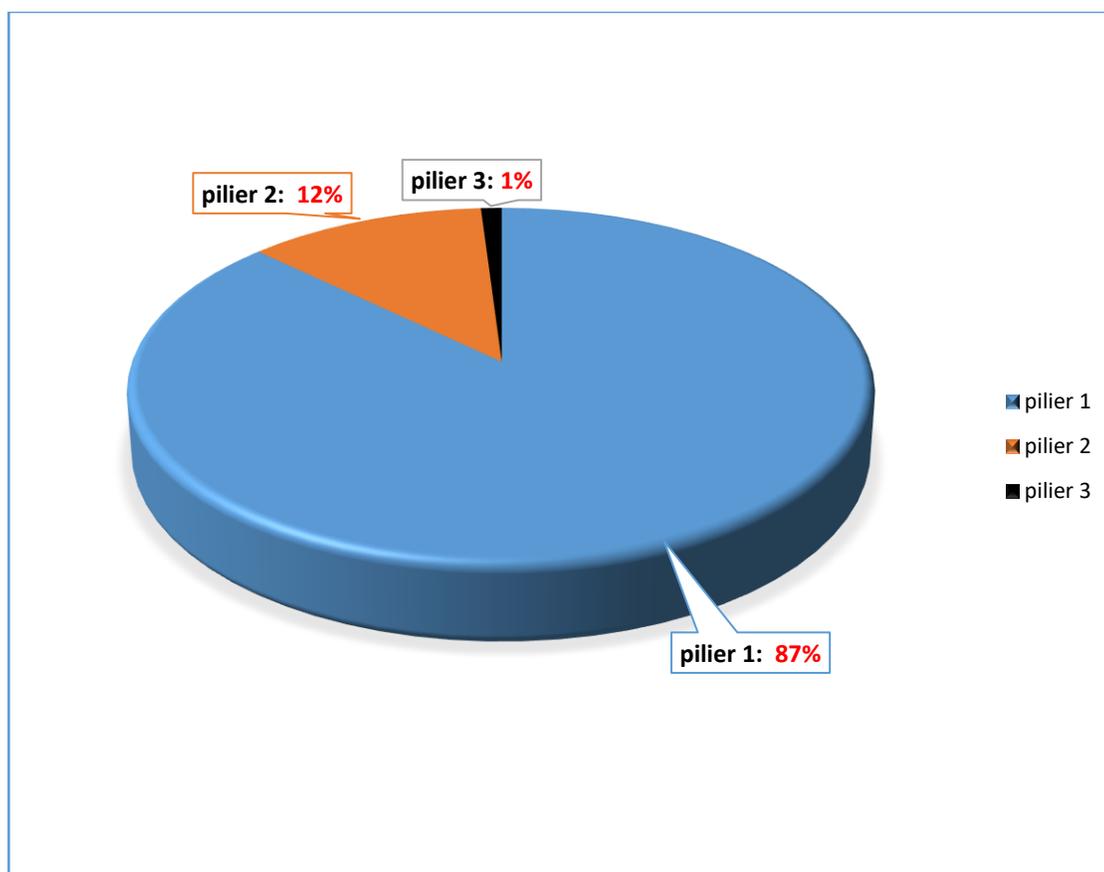


Figure 16: Répartition du budget prévisionnel du plan en fonction des piliers

Le pilier 1 qui représente l'accélération de l'action programmatique contre les MTN représente à elle seule **87%** du budget. Les piliers 2 et 3 représentent respectivement 12% et 1% du budget.

Les interventions visant à réduire l'incidence, la prévalence, la morbidité, les incapacités et la mortalité liés aux MTN sont le sens véritable des actions de santé.

Les médicaments pour la mise en œuvre des DDM ont un coût de **2 343 353 734 FCFA** soit 27,5% du budget total.

5.2. Analyse du budget par priorités stratégiques

Tableau XLIII: Répartition du budget en fonction des priorités stratégiques

Priorités stratégiques	Montant (CFA)	%
Objectif stratégique n° 1 : Intensifier la chimiothérapie préventive intégrée dans les zones endémiques éligibles a la DMM aux taux de couverture géographique épidémiologique et thérapeutique recommandés	3 173 088 102	37,2%
Objectif stratégique n° 2 : Renforcer le système de santé afin d'améliorer la prise en charge intégrée des cas, des complications des séquelles et des handicaps lies aux MTN dans les activités de routine à tous les niveaux	2 577 868 597	30,2%
Objectif stratégique n° 3 : Accorder la priorité au suivi et à l'évaluation afin de suivre les progrès et prendre les décisions visant à atteindre les objectifs fixés pour 2025	296 227 943	3,5%
Objectif stratégique n° 4 : Assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et autres produits contre les MTN de qualité de la chaine d'approvisionnement à tous les niveaux	251 869 107	3,0%
Objectif stratégique n° 5 : Renforcer la participation communautaire pour que les communautés s'approprient la lutte contre les MTN à travers la mobilisation sociale, les changements comportementaux et l'augmentation du soutien local	43 056 312	3,8%
Objectif stratégique n° 6 : Renforcer le système d'information, la surveillance épidémiologique et la recherche opérationnelle	322 655 483	3,8%
Objectifs stratégique n° 7: Renforcer la communication pour le changement de comportement sur les MTN	762 690 655	8,9%
Objectif stratégique n° 8 : Améliorer les capacités du programme chargé de la lutte contre les MTN	527 889 635	6,2%
Objectif stratégique n° 9 : Réduire la discrimination, la stigmatisation et les souffrances liées aux MTN	127 418 204	1,5%
Objectif stratégique n° 10 : Renforcer la mobilisation de ressources par le développement du partenariat et le plaidoyer	165 207 550	1,9%
Objectif stratégique n° 11 : Renforcer la coordination intrasectorielle (handicaps, incapacité et exclusion, santé mentale, lutte antivectorielle, PEV, santé mère-enfant, service national d'hygiène, etc.)	40 254 886	0,5%

Priorités stratégiques	Montant (CFA)	%
Objectif stratégique n° 12 : Renforcer la coordination multisectorielle (WASH, éducation, élevage, etc.) en mettant en synergie les approches favorisant la prévention, le traitement et les soins liés à de nombreuses MTN	147 839 900	1,7%
Objectif stratégique n° 13 : Renforcer l'appropriation de la lutte contre les MTN en décentralisant la lutte au niveau locale, départemental, régional	34 756 310	0,4%
Objectif stratégique n° 14 : Renforcer l'intégration de la planification, de la mise en œuvre, du suivi, et de l'évaluation des programmes MTN	49 448 000	0,6%
Total	8 523 273 684 FCFA.	

CONCLUSIONS

La lutte contre les MTN reste une priorité pour le gouvernement du Sénégal car permettant de contribuer à la réduction de la pauvreté et à l'atteinte des objectifs du développement durable (ODD).

Une coordination étroite et une action multisectorielle à l'échelle du secteur de la santé et au-delà de ce secteur, englobant non seulement la lutte antivectorielle, l'eau et l'assainissement, la santé animale et environnementale et l'éducation à la santé, mais aussi, notamment, l'enseignement et le handicap, permettront de maximiser les synergies.

Il importe également d'intégrer les interventions dans le cadre de plateforme afin d'améliorer le rapport coût/efficacité.

Le renforcement des capacités du système de santé permettra de garantir le déploiement des interventions par le biais d'infrastructures existantes, de renforcer la pérennité et l'efficacité des interventions et de permettre un accès équitable pour les individus à tous les aspects des traitements, des soins et des services de prévention.

Le défi majeur de la mise en œuvre du plan réside dans son financement et dans son appropriation par les politiques et les communautés. Il importe alors de mener des actions de plaidoyer efficaces en direction de ces cibles afin d'améliorer le financement domestique de la lutte durable contre les MTN.

ANNEXES

- **Annexe 1:** Tableau XLIV: répartition des cas de lèpre par région au Sénégal en 2020
- **Annexe 2:** Tableau XLV: répartition des cas d'exposition humaine à la rage notifiés entre 2010 à 2021 par région au Sénégal
- **Annexe 3:** Tableau XLVI: cartographie des partenaires d'appui dans la lutte contre les MTN par zones et domaines d'intervention
- **Annexe 4:** Tableau XLVII: feuille de route des DMM pour l'élimination de la FL 2018-2025)
- **Annexe 5:** Tableau XLVIII: feuille de route des DMM pour l'élimination de l'onchocercose 2021-2025
- **Annexe 6:** Tableau XLIX: feuille de route des DMM pour l'élimination des Géolminthiases 2016-2026
- **Annexe 7.** Tableau L: feuille de route des DMM pour l'élimination de le contrôle des schistosomias 2021-2025
- **Annexe 8.** Tableau LI: besoins en médicaments pour les MTN à CTP (2022-2025)
- **Annexe 9.** Tableau LII: Besoins en médicaments pour les MTN à PEC des cas (2022-2025)
- **Annexe 10.** Tableau LIII: Coût des besoins en médicaments pour les MTN à CTP (2022-2025) en francs CFA
- **Annexe 11.** Tableau LIV: Coût des besoins en médicaments MTN à PEC des cas en francs CFA
- **Annexe 12.** Tableau LV : Résumé des activités stratégiques et des sous-activités du PSNMTN 2022-2025

ANNEXE 1

Tableau XLIV: répartition des cas de lèpre par région au Sénégal en 2020

Région	Malades enregistrés en début d'année	Nouveaux cas				MB chez les NC	Autres cas admis	Rechutes	Cas ayant terminé la PCT	Autres cas sortis	Malades enregistré en fin d'année	Vérification des malades enregistrés en fin d'année	Différence
		Dépistés pendant l'année	Femmes	Infirmités de grade 2	Enfants								
Dakar	57	19	3	2	4	10	0	4	15	3	62	62	0
Diourbel	43	37	21	3	13	29	2	2	46	4	34	34	0
Fatick	7	13	6	0	2	4	0	0	18	0	2	2	0
Kaffrine	5	11	4	1	2	10	0	0	0	0	16	16	0
Kaolack	17	41	19	2	10	22	0	0	27	0	31	31	0
Kédougou	4	7	3	0	1	5	0	1	2	0	10	10	0
Kolda	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Louga	6	13	4	1	1	10	7	0	13	1	12	12	0
Matam	5	2	0	0	0	2	0	0	2	0	5	5	0
Saint Louis	13	5	1	0	0	3	0	0	1	0	17	17	0
Sédhiou	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0
Tambacounda	0	5	1	0	1	5	1	0	0	0	5	5	0
Thiès	17	33	7	2	5	26	2	0	16	0	36	36	0
Ziguinchor	3	3	1	0	0	2	0	0	0	0	6	6	0
Sénégal	177	191	70	12	39	139	12	7	207	8	238	238	0
			37%	6%	20%	73%							

ANNEXE 2

Tableau XLV: répartition des cas d'exposition humaine à la rage notifiés entre 2010 à 2021 par région au Sénégal

ANNEES REGIONS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
DAKAR	14	10	31	75	132	122	129	355	156	389	319	401	2119
DIOURBEL	7	14	7	5	15	42	81	155	59	90	111	112	331
FATICK	30	36	89	114	104	191	146	399	104	244	251	238	691
KAFFRINE	20	20	12	15	14	16	83	259	50	104	129	115	453
KAOLACK	1	4	8	25	23	59	68	139	63	121	156	139	1916
KEDOUGOU	0	0	9	9	24	61	37	145	84	82	67	74	285
KOLDA	0	11	7	5	0	38	34	121	42	168	271	213	817
LOUGA	3	6	2	13	12	30	87	288	63	148	129	157	442
MATAM	0	0	4	8	20	25	29	85	29	88	71	53	805
SAINT-LOUIS	20	54	55	19	7	69	49	210	73	123	148	135	484
SEDHIOU	1	3	29	13	12	72	91	213	38	77	96	80	592
TAMBACOUNDA	32	39	51	72	34	33	54	201	94	206	175	239	536
THIES	19	22	24	13	33	84	169	579	195	326	344	403	910
ZIGUINCHOR	8	11	8	10	22	121	90	453	60	99	119	163	725
INSTITUT PASTEUR	933	875	1 099	1197	1290	865	1106	1 293	156	389	319		935
TOTAL	1 088	1 105	1 435	1 593	1 742	1 828	2 253	4 895	1110	2265	2386	2522	16017

ANNEXE 3

Tableau XLVI: cartographie des partenaires d'appui dans la lutte contre les MTN par zones et domaines d'intervention

Partenaires	Zones d'intervention	Domaines d'intervention
OMS	National	Formation, Enquêtes et approvisionnements en médicaments
OMVS-PGIRE	Bassins du Fleuve Sénégal (St Louis, Matam, Tambacounda, Kédougou et Louga)	Campagne DMM, IEC/CCC, Enquêtes évaluation de la qualité des données, Enquêtes CAP, conception de supports de communication, ...
FHI360	Régions de : St Louis, Tambacounda, Kédougou, Kolda, Ziguinchor, Sédhiou, Kaffrine, Kaolack, Diourbel, Fatick, Thiès et Louga	Campagne DMM, Mobilisation sociale, Supervision, évaluation de la qualité des données, conception d'outils comm, Formation, Cartographie, Enquêtes d'impact, Surveillance logistique, Planification, et Coordination.
UCAD/IRD/UGB	National	Recherche fondamentale, opérationnelle et Suivi/évaluation
END fund	Suivi évaluation dans le bassin de la Falémé et en Gambie pour l'Onchocercose.	Districts endémiques des régions de Kolda, Tamba et Kédougou
SightSavers	Ziguinchor, Sédhiou, Kaffrine, Kaolack, Diourbel, Fatick, Thiès et Louga	Santé Oculaire, Trachome (Chirurgie TT), Enquêtes de prevalence, IEC,...
Action Damien	Dakar, Ziguinchor, Kaolack, Diourbel, St Louis et Thiès	Formation, Suivi et évaluation.
Wold Vision	Régions	Campagne DMM
PARTH	Régions	ADP, Chaîne d'approvisionnement en médicaments
Speack-Up Africa	PNLMTN	DMM et IEC/CCC
REDISSE	PNLMTN	Surveillance de la rage.

ANNEXE 4

Tableau XLVII: feuille de route des DMM pour l'élimination de la FL 2018-2025

District	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Bakel	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2		EET3
Dianké Makha	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2		EET3
Goudiry	DDM	DDM	DMM	Pré EET	EET1		EET 2	
Kidira	DDM		Pré EET	EET1		EET 2		EET3
Koumpentoum	DDM		Pré EET	EET1		EET 2		EET3
Makacolibantang	DDM	DDM	DMM	Pré EET	EET1		EET 2	
Tambacounda	DDM		Pré EET	EET1		EET 2		EET3
Kolda	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2		EET3
Médina Yoro Foulah	DDM	DDM	DMM	Pré EET	EET1		EET 2	
Vélingara	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2		EET3
Boukiling	Pré EET,EET1			EET 2		EET3		
Goudomp	Pré EET, EET1			EET 2		EET3		
Sédhiou	Pré EET , EET1			EET 2		EET3		
Bambéy	DDM	DDM	Pre EET	EET1		EET 2		EET3
Mbacké	DDM	DDM	Pre EET	EET1		EET 2		EET3
Touba	DDM	DMM	DMM	Pré EET	EET1		EET 2	
Niakhar	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2	
Fatick	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2	
Diakhao	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2	
Dioffor	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2	
Sokone	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2	
Gossas	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2	
Birkelane	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2	
Kaffrine	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2	

Koungheul	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2	
Malem Hodar	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2	
Guinguinéo	DDM	DDM	DMM	Pré EET	EET1		EET 2	
Kaolack	DDM	DDM	DDM	DMM	Pré EET	EET1		EET 2
Kédougou	DDM	DDM	DMM	DMM	Pré EET	EET1		EET 2
Salémata	DDM	DMM	DMM	DMM	Pré EET	EET1		EET 2
Saraya	DDM	DMM	DMM	Pré EET	EET1		EET 2	
Linguère	DDM	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2
Coki	DDM	DDM	DDM	DDM	DDM	Pré EET , EET1		EET 2
Keur Momar Sarr	DDM	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2
Sakal	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2	
Louga	DDM	DDM	DDM	DDM	DDM	Pré EET , EET1		EET 2
Pété	DDM	DDM	DDM	DDM	DDM	DDM	Pré EET , EET1	
Podor	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2	
Joal	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2		EET3
Mbour	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2		EET3
Popenguine	DDM	DDM	DMM	Pré EET	EET1		EET 2	
Thiadiaye	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2		EET3
Pout	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2	
Thiès	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2		EET3
Khombole	DDM	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2
Tivaouane	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2		EET3
Diouloulou	DDM	DDM	DDM	DMM	Pré EET	EET1		EET 2
Bignona	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2	
Thionk Esyl	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2	
Oussouye	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2	
Ziguinchor	DDM	DDM	DDM	Pré EET	EET1		EET 2	

ANNEXE 5

Tableau XLVIII: feuille de route des DMM pour l'élimination de l'onchocercose 2021-2025

Région	District	2021	2022	2023	2024	2025 - 2027
Kédougou	KEDOUGOU	DMM	Enquête epi-entomo pour confirmation de l'arrêt de la transmission	DMM avec la MOX pour accélérer l'élimination	soumission du dossier pour certification de l'élimination	Surveillance post Elimination
Kédougou	SALEMATA	DMM	Enquête epi-entomo pour confirmation de l'arrêt de la transmission	DMM avec la MOX pour accélérer l'élimination	soumission du dossier pour certification de l'élimination	Surveillance post traitement
Kédougou	SARAYA	DMM	Enquête epi-entomo pour confirmation de l'arrêt de la transmission	DMM avec la MOX pour accélérer l'élimination	soumission du dossier pour certification de l'élimination	Surveillance post traitement
Kolda	VELINGARA	DMM	Enquête epi-entomo pour confirmation de l'arrêt de la transmission	DMM avec la MOX pour accélérer l'élimination	soumission du dossier pour certification de l'élimination	Surveillance post traitement
Tambacounda	KIDIRA	DMM	Enquête epi-entomo pour confirmation de l'arrêt de la transmission	DMM avec la MOX pour accélérer l'élimination	soumission du dossier pour certification de l'élimination	Surveillance post traitement
Tambacounda	GOUDIRY	DMM	Enquête epi-entomo pour confirmation de l'arrêt de la transmission	DMM avec la MOX pour accélérer l'élimination	soumission du dossier pour certification de l'élimination	Surveillance post traitement
Tambacounda	DIANKE MAKHA	DMM	Enquête epi-entomo pour confirmation de l'arrêt de la transmission	DMM avec la MOX pour accélérer l'élimination	soumission du dossier pour certification de l'élimination	Surveillance post traitement
Tambacounda	TAMBACOUNDA	DMM	Enquête epi-entomo pour confirmation de l'arrêt de la transmission	DMM avec la MOX pour accélérer l'élimination	soumission du dossier pour certification de l'élimination	Surveillance post traitement

ANNEXE 6

Tableau XLIX: feuille de route des DMM pour l'élimination des Géolminthiases 2016-2026

Feuille de route pour l'élimination des Géolminthiases au Sénégal (DMM)													
Régions	Districts	Prévalence	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Dakar	GUEDIAWAYE	71%	DMM	DMM					DMM	EI		DMM	
Dakar	PIKINE	53%	DMM	DMM					DMM	EI		DMM	
Dakar	MBAO	50%	DMM	DMM					DMM	EI		DMM	
Dakar	RUFISQUE	26%	DMM	DMM		DMM				EI		DMM	
Fatick	DIOFFIOR	10%	DMM	EI	DMM	DMM	DMM	DMM	DMM	EI			DMM
Fatick	FOUNDIOUGNE	14%	DMM	EI					DMM	DMM	DMM	DMM	EI
Kaffrine	KOUNGHEUL	23%	DMM	DMM	EI	DMM	DMM		DMM	DMM		DMM	DMM
Kolda	Medina Yoro Foulah	4%	DMM	DMM	EI	DMM	DMM		DMM		DMM		
Louga	LINGUERE	4%	EI	DMM	DMM	DMM	DMM	DMM		EI		DMM	
Louga	COKI	4%	EI	DMM	DMM	DMM	DMM	DMM	DMM	EI		DMM	
Louga	KEUR MOMAR SARR	4%	EI	DMM	DMM	DMM	DMM	DMM		EI		DMM	
Louga	SAKAL	4%	EI	DMM	DMM	DMM	DMM	DMM		EI		DMM	
Louga	LOUGA	4%	EI	DMM	DMM	DMM	DMM	DMM	DMM	EI		DMM	
Matam	KANEL	5%	EI	DMM		DMM		DMM		DMM		EI	
Matam	Matam	5%	EI	DMM		DMM		DMM		DMM		EI	
Matam	Thilogne	5%	EI	DMM		DMM		DMM		DMM		EI	
Matam	RANEROU	5%	EI	DMM		DMM		DMM		DMM	EI		
Saint Louis	DAGANA	4%	EI	DMM									
Saint Louis	RICHARD TOLL	4%	EI	DMM		DMM		DMM		DMM	EI		

Feuille de route pour l'élimination des Géolminthiases au Sénégal (DMM)

Régions	Districts	Prévalence	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Saint Louis	PETE	5%	EI	DMM	EI								
Saint Louis	PODOR	5%	EI	DMM	DMM	DMM	DMM	DMM	EI				
Saint Louis	SAINT LOUIS	4%	EI	DMM		DMM		DMM		DMM		DMM	DMM
Sédhiou	BOUNKILING	6%	DMM	DMM	EI				DMM		DMM		DMM
Sédhiou	GOUDOMP	7%	DMM	DMM	EI				DMM		DMM		DMM
Sédhiou	SEDHIOU	2%	DMM	DMM	EI				DMM		DMM		
Thiès	JOAL	16%	DMM	EI	DMM	DMM		DMM	DMM	DMM	EI		DMM
Thiès	MBOUR	2%	DMM	DMM	DMM	EI			DMM		DMM		
Thiès	THIADIAYE	47%	DMM	EI	DMM	DMM		DMM	DMM	DMM	EI		DMM
Thiès	POUT	6%	DMM	DMM	DMM	EI	DMM		DMM		DMM		DMM
Thiès	THIES	16%	DMM	DMM	DMM	EI			DMM		DMM		
Ziguinchor	DILOULOU	2%	DMM	EI	DMM	DMM	DMM	DMM		DMM	EI		
Ziguinchor	ZIGUINCHOR	2%	DMM	EI	DMM	DMM	DMM		DMM		DMM	EI	
	DMM	Distribution de masse de médicaments											
	EI	Enquête d'évaluation d'impact											

ANNEXE 7

Tableau L: feuille de route des DMM pour l'élimination de le contrôle des schistosomias 2021-2025

Feuille de route pour le contrôle des schistosomias au Sénégal (projection annuelles du traitement focal par DMM)												
Géographie	EPI	DMM	2021		2022		2023		2024		2025	
District	Code Endemicité	nb de tours valides	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter
Guediawaye	1	0	0	0	0	0	2	DMM	0	0	0	0
Bambey	2	2	0	0	8	DMM	0	0	8	DMM	0	0
Diourbel	2	2	0	0	13	DMM	0	0	13	DMM	0	0
Mbacke	1	0	0	0	0	0	1	DMM	0	0	0	0
Touba	1	3	0	0	0	0	3	DMM	0	0	0	0
Diakhao	2	5	0	0	2	DMM+EI	0	0	2	DMM	0	0
DIOFIOR	1	5	5	DMM	0	0	0	EI	5	DMM	0	0
Fatick	3	5	0	0	13	DMM+EI	0	0	13	DMM	0	0
Gossas	2	5	0	0	6	DMM+EI	0	0	6	DMM	0	0
Niakhar	3	5	4	DMM	4	DMM+EI	4	DMM	4	DMM	4	DMM
Passy	2	4	0	0	2	DMM	0	EI	2	DMM	0	0
Sokone	1	3	0	0	0	0	1	DMM	0	0	0	0
Birkilane	2	2	0	0	2	DMM	11	DMM	2	DMM	0	EI
Kaffrine	2	2	0	0	1	DMM	4	DMM	1	DMM	0	EI
Koungheul	2	2	0	0	1	DMM	17	DMM	1	DMM	0	EI
Malem hodar	2	5	0	0	15	DMM+EI	0	0	15	DMM	0	0
Guinguineo	2	4	0	0	11	DMM	3	DMM+EI	11	DMM	0	0
Kaolack	1	2	15	DMM	0	0	0	0	15	DMM	0	0

**Feuille de route pour le contrôle des schistosomiases au Sénégal
(projection annuelles du traitement focal par DMM)**

Géographie	EPI	DMM	2021		2022		2023		2024		2025	
District	Code Endemicité	nb de tours valides	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter
Ndoffane	3	5	1	DMM	20	DMM	1	DMM+EI	20	DMM	1	DMM
Nioro	1	1	0	0	1	DMM	43	DMM	1	DMM	0	0
Kedougou	3	4	14	DMM	14	DMM	14	DMM+EI	14	DMM	14	DMM
Salemata	3	4	8	DMM	8	DMM	8	DMM+EI	8	DMM	8	DMM
Saraya	3	5	21	DMM	21	DMM	21	DMM+EI	21	DMM	21	DMM
Kolda	2	5	0	0	2	DMM+EI	27	DMM	2	DMM	0	0
Medina yoro foulah	3	2	1	DMM	16	DMM	3	DMM	16	DMM+EI	1	DMM
Velingara	2	5	25	DMM	0	EI	25	DMM	0	0	25	DMM
Dahra	1	2	0	0	0	0	20	DMM	0	0	0	0
Darou Mousty	1	2	0	0	0	0	18	DMM	0	0	0	0
Kebemer	1	1	0	0	0	0	18	DMM	0	0	0	0
Keur Momar Sarr	3	5	14	DMM	13	DMM	14	DMM+EI	13	DMM	14	DMM
Koki	3	5	12	DMM	12	DMM	12	DMM+EI	12	DMM	12	DMM
Linguere	2	5	13	DMM	0	0	13	DMM+EI	0	0	13	DMM
Louga	3	4	19	DMM	19	DMM	19	DMM+EI	19	DMM	19	DMM
Sakal	3	5	13	DMM	13	DMM	13	DMM+EI	13	DMM	13	DMM
Kanel	3	3	44	DMM	41	DMM	43	DMM	42	DMM+EI	43	DMM
Matam	3	4	29	DMM	26	DMM	29	DMM+EI	26	DMM	29	DMM
Ranerou	2	3	14	DMM	0	0	1	DMM	13	DMM+EI	1	DMM
Thilogne	2	2	16	DMM	11	DMM	14	DMM	13	DMM	14	DMM+EI
Dagana	3	5	13	DMM	13	DMM	13	DMM+EI	13	DMM	13	DMM

**Feuille de route pour le contrôle des schistosomiases au Sénégal
(projection annuelles du traitement focal par DMM)**

Géographie	EPI	DMM	2021		2022		2023		2024		2025	
District	Code Endemicité	nb de tours valides	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter
Pete	2	5	34	DMM	0	0	34	DMM+EI	0	0	34	DMM
Podor	3	6	39	DMM	39	DMM	39	DMM+EI	39	DMM	39	DMM
Richard-Toll	3	6	25	DMM	25	DMM	25	DMM+EI	25	DMM	25	DMM
Saint-Louis	3	5	20	DMM	20	DMM	20	DMM+EI	20	DMM	20	DMM
Boukiling	0	0	1	DMM								
Sedhiou	3	0	1	DMM	20	DMM	1	DMM	20	DMM	1	DMM
Bakel	3	4	21	DMM	21	DMM	21	DMM+EI	21	DMM	21	DMM
Dianké Makha	1	5	17	DMM	16	DMM	16	DMM+EI	17	DMM	16	DMM
Goudiry	3	4	18	DMM	18	DMM	18	DMM+EI	18	DMM	18	DMM
Kidira	3	5	24	DMM	24	DMM	24	DMM+EI	24	DMM	24	DMM
Koumpentoum	1	3	22	DMM	0	0	0	0	22	DMM+EI	0	0
Makacolibantang	3	5	11	DMM	11	DMM	11	DMM+EI	11	DMM	11	DMM
Tambacounda	2	4	26	DMM	24	DMM	25	DMM+EI	25	DMM	25	DMM
Joal	3	3	2	DMM	1	DMM	1	DMM	2	DMM+EI	1	DMM
Khombole	2	5	3	DMM	0	EI	3	DMM	0	0	3	DMM
Mbour	1	1	0	0	0	0	3	DMM	0	0	0	0
Pout	1	1	0	0	0	0	1	DMM	0	0	0	0
Thiadiaye	2	2	11	DMM	0	0	10	DMM	1	DMM	10	DMM+EI
Thiès	2	1	0	0	1	DMM	2	DMM	1	DMM	0	0
Tivaouane	2	3	0	0	1	DMM	1	DMM	1	DMM	0	EI
Diouloulou	1	2	23	DMM	0	0	0	0	23	DMM	0	0

Feuille de route pour le contrôle des schistosomiases au Sénégal (projection annuelles du traitement focal par DMM)													
Géographie	EPI	DMM	2021		2022		2023		2024		2025		
District	Code Endemicité	nb de tours valides	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter	# nb de sous-unités à traiter	Total à traiter	
Bignona	2	2	0	0	38	DMM	0	0	38	DMM	0	0	
Oussouye	2	2	0	0	16	DMM	0	0	16	DMM	0	0	
Ziguinchor	1	1	0	0	0	0	2	DMM	0	0	0	0	
	DMM+EI	Distribution de masse de médicaments et enquête d'évaluation d'impact											
	DMM	Distribution de masse de médicaments											
	EI	Enquête d'évaluation d'impact											

ANNEXE 8

Tableau LI: besoins en médicaments pour les MTN à CTP (2022-2025)

Molécule	2022	2023	2024	2025
	Nbre de cp requis			
Ivermectine	4 404 608	3 858 025	3 470 233	3 563 930
Albendazole pour FL	350 981	171 080		
Albendazole pour STH (EAS)	809 641	1 792 692	1 047 640	1 890 804
Praziquantel (EAS)	3 200 035	2 230 742	4 100 676	2 352 828
Praziquantel Adulte	1 873 929	4 984 901	5 929 462	5 257 720

ANNEXE 9

Tableau LII: Besoins en médicaments pour les MTN à PEC des cas (2022-2025)

DESIGNATION	UNITE	2022	2023	2024	2025	TOTAL
Benzoate de benzyle (Ascabiol)	FL de 250 ml	4011	4120	4231	4345	10585
Sérum antivenimeux	FL	8216	8438	8666	8900	34219
Praziquantel 600mg cp pour le traitement de routine	CP	37013	38012	39039	40093	154157
Kit trichiasis	KIT	9710	3495			13205
Vaccin antirabique	FL	21649	22234	22834	23451	90167
Sérum antirabique	FL	4330	4447	4567	4690	18033
PCT MB Adulte	BLISTER	2592	2662	2734	2808	13679
PCT MB Enfant	BLISTER	432	444	456	468	2280
Amphotericine B	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Glucantine	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Cotrimoxazole	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Terbinafine Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Itraconazole Cp	ND	ND	ND	ND	ND	ND
FTS	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Kato Katz	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Filtre urinaire c	ND	ND	ND	ND	ND	ND

ANNEXE 10

Tableau LIII: Coût des besoins en médicaments pour les MTN à CTP (2022-2025) en francs CFA

Médicaments	2022	2023	2024	2025	Total
Ivermectine	3 303 456 000	2 893 518 750	2 602 674 750	2 672 947 500	11 472 597 000
Albendazole pour FL	3 509 810	1 710 800	0	0	5 220 610
Albendazole pour STH (EAS)	8 096 410	17 926 920	10 476 400	18 908 040	55 407 770
Praziquantel (EAS)	160 001 750	111 537 100	205 033 800	117 641 400	594 214 050
Praziquantel Adulte	0	249 245 050	296 473 100	262 886 000	808 604 150
Coût total	3 475 063 970	3 273 938 620	3 114 658 050	3 072 382 940	12 936 043 580

ANNEXE 11

Tableau LIV: Coût des besoins en médicaments MTN à PEC des cas en francs CFA

DESIGNATION	2022	2023	2024	2025	TOTAL
Benzoate de benzyle (ascabiol)	7770276	7980440	8195447	8 416 265	32 362 428
Sérum antivenimeux	236251080	242634690	249190830	255919500	983996100
Praziquantel 600mg cp pour le traitement de routine	1850650	1900600	1951950	2004650	7707850
Kit trichiasis	679700000	244650000	0	0	924350000
Vaccin antirabique	110474847	113460102	116521902	119670453	460127304
Sérum antirabique	56805270	58340193	59914473	61528110	236588046
Total	1 092 852 123	668 966 025	435 774 602	439 122 713	2 612 769 300

ANNEXE 12

Tableau LV : Résumé des activités stratégiques et des sous-activités du PSNMTN 2022-2025

ACTIVITÉS MAJEURES	SOUS-ACTIVITES	COÛT
Pilier 1. Accélérer l'action programmatique		
Objectif 1: Intensifier la chimiothérapie préventive intégrée dans les zones endémiques éligibles à la DMM au Sénégal d'ici 2025		
Mettre en œuvre des campagnes DMM intégrées dans districts et aires de santé éligibles	Organiser 01 atelier de révision du guide de mise en œuvre de la DMM et du manuel du distributeur communautaire	3 119 947
	Organiser une campagne DMM intégrée dans 03 DS pour la FL, 08 DS pour l'onchocercose, 40DS pour les schistosomiasés et 02 DS pour les géo helminthiases en 2022	265695398
	Organiser une campagne DMM intégrée dans 01 DS pour la FL, 03 DS pour l'onchocercose, XX DS pour les schistosomiasés et XXDS pour les géo helminthiases en 2023	175695398
	Organiser une campagne DMM intégrée XX DS pour les schistosomiasés et XX DS pour les géo helminthiases en 2024	132847699
	Organiser une campagne DMM intégrée, XX DS pour les schistosomiasés et XX DS pour les géo helminthiases en 2025	116020025
	Organiser des traitements focaux schistosomiasés selon les nouvelles lignes directrices de l'OMS	58353161
	Mener des plaidoyers pour la mobilisation des ressources financières des DMM auprès de l'Etat, des PTF, du secteur privé, des collectivités territoriales etc.	1150 000*4= 4 600 000
Rendre disponible les médicaments et produits pour les campagnes DMM	Doter chaque année le Sénégal de l'ivermectine, du praziquantel et de l'albendazole pour les traitements de masse	2343353734
Réaliser le monitoring post DMM	Organiser des missions d'évaluation de la qualité des données de la DMM	20 750 000
	Organiser des enquêtes de couverture post DMM	26326370*2= 52652740
Objectif 2: Améliorer la prise en charge intégrée des cas, des complications des séquelles et des handicaps liés aux MTN dans les activités de routine à tous les niveaux		
Rendre disponible les médicaments MTN dans la routine	Organiser un atelier de quantification des besoins en médicaments et consommables MTN	2740650*2= 5 481 300

ACTIVITÉS MAJEURES	SOUS-ACTIVITES	COÛT
	Doter le programme d'un million de comprimés de Praziquantel par an pour la PEC des cas dans la routine	50 000 000
	Subventionner les médicaments MTN pour la PEC de routine (praziquantel, ascabiol, sérum et vaccin antirabique, sérum antivenimeux, etc.)	500 000 000*4= 2 000 000 000
	Réaliser un contrôle de la qualité des médicaments tous les ans	250 000*4=1000 000
	Organiser un atelier de réflexion sur les procédures de gestion et d'élaboration du cahier de charge pour l'intégration des médicaments MTN dans le système d'information et de gestion logistique (SIGL) de la PNA	2189775
Renforcer les capacités des prestataires au niveau primaire et hospitalier, des acteurs communautaires en matière de prise en charge des MTN, de leurs complications et des séquelles	Organiser 20 sessions des prestataires sur les MTN	65840800
	Organiser 10 sessions de formation des acteurs communautaires sur les MTN	32320400
	Organiser 20 sessions de formation des prestataires sur la gestion du lymphœdème, le lavage du visage, les soins personnels et la gestion de l'environnement dans les soins de santé à domicile dans le cadre des SSP au niveau de tous les districts endémiques aux MTN	32 491 215
	Organiser 02 ateliers d'élaboration et d'intégration des modules MTN dans la plateforme d'apprentissage E learning du MSAS	10 293 500
	Organiser 14 sessions de formation des gynécologues et sages-femmes sur le diagnostic et la prise de la BGF	42 000 000
	Formation de recyclage des groupes d'auto-soins des patients atteints de FL sur la prise en charge à domicile de leurs conditions	15 000 000
	Organiser des ateliers d'élaboration et la diffusion des procédures opérationnelles standards pour le traitement et le diagnostic des MTN	6 284 028
	Organiser des sessions de formation des laborantins des districts et des hôpitaux sur le diagnostic biologique des schistosomiasis, de la dengue	15 204 255
	Organiser des campagnes intégrées de dépistage et de prise en charge des cas de morbidité liés aux MTN (TT, lymphœdème, leishmaniose, etc.)	Organiser des campagnes de dépistage et de prise en charge des cas de TT
Organiser des campagnes de prise en charge des cas d'hydrocèles		20 282 454
Organiser des campagnes de traitement de la gale au niveau des daras		4 246 690
Elaborer des directives nationales et les guides techniques de prise en charge des MTN et de leurs complications	Organiser 2 ateliers d'élaboration et de validation des directives nationales et des guides de prise en charge de la bilharziose	7500000
	Finaliser l'élaboration des directives nationales pour le diagnostic et le traitement de la LC par un comité restreint	1 292 300

ACTIVITÉS MAJEURES	SOUS-ACTIVITES	COÛT
	Organiser un atelier d'élaboration des directives nationales sur le diagnostic et le traitement des MTN à manifestation cutanée sur la base des recommandations de l'OMS	2623 828
	Organiser deux atelier d'élaboration des algorithmes de PEC des MTN et de leurs complications	12000000
	Appuyer la reprographie des algorithmes de PEC des MTN et leur diffusion dans toutes les structures de santé	25 000 000
	Organiser un atelier de validation des fiches techniques des différentes MTN et leur diffusion	3372000
Intensifier le dépistage précoce des MTN	Doter le programme d'outils de diagnostics (bandelette urinaire et filtre) pour la PEC de routine au niveau des structures de santé	4315000*4= 17260 00
	Organiser des investigations autour des contacts lèpre (VAD pour chaque nouveau cas	2623828 *4 =10495312
	Organiser des campagnes de prophylaxie lèpre dans les régions endémiques	13 500000
	Tenir et mettre à jour l'inventaire des clients atteints de MTN chronique pour le suivi et le soutien	5 975 885
	Soutenir la recherche active de cas pour la détection précoce de toutes les MTN au niveau communautaire	20 564 325
	Appuyer la PEC des cas TT identifiés lors des enquêtes de prévalence	30063250
Renforcer les capacités de laboratoire en matière de diagnostic des MTN	Appuyer l'achat des intrants et matériels pour le diagnostic des schistosomiasés, de la dengue	23 000 000
	Appuyer l'achat des intrants de labo pour le diagnostic bactériologique de la lèpre	2623908
Objectif 3 :Développer des mécanismes de suivi et évaluation afin de suivre les progrès et prendre les décisions visant à atteindre les objectifs fixés pour 2025		
Mener les activités d'évaluation du PSN MTN	Organiser une réunion d'évaluation à mi-parcours du PSNMTN	527 000
	Organiser une mission d'évaluation finale du PSNMTN	3 500 000
	Organiser une réunion d'évaluation finale du PSNMTN	890 500
Mettre en œuvre les activités de suivi du PSN MTN	Organiser 08 missions de supervisions intégrées semestrielles pour le suivi des performances du programme	30 864 000
	Organiser des réunions de coordination bimestrielles du programme	310 000*24=7 440 000
	Organiser des revues annuelles des programmes MTN	108 416 000

ACTIVITÉS MAJEURES	SOUS-ACTIVITES	COÛT
	Organiser 2 sessions de renforcement de capacités du personnel du programme MTN en suivi-évaluation	32790443
	Organiser chaque année un atelier d'élaboration du rapport intégré de performance du programme MTN	900 000*4=3 800 000
	Appuyer la reprographie de 100 exemplaires du rapport de performance et de 50 rapports global DMM	(400*10000) + (200*7000)= 5400 000
	Organiser 08 supervisions des activités des sites de PEC lèpre à tous les niveaux	33 600 000
	Organiser 8 réunions du comité des experts MTN (FL-Oncho, Schisto, Trachome, lèpre	56 000 000
	Organiser 12 réunions bimestrielles du comité d'élaboration du dossier d'élimination du trachome	4 200 000
	Organiser une session d'orientation sur le plan directeur, l'utilisation ,mise en œuvre et suivi de l'équipe MTN	9000 000
Objectif 4: Assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et autres produits MTN de qualité de la chaîne d'approvisionnement à tous les niveaux		
Renforcer la gestion de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et autres produits contre les MTN	Etablir et signer une convention entre la PNA et la DLM sur la gestion des mdcts MTN	500 000
	Réaliser un contrôle de la qualité des médicaments tous les ans	4000 000
	Organiser une mission par année d'évaluation du respect des conditions du stockage et de la gestion des médicaments MTN dans les 14 RM	26127693 *4 = 104 510 772
	Organiser des sessions de renforcement de capacités des acteurs en gestion de stocks	18 678 995
	Organiser des missions d'inventaire physique des médicaments Pre et post DMM	24 000 000
	Organiser des missions de supervisions formatives des pharmaciens et dépositaires sur la gestion des médicaments de routine	28 899765
	Etablir et gérer le système d'information logistique des médicaments MTN	2000 000
	Organiser un atelier national d'élaboration et de validation du Plan d'approvisionnement des MTN	1550000
	Organiser une rencontre de quantification des besoins en médicaments MTN	4 678 995
	Faciliter la fourniture de services d'opération du trichiasis à certains hôpitaux régionaux	25 888 755

ACTIVITÉS MAJEURES	SOUS-ACTIVITES	COÛT
	et de district (20 clients par mois) (pour inclure le matériel et les fournitures) - à faire après la cartographie du trachome	
Mettre en œuvre et pérenniser la pharmacovigilance des médicaments MTN	Mener la surveillance post marketing	1 464 364
	Organiser des ateliers de formations des enseignants sur la PV passive	10 764 475
	Organiser des ateliers de formations des ECDs sur la PV passive	11 466 420
	Distribution des formulaires pharmacovigilance dans les sites du programme et collecte de données à l'aide des formulaires de collecte existants	900 000
	Doter les structures de fiche de notification, des supports de communication sur la Pharmacovigilance	900 000
	Mettre en place un système de retour d'information pour faciliter le processus de notification des effets indésirables	200 000
	Promouvoir l'utilisation rationnelle et sûre des médicaments par les prestataires de soins de santé, éduquer les patients sur l'importance de signaler les EIM	8 966 566
	Evaluation et communication des risques et de l'efficacité des médicaments utilisés dans les campagnes de DMM	2 500 000
Objectif 5: Renforcer la participation communautaire pour que les communautés s'approprient la lutte contre les MTN à travers la mobilisation sociale, les changements comportementaux et l'augmentation du soutien local		
Mener des plaidoyers auprès des collectivités territoriales , autorités administratives ...	Organiser des journées de sensibilisation et de mobilisation sur les MTN à l'intention des collectivités territoriales et des communautés	12 654 879
	Organiser des réunions semestrielles avec les collectivités territoriales et les communautés pour un meilleur engagement dans la lutte contre les MTN	15 764889
	Amener les CDS et les collectivités territoriales à inscrire des activités de lutte contre les MTN dans leurs Plans (Plan d'action, POCT)	8 965 544
	Organiser une réunion d'engagement de haut niveau pour accroître la priorisation des ressources MTN au Sénégal avec l'UAEL et le champion MTN	5 671 000
Objectif 6 :Renforcer le système d'information ,la surveillance ,et de la recherche opérationnelle		
Renforcer la gestion des données sanitaires des MTN	Organiser un atelier de révision des outils de collecte des données MTN à intégrer dans ceux du SNIS	8655899
	Organiser la formation des prestataires sur le remplissage des supports de données MTN et leur saisie dans la plateforme DHIS2	20 544299
	Réaliser annuellement l'audit de la qualité des données MTN	5.576.300*4=22305200

ACTIVITÉS MAJEURES	SOUS-ACTIVITES	COÛT
	Organiser 06 réunions/ an de data pool monitoring et	6 720 000
	Organiser 04 rencontres /an de saisie des données dans la carte score MTN et d'analyse des données	280 000*16= 4 480 000
	Organiser des ateliers annuels de saisie et d'analyse des données dans le TIPAC	3403500 *4=13614000
	Mettre en œuvre la politique de sécurité des données MTN	5 688 995
	Organiser un atelier sur la gestion des données de chirurgie du TT	10 101 000
	Organiser une réunion de préparation des rapports et leur soumission sur le portail ESPEN	1200 000
	Organiser un atelier de renforcement de capacité sur la gestion des données MTN /Wash et l'utilisation de la plateforme DHIS2	4750159
	Appui institutionnel à la division chargée de la gestion des données WASH et au point focal	6 000 000
Mettre en œuvre la surveillance, cartographie et recherche opérationnelle	Organiser des enquêtes d'impact dans les districts éligibles des 5 RM du BFS	20 997556
	Organiser tous les 2 ans des enquêtes de suivi- 'impact ou d'évaluation ponctuelle au niveau des sites sentinelles	15866554
	Organiser des enquêtes de suivi de la transmission de la FL (Pré TAS et TAS)	55 864 435
	Mettre en œuvre la surveillance de la THA dans 15 sites sentinelles	12 499 215
	Organiser un atelier de validation du plan de surveillance intégrée de la rage dans une approche "One Health" (avec une reproduction du plan en 500 exemplaires)	5 975 000
	Intégrer les MTN à surveillance obligatoire dans le dispositif communautaire (CVACI)	2378655
	Intégrer les MTN à prise en charge des cas (Lèpre, Rage et Dengue) dans le système national de surveillance des maladies	2378655
	Intégrer les MTN CP en phase d'élimination (Filariose Lymphatique, onchocercose et Trachome) et la TPHA dans la liste des maladies sous surveillance	2378655
	Organiser le renforcement des capacités de l'équipe MTN (Staff national) sur la surveillance épidémiologique	2 586 657
	Organiser une étude sur le dépistage du TT à travers la prise image à l'aide du téléphone portable dans le DS de Diourbel (sightsavers)	8 549 590
	Organiser la recherche sur l'influence du BCG sur la prévention de la lèpre dans les régions de Kaolack, Diourbel et Thiès	9000 000

ACTIVITÉS MAJEURES	SOUS-ACTIVITES	COÛT
	Mener des enquêtes de prévalence de certains MTN (trypanosomiase humaine africaine, leishmaniose, rage, envenimation par morsure de serpents, gale, mycétome)	30 543 655
	Intégrer les MTN dans les Enquêtes Démographiques de Santé Continues (EDSC)	2378655
	Réaliser une analyse situationnelle sur les MTN en capitalisant l'ensemble des études et interventions menées sur les MTN au niveau pays pour produire une base de données	10 756 685
	Élaborer un programme de recherche intégré sur la lutte contre les MTN	2 764 385
	Mener une étude socio anthropologique sur l'Onchocercose dans le DS de Saraya	5 547 796
	Mener une étude CAP sur les MTN au niveau de 03 régions ciblées	10 485 725
	Réaliser la cartographie du trachome dans les trois districts restants	14 644 058
	Organiser la cartographie des MTN à manifestations cutanées en milieu hospitalier	3000 000
Objectif 7 : Renforcer la communication pour le changement de comportement		
Renforcer la communication pour un impact comportemental	Reprographier et diffuser 20 000 supports de communication sur les MTN pour la mise en œuvre d'un paquet d'activités d'IEC au niveau communautaire	25 000 000
	Contractualiser avec les radios communautaires pour la mise en œuvre d'un paquet média (spot, émissions, reportage, bande annonce, traduction des spots en langue locale	40 000 000
	Contractualiser avec les OCB pour le déroulement d'un paquet d'activités d'IEC/CCC	50 000 000
	contractualiser avec les OCB pour une mise en œuvre d'un paquet d'activités au niveau des 435 PPS à forte prévalence Schistosomiase	89 600 000
	contractualiser avec les IEF des 27 DS ciblés à forte prévalence schisto pour mener un paquet d'activités d'iec	40 000 000
	Appuyer les districts à forte prévalence à organiser des dialogues communautaires sur les schistosomiasés	48000 000
	Organiser un atelier de 05 jours révision /d'élaboration de messages et de supports de communication adaptés sur les schistosomiasés	4 975 655
	Organiser un atelier d'élaboration du plan de communication intégrée pour la lutte contre les MTN	9 000 000
	Organiser un atelier de validation du plan de communication intégrée pour la lutte contre les MTN	4 000 000
	Organiser 02 ateliers d'élaboration de supports de communication sur les MTN pour la mise en œuvre d'un paquet d'activités d'IEC au niveau communautaire	18 000 000
	Organiser 4 sessions d'orientations des journalistes et groupes de média sur les MTN	4 000 000

ACTIVITÉS MAJEURES	SOUS-ACTIVITES	COÛT
	Organiser 02 ateliers d'élaboration de supports de communication sur les MTN pour la mise en œuvre d'un paquet d'activités d'IEC au niveau communautaire	18 000 000
	Organiser 14 CRD sur les MTN dans toutes les régions du Sénégal	22 400 000
	Appuyer les 79 DS à organiser des CDD sur les MTN	5 925 000
	Appuyer la reprographie de 104400 supports de communications pour les acteurs communautaires (flyers, Affiches, boîtes à images (20/poste) cartes-conseils (20/poste) dans les zones à forte prévalence schis	45 240 000
	Contractualiser avec les médias radio-tv pour la diffusion de messages sur les MTN	43 200 000
	Reprographier et distribuer de matériels d'information et de communication (affiches, dépliants, boîtes à images) dans les districts, hôpitaux, écoles, les daaras et lors des sur la lèpre	7 000 000
	Appuyer les régions et districts à élaborer et mettre œuvre de leur plan de communication en rapport avec les MTN	237 000 000
	Organiser chaque année au niveau national et régional la célébration de la journée mondiale de lutte contre les MTN	20 000 000
	Célébrer chaque année la journée mondiale de la rage	5 000 000
	Dérouler 885 leçons de vies sur les MTN au niveau des écoles et daaras	15 000 000
	Organiser 59 concours de dessin au niveau des écoles (mise en œuvre de la stratégie école)	8 850 000
	Produire un single sur les MTN par un artiste renommé	2 500 000
	Mettre en œuvre le plan de communication	
Pilier 2 : Intensifier les approches transversales		
Objectif 8: Améliorer les capacités et le fonctionnement de la structure (programmes) chargée de la lutte contre les MTN		
Renforcer le Programme de lutte contre les MTN en ressources matérielles (matériel de bureau, locaux spacieux, matériel informatique, etc...) et logistique	Mettre en place au sein du programme 05 bureaux (suivi-évaluation/surveillance, communication, GAS, lutte antivectorielle/ laboratoire , formation/PEC)	36886745
	Doter le programme de 06 véhicules	200 000 000
	Doter le programme d'équipements et matériels de bureau et consommables informatiques (20 ordinateurs portables, 20 tables, 20 fauteuils, 3 imprimantes+photocopieuse+scanner, 20 ordinateurs fixes, 6 imprimantes, 20 onduleur, 20 armoires de rangements)	32 700 000
	Délocaliser les bureaux du programmes dans des locaux plus spacieux	200 000 000

ACTIVITÉS MAJEURES	SOUS-ACTIVITES	COÛT
Renforcer le Programme de lutte contre les MTN en ressources humaines	Affecter au programme 10 agents qualifiés pour le fonctionnement du programme	PM
Appuyer le fonctionnement du programme MTN	Elaborer et valider l'organigramme du Programme intégré de lutte contre les MTN	300 000
	Appuyer le fonctionnement du programme MTN(crédit téléphone+ connexion internet aux 7 membres) FHI360	1320 000*4= 5 280 000
	Appui institutionnel (DLM, PNLMTN et PNPSO)par Sight savers	2000 000 *4=8000 000
	Appui à la coordination du programme lèpre par Action Damien (fournitures de bureaux, communication, etc.)	4722890,4
	Inscrire une ligne budgétaire pour le fonctionnement du Programme de lutte contre les MTN dans le budget de l'Etat	40 000 000
Objectif 9 : Réduire la discrimination, la stigmatisation et les souffrances liées aux MTN		
Renforcer la PEC psychosociale, l'autonomisation et la réadaptation fonctionnelle des patients atteints de complications liées aux MTN	Produire des prothèses et appareils orthopédiques pour les PALS	2650 000*4=10600 000
	Appuyer la prise en charge sociale des cas compliqués de lépre dans 06 régions	1800 000*4= 7 200 000
	Aides sociales aux PALs présentant des complications, y compris la chirurgie lèpre et les troubles oculaires	2449946,01*4=9799 784
	Organiser des missions PIRP en collaboration avec le CHOM (RF)	500 000*4=2 000 000
	Organiser des activités PIRP des CRAO de Tamba ,Kolda et Ziguinchor (RF)	3000 000*4=12000 000
	Faciliter la fourniture de chaussures spéciales et d'aides, d'appareils de réadaptation et kits d'hygiène aux personnes handicapées liées à la FL	27673800
	Enrôler les patients atteints de complications (handicap/infirmité) dues aux MTN dans le programme de la carte d'égalité des chances	10 000 000
	Intégrer la prise en charge des complications MTN et des séquelles dans le package gratuit de la CMU	2575395
	Organiser 02 ateliers de plaidoyer pour l'enrôlement effectif et prise en charge des personnes souffrant de morbidités liées aux MTN dans les mutuelles de santé (World vision)	6146000
	Organiser une série de réunions (03) de sensibilisation avec l'ANACMU pour déployer un modèle stratégique d'intégration des services MTN dans le paquet minimum essentiel de soins	4 153 225

ACTIVITÉS MAJEURES	SOUS-ACTIVITES	COÛT
	Développer le modèle formel de prise en compte des MTN dans la politique d'assurance maladie à base communautaire	5 000 000
Mettre en œuvre des activités de prévention contre la stigmatisation et la discrimination, courantes dans les maladies provoquant des incapacités de longue durée ou une défiguration	Abroger loi (loi 76-03 du 25 mars 1976) sur les villages de reclassement sociale (VRS)	PM
	Appuyer le développement du leadership des personnes affectées par la lèpre DAHW	5 135 000
	Enrôler dans les bourses de sécurité familiale les cas de morbidités dues aux MTN	10 000 000
Objectif 10: Renforcer le plaidoyer, et le partenariat afin de mobiliser de ressources domestiques pour éliminer durablement les MTN		
	Identifier les partenaires potentiels du secteur privé, des associations caritatives, des fondations et des organisations à base communautaires	4250755
	Organiser une table ronde avec les parties prenantes pour la mobilisation des ressources	34 586 655
	Organiser des rencontres de plaidoyer auprès des politiques et décideurs pour rendre disponible les ressources pour la lutte contre les schisto	6 000 000
	Mener des visites de plaidoyer auprès des CDS et les collectivités territoriale pour le financement des activités de lutte contre les shisto	10 020 000
	Organiser un atelier de plaidoyer auprès des parlementaires et des entreprises privées pour l'achat du PZQ pour la routine et le traitement des adultes	7 500 780
	Organiser en une journée une réunion de revue et de mise à jour de la cartographie des PTF avec 10 membres de la commission de plaidoyer et de mobilisation des ressources	160 000
	Organiser 04 journées de rencontre de plaidoyer auprès des partenaires clés de lutte contre les MTN en raison d'une réunion par an par la commission plaidoyer du CNLMTN	1308 000
	Organiser en 2022 une table ronde pour amener les partenaires à s'engager dans la lutte contre les MTN	2000 000
	Etablir 05 conventions cadre avec les autres parties prenantes nationales	5 000 000
	Organiser 4 rencontres de plaidoyer pour l'intégration des messages MTN dans les activités des autres programmes	1 920 000
	Organiser 2 rencontres de plaidoyer pour l'intégration des messages MTN dans les activités des autres ministères – hygiène publique, eau, éducation, assainissement, etc. Par exemple, cibler les activités de WASH dans les zones d'endémicités MTN	2 120 000
	Organiser un atelier en deux jours d'élaboration d'un plan d'engagement des (champions) MTN	320 000

ACTIVITÉS MAJEURES	SOUS-ACTIVITES	COÛT
Mettre en œuvre des actions de plaidoyer pour la mobilisation des ressources et le développement du partenariat	Organiser 06 réunions de plaidoyer pour une intégration des MTN dans le système de santé	1 590 000
	Organiser 06 réunions de plaidoyer à l'intention du secteur privé, des CDS	3 210 000
	Organiser une réunion annuelle de plaidoyer sur la lèpre auprès des maires, autorités... dans les régions à forte charge	5 000 000
	Organiser dans les régions de Thiès Kédougou, des rencontres de plaidoyer pour la mobilisation de ressources domestiques pour la gestion de la rage	4 765 000
	Soutenir le Champion MTN pour renforcer la coordination du PNLMTN avec le public et le gouvernement local par le biais de l'UAEL en organisant une réunion d'engagement de haut niveau pour augmenter la priorisation des ressources MTN au Sénégal	3 802 475
	Organiser une rencontre avec des institutions de recherche	900 000
	Organiser des rencontres par la commission plaidoyer et mobilisation des ressources du comité national de lutte contre les MTN	8000 000
	Réaliser le plaidoyer auprès du parlement (commission santé assemblée nationale, parlement) l'engagement politique de façon à ce que des ressources adéquates soient disponibles pour la lutte contre les MTN	46753885
	Mener le plaidoyer auprès au niveau du Gouvernement (primature, ministère des finances) afin d'obtenir un financement durable de la lutte contre les MTN	2 000 000
	Réaliser le plaidoyer auprès des CDS et des collectivités locales un financement pour la mise en œuvre des activités des comités locaux de lutte contre les MTN	14 000 000
Objectif 11: Renforcer , la coordination intrasectorielle (lutte antivectorielle, PEV, santé mère-enfant etc.) et avec d'autres secteurs (WASH, éducation, élevage, etc.) en mettant en synergie les approches favorisant la prévention, le traitement et les soins liés aux Schisto et autres		
Mettre en place un cadre de coordination formel entre le PNLMTN et les autres programmes et démembrements du MSAS pour des interventions communes	Identifier les domaines d'intégration possibles en intrasectoriel avec les autres programmes et démembrements du ministère de la santé où des synergies d'approche sont possibles	2 000 000
	Organiser une réunion du cadre de concertation entre les différents secteurs	32754886
	Formaliser le cadre de collaboration avec les différents secteurs au sein du MSAS pour des interventions communes	500 000
Elaborer et mettre en œuvre la collaboration avec le Programme de lutte contre le paludisme et la SNH un programme de lutte anti		5 000 000

ACTIVITÉS MAJEURES	SOUS-ACTIVITES	COÛT
vectorielle intégré		
Objectif: 12 Renforcer la coordination multisectorielle		
Rendre fonctionnel le comité multisectoriel de lutte contre les MTN	Organiser 08 rencontres de coordination semestrielles d'une journée du comité national multisectoriel de lutte contre les MTN	6 000 000
	élaborer en 02 jours un plan de travail annuel du comité national multisectoriel durant 4 ans	1303 300*3= 3 909 900
	Organiser 01 réunion semestrielle par commission du CNLMTN (06 commissions) pendant 03 ans	6 420 000,00
	Tenir 08 réunions de suivi de la mise en œuvre du plan de travail du comité national multisectoriel de lutte contre les MTN	810 000*4= 3 24 0 000
Identifier les opportunités de collaboration et d'intégration du programme MTN avec les autres secteurs	Organiser une rencontre semestrielle de capitalisation des données des autres secteurs (WASH, élevage, Universités...)	5000 0000
	Organiser 04 réunions annuelles de partage avec toutes les parties prenantes des secteurs public-privés	1500000 * 4= 6000000
	Organiser chaque année une réunion de partage des résultats du PNLMTN avec le cadre de concertation du ONE HEALTH	2 000 000
Mettre en place un cadre de concertation entre les secteurs de l'éducation, de l'environnement et le PNLMTN	Organiser une réunion annuelle du cadre de concertation entre les secteurs de l'éducation, de l'environnement, de l'hydraulique et de l'élevage dans les 08 régions à forte prévalence des schistosomias (par le gouverneur)	4 000 000
Renforcer les interventions WASH dans la lutte contre les MTN	Organiser 4 réunions de cadre de concertation du secteur WASH	3 620 000
	Faire la cartographie des points d'eau au niveau des 24 districts	8 000 000
	Organiser des journées mensuelles de nettoyage des points d'eau	54000000
	Mettre en place un cadre de concertation entre les secteurs de l'eau, de l'éducation, environnement, hydraulique, élevage, agriculture, IR, entreprise locale	650 000
Pilier 3. Modifier le modèle opérationnel et la culture pour faciliter l'appropriation		
Objectif 13: Renforcer l'appropriation de la lutte contre les MTN en décentralisant la lutte au niveau locale, départemental, régional		
Créer officiellement le Programme National Intégré de lutte contre les MTN	Mener des activités de plaidoyer pour faire prendre l'arrêté créant le PNLMTN	
Mettre en place à tous les niveaux	Organiser une réunion du cadre de concertation entre les différents secteurs au niveau des	5000 000

ACTIVITÉS MAJEURES	SOUS-ACTIVITES	COÛT
(local, départemental et régional) un comité multisectoriel de lutte contre les MTN fonctionnel	5 régions du BFS	
	Organiser 05 CRD dans les RM du BSF	10 959310
	Organiser 24 CDD dans les DS du BFS	1800000
	Organiser des réunions du Comité Régional de Développement (CRD) sur les MTN et partage du plan directeur dans les 14 RM	7000 000
	Elaborer et mettre en œuvre des plans d'action locaux MTN	10 000 000
Objectif 14 :Renforcer l'intégration de la planification, de la mise en œuvre, du suivi, et de l'évaluation des programmes MTN		
Elaborer chaque année un plan de travail annuel intégrant toutes les actions des programmes MTN	Elaborer Chaque année le PTA du Programme National de lutte contre les MTN avec l'ensemble des parties prenantes	1200 000*3= 3 600 000
	Organiser 16 réunions de suivi PTA du programme MTN	20 640 000
	Organiser chaque année une réunion de consolidation du PTA	1 708 000
	Appuyer les ateliers de consolidations des PTA et de planifications des activités MTN aux niveaux des 14 RM	7 000 000
Mettre en œuvre de façon intégrée les interventions des programmes MTN	Organiser une rencontre de réflexion sur la mise en place d'un programme de lutte antivectorielle intégrée au sein du MSAS	2000 000
	Appuyer la mise en œuvre technique du modèle validé de prestation de services de santé intégrés pour les interventions de routine contre les MTN dans deux districts pilotes (Kédougou et Kounghoul)	10 000 000
	Mener la revue, la documentation et la capitalisation de l'approche de l'étude pilote pour un passage à l'échelle nationale	4500 000