

REPUBLIQUE DU TCHAD

.....

MINISTERE DE LA SANTE

.....

SECRETARIAT GENERAL

.....

**DIRECTION GENERALE DE L'HYGIENE ET DE LA LUTTE
CONTRE LA MALADIE**

.....

**DIRECTION DES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON
TRANSMISSIBLES**

.....

**PLAN DIRECTEUR DE LUTTE CONTRE LES MALADIES
TROPICALES NEGLIGEES (MTN)
2016-2020**

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	4
PREFACE	5
INTRODUCTION	6
I. ANALYSE DE LA SITUATION	7
1.1 Profil du Pays	8
1.1.1- Structure administrative	8
1.1.2- Démographie et structures des communautés	8
1.1.3- Géographie	8
1.1.4- Le relief	9
1.1.5- Le climat	9
1.1.6- L'hydrographie	9
1.1.7- La végétation	10
1.1.8- Situation socio économique	10
1.1.9- Transport et communication	10
1.2 Analyse de la situation du système de santé	12
1.2.1- Structuration du système de santé au Tchad	12
1.2.2- But et priorités du système de santé	14
1.2.3- Analyse du système national de santé	14
1.3 Analyse de la situation des Maladies Tropicales Négligées	24
1.3.1- Epidémiologie et fardeau des maladies	24
1.3.2- Mise en œuvre des programmes MTN	35
1.3.3- Lacunes et priorités	37
III- AGENDA STRATEGIQUE	38
2.1 Vision, Mission et but du Programme MTN	39
2.1.1 Vision	39
2.1.2 Mission	39
2.1.3 But	39
2.2 Principes Directeurs et priorités stratégiques du Plan	39
2.2.1 Principes Directeurs	39
2.2.2 Priorités et objectifs stratégiques	40
2.3 But, objectifs, stratégies et cibles de chaque programme	42
MTN	
2.4 Définition des objectifs par étapes pour chaque programme	43
IV- CADRE OPERATIONEL	44
3.1 Mise à l'échelle de l'accès aux interventions, traitement, services	45
3.1.1 Mise à l'échelle de la chimiothérapie préventive	45
3.1.2 Mise à l'échelle des interventions pour les MTN à PEC	47

3.1.3 Mise à l'échelle des interventions pour le contrôle de la transmission	49
3.2 La pharmacovigilance dans la lutte contre les MTNs	50
3.3 Renforcement de capacité pour la gestion du Plan	51
3.4 Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte contre les MTN	52
3.5 Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le gouvernement et les communautés	53
3.6 Monitoring, surveillance et évaluation dans la lutte contre les MTNs	55
3.7 Surveillance après intervention et intégration dans les soins de santé primaires	61
V- BUDGET	62
VI-BUGETISATION (voir version électronique)	
VII- ANNEXES	63
- Population par district	64
- Tableau sur les distances entre les principales villes	67
- Organigramme du Programme MTN	68
- Tableau des interventions en cours pour les MTN à CTP	69
- Tableau des interventions en cours pour les MTN à PEC	70
- Indicateurs de performance des différents programmes MTN	71
- Tableau de co endémicité des différentes MTNs	80
- Types de DMM par district	84
- Paquets d'activités pour les MTN à PEC	85
- Paquet d'interventions pour le contrôle des vecteurs	85
- Paquet d'interventions pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement du milieu	86
- Algorithmes PCT 1	87
- Algorithmes PCT 2	88
- : Algorithme pour la les MTN à PEC dans la région africaine de l'OMS	89

LISTE DES ABREVIATIONS

ARV	Antirétroviraux
BCE	Bureau d'Etude et de la Coopération
CPA	Centrale Pharmaceutique d'Achat
CSD	Conseil de Santé du District
CS	Centre de Santé
CSR	Conseil régionale de Santé
SU	Couverture en santé Universelle
DRS	Direction Régionale de la Santé
DGPL	Direction Générale des Pharmacies et laboratoire
DS	District Sanitaire
DSIS	Direction de la Statistique et de l'Information Sanitaire
ECD	Equipe cadre de District
EDST	Enquête Démographique de la Santé au Tchad
EIMT	Enquête sur les indicateurs multiples au Tchad
FL	Filariose Lymphatique
IDH	Indice de développement Humain
IEC	Information Education et communication
INSEED	Institut National de la Statistique des Etudes économiques et Démographiques
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTNs	Maladies tropicales Négligées
MNTs	Maladie Non Transmissibles
MEG	Médicaments Essentiels génériques
ND	Non disponible
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONRTV	Office National de Radio et de Télévision
PCA	Paquet Complémentaire d'Activité
PCT	Chimiothérapie Préventive
PEC	Prise en charge des cas
PIB	Produit Intérieur Brut
PTF	Partenaires Technique et Financiers
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNB	Produit National Brut
PNDS	Plan National de développement Sanitaire
PNEVG	Programme National d'Eradication du ver de Guinée
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNS	Politique Nationale de santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement :
PRA	Pharmacie Régionale d'approvisionnement
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RNB/h	Revenu national Brut par habitant
SIS	Système d'Information sanitaire
SNCSU	Stratégie Nationale en Couverture Santé Universelle
SSEI	Service de Surveillance Epidémiologique Intégrée
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
UA	Union Africaine
VG	Ver de Guinée

PREFACE

Les Maladies Tropicales Négligées sont constituées par un groupe de pathologies le plus souvent parasitaires qui sont intimement liées à la pauvreté. Les données de cartographie de ces maladies pour le Tchad, permettent d'appréhender le fardeau que constituent ces maladies pour les populations. Ainsi, le niveau d'endémicité de l'onchocercose, de la filariose lymphatique, du trachome, des schistosomiasés pour ne citer que ces maladies là, mérite qu'on y accorde de l'importance.

Bénéficiant de peu d'attention jusqu'à un passé récent, ces maladies sont remises au devant de la scène grâce à certaines circonstances :

- L'existence de médicaments simples à manipuler au niveau communautaire ;
- La possibilité de don de la plupart de ces médicaments par les firmes pharmaceutiques
- La mise au point d'outils simples pour la lutte tel que le manuel de chimiothérapie préventive de l'OMS
- La possibilité de combiner l'utilisation de ces médicaments dans des interventions intégrées à impact rapide.

Il existe en ce moment une véritable mouvance de lutte contre ces maladies largement inspirée par l'Organisation Mondiale de la Santé qui a préconisé la conception et la mise en œuvre des Plans directeurs de lutte.

Le présent plan directeur témoigne de la volonté du gouvernement Tchadien de ne ménager aucun effort pour améliorer le niveau de santé de ses valeureuses populations en vue de consolider la production de richesse.

C'est le lieu de remercier tous les partenaires et les cadres qui ont contribué à sa rédaction et d'inviter tous les acteurs du système de santé et les partenaires du secteur à s'approprier ce document pour le bonheur des communautés.

Le Ministre de la Santé Publique

Mr ASSANE NGUEADOUM

INTRODUCTION

Les Maladies Tropicales Négligées constituent un problème de santé publique au Tchad dans la mesure où elles sont non seulement invalidantes en entraînant des souffrances considérables de la population, mais aussi responsables d'un impact socio-économique négatif. Ces maladies entraînent souvent la fragilisation et la stigmatisation des personnes touchées. Parmi les Maladies Tropicales Négligées qui ont été recensées par l'OMS, le Tchad a déjà engagé des actions de lutte contre l'onchocercose, la filariose lymphatique, les schistosomiasés, les géo-helminthiases, le trachome, la lèpre, la dracunculose et la Trypanosomiase Humaine Africaine. Cette action sera étendue à toutes les autres pathologies endémiques dont les cartographies devront être établies (leishmaniose, Dengue, rage).

Une chimio prophylaxie annuelle, par une administration simple de plusieurs médicaments dans la communauté, la prise en charge des cas et des infirmités, les cures chirurgicales permettront de réduire de manière sensible le poids de ces maladies au sein de la population. Ceci permettrait ainsi au pays d'augmenter la productivité et d'améliorer la croissance économique.

Plusieurs de ces MTNs sont co-endémiques dans un certain nombre de districts. Ce qui impose une lutte intégrée et coordonnée dans un cadre institutionnel bien défini.

C'est pour cette raison que le Ministère de la santé publique du Tchad a actualisé le Plan Directeur de Lutte contre les MTNs (2016-2020) en alignant les priorités stratégiques sur celles du bureau Régionale de l'OMS de l'Afrique pour une lutte efficace et accélérer ainsi l'élimination de ces maladies à l'horizon 2020.

Première partie :

Analyse de la Situation

1.1 Le profil du pays

1.1.1. Structure administrative

Le Tchad est divisé en 23 Régions, 67 Départements, 273 Sous-préfectures et en collectivités territoriales. A chacune de ces 23 Régions correspond une Délégation Sanitaire Régionale (DSR) et Les départements administratifs coïncident en général avec les districts sanitaires.

1.1.2 Démographie et structures des communautés

La population du Tchad, selon le RGPH2 de 2009, était de 11.039.873 habitants parmi lesquels les hommes représentent 49,4% contre 50,6% pour les femmes. La population du Tchad est très jeune : les moins de 25 ans représentent 68% du total de la population ; les plus de 60 ans, quant à eux, sont 4,5%. L'espérance de vie à la naissance en 2013 était estimée à 51 ans, soit une des plus faibles de l'Afrique subsaharienne.

Le taux d'accroissement moyen annuel de la population est de 3,5%. Suivant ce taux, la population du pays peut être estimée en 2015 à 13.358.246 d'habitants.

La densité moyenne de 8,6 Habitants/km² cache beaucoup de disparités: elle varie de 0,5 dans la région du Grand Borkou-Ennedi-Tibesti (BET) à 77 Habitants/Km² dans le Logone Occidental. Seulement 21% de la population vivent en zone urbaine.

La population dite nomade est, quant à elle, estimée à 3,4%.

Des centaines de dialectes sont parlés au Tchad. Le français et l'arabe sont les deux langues officielles. Les religions pratiquées au Tchad sont l'islam, le christianisme et l'animisme.

Les proportions des femmes et des hommes analphabètes restent élevées (respectivement, 88% et 65%), et la proportion d'hommes alphabétisés est environ trois fois plus élevée que celle des femmes (35% contre 12%). Par ailleurs, le taux de fréquentation scolaire des garçons est de 57% pour les groupes d'âge 6 à 15 ans contre seulement 38% chez les filles. Le taux d'inactivité chez les jeunes est très élevé du fait de la faiblesse du marché du travail, induisant ainsi des problèmes sociaux importants (délinquance, alcoolisme, drogue, ...).

1.1.3 Géographie

Le Tchad est un pays d'Afrique centrale sans accès à la mer, situé au Sud de la Libye, à l'Est du Niger et du Nigeria, au Nord du Cameroun et de la République centrafricaine et à l'Ouest du Soudan. Sa capitale est N'Djamena. Géographiquement et culturellement, le Tchad constitue un point de passage entre l'Afrique du Nord et l'Afrique au Sud du Sahara. Ayant une superficie de 1 284 000 km², il est le cinquième

pays le plus vaste d'Afrique. Il est situé entre les 7^{ème} et 24^{ème} degrés de latitude Nord et les 13^{ème} et 24^{ème} degrés de longitude Est.

Le Tchad se divise en trois grands ensembles géographiques : du Nord au Sud, on trouve successivement une zone désertique, une zone sahélienne (N'Djamena, la capitale, est située dans cette zone), puis une zone savano-soudanaise. Le Lac Tchad est son principal plan d'eau. Le point culminant du pays est l'Emi Koussi dans le massif du Tibesti.

L'immensité du pays et l'absence de côtes maritimes (le port le plus proche, Port Harcourt au Nigeria étant situé à environ 1750 km de la capitale) posent des problèmes de transports, de communication et d'accessibilité à l'extérieur.

1.1.4 Le relief

Le relief du pays se caractérise par une vaste étendue de plaines bordées au Nord et à l'Est par des montagnes. Dans la zone méridionale, la latérite donne au passage une couleur rouge qui s'atténue au fur et à mesure que l'on remonte vers le Nord sableux et désertique.

1.1.5. Le Climat

Le climat du Tchad est tropical humide, caractérisé par l'alternance de deux saisons: Une saison sèche et une saison des pluies. La saison sèche dure de Novembre à Mars, et la saison des pluies d'Avril à Octobre. Août est le mois le plus humide de l'année. La carte pluviométrique divise le pays en quatre zones éco climatiques :

- la zone saharienne, avec moins de 200 millimètres de précipitations annuelles, le climat y est désertique ;
- la zone sahélienne avec 200 à 900 millimètres de précipitations par an ;
- la zone soudanienne où la pluviométrie annuelle varie de 950 à plus de 1.100 millimètres ;
- la zone tropicale avec plus de 1200mm de précipitations.

Comme dans d'autres pays du Sahel, cette diversité de zones climatiques est fortement liée à certains aléas climatiques, faisant baisser la production agricole et, partant, l'économie nationale encore fortement dépendante du secteur primaire. Les déficits alimentaires ainsi occasionnés entraînent des problèmes nutritionnels importants, notamment pour certains groupes vulnérables de la population comme les enfants et les femmes enceintes.

1.1.6 L'Hydrographie

L'hydrographie est caractérisée par deux cours d'eau importants qui arrosent la partie sud du pays : le Logone et le Chari. Les crues dépendent de l'importance des pluviométries dans le pays.

Le fleuve Chari, long de 1200 Km, et son principal affluent, le fleuve Logone, long de 960 Km, ont leurs sources respectivement en République Centrafricaine et au Cameroun. Les autres affluents plus modestes du Chari sont : le Barh Aouk, le Barh Keita, le Barh Salamat... etc. Tous ces cours d'eau sont alimentés par de

nombreuses rivières jalonnées des rapides. A cela il faut ajouter un certain nombre de lacs tels que le lac-tchad (alimenté par le fleuve chari et le logone), lac Fitri, lac Iéré, lac Iro etc. En période de pluies, on rencontre diverses marres à travers le pays dont certaines peuvent persister deux à trois mois après la saison des pluies tel que Tchigaga dans le Chari Baguirmi.

1.1.7 La végétation

La végétation qui est dense avec des savanes arborées au Sud, diminue progressivement pour faire place au désert au Nord.

1.1.8 Situation socio économique

L'instabilité régionale met le Tchad dans une situation socio-économique et humanitaire difficile. Le pays accueille des centaines de milliers de réfugiés (environ 550.000 en 2015) en provenance de la République Centrafricaine, du Soudan (Darfour), du Nigéria et du Niger, et est menacé par les actes terroristes.

L'Indice du Développement Humain (IDH) du PNUD place le Tchad au 185^{ème} rang sur 187 pays classés en 2015, juste devant la Centrafrique, la République Démocratique du Congo et le Niger, et reste l'un des pays les plus pauvres du monde. Le Tchad a un PIB/hab de 1. 024 USD en 2015 et de fortes disparités entre le monde rural (72% de la population) et le monde urbain. Les deux-tiers de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Après avoir subi un ralentissement en 2013 du fait du recul de la production agricole et de problèmes techniques survenus dans les champs pétroliers, la croissance économique du Tchad s'est améliorée en 2014 (avec un taux de croissance du PIB estimé à 7% contre une prévision de 9,6%), grâce essentiellement aux revenus pétroliers. Elle devrait à nouveau ralentir en 2015 à cause de la baisse sensible des recettes pétrolières consécutive à la chute du prix du pétrole brut sur le marché international.

1.1.9 Transport et communication

Le Tchad ne dispose que de deux (2) réseaux de communications (routes et aéroports)...

a) Réseau routier

L'état du réseau routier est l'un des principaux obstacles au développement. Il est peu dense, généralement en mauvais état et inégalement réparti sur le territoire. Avec les ressources pétrolières, les principaux axes routiers reliant les grandes villes (Ndjamena- Bongor-Moundou-Doba-Koumra ; Moundou-Toubo (Cameroun) ; Ndjamena-Bokoro ; Ndjamena-Massakory ; Abéché-Mangalmé...) sont bitumés, ou sont en voie de l'être (Koumra-Sarh ; Bokoro-Mongo-Mangalmé-Abeché). Deux projets de construction des lignes ferroviaires (l'un Cameroun -Tchad et l'autre

Soudan – Tchad) sont sur l'agenda du Gouvernement. La mise en œuvre de ces projets désenclavera d'avantage le Tchad et contribuera significativement à son développement économique

b) Réseau aéroportuaire

Il est composé d'un aéroport international à N'djamena et de plusieurs aérodromes. Les dessertes internationales et régionales sont partagées par les grandes multinationales et des compagnies privées.

c) Système de communication de masse et télécommunication :

Le paysage médiatique au Tchad est en pleine évolution du fait de la libéralisation de la presse intervenue en 1990. Il est dominé par trois types de média: audio, audiovisuel et écrit. Les télécommunications sont marquées par l'existence de plusieurs réseaux.

d) Média audiovisuels

L'Office Nationale de la Radio et Télévision (ONRTV) couvre l'ensemble du pays. Le secteur privé surtout associatif et confessionnel exploite actuellement plusieurs stations radios de fréquence modulée rurale et urbaine. Ces radios constituent aujourd'hui des vrais créneaux de sensibilisation et d'éducation du monde rural.

e) Média écrits

Il existe aujourd'hui de nombreuses presses privées et des magazines qui diversifient le panel de ces médias. Malheureusement compte tenu du taux élevé d'analphabétisme, ce média est limité au groupe de personnes lettrées et surtout vivant en milieu urbain.

f) Télécommunications

En matière de télécommunications, le Tchad a un opérateur de téléphone fixe, quatre opérateurs de téléphone mobile et de nombreux pourvoyeurs d'accès à l'Internet. L'accès en cours à la fibre optique offre de meilleure perspective à ce secteur. La maturité progressive de ce réseau informationnel et l'expression de la dynamique culturelle du pays offrent de réelles perspectives à la promotion des activités d'Information d'Education et de Communication (IEC).

g) Autres modes de communication

En dehors des moyens de communication mentionnés, d'autres modes de communications populaires sont : théâtre populaire ou communautaire, contes, scénettes, jeux de rôles, diapo-langages, photo-langages, communication interpersonnelle, communication publicitaire et de marketing social, réseaux associatifs, crieurs publics, griots, danses, musiques et joueurs d'instruments traditionnels.

1.2 Analyse de la situation du système de santé

1.2.1 Structuration du système de santé au Tchad

Le système de santé tchadien est de type pyramidal à 3 niveaux : un niveau central, un niveau intermédiaire et un niveau périphérique. Il repose sur le développement des districts sanitaires.

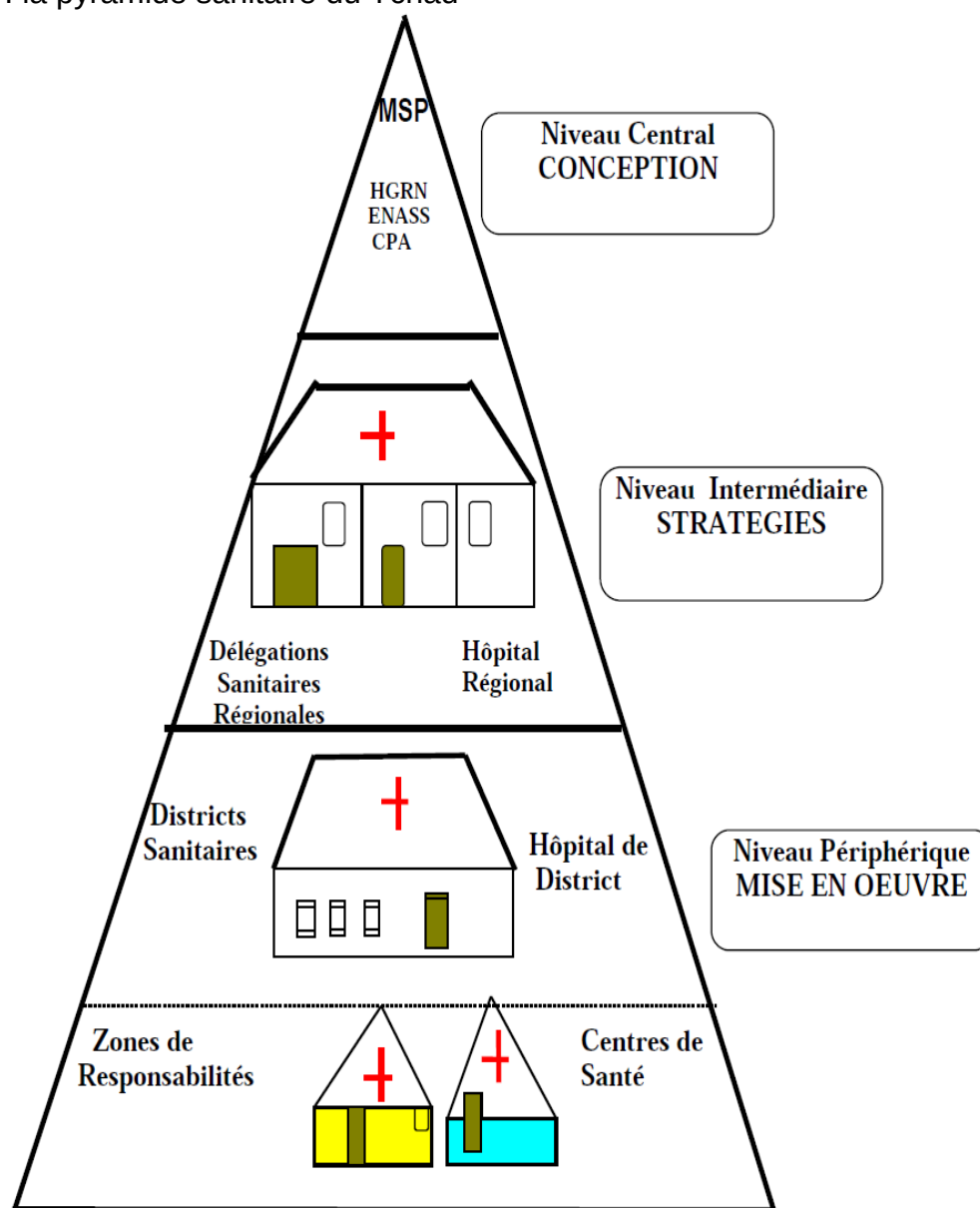
- Le niveau central comprend un Conseil National de Santé, les services centraux du Ministère de la Santé Publique, les programmes nationaux, les institutions nationales dont l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN), l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME), l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS) et la Centrale Pharmaceutique d'Achats (CPA). A ce niveau, notons l'existence de l'Hôpital de la Renaissance qui offre des soins d'un niveau tertiaire élevé en complément aux structures nationales du même niveau. L'hôpital de la Renaissance est géré actuellement par un Groupe privé dans le cadre d'une contractualisation entre le Gouvernement et ce Groupe. Le niveau central a pour rôle la conception et l'orientation de la politique sanitaire du pays et la mobilisation des ressources. Il est chargé de coordonner les aides extérieures, de superviser, évaluer et contrôler la mise en œuvre des programmes nationaux.
- Le niveau intermédiaire comprend les Conseils Régionaux de Santé, les 23 Délégations Sanitaires Régionales (DSR) calquées sur les Régions Administratives, les Etablissements Publics Hospitaliers des Régions (hôpital régional de référence), les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) et les Ecoles Régionales de formation. Le niveau intermédiaire est chargé de la coordination de la mise en œuvre de la politique de santé. Il apporte un appui technique au niveau périphérique.
- Le niveau périphérique est composé de 127 Districts Sanitaires (DS) subdivisés en 1.290 Zones de Responsabilité (ZR). Sur ces 127 districts sanitaire, seulement 100 sont fonctionnels à ce jour. Chaque DS comprend des Etablissements de soins qui sont l'hôpital de District situé au chef-lieu du département ou de la sous-préfecture et les Centres de santé. Le DS est chargé de la mise en œuvre des activités définies par la politique sanitaire. Le centre de santé offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) qui comprend des activités préventives, curatives et promotionnelles, tandis que l'hôpital de district prend en charge le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) dont les complications maternelles et néonatales.

Les activités de santé sont étendues au niveau communautaire sous forme de stratégies avancées et de stratégies mobiles, ainsi que des activités à base communautaire impliquant des agents de santé communautaire qui sont placés sous la supervision des Responsables des Centres de Santé (RCS).

Le système de santé met en jeu plusieurs acteurs qui peuvent être répartis dans les catégories suivantes : le secteur public ou Etatique, le secteur privé lucratif (cabinets de soins, cliniques, ...), les organisations multilatérales et bilatérales, le secteur associatif et/ou confessionnel, et la population (organisations communautaires et leaders communautaires).

Les activités du secteur de la santé sont soutenues par celles d'autres secteurs (Education, Elevage, Eau, Transports, Enseignement Supérieur, l'Action Sociale, Défense Nationale, etc.). Cette collaboration intersectorielle est organisée tant au niveau central que régional.

Figures 1 : la pyramide sanitaire du Tchad



1.2.2) But et priorités du système de santé

Le Gouvernement du Tchad à travers le Ministère de la Santé Publique a mis sur pied la Politique Nationale Sanitaire (PNS) 2007-2015. Cette politique s'appuie sur une médecine de masse axée sur la participation de la communauté à tous les programmes de santé ainsi que sur le développement et la répartition des formations sanitaires de façon à les rendre plus accessibles à toutes les couches de la population.

Son but est d'améliorer l'état de santé de la population. Pour cela, le pays s'est engagé à garantir une bonne accessibilité pour tous les habitants sur le territoire national aux services de soins de bonne qualité. Les priorités du système national de santé transparaissent à travers les objectifs généraux de la Politique Nationale du Développement Sanitaire (PNDS) 2007-2015 ci-dessous :

- ✓ Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles ;
- ✓ Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle ;
- ✓ Contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;

Un autre PNDS couvrant la période 2016 – 2020 est ce moment en cours d'élaboration.

L'objectif sectoriel est d'assurer l'accessibilité de la population aux soins et services de santé de qualité en vue d'une meilleure utilisation de ces services.

Parmi ces priorités nationales, celle qui est de « **contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles** » vise particulièrement la lutte contre les MTNs. Même si l'entité « **Maladies Tropicales Négligées** » n'apparaît pas comme telle dans les 10 maladies prioritaires, certaines en font partie.

La volonté du MSP de lutter contre les MTN est bien affirmée par la création d'une Direction des Maladies Transmissibles et Non Transmissibles, l'organisation de plusieurs rencontres (nationales et sous régionales) et surtout par la nomination d'un Point Focal en 2010.

1.2.3) Analyse du système national de santé

L'analyse du système de santé se fera à travers les six piliers du système que sont la gouvernance, le financement, les ressources humaines pour la santé, les prestations de service, le système d'information sanitaires, les technologies et produits médicaux.

a) La gouvernance du secteur santé

La gouvernance d'un secteur sensible comme celui de la santé met en jeu son leadership et son partenariat.

Dans le cadre de la gouvernance, du leadership et du partenariat, un certain nombre des défis suivants se posent encore au secteur de la santé :

- La coordination reste encore faible à tous les niveaux du système ,
- La redevabilité demeure encore faible et doit être mise en place pour les services bénéficiant des appuis tant du Gouvernement que des partenaires techniques et financiers ;
- Le dispositif juridique lié à la réforme du secteur de la santé doit être accéléré ;
- La circulation de l'information qui doit sous-tendre la synergie entre les services demeure faible et nécessite un renforcement de la communication interne et externe, ainsi que des mécanismes de collaboration intersectorielle en faveur de la santé ;
- Les données concernant les contributions techniques et financières sont difficiles à obtenir par le Ministère malgré leur engagement à travers le Pacte.

Cependant, d'importants efforts sont entrepris pour réduire les faiblesses observées en matière de gouvernance. Il s'agit entre autres:

- Le pilotage du secteur de la santé dans le cadre de la définition des politiques et stratégies est assuré par le MSP ;
- La stabilité des responsables du Ministère de la Santé Publique s'est légèrement améliorée mais n'a pas été suffisante pour renforcer durablement le leadership ;
- , des réunions mensuelles de haut niveau ont été tenues régulièrement aux différents niveaux du système de santé ;
- L'existence d'un cadre de concertation et de dialogue entre le MSP et ses partenaires a été un levier important dans la prise des décisions consensuelles ;
- Les deux pactes signés entre le Gouvernement et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) ont servi à renforcer la mise en œuvre de la PNS, notamment au niveau des ressources humaines tant en quantité qu'en qualité et du renforcement du partenariat ;
- Le nombre et la diversité des partenaires du secteur de la santé a renforcé les moyens de la mise en œuvre des activités ;

Il est à noter que la principale priorité dans ce domaine est de mettre en place et de faire fonctionner un mécanisme de coordination unique et efficace du secteur englobant toutes les interventions. Le MSP devra assurer son leadership et organiser des revues sectorielles conjointes régulièrement avec des réunions de suivi des plans d'actions et autres politiques de santé.

b) Le financement du secteur santé

Après des efforts substantiels consentis par le Gouvernement dans le domaine de la santé en termes de ressources financières, celles-ci connaissent ces derniers temps une baisse considérable compte tenu de la crise économique et financière due à la chute du prix de baril du pétrole. Cette crise qui affecte les économies internationales, régionales et nationales, oblige les PTF à réduire leur aide aux pays en développement et notamment le Tchad. Ces trois dernières années, cette crise économique mondiale et les nouvelles priorités sécuritaires ont affecté négativement la part du budget général de l'Etat allouée au Ministère de la Santé Publique. Cependant en terme nominal, ce budget a connu une augmentation sensible. Toutefois, le choix des priorités qui a été fait pour son utilisation n'a pas permis d'améliorer considérablement la santé des femmes et des enfants ;

Par ailleurs, à la conférence de l'Union Africaine (UA) tenue à Abuja au Nigeria en 2002 les Chefs d'Etat ont pris l'engagement d'affecter au moins 15 % de leur budget général annuel au secteur de la santé. Aussi, la communauté participe également de manière non négligeable au financement de la santé à travers le recouvrement des coûts.

Les comptes nationaux de la santé ont été élaborés, sont en cours de validation et constitueront un des meilleurs outils de prise de décision en matière de financement de santé.

Le Ministère de la Santé Publique doit être renforcé pour optimiser les ressources extérieures, notamment les ressources mobilisées par les initiatives mondiales de santé (Fonds mondial, GAVI, Muskoka, etc.) pour renforcer le système de santé et améliorer les indicateurs de santé.

Les défis à relever sont:

- Affecter au moins 20% du budget global de l'Etat au secteur de la santé ;
- Allouer équitablement les crédits délégués ;
- Mettre en œuvre de manière progressive la Couverture sanitaire universelle et évaluer périodiquement les progrès réalisés. A cet effet, il sera nécessaire de conduire des études complémentaires sur l'opérationnalisation de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) en collaboration avec la Stratégie Nationale de la Protection Sociale (SNPS) (ex : études de faisabilité sur les financements innovants, étude sur les options de financement alliant les gratuités pour les indigents et les capacités de paiement des couches aisées).
- La faible allocation budgétaire par rapport aux engagements et la difficulté de mobilisation des crédits délégués et des fonds affectés aux projets par certains PTF;

- Le retard dans le décaissement des fonds au trésor public et les coupes drastiques du budget alloué au secteur de la santé, lors des collectifs budgétaires ;
- L'absence de réglementation d'une tarification standard dans les structures privées de soins et le coût élevé des dépenses de santé pour les ménages.

c) Les ressources humaines pour la santé

Les ressources humaines sont l'un des principaux piliers du système de santé. Il s'agit d'un des déterminants majeurs de la santé et du développement. Leur existence en nombre et en qualité devrait permettre l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la santé dans de nombreux pays. Malheureusement, la crise des ressources humaines en santé au Tchad se fait sentir à l'échelle nationale.

En effet, la question des personnels de santé est, depuis longtemps, cruciale au Tchad. Les formations sanitaires sont confrontées à une insuffisance en ressources humaines en quantité et en qualité. Même si le nombre du personnel de santé a augmenté, notamment au niveau médical, il y a encore de nombreux problèmes quant à sa répartition géographique, sa motivation et sa fidélisation. Par ailleurs, la qualité de ce personnel reste un handicap énorme pour le système de santé : inadéquation de la formation aux besoins du terrain. C'est pourquoi, le MSP a révisé les curricula des écoles de formations paramédicales. Il reste qu'ils soient utilisés dans toutes les écoles.

Cependant il faut noter :

- La forte mobilisation des PTF autour du MSP à travers le Pacte a permis d'accroître les ressources humaines pour la santé au profit des formations sanitaires dans les Régions ;
- La qualité et la quantité du recrutement des personnels de santé à la Fonction Publique se sont nettement améliorées ces dernières années ; car ce recrutement s'est fait sur la base des profils et des quotas préalablement définis par le MSP et inscrits dans la Loi des Finances.
- La tentative de gestion informatisée des personnels qui devait permettre de bien suivre la carrière des personnels de santé n'a pas abouti ; ce qui fait que la problématique de la maîtrise de la gestion des ressources humaines pour la santé reste toujours d'actualité.

Les défis en matière de Ressources humaines pour la santé sont :

- L'insuffisance du personnel en quantité et en qualité ;
- Sa répartition équitable dans les régions en privilégiant les plus déficitaires, et le développement des stratégies pour sa fidélisation sur le terrain ;
- Le suivi de la mise en œuvre des recommandations issues de l'évaluation des écoles de santé privées ;

- La formation des médecins spécialistes pour le fonctionnement des hôpitaux ;
- L'accélération des réformes des écoles publiques de formation des paramédicaux.
- La non maîtrise des effectifs du personnel ;
- L'absence de suivi du personnel et sa fidélisation sur le terrain ;
- L'insuffisance de la formation continue ;
- L'insuffisance de crédits alloués à la formation des ressources humaines pour la santé ;
- L'insuffisance du personnel enseignant qualifié dans les écoles de santé.

La priorité est de rendre fonctionnels les CS et les hôpitaux en les dotant du personnel requis et motivé pour leur bon fonctionnement.

d) Les prestations de service

La Politique Nationale de Santé 2007-2015 visait à améliorer l'état de santé de la population en dotant le pays d'un système de santé cohérent, performant et accessible à tous les citoyens, orienté vers les soins de santé primaires à tous les niveaux de la pyramide, et soutenu par un système hospitalier performant. Elle a prévu trois orientations stratégiques, à savoir :

- ✓ L'amélioration de l'accès et de la disponibilité des services de santé de qualité : cette orientation était basée sur l'amélioration de l'accès géographique, économique et culturel des populations aux soins et le renforcement de la participation des communautés aux différents niveaux du système de santé ;
- ✓ Le renforcement des interventions contre les principales maladies : il s'agissait d'assurer une offre intégrée de soins de santé primaires pour améliorer la qualité de la réponse aux maladies transmissibles et non transmissibles ;
- ✓ L'amélioration de la prestation de soins de qualité aux femmes et aux enfants : cette orientation visait à placer la santé du couple mère-enfant au centre de toutes les interventions eu égard à la situation sanitaire précaire de ce groupe vulnérable.

Le système sanitaire tchadien observé aujourd'hui est caractérisé par une faible utilisation des formations sanitaires, des soins de faible qualité, un personnel de santé insuffisant et des approvisionnements en intrants (médicaments et consommables) très irréguliers. Le taux d'utilisation des soins curatifs dans les structures de soins de premier niveau était de 24% en 2013. Aussi, le système de santé est-il largement financé par le paiement direct par les usagers. Pour permettre aux communautés d'avoir effectivement accès aux soins sans avoir à effectuer à l'arrivée des dépenses catastrophiques, le Gouvernement a adopté la Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle (SNCSU) en 2015.

La carte sanitaire reste à élaborer. La couverture sanitaire nationale reste insuffisante : de nombreuses zones de responsabilité éloignées et à faible densité de population, ne disposent pas de centres de santé. Certains hôpitaux de district sont généralement très éloignés de la population et ne disposent pas toujours des intrants nécessaires pour offrir un paquet complémentaire d'activités complet et de qualité.

En plus, il se pose le problème de la maintenance des équipements médico-techniques mis à disposition des formations sanitaires. En effet, il est fréquent de constater que ces équipements, parfois jamais utilisés, sont laissés à l'abandon dans la cour des hôpitaux faute de maintenance.

Les services et les soins offerts, y compris les plus essentiels d'entre eux, ne correspondent pas toujours aux attentes de la population. Certes, des progrès ont été réalisés, comme par exemple, dans le domaine de la vaccination grâce aux campagnes qui sont régulièrement organisées. Mais dans bon nombre de domaines, les insuffisances sont importantes : les faibles taux de CPN, des accouchements assistés, de dépistage des malades de tuberculose et du VIH/SIDA, etc.

La malnutrition demeure un problème de santé publique au Tchad, surtout dans la bande sahélienne, en dépit des efforts déployés par le Gouvernement et ses partenaires. Depuis 2010, le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de ses partenaires a mis en place un programme de prise en charge intégré de la malnutrition aigüe (PCIMA). Le nombre des Unités nutritionnelles supplémentaires, ambulatoires et thérapeutiques a augmenté considérablement de 180 en 2010 à 752 en 2015. Une surveillance nutritionnelle régulière a été mise place avec l'organisation de deux enquêtes nutritionnelles SMART par an. Tous ces efforts ont eu pour conséquence la réduction significative de la prévalence de la malnutrition aigüe entre 2010 et 2015. Cependant, la focalisation du Programme PCIMA dans la bande sahélienne a été reconnue comme une limite du Programme et la revue de la PCIMA tenue en novembre 2015 a lancé les bases de sa mise à l'échelle.

Les leçons tirées sont :

- La faible appropriation des stratégies pilotes ayant donné des résultats probants dans le domaine de la santé : le financement basé sur les résultats, la gestion intégrée des districts (expérience du DS de Goundi), les mutuelles de santé, etc.);
- L'offre de services dans les formations sanitaires a été peu accessible et peu disponible malgré des investissements faits dans ce domaine. L'absence du niveau communautaire a accentué ce tableau ;
- L'approche des prestations de soins centrés sur la personne est faible. La qualité des soins ne répond pas suffisamment aux attentes des populations. Les mesures de sécurité des patients sont insuffisantes dans les structures hospitalières, exposant à des pathologies iatrogènes ;

- Face à l'émergence des maladies non transmissibles, les prestataires de santé ne bénéficient pas encore des compétences suffisantes et des outils appropriés pour assurer des soins adéquats ;
- Les activités de santé à base communautaire sont faiblement organisées et supervisées ;
- L'hygiène hospitalière et la lutte contre les maladies nosocomiales sont très peu développées dans les hôpitaux .

La priorité est de rendre disponible une offre de soins de qualité, complets, continus, intégrés et axés sur la personne dans toutes les formations sanitaires. La mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des plans directeurs MTN et MNT

- Amélioration de la fréquence et la qualité des supervisions formatives ;

e) Le système d'information sanitaire

L'orientation stratégique avait pour but le renforcement du Système national d'Information Sanitaire (SIS) en intégrant les nouveaux indicateurs et en facilitant leur utilisation. Ce renforcement devait se faire à tous les niveaux du système de santé afin de disposer des données fiables collectées dans l'ensemble des structures sanitaires du pays et dans les délais requis.

Le SIS du Tchad a été mis en place en 1985 dans le but de disposer d'informations fiables. C'est la raison pour laquelle il se caractérise par sa simplicité, son unicité, son adaptabilité à l'évolution du contexte sanitaire du pays.

Le SIS s'est progressivement dégradé avec la non fonctionnalité de la commission du SIS, l'insuffisance de ressources nécessaires à son développement, l'instabilité des responsables à tous les niveaux, le manque de formation continue du personnel prestataire, la mise en place des systèmes de collecte de données parallèles par les Programmes nationaux de santé, projets et certaines ONG.

Grâce à l'appui successif des projets financés par les partenaires, le SIS a été plusieurs fois révisé et doté d'un outil informatique «GESIS» non encore stabilisé depuis sa conception. La dernière révision des outils date de 2013. Cette révision a été faite de manière consensuelle avec tous les programmes et projets nationaux de santé ainsi que les partenaires techniques et financiers.

La feuille de route pour la revitalisation du SIS élaborée suite à l'évaluation de 2011 prévoyait la décentralisation de la saisie au niveau des délégations sanitaires régionales et des districts sanitaires avec une remontée régulière des données au niveau central. Pour cela, une centaine d'ordinateurs ont été mis à la disposition des délégations sanitaires régionales et des districts sanitaires. Mais cette feuille de route

n'a été que partiellement mise en œuvre à cause des difficultés de mobilisation des ressources financières.

Les points à noter sont :

:

- La Division du Système d'Information Sanitaire (DSIS) a fourni régulièrement des informations sanitaires générales. Ces informations n'ont pas toujours servi à une bonne planification et une bonne prise de décision à cause du décalage avec les besoins des utilisateurs. Cependant la faible organisation du SIS et les circuits de collecte des données parallèles par les programmes et projets de santé ont accentué sa faiblesse en le privant des ressources nécessaires à son développement. L'existence des circuits parallèles de collecte des données a entraîné une faible complétude de ces dernières ;
- Le SIS demeure toujours tributaire des appuis techniques et financiers qui rendent précaire la pérennisation de ses acquis par le Ministère de la santé publique ;
- Le faible leadership du MSP pour la production et la diffusion des données sanitaires (non fonctionnement de la commission SIS) ;
- Le faible engagement des responsables au niveau des Régions et Districts ne garantit pas une bonne qualité des informations collectées dans les services ;
- Les tentatives d'élaboration d'une carte sanitaire n'ont pas abouti. Il est urgent pour le MSP de la mettre en place pour mieux suivre l'évolution de la couverture sanitaire et les différentes interventions sur le terrain.

Le système d'information sanitaire mérite une attention particulière compte tenu de son importance pour mesurer les progrès accomplis dans la mise en œuvre des activités et apprécier la performance du système de santé. La priorité est de produire et rendre disponibles des données sanitaires de qualité à temps.

f) Les technologies et produits médicaux.

Ce volet sera apprécié à travers les infrastructures, la disponibilité des médicaments et des produits sanguins.

 Infrastructures et équipement :

Concernant ce point, on note avec satisfaction les efforts du Gouvernement pendant ces dernières années en matière de construction des infrastructures et de dotation en équipements médico-techniques à travers le pays. Cependant, l'on constate l'inadéquation des infrastructures et des équipements médico-techniques par rapport aux normes standards.

Les leçons tirées sont les suivantes :

- Beaucoup d'efforts ont été réalisés par le Gouvernement et ses PTF dans le domaine de la construction des infrastructures et de leur dotation en équipements medico- techniques et d'accroissement du personnel prestataire avec des résultats encore faibles ;

- La fonctionnalité optimale de ces infrastructures et équipements reste toujours une préoccupation du MSP;

Les défis consistent à :

- La réactualisation de la politique nationale de maintenance et sa mise en œuvre ;
- La définition des nouvelles normes en matière d'infrastructures et équipements sanitaires et leur mise en œuvre.

La priorité consiste à faire fonctionner toutes les infrastructures et les équipements sanitaires existants dans le pays. Les problèmes prioritaires sont :

- La désuétude de l'actuel document de politique nationale de maintenance ;
- L'absence d'un document de normes en infrastructures et équipements sanitaires ;
- L'absence d'une stratégie d'utilisation des énergies renouvelables pour les besoins des formations sanitaires.

Médicaments et produits sanguins

Le secteur du médicament et des réactifs est organisé au niveau national autour de la Direction Générale de la Pharmacie et des Laboratoires (DGPL). La chaîne d'approvisionnement des médicaments et des réactifs, pour le secteur public et le secteur privé non lucratif, est assurée par la Centrale Pharmaceutique d'Achats au niveau national et par les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) au niveau des régions. Le secteur privé libéral se ravitaille au niveau des grossistes répartiteurs. L'offre de soins traditionnels est fournie par une large diversité de prestataires de médecine traditionnelle.

D'une manière générale, l'accès aux médicaments est limité. Cette situation est due aux ruptures fréquentes des stocks de médicaments dans les établissements de santé et leur cherté encourage la création d'un marché parallèle et illicite de produits pharmaceutiques très souvent contrefaits.

L'assurance d'une meilleure disponibilité et d'une utilisation rationnelle des médicaments sûrs, efficaces, de bonne qualité et à un coût abordable pour les populations est une condition essentielle pour la qualité de la réponse d'un système de santé aux besoins dictés par le profil épidémiologique du pays. Les orientations stratégiques dans le domaine des médicaments visaient à :

- Assurer une gestion efficace du circuit d'approvisionnement et de distribution du médicament de qualité à tous les niveaux ;
- Améliorer la disponibilité géographique et l'accessibilité financière des MEG avec un accent particulier sur la forme pédiatrique et maternelle ;
- Promouvoir le développement de la pharmacopée, de la médecine traditionnelle pour la production des médicaments traditionnels améliorés ;

- Développer la formation adéquate des ressources humaines pour le secteur pharmaceutique ;
- Développer le système d'assurance qualité (homologation, inspection, contrôle qualité et pharmacovigilance) ;
- Promouvoir un partenariat avec l'Organisation de la Propriété Intellectuelle (OAPI) et autres institutions pour la production locale de médicaments dont les brevets sont tombés dans le domaine public.

Le secteur pharmaceutique a connu une amélioration relative du fait de l'accroissement des ressources humaines de qualité et du nombre des pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA). Cependant, des insuffisances demeurent :

- L'importation à 100 % de l'extérieur des besoins nationaux en médicaments et vaccins contribue à la cherté et aux ruptures fréquentes de certaines molécules dont le délai de livraison est très long ;
- La plupart des pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA) ne répondent pas aux normes pharmaceutiques en raison de la faible capacité des entrepôts, des conditions de stockage et de la quasi inexistence des véhicules de transport pour la livraison des produits ;
- Seuls 15 PRA sont fonctionnelles sur les 23 prévues et nécessaires. Ce qui se traduit par la faible disponibilité géographique des médicaments et vaccins ;
- L'absence d'un système d'information et de gestion logistique performant ne facilite pas l'usage rationnel des produits de santé ;
- Le secteur pharmaceutique fait face à une insuffisance en ressources humaines pharmaceutique, notamment en pharmaciens et biologistes ;
- Bien que le budget alloué à l'achat des médicaments soit en nette croissance ces dernières années, il demeure insuffisant pour couvrir les besoins nationaux. Il est à noter que les investissements sont orientés vers l'achat des produits de santé sans tenir compte des conditions de conservation et de stockage de ces produits (infrastructures, énergie,) ;
- Les textes législatifs et réglementaires destinés à l'encadrement du secteur pharmaceutique sont disponibles mais ils ne sont toujours pas utilisés faute de textes d'application ;
- Grâce à des campagnes de sensibilisation de masse et de proximité et à l'organisation des collectes actives de sang dans les établissements scolaires et universitaires, les casernes, les églises, etc. 77 490 poches de sang ont été collectées en 2014 sur l'ensemble du territoire pour 80 000 prévues, soit 96,86% des besoins couverts ;
- En dehors du VIH, les poches de sang données aux malades, ne sont pas toujours sécurisées par manque de réactifs ou de rigueur dans le contrôle des autres maladies (hépatite B, hépatite C, Syphilis, ...);
- Le retard dans le développement du secteur du laboratoire ;
- Le manque d'un laboratoire national de santé publique ;
- Les ruptures régulières des réactifs essentiels.

Les médicaments constituent un des piliers de la Politique Nationale de Santé. Mais l'approvisionnement suffisant en MEG a souvent fait défaut dans le pays. C'est pourquoi, les actions immédiates à entreprendre se résument en :

- Promouvoir la production locale de MEG ;
- Disposer d'un système d'approvisionnement et de distribution des MEG, vaccins, réactifs et produits sanguins performant et sécurisé ;
- Promouvoir le développement de la Pharmacopée et de la médecine traditionnelle pour la production des médicaments traditionnels de qualité garantie ;
- Disposer d'un laboratoire national de santé publique;
- Assurer une formation adéquate en ressources humaines pour le secteur Pharmaceutique ;
- Renforcer le cadre législatif et réglementaire du secteur pharmaceutique et du laboratoire.

La priorité pour le secteur est de rendre disponible des MEG, des vaccins, des réactifs et des produits sanguins de qualité à tous les niveaux du système de santé pour leur utilisation rationnelle.

1.3 Analyse de la situation des Maladies Tropicales Négligées

1.3.1 Epidémiologie et fardeau des maladies

a) Etat d'endémicité des MTNs au Tchad

Au nombre des Maladies Tropicales Négligées répertoriées par l'OMS, les suivantes sont connues endémiques au Tchad :

Au titre des maladies pouvant bénéficier d'une chimiothérapie de masse :

- L'onchocercose
- La filariose lymphatique
- Les géo helminthiases
- Les schistosomiases
- Le trachome

Au titre des maladies à prise en charge des cas :

- La lèpre,
- La dracunculose
- La THA
- La loase
- La leishmaniose

Les maladies telles que la Dengue et, la rage sont suspectées mais il n'existe pas de statistiques fiables.

b) Distribution des Maladies Tropicales Négligées endémiques au Tchad

Onchocercose :

La cartographie de l'onchocercose au Tchad a été réalisée en 1993, 1994 et 1998 par une enquête épidémiologique rapide basée sur la recherche des nodules et de la dépigmentation tibiale. Il est à signaler également que les églises catholiques avaient réalisé des enquêtes parasitologiques de l'Onchocercose dans les zones de Baibokoum qui ont servi comme données base de traitement. A ce jour 7 régions sanitaires regroupant un total de 30 districts de santé sont classé hyper ou méso endémiques(sur la base du nouveau découpage sanitaire).

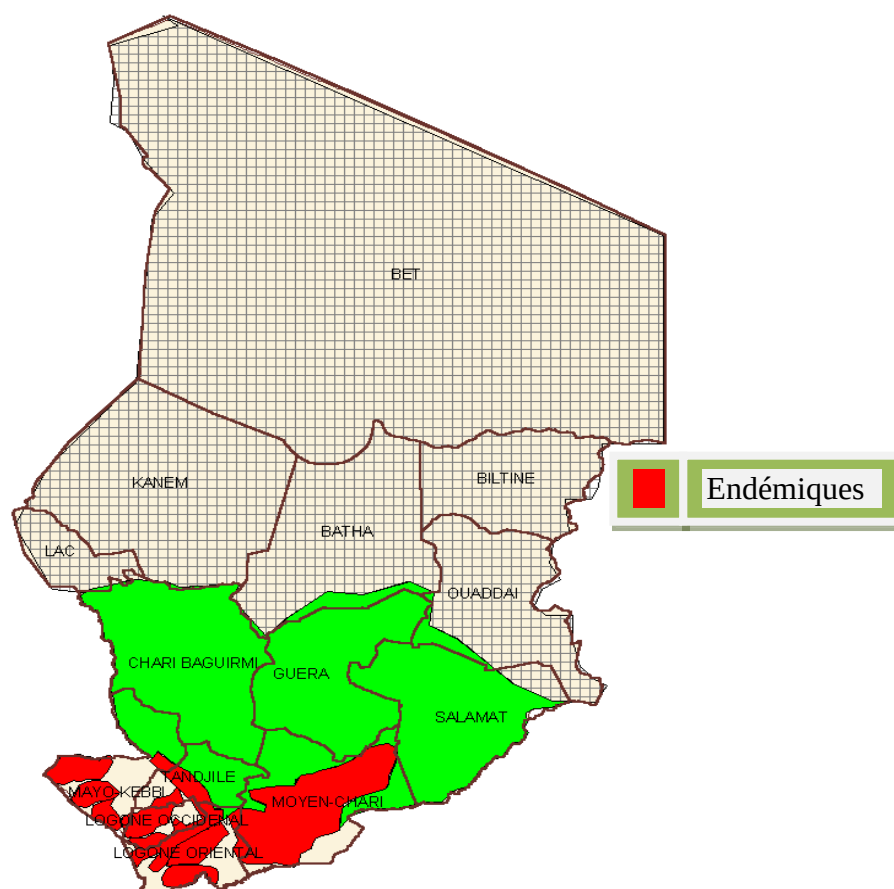
Les districts méso et hyper-endémiques sont :

- Dans le Mayo Kebbi Est : Fianga, Youé, Gounou-Gaya, Pont Carol .Dans le Mayo Kebbi Ouest : Pala, Gagal, Lamé,Torrock Léré ; Binder, Lagon.
- Dans le Logone Occidental : Moundou, Laokassi ;
- Dans le Logone Oriental : Bébédja, Doba, Mbaibokoum, Larmanaye, Goré, Béboto ;
- Dans le Mandoul : Bouna, Koumra, Moissala, Bédjondo ;
- Dans le Moyen Chari : Sarh, Kyabé , Biobe Singako, Danamadji ;
- Dans la Tandjilé : Béré, Kélo, Dafra .

Des évaluations d'impacts de traitement conduites depuis 2009 dans tous les bassins fluviaux à haut risque d'endémicité confirmées par des études entomologiques ont montré que le Tchad est dans la phase de pré élimination de l'Onchocercose. Dans ce contexte de l'élimination de la transmission, le Tchad a envisagée le traitement de masse à l'ivermectine dans les zones hypo endémiques. Toutefois, une cartographie réalisée dans ces zones pour justifier le traitement de masse a montré qu'elles ne sont plus endémiques.

La carte ci-après résume le niveau d'endémicité de l'onchocercose au Tchad.

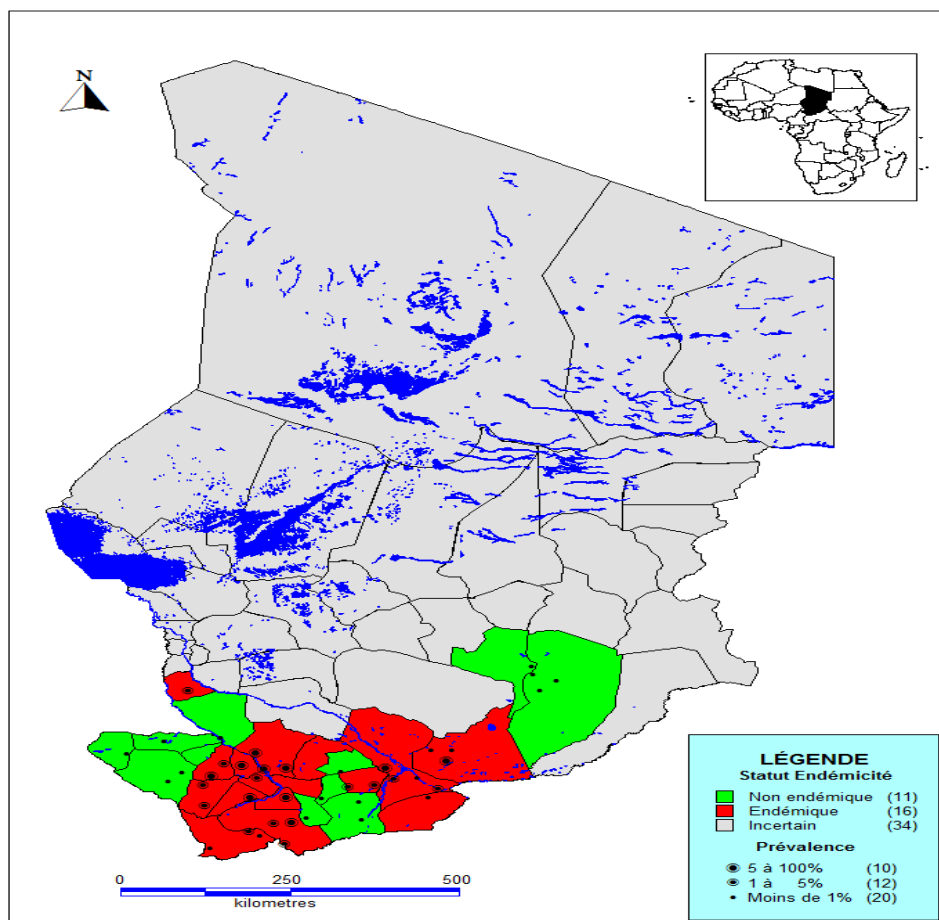
Carte 1 : Endémicité de l'onchocercose au Tchad



Filariose lymphatique

Des enquêtes de prévalence sur la Filariose Lymphatique (FL) et de la Loase ont été réalisées en 2010 à l'échelle de la zone d'endémicité de l'Onchocercose et la région du Salamat . Au total 31 districts dans 8 régions ont été enquêtés parmi lesquels 21 districts sont jugés endémiques (sur la base du nouveau découpage sanitaire). Les districts sanitaires endémiques sont : Guelendeng, Moulkou, Moundou, Laokassy ; Benoye ; Bebedja ; Bessao ; Larmanaye, Bebotou, Bodo, Doba ; Gore; Koumra; Sarh, Danamadji; Kyabe; Biobe Singako, Bere; Donomanga ; Kelo, Dafra et Lai. Cependant de suspicion d'endémicité persistait dans 26 autres districts sanitaires de 7 autres régions situées à la ceinture centrale dans la zone bioécologique de savane herbacée du pays. La cartographie conduite en 2015 dans ces 26 districts sanitaires suspectés montre qu'il n'existe pas d'endémicité et n'exigent pas de traitement de masse. Le tableau ci-dessous montre la répartition de la LF au Tchad

Carte 2 : Endémicité de la filariose lymphatique au Tchad



Les géo helminthiases et les schistosomias

Une enquête nationale sur les schistosomias et les parasitoses intestinales a été réalisée en 2000 et a concerné les différentes zones bioécologiques du pays. Mais compte tenu de l'ancienneté de ces données, une nouvelle enquête a été réalisée en 2015. Elle a intéressé les 83 districts fonctionnels au moment de l'enquête. Mais un district n'a pas été visité en raison des contraintes sécuritaires. Les résultats de cette enquête se résument comme suit pour les 99 districts (sur la base du nouveau découpage sanitaire) visités en sachant que le district de TISSI n'a pu être enquêté pour des raisons d'insécurité :

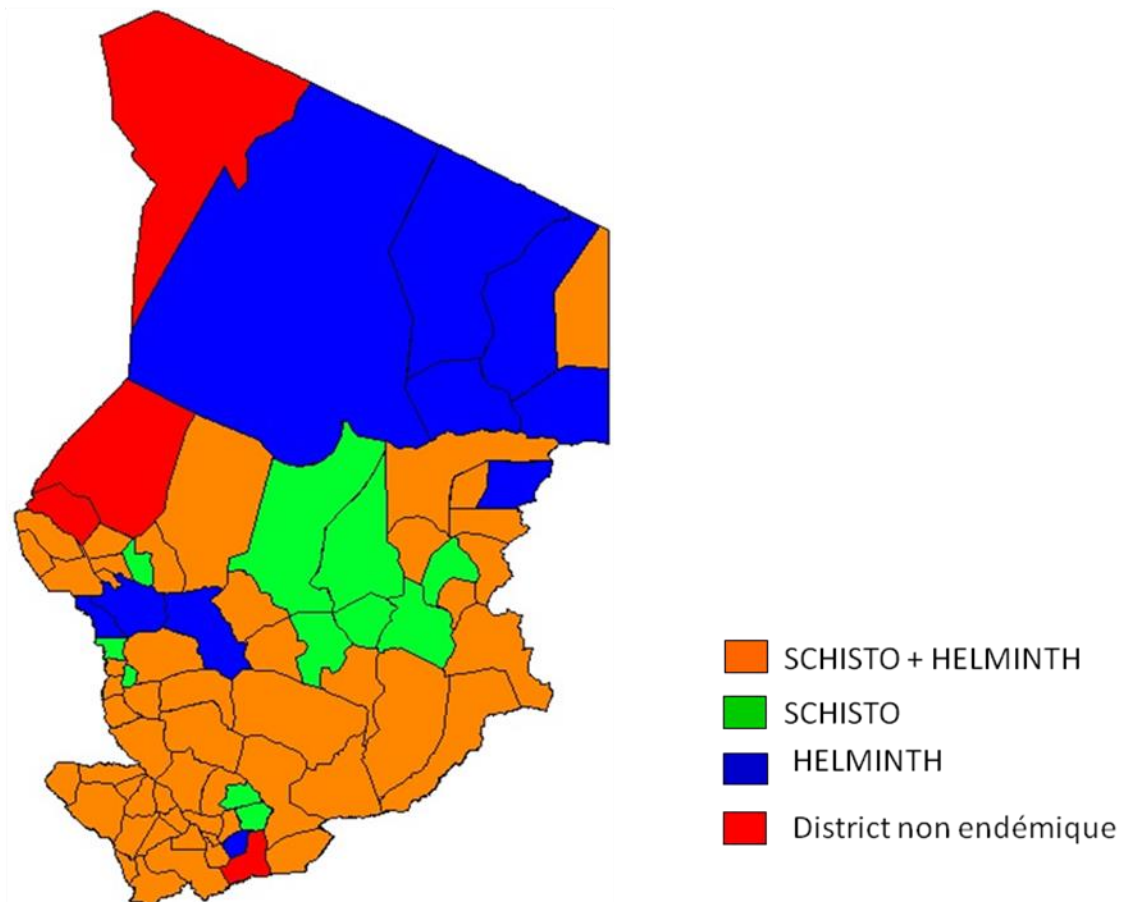
Pour les géo-helminthiases, les prévalences ont varié de 0 à 32, 8%. Les districts ayant une prévalence inférieure à 20% sont au nombre 91. Huit districts ont une prévalence comprise entre 20% et 50%.

Pour ce qui est des schistosomoses, les prévalences ont varié de 0 à 80,8 % selon les districts. Par catégorie, nous avons :

- 34 districts avec une prévalence inférieure à 10% ;
- 54 districts avec une prévalence comprise entre 10 et 50 % ;
- 11 districts avec une prévalence supérieure à 50%.

Carte 3 : Endémicité des schistosomoses et des géo helminthiases au Tchad en 2015

Co-endémicité SCHISTO et Géo-Helminthiases



Le trachome :

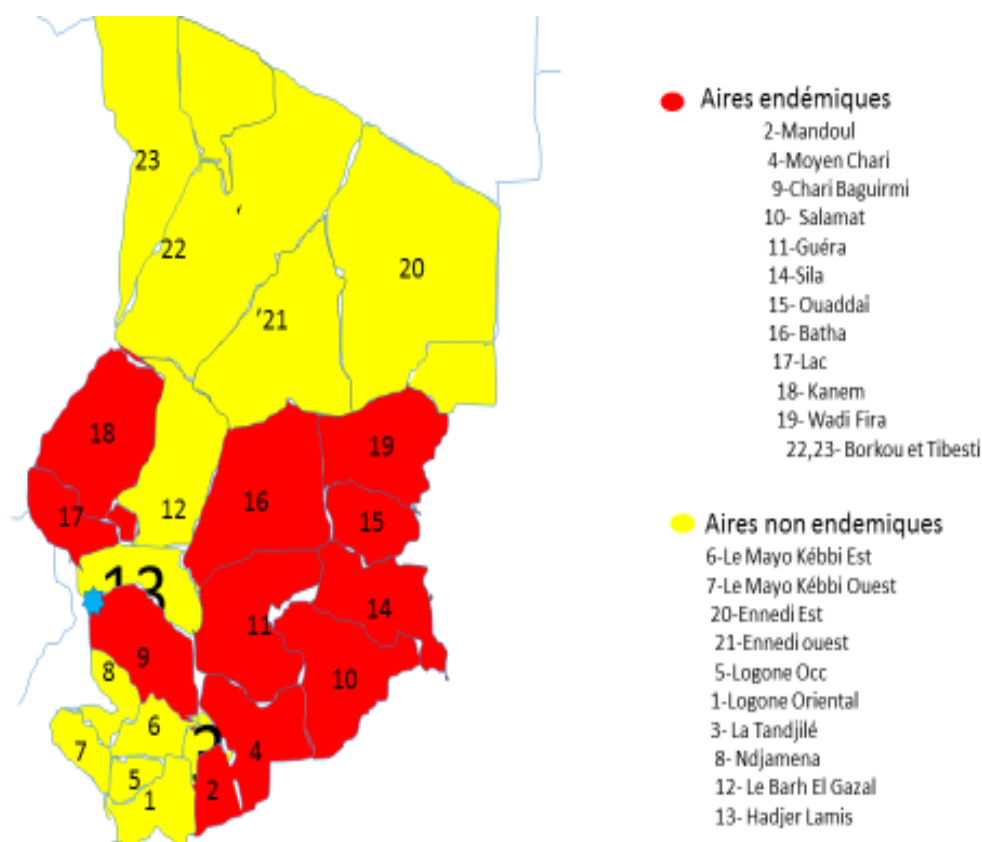
Quatre grandes enquêtes sur le trachome ont été réalisées entre 2000 et 2005 avec l'appui technique et financier de l'OMS et le concours technique de l'OPC. Ces enquêtes visaient à estimer les prévalences du trachome folliculaire (TF) et du trachome inflammatoire intense (TI) chez les enfants de moins de 10 ans et de l'entropion trichiasis (TT) et des opacités cornéennes (CO) chez les femmes de plus de 15 ans.

Etant donné l'ancienneté des données et la différence avec la procédure actuelle de cartographie, elles ont été reprises (enquêtes de validation) pour la majorité d'entre elles en 2013.

Le reste du territoire a été cartographié, toujours avec le soutien de l'OPC en 2014 et 2015. Seule la Région de N'Djamena, pour des raisons évidentes du contexte ne requiert pas la cartographie du trachome. Certains districts n'ont pas été cartographiés pour des raisons d'insécurité.

A ce jour, 35 districts sanitaires (sur la base du nouveau découpage sanitaire) répartis dans 13 régions sont connus endémiques. Ces régions sont figurées sur la carte suivante.

Carte N°4 : Régions endémiques au Trachome au Tchad



La Trypanosomiase Humaine Africaine (THA)

Situé en Afrique central, le Tchad figure parmi les quatre (4) pays endémiques (Tchad, Angola, RCA et Soudan du Sud) qui continuent à rapporter chaque année entre 100 et 500 nouveaux cas de la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) appelée communément maladie du sommeil.

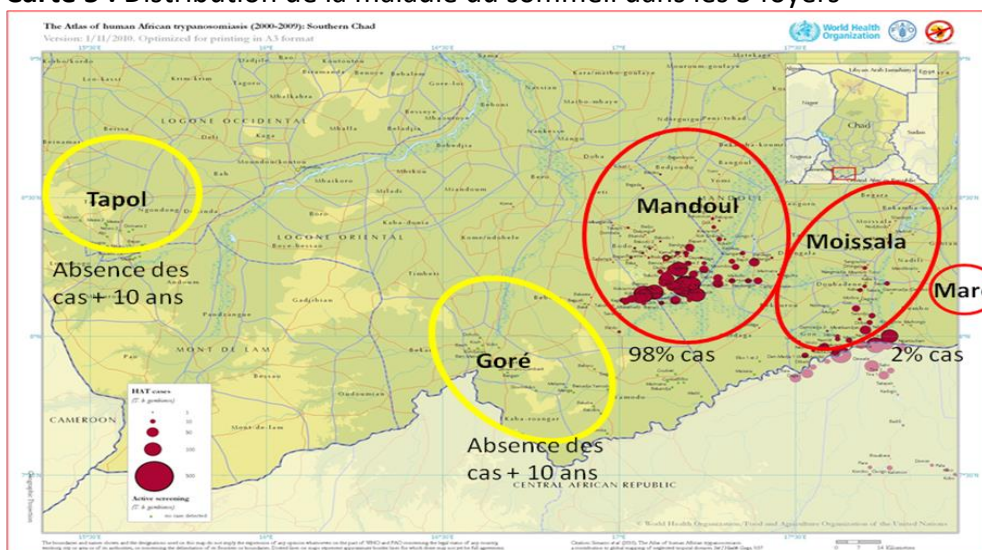
Avec la réviviscence en 2014 du foyer de Maro dans le district sanitaire de Danamadji, le pays compte désormais cinq (05) foyers de transmission à savoir Mandoul, Moissala, Maro, Goré et Tapol situés respectivement dans les districts sanitaires de Bodo, Moissala, Danamadji, Goré et Laokassi (Tapol) (carte 1).

La population à risque de cette maladie est estimée à 150000 habitants. Le taux de couverture global de la population à risque est environ 25%. Actuellement 3 foyers sur 4 sont actifs. Il s'agit de foyers de Mandoul, de Moissala et de Maro.

Malgré des progrès significatifs enregistrés au cours des dix dernières années de lutte contre cette maladie la situation de la maladie du sommeil reste toujours préoccupante.

Jusqu'en 2013, la stratégie de lutte contre la THA au Tchad reposait sur la recherche active et passive des cas suivi du traitement des malades. Cette stratégie a permis de réduire considérablement la prévalence de la maladie mais le nombre de nouveaux cas s'est stabilisé autour de 200 par an malgré la régularité des interventions. Pour consolider cette approche de lutte fondée sur l'assainissement du réservoir humain du parasite, la lutte antivectorielle a été introduite en 2014 essentiellement dans le foyer du Mandoul reconnu comme un foyer de transmission la plus élevée. Aussi, le système de surveillance passive intégré de la THA a été renforcé dans les foyers actifs. Cette combinaison d'approches de lutte a permis de baisser le nombre de nouveaux cas de THA à moins de 100 cas/an en 2014 et 2015 (figue 1). Bien que ce résultat soit encourageant, l'objectif d'élimination de la THA comme problème de santé publique tel que défini par l'OMS (moins d'un cas pour 10000 habitants) est encore loin d'être atteint et reste surtout controversé par le phénomène de réémergence de la maladie dans les anciens foyers historiques.

Carte 5 : Distribution de la maladie du sommeil dans les 5 foyers



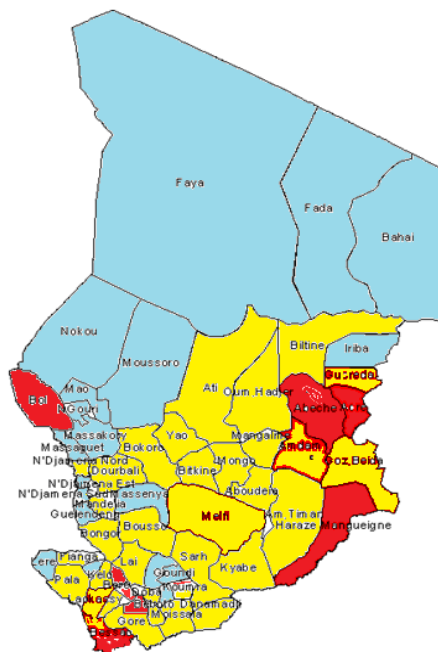
Au Tchad de 1996 à 2005, le nombre des malades lépreux recensés est passé de 2545 cas à 1114 cas soit une baisse de 56%. Le nombre de nouveaux cas a suivi une évolution identique, passant de 795 à 392 cas au cours de l'année 2015. Actuellement, la prévalence de la lèpre au Tchad en 2015 est de 0,33 pour 10 000 habitants. Le pays a atteint le seuil d'élimination qui est d'au moins de 1 cas pour 10 000 habitants.

Il existe dans le pays 06 districts hyper-endémiques qui sont dans les délégations sanitaires suivantes:

Il existe dans le pays 06 districts hyper-endémiques qui sont dans les délégations sanitaires suivantes:

- **Le Logone Oriental** : Béssao,
- **Le Ouaddaï** : , Adré, Abdi.
- **Le Dar-sila** : Goz-beida
- **Le Salamat** : , Haraze-Manguéigne
- **LA Tandjilé** ; **Bére**
- **Lac** : **Bol**

Carte 6 : cartographie de la lèpre au Tchad



Carte en 2015 : des districts sanitaires

- En rouge : les 6 districts encore hyper endémiques (taux de prévalence supérieur à 1 pour 10 000 hbts).
- En jaune : les districts sanitaires hypo endémiques
- En bleu : les districts sanitaires ayant zéro cas

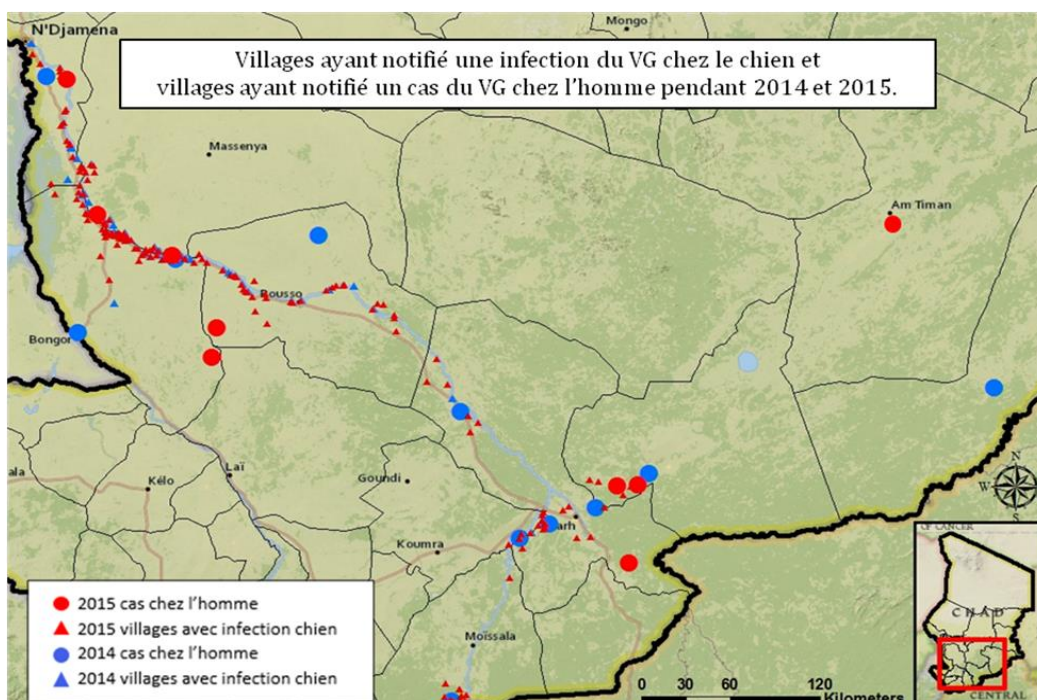
La dracunculose

La mise en place d'intervention spécifique à travers le Programme National d'Eradication de Ver de Guinée(PNEVG) a permis de réduire de façon considérable l'incidence de la Dracunculose dans le pays. De 1331 cas en 1994 l'incidence est passée à 149 cas en 1995, 127 cas en 1996, 25 cas en 1997, 3 cas en 1998, 1 cas importé en 1999 et 3 cas en 2000. En 2010, le pays s'attendait après 10 ans de fin d'interruption de la maladie à la certification par l'OMS. Malheureusement en Avril 2010 un (1) cas fut découvert dans le district de Guelendeng et s'ensuivent d'autres cas dans le district de Bousso, de Sarh et Melfi, faisant un total de 10 cas au cours de cette même année. En 2011, dix (10) autres nouveaux cas ont été enregistrés. Aucun des villages ayant rapporté des cas en 2010 n'a rapporté des cas en 2011 à l'exception du Camp Sarah, qui est en fait un qui en fait un quartier de Matassi. Il n'y a aucun lien apparent entre les cas de 2010 et ceux de 2011. Toutefois, la majorité des cas se trouvent le long du fleuve Chari. Le District de Bousso apparait comme l'épicentre de la flambée.

En 2012, le pays a notifié 27 infections chez les chiens, 54 infections chez les chiens en 2013, 113 infections en 2014, 503 infections en 2015. Pour la contamination de la population canine les animaux aquatiques (poissons, grenouilles...) sont fortement incriminés. Car ces animaux s'infectent en mangeant les poissons crus ou leurs entrailles. A partir de 2013, le pays rapporté successivement des infections chez le chat.

Le Ministère de la santé a fait une déclaration officielle de l'épidémie de la maladie dans le pays, en mai 2011.

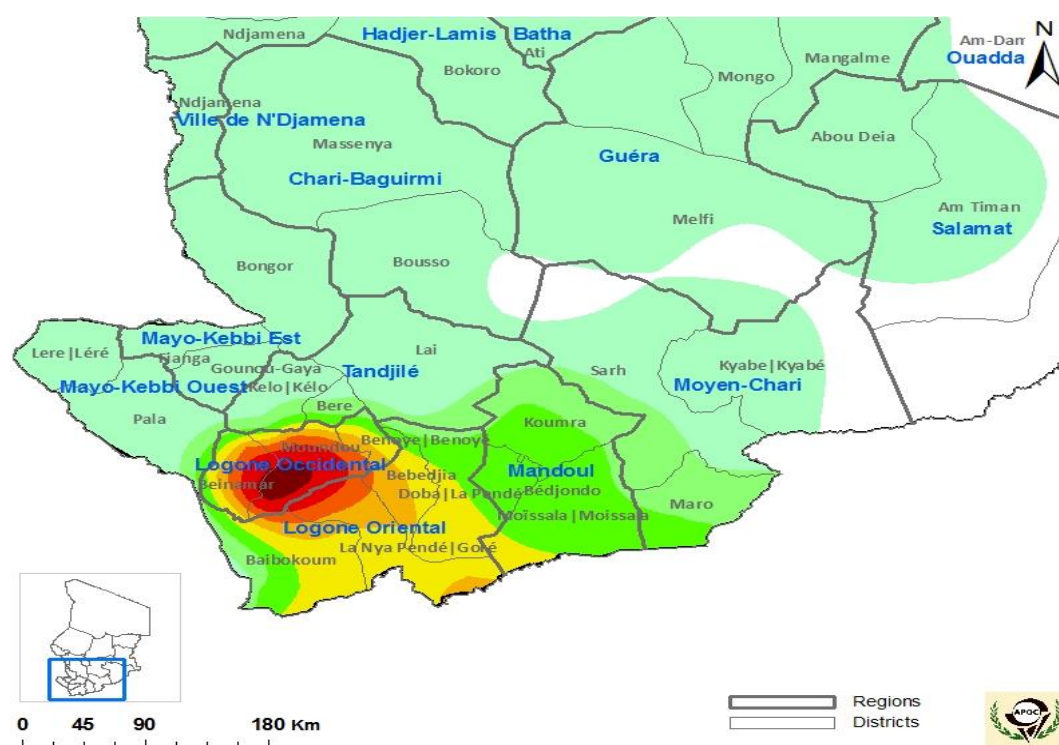
Carte 7 : cartographie de la dracunculose au Tchad en 2015



La loase

Une cartographie rapide de la loase (RAPLOA) a été réalisée en 2010 ; suivie de celle à la Goutte Epaisse Calibrée (GEC) en 2013 et 2015. Elle a permis de mettre en évidence des zones d'endémicité comme résumée sur la carte ci-dessous. Il s'agit d'une information à prendre en considération lors de la mise en œuvre des campagnes de lutte contre la Filariose lymphatique et l'onchocercose utilisant l'ivermectine pour prévenir la survenue des réactions. Il ne s'agira pas de créer un nouveau programme de lutte contre la loase mais de tenir compte de ces effets secondaires dans la mise en œuvre de ces deux (2) programmes (Onchocercose et Filariose Lymphatique).

Carte 8 : cartographie de la loase au Tchad en 2010, 2013 et 2015.

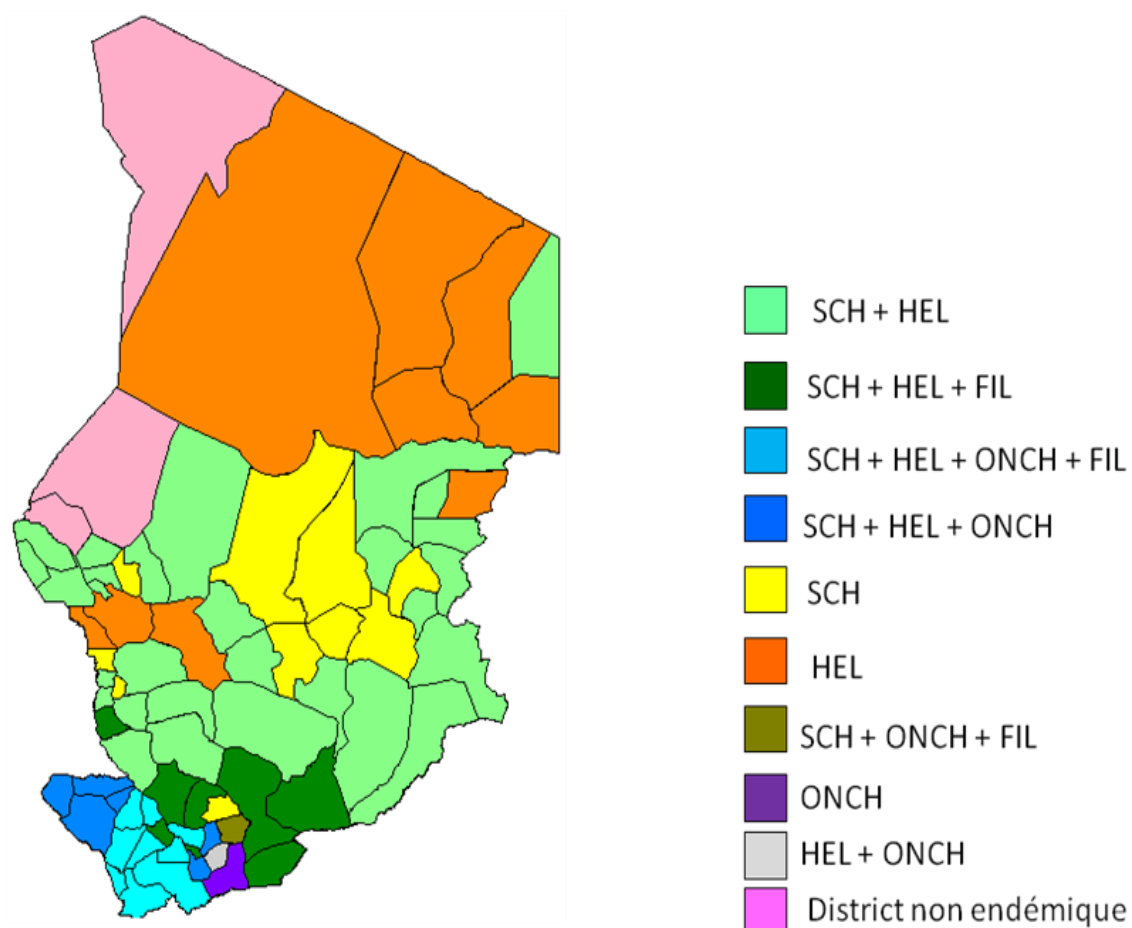


c) Co-endémicité des Maladies Tropicales Négligées au Tchad

Le tableau résumant l'endémicité des différentes maladies par district est figuré à l'annexe 8. Il fait état des informations disponibles pour l'onchocercose, la filariose lymphatique, le trachome, les schistosomias, les parasitoses intestinales, la lèpre, la THA et le ver de guinée. Il n'existe pas de données pour le moment concernant l'Ulcère de Buruli et la leishmaniose.

La carte ci-dessous figure la situation de co endémicité pour l'onchocercose, la Filariose Lymphatique, les schistosomoses et les géo-helminthiases.

Co-endémicité ONCHO-SCHISTO- FL-Helminthiases



d) Les besoins en cartographie

Le statut de cartographie des Maladies Tropicales Négligées est résumé dans le tableau suivant qui récapitule aussi les besoins de cartographie.

Tableau 1 : Statut de cartographie des MTNs au Tchad

Nom de la maladie endémique	Nombre de districts suspects endémiques	Nombre de districts connus endémiques	Besoin de cartographie ou de prospection
Schistosomiasis	100	90	01
Géo- helminthiase	100	81	01
Onchocercose	30	30	0
Trachome	100	35	05
Filariose lymphatique	62	23	0
THA	05	05	0
Lèpre	100	100	0
<i>Dracunculose</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>0</i>
<i>La Loase</i>	<i>59</i>	<i>21</i>	<i>0</i>
<i>La leishmaniose</i>	<i>100</i>	<i>0</i>	<i>100</i>

Au regard de ce tableau synthèse, des besoins de cartographie persistent pour la leishmaniose en ce qui concernent les MTN à PEC. Quant aux MTN à CTP, des compléments d'exploration existent pour certains districts en ce qui concerne les schistosomoses (01 districts), les géo helminthiases (01 district) et le trachome (05 district). Les limites pour la mise en œuvre de la cartographie pour ces districts sont essentiellement d'ordre sécuritaire.

1.3.2 Mise en œuvre du programme MTN

1.3.2.1 Les interventions en cours pour les maladies à chimiothérapie

Pour ce qui est des maladies à PCT, des interventions sont en cours pour l'onchocercose et le trachome. Le service santé scolaire et universitaire conduit des traitements en milieu scolaire pour les géo helminthiases et les schistosomiasis. Mais il s'agit d'un projet pilote qui n'a jamais été étendu. La filariose lymphatique ne bénéficie pas encore d'intervention.

Les interventions pour les maladies à chimiothérapie sont résumées dans le tableau suivant en annexe 5.

1.3.2.2 Les interventions en cours pour les maladies à prise en charge des cas

Le pays a entrepris une intervention contre les maladies nécessitant une prise en charge des cas : la lèpre, le ver de guinée, le THA. La lutte contre chacune de ces maladies est érigée en programme et soutenu par l'état et certains partenaires.

Le Pays enregistre des cas de leishmaniose mais qui ne sont pas rapportés dans le système d'information sanitaire (SIS). Ce qui rend difficile la connaissance des zones à risque.

Les interventions en cours pour les maladies à prise en charge des cas sont résumées dans le tableau en annexe 6.

1.3.3 Lacunes et priorités

Sur base de l'analyse situationnelle du pays, du système de santé et des MTNS, les forces, faiblesses, opportunités et menaces ont été identifiées et résumées dans le tableau 2.

Sur la base de l'analyse de ces forces, faiblesses, opportunités et menaces, les priorités du programme dégagées sont :

- ✓ Le renforcement de l'appropriation du programme par le l'état ;
- ✓ Evaluation de l'existence de certaines MTNs comme la leishmaniose ;
- ✓ Renforcement de la collaboration multisectorielle et le partenariat;
- ✓ Mise en place d'une unité de coordination de la lutte contre les MTNs
- ✓ Renforcement des capacités de ressources humaines;
- ✓ Plaidoyer pour une mise en place d'une unité de coordination de la lutte contre les schistosomoses et les géo helminthiases;
- ✓ Mise à l'échelle des interventions de traitement de MTNs.

Tableau 2 : Matrice des Forces, faiblesses, Opportunités et faiblesses du contexte de la lutte contre les MTNS

FORCES • Existence de 05 programmes MTNS • Existence d'une politique nationale de santé 2016-2030 ; • Plan national de développement sanitaire 2016 -2020 incluant la lutte contre les MTNS en cours d'élaboration • Campagnes de vaccination • Gratuité de soins • Financement basé sur le résultat (la performance) • Existence de cartographie pour la plupart de MTNS • Personnel formé en matière de gestion de programme • Existence de distributeurs communautaires de médicaments • Existence d'un point focal MTNs	Faiblesses • insuffisance des ressources financières allouées par le gouvernement • Insuffisance de motivation des distributeurs communautaires • Faible collaboration multisectorielle • Faiblesse de coordination des MTNs • Insuffisance de capacité technique et managériale • Absence de lutte anti vectorielle intégrée • Inexistence d'une structure formellement en charge de la lutte contre les MTN ; • Faible couverture thérapeutique pour certaines interventions • Absence de recherche opérationnelle
Opportunités • Donation des médicaments • Engagement des partenaires • Existence d'initiatives de lutte intégré sous régionale • Disponibilité des Organisations à Base Communautaire (OBC)	Menaces • Menace de MTNS transfrontalières • Forte dépendance au financement extérieur • Faiblesse du SIS • Instabilité sociopolitique régionale

Deuxième partie : Agenda Stratégique

2.1 Vision, Mission et but du Programme de lutte contre MTN au Tchad

2.1.1 Vision

Le Tchad libéré des MTNs à l'horizon 2020.

2.1.2 Mission

Mettre en place des stratégies appropriées de lutte contre les MTNs au niveau du territoire national et assurer la coordination des interventions sur le terrain en la matière.

2.1.3 But

Le but du plan stratégique de lutte contre les MTNs est d'établir un programme intégré, solide et viable capable de réaliser les objectifs spécifiques pour chaque MTN et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé de la population tchadienne notamment dans le domaine des maladies Tropicales Négligées.

2.2 Principes Directeurs et priorités stratégiques du Plan MTN du Tchad

2.2.1 Principes Directeurs

Ce plan directeur de cinq ans de lutte contre les maladies tropicales Négligées au Tchad vise à renforcer l'appropriation du programme par le gouvernement, la mobilisation des ressources, le renforcement de la collaboration multisectorielle et du partenariat, la mise à l'échelle des interventions de lutte et le renforcement de la surveillance.

La mise en œuvre du présent plan directeur sera régie par les principes directeurs qui devront être largement approuvés par les différents acteurs pour une réussite de l'intégration : codécision, transparence, équité, cadre institutionnel défini, en coordination avec les différentes parties prenantes, respect strict des normes/protocoles. Ceci passe nécessairement par :

- La mise en place d'un vaste programme de plaidoyer, de sensibilisation et d'information qui cible les pouvoirs publics, les décideurs, les partenaires techniques et financiers, les professionnels de la santé y compris ceux du privé, la population.
- La mise en place d'un cadre institutionnel de pilotage et de suivi-évaluation présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique et regroupant les coordonnateurs des différents programmes MTNs, La DGHLM, la DMTNT, la DSEPS, DSIS, DGPL, DRH. Ces parties prenantes ont été ciblées à cause de leur implication effective dans les différentes stratégies de lutte contre les MTN, notamment dans la prévention, la recherche, l'approvisionnement en médicaments et l'éducation pour la santé. Ce comité sera élargi aux secteurs de l'élevage, de l'éducation, de l'hydraulique, ainsi

qu'aux institutions de recherche et d'autres partenaires notamment l'OMS, l'UNICEF, l'Union Européenne, la BID, le Centre Carter, CBM, OPC, ITI, CSSI, l'INSSD et la fondation RAOUL FOLLEREAU. Il est prévu de faire chaque année un rapport d'avancement de l'exécution du plan validé et diffusé par ce comité ;

- Une implication effective et coordonnée des différents partenaires pour une utilisation rationnelle et efficiente des ressources disponibles ;
- Un respect strict des normes et protocoles standardisées de prise en charge des cas et de distribution de masse des médicaments en fonction de la co-endémicité ;
- Une intégration de la planification annuelle des activités de lutte contre les MTN dans les Plans de Travail Annuels au niveau région et district.

2.2.2. Les priorités stratégiques :

- ✚ **Mettre à l'échelle des interventions de lutte**, des traitements et des capacités de prestation de service du programme;
- ✚ **Renforcer la planification axée sur les résultats**, la **mobilisation des ressources** et la **durabilité du financement** des activités de lutte/MTN;
- ✚ Renforcer le **plaidoyer**, la **coordination** et l'**appropriation du programme par le gouvernement**;
- ✚ Renforcer le **Suivi/Evaluation**, la **Surveillance** et la **Recherche Opérationnelle**

A chacune de ces priorités stratégiques sont rattachés des objectifs définis comme suit.

Tableau 3 : Résumé des priorités et objectifs stratégiques

Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques
PS1 : Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme	Mettre à l'échelle des traitements de masse intégrés comprenant les traitements pour l'onchocercose, la filariose lymphatique, les schistosomiases, les parasitoses intestinales et le trachome
	Mettre à l'échelle des interventions de prise en charge intégrée des cas pour les maladies suivantes : Dracunculose, Lèpre, THA, Trachome,
	renforcer la lutte anti vectorielle intégrée et les autres actions de la stratégie CHACE (Accès à l'eau potable, modification de l'environnement) pour la lutte contre les MTNs
	Renforcer de la pharmacovigilance dans

	la lutte contre les MTNs
	renforcer les capacités au niveau national pour la gestion et la mise en œuvre du plan MTN
PS2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte/MTN;	Mettre en œuvre un système de planification axé sur les résultats aux différents niveaux avec la pleine participation de toutes parties prenantes
	Renforcer les stratégies et approches de mobilisation des ressources au niveau national, régional et local
	Renforcer l'intégration du plan MTN et son financement dans les mécanismes de budgétisation et de financement du secteur
PS3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le gouvernement	Renforcer les mécanismes de coordination de la lutte contre les MTN au niveau national et régional
	Renforcer le plaidoyer au profit de la lutte contre les MTN et la visibilité du programme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
	Mettre en place des revues de performance du programme à tous les niveaux pour utiliser les leçons apprises au profit du plaidoyer et l'amélioration des pratiques
PS4 : Renforcer le Suivi/Evaluation, la Surveillance et la Recherche Opérationnelle	Renforcer le monitoring des activités de lutte contre les MTN
	Renforcer la supervision des acteurs impliqués dans la lutte contre les MTN
	Améliorer la surveillance des MTN (y compris la collecte des données de base)
	Développer des axes de recherches opérationnelles sur les MTN
	Evaluer la mise en œuvre du plan MTN
	<i>Renforcer la surveillance des MTN dans le système de santé existant</i>

2.3 But, objectifs, stratégies et cibles de chaque programme MTN

Dans le contexte de la lutte intégrée contre il reste essentiel que chaque programme garde en vue son but, ses objectifs et stratégies. La promotion de l'approche intégrée vise à minimiser les coûts opérationnels dans le contexte de rareté des ressources qui est le notre. Le tableau ci-après présente ses informations pour les différents programmes.

Tableau 4 : Présentation synoptique des programmes spécifiques (Buts, Objectifs, Stratégies, Cibles et Indicateurs)

Programme MTN But global	But au niveau national	Objectif au niveau national	Stratégies	Canaux d'interventions
Onchocercose Eliminer la transmission en 2025	Eliminer la transmission de l'onchocercose d'ici 2020	Interrompre la transmission de l'onchocercose	Distribution de masse d'ivermectine	Communauté (TIDC)
Filariose lymphatique Eliminer la transmission en 2020	Eliminer la transmission de la filariose d'ici 2020	Interrompre la transmission de la LF	Distribution de masse d'IVM et d'Alb	Communauté (TIDC)
Dracunculose Eradiquer la maladie	Eradiquer la dracunculose d'ici 2018	Interrompre la transmission	Surveillance et PEC des cas	Réseau des centres de santé et communauté
Trachome Eliminer la maladie d'ici 2020	Eliminer le trachome cécitant d'ici 2020	Interrompre la transmission	CHANCE	Communautés
Lèpre Eliminer la maladie	Consolider les acquis de l'élimination de la lèpre	Interrompre la transmission	Surveillance et PEC des cas	Centre de santé
Schistosomiase	Eliminer la schistosomiase en tant que problème de santé publique	Réduction de la transmission	Traitement de masse	Ecoles
Parasitoses intestinales	Traiter régulièrement les enfants qui nécessitent	Réduction de la transmission	Traitement de masse	Ecoles
THA	Eliminer la THA	Interruption de la transmission	PEC Surveillance	Campagne de dépistage et de traitement

2.4 Définition des objectifs par étapes pour chaque programme MTN

Tableau 5 : Objectifs par étapes de chaque programme MTN

Programme MTN	Nombre de districts endémiques	Cible 2016	Cible 2017	Cible 2018	Cible 2019	Cible 2020
ONCHO	30	30	30	30	30	30
FL	21	6	14	23	23	23
TRACHOME	35	11	23	35	35	35
SCHISTO	90	10	50	90	90	90
GEOHELMINTHIASE	81	04	08	08	08	08
LEPRE	100	100	100	100	100	100
DRACUNCULOSE	100	100	100	100	100	100
THA	5	5	5	5	5	5

NB : Pour les géo-helminthiases, seuls 8 districts nécessitent un traitement de masse.

Troisième partie : Cadre opérationnelle

3.1 Mise à l'échelle de l'accès aux interventions, traitement et services

3.1.1 Mise à l'échelle de la chimiothérapie préventive

Les MTN à CTP endémiques au Tchad sont l'onchocercose, la filariose lymphatique, les géo-helminthiases, les schistosomoses et le trachome. En tenant compte des situations de co-endémicité et des algorithmes recommandés par l'OMS, les types de TDM à mettre en œuvre au Tchad sont les suivants :

- T2 (praziquantel) visant les schistosomoses dans 59 districts
- DMM1T2 (Ivermectine, Albendazole et praziquantel) visant l'onchocercose, la filariose lymphatique, les schistosomoses, et les géo helminthiases dans 23 communes ;
- DMM3T2 (Ivermectine et praziquantel) visant l'onchocercose et les schistosomoses dans 13 districts ;
- T1 (Mebendazole et praziquantel) visant les schistosomoses et les géo-helminthiases dans 4 districts

Ces informations sont résumées dans le tableau en annexe 9. Au regard de tout ceci, les activités retenues au titre de ce plan pour ce domaine d'interventions sont résumées come il suit.

Tableau 6 : Activités pour la priorité stratégique 1 : Mise à l'échelle des interventions pour les MTN à CTP

Activité	Sous activité	Délai /Périodicité					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectifs stratégiques 1 : Mettre à l'échelle des traitements de masse intégrés comprenant les traitements pour l'onchocercose, la filariose lymphatique, les schistosomiases, les parasitoses intestinales et le trachome							
Cartographier la loase dans les sept districts endémiques à la FL pour permettre la mise en œuvre des interventions.	Mener des enquêtes dans les 7 DS endémiques seuls à la Filariose Lymphatique	127480000	0	0	0	0	RH RF RM
Elaborer et rendre disponible des modules de formation et des supports de communication sur les MTN	Concevoir les modules de formation et les supports de communication	500000	0	0	0	0	RH RF RM
	Valider les différents modules de formation et les supports de	2775000	0	0	0	0	RH RF

	communication						RM
	Produire et vulgariser les modules et supports de communication	6000 000	2000000	2000000	2000000	2000000	RH, RF, RM
Former/recycler les acteurs en management, diagnostic et Traitement des MTN à PCT à tous les niveaux	Organiser la formation des formateurs sur management, diagnostic et PEC des MTN à PCT à tous les niveaux	12830000	21950000	15250000	11290000	11290000	RH, RF, RM
	Organiser des formations des RCS dans les districts sanitaires ciblés pour pour la FL/STM/SCH/ONCHO	15572000	29900000	17350000	9040000	9040000	RH, RF, RM
	Organiser des formations dans les 20 districts sanitaires ciblés ONCHO	5950000	5950000	5950000	5950000	5950000	RH, RF, RM
	Organiser des formations des DC et enseignants dans les districts cibles 20 districts ciblés pour FL/ONCHO/STH/SCH	9174000	29204000	29204000	14804000	14804000	RH, RF, RM
	Organiser des formations des équipes cadres DC pour la distribution AZT	7520000	0	0	0	0	RH, RF, RM
Assurer la disponibilité permanente des médicaments et autres intrants pour la lutte contre les MTN à PCT a tous les niveaux	Estimer les besoins de médicaments et d'intrants	PM	PM	PM	PM	PM	PM
	Commander les médicaments et intrants	PM	PM	PM	PM	PM	PM
	Réceptionner les médicaments et intrants	1000000	1000000	1000000	1000000	1000000	RH, RF, RM
	Approvisionner les niveaux intermédiaires périphériques en médicaments et intrants	7320000	21180000	17220000	17220000	17220000	RH, RF, RM
Organiser la campagne de	Elaborer un plan de distribution	PM	PM	PM	PM	PM	RH,

distribution de masse des médicaments	Mettre en œuvre les différents Types de DMM retenus selon les districts ciblés : Assurer la distribution de l'Ivermectine AlbendazoleMebendazole Parziquantel et Mebendazole dans les districts ONCHO/FL/STH/SCH/TRAC HOME ciblés	14073000	21250000	34000000	34000000	34000000	RH, RF, RM
	Assurer la distribution de l'Ivermectine et Praziquantel dans les districts ONCHO/SCH ciblés	7285000	19740000	19740000	19740000	19740000	RH, RF, RM
	Assurer la distribution de Mebendazole et Praziquantel dans les districts STH/SCH ciblés	7285000	19740000	19740000	19740000	19740000	RH, RF, RM
	Assurer la distribution de Praziquantel dans les districts SCH ciblés	7285000	11430000	11430000	11430000	11430000	RH, RF, RM
	Assurer la distribution de l'Ivermectine dans les districts ONCHO ciblés	40934000	40934000	40934000	40934000	40934000	RH, RF, RM
	Assurer la distribution de l'AZT dans les districts Trachome ciblés	14913000	14913000	14913000	14913000	14913000	RH, RF, RM

3.1.2 Mise à l'échelle des interventions pour les MTN à PEC

Les MTN à prise en charge des cas endémiques au Tchad sont la lèpre, la dracunculose et la THA. Le trachome et la filariose lymphatique qui sont des MTN à CTP ont un volet de PEC. La cartographie de la leishmaniose reste à faire.

Les interventions retenues sont la chirurgie (Hydrocèles, trichiasis et complication de la lèpre), le traitement médical des cas (THA, dracunculose, lèpre) et la prévention de la morbidité (filariose lymphatique). Ces interventions sont résumées dans le tableau en annexe 10.

Sur cette base, les activités retenues pour la prise en charge des cas dans le cadre du présent plan sont les suivantes.

Tableau 7 : Activités pour la priorité stratégique 1 : Activités pour la mise à l'échelle de prise en charge des cas et les traitements chroniques

Activité	Sous activité	Délai /Périodicité					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectifs stratégiques 2 : Mise à l'échelle des interventions de prise en charge intégrée des cas pour les maladies suivantes : Dracunculose, Lèpre, THA, Trachome,							
Cartographier les leishmanioses	Mener les enquêtes sur la leishmaniose	49560000					RH, RF, RM
Elaborer et rendre disponible des modules de formation et des supports de communication sur les MTN à prise en charge des cas	Concevoir les modules de formation et les supports de communication sur les MTN à prise en charge des cas	500000					RH, RF, RM
	Valider les différents modules de formation et les supports de communication	6040000					RH, RF, RM
	Produire et vulgariser les modules et supports de communication	6000000	2000000	2000000	2000000	2000000	RH, RF,

							RM
Former/recycler les acteurs en management, diagnostic et PEC sur les MTN à prise en charge des cas à tous les niveaux	Organiser la formation des formateurs sur le management, le diagnostic et PEC du ver de Guinée	38082000		36242000		36242000	RH, RF, RM
	Organiser la formation des RCS sur le management, le diagnostic et PEC du ver de Guinée	378342000		378342000		378342000	RH, RF, RM
	Organiser la formation des DSR, MCD, RCS sur le management, le diagnostic et PEC de la Lèpre	141880000	141880000	141880000	141880000	141880000	RH, RF, RM
	Organiser la formation des formateurs DSR sur le management, le diagnostic et PEC de la leishmaniose	30522000					RH, RF, RM
	Organiser la formation des formateurs MCD sur le management, le diagnostic et PEC de la leishmaniose	119115000					RH, RF, RM
	Organiser la formation des RCS sur le management, le diagnostic et PEC de la leishmaniose		77970000	77970000	77970000	77970000	RH, RF, RM
Assurer la disponibilité permanente des médicaments et autres intrants pour la lutte contre les MTN à PEC	Estimer les besoins de médicaments et d'intrants	X	X	X	X	X	PM
	Commander les médicaments et intrants	8000000	8000000	8000000	8000000	8000000	RM RF RH
	Réceptionner les médicaments et intrants	PM	PM	PM	PM	PM	PM
	Approvisionner les niveaux intermédiaires périphériques en médicaments et intrants	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Elaborer un plan d'intervention pour les MTN à prise en charge des cas	Elaborer un plan d'intervention pour les MTN à prise en charge des cas	500000	500000	500000	500000	500000	RH, RF, RM
Assurer la prise en	Assurer la Formation en chirurgie des	220260000	220260000	220260000	220260000	220260000	RH,

charge chirurgicale des MTN à PEC	trichiasis trachomateux						RF, RM
	Assurer le traitement chirurgical des trichiasis trachomateux	85000000	85000000	85000000	85000000	85000000	RH, RF, RM
	Formation à la chirurgicale de l'hydrocèle		26430000		26430000		RH, RF, RM
	Réaliser la cure chirurgicale de l'hydrocèle		10000000	10000000	10000000	10000000	RH, RF, RM
	Réaliser le traitement chirurgical des complications liées à la lèpre et la PEC médicale des cas de lèpre (y compris les réactions lépreuses)	7560000	7560000	7560000	7560000	7560000	RH, RF, RM
Assurer la prise en charge médicale des MTN à PEC	Assurer la PEC médicale des cas de THA						RH, RF, RM
	Assurer la prise en charge des cas de Leishmaniose						RH, RF, RM
	Assurer la PEC médicale des cas de dracunculose	12220000	12220000	12220000	12220000	12220000	RH, RF, RM
	Prévenir les complications liées aux lymphoedèmes	X	10000000	10000000	10000000	10000000	RH, RF, RM

3.1.3 Mise à l'échelle des interventions pour le contrôle de la transmission des MTNs

Les activités de contrôles de la transmission sont transversales à la lutte contre les MTN à transmission vectorielle et les autres maladies. En effet la lutte contre les vecteurs, les modifications de l'environnement et l'assainissement du milieu sont complémentaires aux activités de traitement de masse et de prise en charge des cas. Les interventions retenues dans le cadre de ce plan pour la lutte contre le vecteur et les l'assainissement du milieu sont résumées dans les tableaux en annexe 11 et 12. Sur cette base, le tableau ci après résume les activités retenues.

Tableau 8 : Activités pour la priorité stratégique 1 : Mise à l'échelle des interventions pour le contrôle de la transmission des MTN

Activité	Sous activité	Délai /Périodicité					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectifs stratégiques 3 : renforcer la lutte anti vectorielle intégrée et les autres actions de la stratégie CHACE (Accès à l'eau potable, modification de l'environnement) pour la lutte contre les MTNs.							
Développer la lutte anti-vectorielle intégrée	Procéder à la distribution de moustiquaires imprégnées	PM	PM	PM	PM	PM	RH ; RF ;RM
	Procéder à des pulvérisations intra-domiciliaires et spatiales des insecticides	PM	PM	PM	PM	PM	RH ; RF ; RM
	Mettre en œuvre le piégeage des glossines						RH ; RF ; RM
	Assurer le traitement des marres et/ou disponibilité des filtres	PM	PM	PM	PM	PM	RH ; RF ; RM
Promouvoir les actions WASH	Conduire la sensibilisation pour la consommation de l'eau potable	3900000	3900000	3900000	3900000	3900000	RH ; RF ; RM
	Conduire la sensibilisation pour la consommation de l'eau potable	12000000	12000000	12000000	12000000	12000000	RH ; RF ; RM
	Mener une campagne en faveur du lavage régulier des mains et du visage	10000000	10000000	10000000	10000000	10000000	RH ; RF ; RM
	Promouvoir l'utilisation des latrines	12000000	12000000	12000000	12000000	12000000	RH ; RF ; RM
	Amener les communautés à assainir leur milieu de vie (Gestions des ordures et assainissement du milieu)	60000000	60000000	60000000	60000000	60000000	RH ; RF ; RM

3.2 La pharmacovigilance dans la lutte contre les MTNs

La lutte contre les MTN passant par l'administration massive de médicament, la mise en œuvre d'un système de pharmacovigilance vigilance s'avère indispensable, tout comme la nécessité de prendre en charge, et ceci gratuitement, les éventuels effets secondaires du traitement. Cette prise en charge passe par le pré positionnement des médicaments nécessaire à la gestion des ces d'effets secondaires.

Aussi un contrôle de qualité des médicaments reçus en donation sera systématiquement réalisé sur tous les lots.

Tableau 9 : Activités pour le renforcement de la pharmacovigilance dans la lute contre les MTN

Activité	Sous activité	Délai /Périodicité					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectifs stratégiques 4 : renforcement de la pharmacovigilance dans la lutte contre les MTNs							
Mettre en place un système de pharmacovigilance pour toutes les MTN	Développer les outils de collecte de données sur les effets secondaires des médicaments pour chaque MTN	1000000					RH ; RF ; RM
	Vulgariser les outils	540000	540000	540000	540000	540000	RH ; RF ; RM
	Collecter les données sur les effets secondaires des traitements	15000000	15000000	15000000	15000000	15000000	RH ; RF ; RM
Assurer la prise en charge des cas liés aux effets secondaires	Développer des protocoles de prise en charge des effets secondaires	500000	0	0	0	0	RH ; RF ; RM
	Prendre en charge les cas d'effets secondaires	50000000	50000000	50000000	50000000	50000000	RH ; RF ; RM
Assurer le contrôle de qualité des médicaments utilisés pour les DMM	Identifier un laboratoire	x					PM
	Effectuer les contrôles de qualités de tous les lots		5000000	5000000	5000000	5000000	RH ; RF ; RM
TOTAL PS1		1588600000	1182475000	994012000	1205043000	929348000	

3.3 Renforcement de capacité au niveau national pour la gestion du programme MTN et sa mise en œuvre

Tableau 10 : Activités et ressources nécessaires au renforcement des capacités pour la mise en œuvre du programme au niveau national

Activité	Sous activité	Délai /Périodicité					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectifs stratégiques 5 : renforcer les capacités au niveau national pour la gestion et la mise en œuvre du plan MTN							
Renforcer les capacités institutionnelles de l'Unité de Coordination MTNs	Former l'équipe de la coordination sur la planification et la gestion des projets/programmes MTNs		3510000				RH ; RF ; RM
	Former au leadership le point focal MTN et les coordonateurs des différents programmes MTN		4580000				RH ; RF ; RM
	Former le point focal MTN, le gestionnaire des données ainsi que les coordonateurs des différents programme à la manipulation des outils de gestion des données MTN, la manipulation des outils de budgétisation, la cartographie et la manipulation de certains logiciels spécifiques.	5670000					RH ; RF ; RM
	Doter l'unité de Coordination en matériel logistique, technique et bureautique (Deux véhicules, cinq motos, Deux ordinateurs de table avec accessoires, deux ordinateurs portables, Une photocopieuse, Un scanner, Equiper les bureaux en mobilier, Communication internet)		73275000			73275000	RH ; RF ; RM
	Doter la Coordination du PNLL en matériel	48000000	15000000		32500000		

	logistique, technique et bureautique (Deux véhicules, cinq motos, Deux ordinateurs de table avec accessoires, deux ordinateurs portables, Une photocopieuse, Un scanner, Equiper les bureaux en mobilier, Communication internet)						
	Doter la Coordination STH/SCH en matériel logistique, technique et bureautique (Deux véhicules, cinq motos, Deux ordinateurs de table avec accessoires, deux ordinateurs portables, Une photocopieuse, Un scanner, Equiper les bureaux en mobilier, Communication internet)		73275000			73275000	
	Doter la Coordination PNEOFL en matériel logistique, technique et bureautique (Deux véhicules, cinq motos, Deux ordinateurs de table avec accessoires, deux ordinateurs portables, Une photocopieuse, Un scanner, Equiper les bureaux en mobilier, Communication internet)		73275000			73275000	

3.4 Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte contre les MTN

Tableau 11 : Activités pour renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte/MTN

Activité	Sous activités	Délai /Périodicité					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 6 : Mettre en œuvre un système de planification axé sur les résultats aux différents niveaux avec la pleine participation de toutes parties prenantes							

Développer les plans opérationnels annuels de contrôle, d'élimination et/ou d'éradication des MTNs ciblées au niveau de la coordination	Organiser chaque année des ateliers d'élaboration des plans opérationnels régionaux de lutte contre les MTN	7510000	7510000	7510000	7510000	7510000	RH ; RF ; RM
	Organiser chaque année un atelier d'élaboration du Plan opérationnel annuel de lutte contre les MTN		15900000	15900000	15900000	15900000	RH ; RF ; RM
Objectifs stratégiques 7 : renforcer les stratégies et approches de mobilisation des ressources au niveau national, régional et local							
Mobiliser les ressources nationales au profit du plan MTN	Organiser un atelier de validation du Plan Directeur de lutte contre les MTN	5170000					RH ; RF ; RM
	Conduire un plaidoyer soutenu en direction des décideurs du MSP pour le financement du plan MTN	365000					RH ; RF ; RM
Mobiliser les partenaires du secteur pour la mise en œuvre du Plan MTN	Organiser une réunion des partenaires autour du plan MTN	365000					RH ; RF ; RM
	Concevoir un plan de mobilisation de ressources en faveur du plan MTN		1500000				RH ; RF ; RM
	Mettre en œuvre le plan de mobilisation des ressources en faveur du plan MTN		150000000	150000000	150000000	150000000	RH ; RF ; RM
Objectifs stratégiques 8 : Renforcer l'intégration du plan MTN et son financement dans les mécanismes de budgétisation et de financement du secteur							
Intégrer la lutte contre les MTN dans les documents stratégiques du secteur	Veiller à la prise en compte des MTN dans la PNS 2016-2030, dans le PNDS 2016-2020 et dans les PRDS	PM	PM	PM	PM	PM	PM
TOTAL PS2		55 725 000	47 850 000	47 850 000	47 850 000	47 850 000	

3.5 Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le gouvernement et les communautés

Les activités

Tableau 12 : Activités pour renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le gouvernement et les communautés

Activité	Sous activité	Délai /Périodicité					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectifs stratégiques 9 : Renforcer les mécanismes de coordination de la lutte contre les MTN au niveau national et régional							
Mettre en place une unité de coordination de la lutte contre toutes les MTN	Affecter un local pour la coordination	X					PM
	affecter les ressources humaines au sein de l'unité (01 gestionnaire des données, 3 techniciens)	X					PM
Coordonner les interventions contre les MTN	Mettre en place un comité de pilotage des interventions contre les MTN (y compris la gestion du partenariat)	X					PM
	Mettre en place un comité technique de suivi des interventions contre les MTN	X					PM
	Mettre en place des points focaux de régions et de districts	X					PM
	Assurer le fonctionnement des différents comités	700000	700000	700000	700000	700000	RH,RF RM
Nommer un point focal en charge des schistosomoses et des helminthiases au sein de l'unité de coordination	Nommer un point focal en charge des schistosomoses et des helminthiases au sein de l'unité de coordination	X					PM

Objectifs stratégiques 10 : Renforcer le plaidoyer au profit de la lutte contre les MTN et la visibilité du programme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Mettre en place un plan d'IEC et de mobilisation sociale en soutien à la lutte contre les MTN à PEC et CTP	Développer/actualiser les outils de promotion de la santé en matière de lutte contre les MTN (CTP et PEC)	15000000					RH, RF, RM
	Organiser des réunions de sensibilisation à l'intention des autres Ministères techniques intervenant dans la lutte contre les MTNs (Education, Communication, Environnement, Intérieur, Agriculture et Elevage,)		750000	750000	750000	750000	RH ; RF ; RM
	Organiser des sessions de sensibilisation sur les MTN à l'intention des élus locaux (Maires, sous préfets, Chefs de Cantons) et les leaders d'opinion		30570000	30570000	30570000	30570000	RH ; RF ; RM
	Organiser des sessions de plaidoyer à tous les niveaux pour la STH/SCH	10055000	30570000	30570000	30570000	30570000	RH ; RF ; RM
	Organiser des sessions de plaidoyer à tous les niveaux pour la ONCHO/FL/SCH	13390000	30570000	30570000	30570000	30570000	RH ; RF ; RM
	Organiser des sessions de plaidoyer à tous les niveaux pour le Trachome	5400000	5400000	5400000	5400000	5400000	RH ; RF ; RM
	Organiser des sessions de sensibilisation dans les 3250 villages pour ONCHO/FL	30570000	30570000	30570000	30570000	30570000	RH ; RF ; RM
	Organiser des sessions de	24250000	60000000	45000000	30000000	15000000	RH ;

	sensibilisation dans les villages pour FL/SCH/STH						RF ; RM
	Organiser une journée nationale de sensibilisation sur les MTN		15000000	15000000	15000000	15000000	RH ; RF ; RM
	Journée nationale de lutte contre la cécité	200000000	200000000	200000000	200000000	200000000	RH ; RF ; RM
	Organiser des sessions de plaidoyer en soutien à la lutte contre les MTN à PEC	25040000	34340000	35340000	25040000	25040000	RH ; RF ; RM
	Organiser des sessions de sensibilisation en soutien à la lutte contre les MTN à PEC	35000000	50000000	35000000	10000000	4500000	RH, RF, RM
	Organiser une Journée Mondiale de la Lèpre	15000000	15000000	15000000	15000000	15000000	RH, RF, RM
	Organiser une Journée Nationale du ver de Guinée	19470000	19470000	19470000	19470000	19470000	RH, RF, RM
TOTAL PS3		376 455 000	528 140 000	495 895 000	405 700 000	426 375 000	
Objectifs stratégiques 11 : Mettre en place des revues de performance du programme à tous les niveaux pour utiliser les leçons apprises au profit du plaidoyer et l'amélioration des pratiques							
Organiser des revues de performances du programme au niveau national et régional	S'assurer que les comités directeurs au niveau des régions intègrent la lutte contre les MTN à leurs agendas.	4900000	4900000	4900000	4900000	4900000	RH ; RF ; RM
	Organiser une revue nationale du programme	7550000	7550000	7550000	7550000	7550000	RH ; RF ; RM
	Revue mensuel de task force VG	1350000	1350000	1350000	1350000	1350000	RH ; RF ;

							RM
	Réunion Transfrontalière VG	6020000					RH ; RF ; RM
	Réunion Transfrontalière ONCHO/FL		8720000	8720000	8720000	8720000	RH ; RF ; RM

La lutte contre les Maladies Tropicales Négligées au Tchad est coordonnée par cinq programmes en charge de la lutte contre l'onchocercose, la filariose lymphatique, trachome, la lèpre, la THA et la dracunculose. Il n'existe pas de programme pour les schistosomoses et les géo-helminthiases. Les actions menées jusqu'à là l'ont été par le service de santé scolaire et universitaire.

La coordination générale de toutes ces interventions est confiée à un point focal.

Au terme de cette planification il est prévu de :

- Renforcer l'unité de coordination des interventions au sein de la DMTNT par l'affectation de personnel pour notamment s'occuper des MTN à CTP, des MTN à PEC, du suivi évaluation et de la gestion des données.
- Identifier un point focal pour les schistosomoses et les géo helminthiases ;
- Mettre en place un comité de pilotage (intégrant les aspects de partenariat) et un comité technique

3.6 Monitoring, surveillance et évaluation dans la lutte contre les MTNs

Les activités de suivi/évaluations retenus dans le cadre de ce plan sont les suivantes.

Tableau 13 : Activités pour renforcer le monitoring et l'évaluation

Activité	Sous activité	Délai /Périodicité					Res sou rce s
		2016	2017	2018	2019	2020	

							nécessaires
Objectifs stratégiques 12 : Renforcer le monitoring des activités de lutte contre les MTN							
Améliorer la collecte régulière des données sur les MTN	Actualiser les outils de collecte des données sur les MTN ;	500000					PM
	Intégrer certains outils de collecte des données sur les MTN dans le SIS;	X					PM
Mettre en place un système de monitoring intégré des activités de lutte contre les MTN à CTP	Elaborer un guide de monitoring intégré des activités de lutte contre les MTN à CTP	1000000					RH ; RF ; RM
	Conduire de façon semestrielle un monitoring des activités de lutte contre les MTN à CTP à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	3636000	7836000	14436000	14436000	13636000	RH ; RF ; RM
	Superviser 2 fois par an les activités ONCHO/FL		41640000	41640000	41640000	41640000	RH ; RF ; RM
	Superviser 2 fois par an les activités SCH/SCH		60860000	60860000	60860000	60860000	RH ; RF ; RM
	Produire des outils de gestion (registres fiches) pour ONCHO/FL	50000000	30000000	30000000	10000000	5000000	RH ; RF ; RM
	Produire des outils de gestion (registres fiches) pour STH/SCH	50000000	30000000	30000000	10000000	5000000	RH ; RF ; RM
	Assurer régulièrement la	2700000	2700000	2700000	2700000	2700000	270

	collecte des données						000 0
Mettre en place un système de monitoring intégré des activités de lutte contre les MTN à PEC	Elaborer un guide de monitoring intégré des activités de lutte contre les MTN à PEC	5000000					RH ; RF ; RM
	Conduire de façon semestrielle un monitoring des activités de lutte contre les MTN à PEC à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	3636000	7836000	14436000	14436000	13636000	RH ; RF ; RM
Mettre en place une base de données intégrant toutes les MTNs	Créer la base de données	1000000					
	Rendre la base de données fonctionnelle	500000	500000	500000	500000	500000	
	Rendre la base de données accessible	500000	500000	500000	500000	500000	
Objectifs stratégiques 13: Renforcer la supervision des acteurs impliqués dans la lutte contre les MTN							
Mettre en place un système de supervision intégré des acteurs impliqués dans la lutte contre les MTN à CTP	Elaborer un guide de supervision intégré des acteurs de lutte contre les MTN à CTP	500000					RH ; RF ; RM
	Conduire de façon semestrielle une supervision des acteurs impliqués dans la lutte contre les MTN à CTP	3636000	7836000	14436000	14436000	13636000	RH ; RF ; RM
Mettre en place un système de supervision intégré des acteurs impliqués dans la lutte contre les MTN à PEC	Elaborer un guide de supervision intégrée des acteurs de lutte contre les MTN à PEC	500000					RH ; RF ; RM
	Conduire de façon semestrielle une supervision intégrée des	3636000	7836000	14436000	14436000	13636000	RH ; RF ; RM

	acteurs de lutte contre les MTN à PEC à tous les niveaux de la pyramide sanitaire						
Objectifs stratégiques 14 : Améliorer la surveillance des MTN (y compris la collecte des données de base)							
Assurer la surveillance passive des MTN	Veiller à la prise en compte des MTN dont le profil s'y prête dans le Système d'information sanitaire (Lèpre, dracunculose, THA, Parasitoses.)	X	X	X	X	X	RH ; RF ; RM
Assurer la recherche active des cas de MTN (lèpre, THA et dracunculose)	Procéder à la recherche active des cas de dracunculose	20000000	20000000	20000000	20000000	20000000	RH ; RF ; RM
	Organiser des campagnes de dépistage de la THA	X	X	X	X	X	RH ; RF ; RM
	Procéder à la recherche active des cas de lèpre	X	X	X	X	X	RH ; RF ; RM
Assurer la surveillance de l'onchocercose	Poursuivre la surveillance épidémiologique de l'onchocercose	43323000	25152000	25152000	25152000	25152000	RH ; RF ; RM
	Poursuivre la surveillance entomologique de l'onchocercose	20770000	20770000	20770000	20770000	20770000	RH ; RF ; RM
Suivre l'impact des TDM sur le niveau d'endémicité de la filariose lymphatique	Installer des sites sentinelles et des sites de contrôle (villages) suivant les normes pour le suivi de la FL	15100000	0	0	0	0	RH ; RF ; RM
	Assurer la collecte régulière des données sur les différents sites	2700000	2700000	2700000	2700000	2700000	RH ; RF ; RM

	Conduire des enquêtes TAS pour confirmer l'élimination de la FL					15100000	RH ; RF ; RM
Suivre l'impact du TDM sur le niveau d'endémicité des schistosomoses et des géo-helminthiases	Mettre en place des sites sentinelles (écoles) suivant les normes OMS	35000000					RH ; RF ; RM
	Assurer la collecte régulière d'information sur les sites	2700000	2700000	2700000	2700000	2700000	RH ; RF ; RM
Objectifs stratégiques 15 : Développer des axes de recherche opérationnelle sur les MTN							
Promouvoir la recherche opérationnelle sur les MTN	Développer les axes de recherche sur les MTN		500000	500000	500000	500000	RH ; RF ; RM
	Réaliser les recherches opérationnelles sur les MTN		30000000	30000000	30000000	30000000	RH ; RF ; RM
Objectifs stratégiques 16 : Evaluer la mise en œuvre du plan MTN							
Mener des évaluations internes et externes de la mise en œuvre du plan Directeur MTN	Evaluer chaque année la mise en œuvre du plan intégré (auto-évaluation)		12410000	12410000	12410000	12410000	RH ; RF ; RM
	Organiser de évaluation à mi parcours (Evaluation externe)			21500000			RH ; RF ; RM
	Organiser une évaluation finale (Externe)					21500000	RH ; RF ; RM
Evaluer les couvertures de traitement des campagnes de DMM	Développer les protocoles d'enquête de couvertures	500000					RH ; RF ; RM
	Exécuter les enquêtes de couvertures	19287000	19287000	19287000	19287000	19287000	RH ; RF ; RM
	TOTAL PS4	227 852 000	438 636 000	459 311 000	459 311 000	459 311 000	

Les indicateurs de performance du plan intégré sont résumés dans le tableau suivant. Les indicateurs de performance spécifiques à chaque programme sont résumés dans le tableau en annexe 7.

Tableau 14 : Indicateurs de suivi-évaluation

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Moyens de vérification
PS3 : Mise à l'échelle de l'accès aux interventions, des traitements et des capacités de prestation de service du programme MTN			
Mettre à l'échelle des traitements de masse intégrés comprenant les traitements pour l'onchocercose, la filariose lymphatique, les schistosomias, les parasitoses intestinales et le trachome	Elaborer chaque année un plan de distribution de masse intégré	Nombre de plan de distribution élaboré	Documents disponibles
	Organiser chaque année une campagne de masse intégrée contre les MTN CTP	Nombre de campagne organisé	Rapports de traitement
Mettre à l'échelle des interventions de prise en charge intégrée des cas pour les maladies suivantes : Dracunculose, Lèpre, THA, Trachome, et FL	Elaborer chaque année un plan de prise en charge des cas	Nombre de plan opérationnels des MTN a prise en charge des cas	Documents de plans
	Renforcer la prise en charge intégrée des MTN à PEC	Nombre de cas pris en charge ou opéré /Nombre de cas attendu	Rapports
renforcer la lutte anti vectorielle intégrée et les autres actions de la stratégie CHACE	Elaborer et mettre en œuvre un plan de lutte anti vectorielle intégré	Disponibilité du document	Document disponible

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Moyens de vérification
(Accès à l'eau potable, modification de l'environnement) pour la lutte contre les MTNs	Mettre en place un cadre de concertation avec les acteurs du WASH	Disponibilité du cadre	Rapports de concertation
Renforcer de la pharmacovigilance dans la lutte contre les MTNs	Intégrer la pharmacovigilance des MTN dans le Système de national	Plan d'intégration de la pharmacovigilance élaboré	Existence du plan
renforcer les capacités au niveau national pour la gestion et la mise en œuvre du plan MTN	Assurer le renforcement de capacité des acteurs de lutte contre les MTN à différents niveaux	Nombre de formation	Rapports de formation
	Renforcer en personnel la coordination	Nombre d'agents mis à disposition/ nombre attendu	Titre d'affectation
PS2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte/MTN;			
Mettre en œuvre un système de planification axé sur les résultats aux différents niveaux avec la pleine participation de toutes parties prenantes	Développer les plans opérationnels annuels de contrôle, d'élimination et/ou d'éradication des MTN ciblées au niveau de la coordination	Nombre de plans opérationnels annuels élaborés	Existence des plans
	Appuyer les régions dans l'élaboration de leur plan opérationnel intégrant la lutte contre les MTNs	Nombre de plans opérationnels annuels élaborés au niveau des régions	Existence des plans
Renforcer les stratégies et approches de mobilisation des ressources au niveau national, régional et local	Renforcer les approches stratégiques de mobilisation des ressources matérielles et financières auprès de l'Etat et les partenaires	Nombre de réunion de mobilisation de ressources	Rapports de réunion
	Elaborer des propositions de Projets pour financement en faveur de la lutte contre les MTN	Nombre des projets élaborés	Existence des projets
	Renforcer et rendre effective les mécanismes de financement des activités de lutte contre les MTN	Nombre des rencontres avec les opérateurs économiques	Rapports de rencontre/

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Moyens de vérification
	Diffuser largement le Plan Directeur National de lutte contre les MTN auprès de tous les partenaires potentiels	Nombre de document du plan distribué aux partenaires	Bordereau d'accusé de réception
PS3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le gouvernement			
Renforcer les mécanismes de coordination de la lutte contre les MTN au niveau national et régional	Mettre en place une unité de coordination de la lutte contre toutes les MTN	Existence d'unité de coordination de lutte contre les MTN	Acte portant création de l'unité de coordination
	Renforcer les ressources humaines au sein de l'unité	Nombre de personnels affecté	Acte portant affectation des agents
	Equiper l'unité de Coordination de la lutte contre les MTN	Disponibilité des équipements	Bordereau de livraison
Renforcer le plaidoyer au profit de la lutte contre les MTN et la visibilité du programme à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Créer un cadre de partenariat	Existence de cadre de partenariat de lutte contre les MTN	Acte portant mise en place de cadre de partenariat
	Faire le plaidoyer à différents niveaux	Nombre de réunion de plaidoyer réalisé aux différents niveaux	Rapports des réunions
Mettre en place des revues de performance du programme à tous les niveaux pour utiliser les leçons apprises au profit du plaidoyer et l'amélioration des pratiques	Organiser chaque année une revue des activités du programme	Nombre de revues organisées	Rapport
PS4 : Renforcer le Suivi/Evaluation, la Surveillance et la Recherche Opérationnelle			
Renforcer le monitoring des activités de lutte contre les MTN	Elaborer un guide de monitoring intégrée en tenant compte toute les MTN	Disponibilité du Guide	Existence de Guide
	Réaliser chaque année le monitoring	Nombre de monitoring	Rapports d'activités

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Indicateurs	Moyens de vérification
	des activités	organisées/nombre attendu	
Renforcer la supervision des acteurs impliqués dans la lutte contre les MTN	Elaborer un guide de supervision intégrée en tenant compte toute les MTN	Disponibilité du Guide	Existence de Guide
	Superviser deux fois l'an les TDM intégrés	Nombre de supervision organisées/nombre attendu	Rapports d'activités
Améliorer la surveillance des MTN (y compris la collecte des données de base)	Poursuivre la surveillance spécifique de chaque maladie	Nombre de maladie dont la surveillance se poursuit	Rapports d'activités
Développer des axes de recherches opérationnelles sur les MTN	Promouvoir la recherche opérationnelle sur les MTNS	Nombre de recherche conduit	Rapport d'études
Evaluer la mise en œuvre du plan MTN	Développer les protocoles d'évaluation de l'impact des interventions sur les MTN	Nombre de protocoles élaborés	Existe de protocole
<i>Renforcer la surveillance des MTN dans le système de santé existant</i>	Concevoir un plan d'intégration de la surveillance de chaque maladie dans les SSP	Nombre de plans conçus	Documents disponibles

3.7 Surveillance après intervention et intégration dans les soins de santé primaires

Tableau 15 : Activités pour la surveillance après intervention et intégration dans les soins de santé primaires

Activité	Sous activité	Délai /Périodicité					Ressources nécessaires
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectifs stratégiques 17 : Renforcer la surveillance des MTN dans le système de santé existant							
Préparer la surveillance post intervention des MTN	Intégrer les définitions de cas des MTN et les seuils d'interventions (endémicité) dans le SIS					X	
	Poursuivre la surveillance passive des MTN à PEC à travers le SIS (Lèpre, Dracunculose, ...)					X	

	Convenir d'un réseau pour la surveillance post intervention des maladies à suivre par sites sentinelles (ONCHO, THA, FL,					X	
	Procéder à la collecte régulière d'informations sur les sites retenus					X	
Intégrer la surveillance des MTN à tous les niveaux du système de santé	Former les agents des régions et des districts à la surveillance des différents MTN	X	X	X	X	X	
	Impliquer les agents des régions et des districts dans la surveillance des sites	X	X	X	X	X	

4. BUDGET DU PLAN

Tableau 16 : synthèse du budget par Priorité Stratégique :

Priorités Stratégiques	COUT PAR AN (FCFA)					TOTAL
	2016	2017	2018	2019	2020	
PS1 : Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme	1 588 600 000	1 182 475 200	994 012 200	1 205 043 000	929 348 000	5 899 478 400
PS2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte/MTN;	55 725 000	47 850 000	47 850 000	47 850 000	47 850 000	247 125 000
PS3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le gouvernement	376 455 000	528 140 000	495 895 000	405 700 000	426 375 000	2 232 565 000
PS4 : Renforcer le Suivi/Evaluation, la Surveillance et la Recherche Opérationnelle	227 852 000	438 636 000	459 311 000	459 311 000	459 311 000	2 044 421 000
TOTAL	2 248 632 000	2 197 101 200	1 997 068 200	2 117 904 000	1 862 884 000	10 423 589 400

Dans le cadre de la lutte contre les MTN des ressources acquises doivent être effectivement mise à la disposition des programmes conformément à la planification dans un délai requis. Le comité de pilotage et le comité technique sont tenus de rendre compte au ministère de la santé du suivi de la gestion des programmes MTNs de façon régulière. Les programmes de mise en œuvre doivent veiller à l'utilisation rationnelle des ressources allouées. Les rapports techniques et financiers doivent être fournis à l'autorité du MSP et aux partenaires

impliqués. En matière d'approvisionnement en médicaments et produits spécifiques de lutte contre les MTNs, l'OMS poursuivra son appui au pays afin de garantir la disponibilité de ces intrants.

Activités et sous activités	Budget Total (CFA)	Contribution		Déficit
		Pays	Partenaires	
1. Mise à l'échelle des interventions				
Cartographie	62 308 000	73 463 000	0	-11 155 000
DMM	1 745 178 000	45 189 750	0	1 699 988 250
Approvisionnement en médicaments CTP	85 160 000	38 706 000	0	46 454 000
Approvisionnement en médicaments PCC	40 000 000	8 000 000	0	32 000 000
Gestion de la morbidité et Prévention des Infirmités	1 680 140 000	0	0	1 680 140 000
Lutte antivectorielle et amélioration de l'environnement	69 500 000	211 360 000	0	-141 860 000
Renforcement des capacités au niveau national	1 679 542 400	52 840 000	0	1 626 702 400
Infrastructure & Logistique	537 650 000	0	0	537 650 000
Total 1	5 899 478 400	429 558 750	-	5 469 919 650
2. Planification et Mobilisation des Ressources				
Planification stratégique et opérationnelle	123 000 000	0	0	123 000 000
Initiatives de mobilisation des ressources	80 150 000	0	0	80 150 000
Intégration & Liaison s des Plans avec les Budgets	-	12 000 000	0	-12 000 000
Mise à jour des ploitiques, guides et outils	43 975 000	3 000 000	0	40 975 000
Total 2	247 125 000	15 000 000	-	232 125 000
3. Coordination, Partenariat et Plaidoyer				
Mécanismes de coordination	3 500 000	0	0	3 500 000
Renforcement du partenariat	2 500 000	0	0	2 500 000
Réunion de revue de Haut niveau	85 420 000	83 400 000	0	2 020 000
Plaidoyerv et communication	2 190 080 000	68 850 000	0	2 121 230 000
Total 3	2 281 500 000	152 250 000	-	2 129 250 000
4. M&E, Surveillance, Recherche				
Monitoring (suivi) Supervision & Evaluation	955 563 000	72 000 000	0	883 563 000
Surveillance de la Maladie, riposte et lutte	870 773 000	15 000 000	0	855 773 000
Recherche	122 000 000	0	0	122 000 000
Gestion des données	29 150 000	0	0	29 150 000
Total 4	1 977 486 000	87 000 000	-	1 890 486 000
TOTAL GENERAL	10 405 589 400	683 808 750	-	9 721 780 650

ANNEXES

Annexe 1 : Chiffres de population par district

REGION SANITAIRE	DISTRICT SANITAIRE	POP 2009	Poids Démograph ique	POP 2016	0-59 mois	5-14 ans	15 ans et +
					0,2020	0,3035	0,4945
BATHA	Ati	126 999	0,26	162 804	32 886	49 411	80 506
	Oum Hadjer	117 230	0,24	150 280	30 357	45 610	74 314
	Yao	112 345	0,23	144 019	29 092	43 710	71 217
	Alifa	73 269	0,15	93 925	18 973	28 506	46 446
	Assinet	58 615	0,12	75 140	15 178	22 805	37 157
ENSEMBLE DSR		488 458	1,00	626 168	126 486	190 042	309 640
BORKOU	Faya	68 370	0,73	87 577	17 691	26 580	43 307
	Kirdimi	25 214	0,27	32 391	6 543	9 831	16 017
ENSEMBLE DSR		93 584	1,00	119 968	24 234	36 410	59 324
CHARI BAGUIRMI	Massenya	97 398	0,17	124 857	25 221	37 894	61 742
	Dourbali	112 323	0,19	143 990	29 086	43 701	71 203
	Mandelia	182 903	0,32	234 468	47 363	71 161	115 945
	Bouso	86 092	0,15	110 364	22 293	33 495	54 575
	Ba Illi	70 270	0,12	90 081	18 196	27 340	44 545
	Kouno	29 439	0,05	37 739	7 623	11 454	18 662
ENSEMBLE DSR		578 425	1,00	741 499	149 783	225 045	366 671
GUERA	Mongo	172 447	0,32	221 064	44 655	67 093	109 316
	Bitkine	167 433	0,31	214 637	43 357	65 142	106 138
	Melfi	103 572	0,19	132 772	26 820	40 296	65 656
	Mangalmé	94 907	0,18	121 664	24 576	36 925	60 163
ENSEMBLE DSR		538 359	1,00	690 137	139 408	209 457	341 273
HADJER LAMIS	Massakory	188 348	0,33	241 449	48 773	73 280	119 396
	Bokoro	162 192	0,29	207 918	42 000	63 103	102 816
	Massaguet	52 146	0,09	66 847	13 503	20 288	33 056
	Mani	97 924	0,17	125 531	25 357	38 099	62 075
	Gama	66 248	0,12	84 925	17 155	25 775	41 995
ENSEMBLE DSR		566 858	1,00	726 671	146 788	220 545	359 339
KANEM	Mao	153 176	0,46	196361	39665	59595	97100
	Nokou	59 467	0,18	76232	15399	23137	37697
	Rig Rig	31 498	0,09	40378	8156	12255	19967
	Mondo	89 246	0,27	114407	23110	34722	56574
ENSEMBLE DSR		333 387	1,00	427 378	86 330	129 709	211 338
LAC	Bol	124 234	0,29	159 259	32 170	48 335	78 754
	Liwa	38 917	0,09	49 889	10 078	15 141	24 670
	Ngouri	115 922	0,27	148 604	30 018	45 101	73 484
	Isseirom	42 875	0,10	54 963	11 102	16 681	27 179
	Bagasola	59 748	0,14	76 593	15 472	23 246	37 875

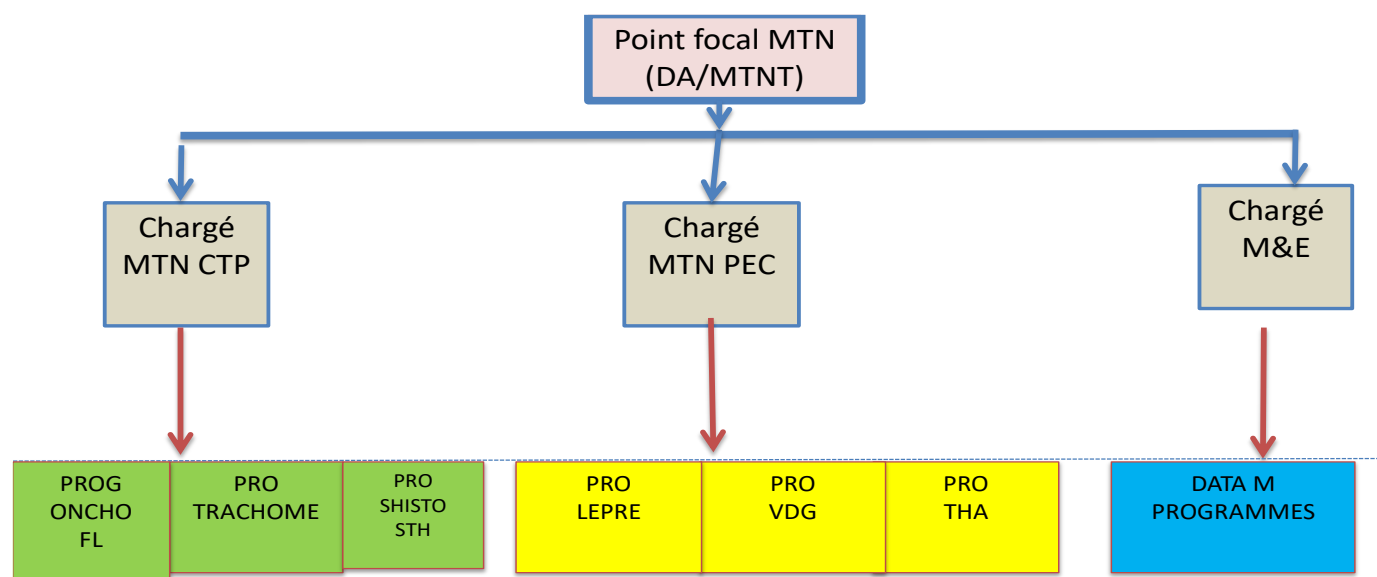
	Kouloudia	52 094	0,12	66 781	13 490	20 268	33 023
ENSEMBLE DSR		433 790	1,00	556 087	112 330	168 772	274 985
LOGONE OCCIDENTAL	Moundou	331 496	0,48	424 954	85 841	128 973	210 140
	Laokassy	155 023	0,22	198 728	40 143	60 314	98 271
	Bénoye	202 525	0,29	259 622	52 444	78 795	128 383
ENSEMBLE DSR		689 044	1,00	883 304	178 427	268 083	436 794
LOGONE ORIENTAL	Doba	160 456	0,20	199811	40362	60643	98807
	Bodo	101 350	0,13	129877	26235	39418	64224
	Béboto	49 515	0,06	59943	12109	18193	29642
	Bébédja	203 576	0,18	179830	36326	54578	88926
	Goré	108 090	0,16	159849	32289	48514	79045
	Béssao	108 784	0,21	209802	42380	63675	103747
	Larmanaye	47 568	0,06	59943	12109	18193	29642
ENSEMBLE DSR		779 339	1,00	999 056	201 809	303 213	494 033
MANDOUL	Koumra	168 363	0,27	215 829	43 598	65 504	106 728
	Goundi	87 753	0,14	112 493	22 724	34 142	55 628
	Moïssala	150 978	0,24	193 543	39 096	58 740	95 707
	Bédjondo	154 698	0,25	198 312	40 059	60 188	98 065
	Bouna	66 273	0,11	84 957	17 161	25 785	42 011
ENSEMBLE DSR		628 065	1,00	805 134	162 637	244 358	398 139
MAYO KEBBI EST	Bongor	185 430	0,24	237 708	48 017	72 144	117 546
	G-Gaya	156 924	0,20	201 165	40 635	61 054	99 476
	Pont Carol	71 910	0,09	92 183	18 621	27 978	45 585
	Guélandeng	82 051	0,11	105 183	21 247	31 923	52 013
	Moulkou	50 538	0,07	64 786	13 087	19 663	32 037
	Fianga	152 661	0,20	195 700	39 531	59 395	96 774
	Youé	75 268	0,10	96 488	19 491	29 284	47 713
ENSEMBLE DSR		774 782	1,00	993 214	200 629	301 440	491 144
MAYO KEBBI OUEST	Pala	108 374	0,19	138927	28063	42164	68700
	Léré	103 292	0,18	132413	26747	40187	65478
	Gagal	94 163	0,17	120710	24383	36635	59691
	Torrock	49 981	0,09	64072	12943	19446	31684
	Lagon	71 532	0,13	91699	18523	27831	45345
	Lamé	82 227	0,15	105409	21293	31992	52125
	Binder	54 901	0,10	70379	14217	21360	34802
ENSEMBLE DSR		564 470	1,00	723 609	146 169	219 615	357 825
MOYEN CHARI	Sarh	217 991	0,37	279 448	56 449	84 813	138 187
	Danamadji	195 822	0,33	251 029	50 708	76 187	124 134
	Kyabé	105 945	0,18	135 814	27 434	41 219	67 160
	Biobé Singako	68 250	0,12	87 491	17 673	26 554	43 265
ENSEMBLE DSR		588 008	1,00	753 783	152 264	228 773	372 746
OUADDAI	Abéché	241 153	0,33	309 140	62 446	93 824	152 870

	Abougoudam	87 494	0,12	112 161	22 657	34 041	55 464
	Abdi	106 881	0,15	137 014	27 677	41 584	67 753
	Adré	285 638	0,40	366 167	73 966	111 132	181 070
ENSEMBLE DSR		721 166	1,00	924 482	186 745	280 580	457 156
SALAMAT	Am-Timan	182 207	0,60	233 576	47 182	70 890	115 503
	Aboudéïa	64 679	0,21	82 914	16 749	25 164	41 001
	Haraze	55 415	0,18	71 038	14 350	21 560	35 128
ENSEMBLE DSR		302 301	1,00	387 528	78 281	117 615	191 633
TANDJILE	Laï	152 238	0,23	195 158	39 422	59 231	96 506
	Donomanga	99 286	0,15	127 277	25 710	38 629	62 939
	Kélo	231 667	0,35	296 980	59 990	90 134	146 857
	Dafra	46 333	0,07	59 396	11 998	18 027	29 371
	Béré	132 381	0,20	169 703	34 280	51 505	83 918
ENSEMBLE DSR		661 906	1,00	848 515	171 400	257 524	419 591
WADI FIRA	Biltine	169 050	0,33	216 710	43 775	65 771	107 163
	Guéréda	179 380	0,35	229 952	46 450	69 790	113 711
	Iriba	139 730	0,27	179 124	36 183	54 364	88 577
	Matadjana	20 233	0,04	25 937	5 239	7 872	12 826
ENSEMBLE DSR		508 393	1,00	651 723	131 648	197 798	322 277
N'DJAMENA	N'Dj Nord	107 701	0,11	138 065	27 889	41 903	68 273
	N'Dj Centre	303 027	0,32	388 459	78 469	117 897	192 093
	N'Dj Sud	429 565	0,45	550 671	111 236	167 129	272 307
	N'Dj Est	111 126	0,12	142 455	28 776	43 235	70 444
ENSEMBLE DSR		951 418	1,00	1 219 649	246 369	370 163	603 116
BARH EL GAZAL	Moussoro	128 634	0,50	164 899	33 310	50 047	81 543
	Chadra	64 317	0,25	82 450	16 655	25 023	40 771
	Michemiré	30 872	0,12	39 576	7 994	12 011	19 570
	Salal	33 445	0,13	42 874	8 660	13 012	21 201
ENSEMBLE DSR		257 267	1,00	329 798	66 619	100 094	163 085
ENNEDI OUEST	Fada	39 304	0,65	50 385	10 178	15 292	24 915
	Kalaït	21 313	0,35	27 322	5 519	8 292	13 511
ENSEMBLE DSR		60 617	1,00	77 707	15 697	23 584	38 426
ENNEDI EST	Amdjarass	64 318	0,60	82 443	16 653	25 021	40 768
	Bahai	27 891	0,26	35 751	7 222	10 850	17 679
	Kaoura	15 093	0,14	19 346	3 908	5 872	9 567
ENSEMBLE DSR		107 302	1,00	137 540	27 783	41 743	68 014
SILA	Goz-Béïda	166 918	0,43	213977	43223	64942	105812
	Am-Dam	79 169	0,20	101489	20501	30802	50186
	Tissi	89 024	0,23	114122	23053	34636	56433
	Koukou Angarana	52 351	0,14	67110	13556	20368	33186
ENSEMBLE DSR		387 461	1,00	496 697	100 333	150 748	245 617
TIBESTI	Bardaï	14 387	0,56	18 443	3 725	5 597	9 120
	Zouar	11 096	0,44	14 224	2 873	4 317	7 034
ENSEMBLE DSR		25 483	1,00	32 667	6 599	9 914	16 154

Annexe 2 : Distances entre les villes et les principaux chefs lieux

VILLE/STATIONCE	NDJAMENA	BONGOR	KOYOM	FRANGA	PALA	COUNOU-GAYA	LERE	LAI	BERE	KELO	MOUNDOU	BELESEM	DOBA	BEREDJIA	SARH	KOUMRA	OUNDI	MOISSALA	KYABE	BOUSSO	BOKORO	MASSAKORY	
NDJAMENA		246	313	288	383	358	480	389	409	468	772	847	497	537	565	590	876	664	611	495	310	148	
BONGOR	246		70	42	120	125	214	146	165	222	336	355	214	268	485	347	453	421	545	335	843	393	
KOYOM	313	70		112	190	169	278	76	95	136	258	305	184	219	338	277	363	351	478	306	619	421	
FRANGA	288	42	112		72	73	178	188	185	126	230	294	273	331	507	489	575	563	587	278	591	434	
PALA	383	120	190	72		79	94	167	147	107	211	280	310	275	621	403	489	477	601	356	323	509	
COUNOU-GA	358	125	169	73	79		173	113	93	53	157	224	258	221	487	348	438	423	547	384	161	504	
LERE	480	214	278	178	94	173		254	241	201	293	465	423	497	673	655	741	719	895	450	733	604	
LAI	389	146	76	188	167	113	254		20	60	185	237	108	143	260	163	267	275	399	382	692	535	
BERE	409	165	95	186	147	93	241	20		40	106	190	128	163	339	221	307	295	498	402	712	555	
KELO	468	222	136	125	107	53	201	60	40		104	172	209	164	414	222	278	366	439	458	891	614	
MOUNDOU	572	338	256	230	211	157	315	168	106	104		60	99	64	310	192	278	266	390	540	875	718	
BELESEM	647	395	309	299	280	228	465	237	190	173	89		168	133	379	261	347	235	459	609	944	781	
DOBA	497	284	184	293	310	268	497	108	128	209	69	168		0	211	93	179	167	291	411	800	643	
BEREDJIA	132	289	219	331	275	221	482	143	163	164	64	133	35		0	128	144	132	236	476	828	678	
SARH	565	465	395	507	487	407	708	230	239	414	310	379	211	245		0	118	204	192/12	280	891	681	
KOUMRA	590	347	277	489	463	348	590	163	221	292	192	281	83	128	118		0	88	74	798	709	791	
OUNDI	876	433	363	575	541	438	741	287	307	378	278	347	179	144	204	88		0	160	234	434	735	881
MOISSALA	664	421	351	563	477	423	719	278	295	366	268	329	167	122	125/19	74	190		0	272	422	763	871
KYABE	611	545	478	587	601	547	768	399	419	459	390	459	241	258	80	198	264	272		0	340	671	781
BOUSSO	305	236	306	278	336	384	450	382	400	458	540	609	411	476	260	378	434	422	348		0	381	451
BOKORO	310	549	615	581	322	661	763	682	712	801	478	944	800	835	591	799	795	783	671	361		0	291
MASSAKORY	148	392	458	324	506	504	606	538	555	614	718	785	643	678	681	799	835	873	781	451	295		431
MASSENYA	169	403	473	448	523	518	617	549	563	625	693	762	594	628	683	801	547	580	483	163	306	301	901
ATI	447	693	763	375	813	805	907	836	859	915	1119	1068	843	808	632	750	835	824	636	892	344	431	901
OUN-HADJE	512	858	828	900	778	870	1072	1004	1084	1090	1164	1255	904	789	697	815	901	888	627	727	609	601	901
ABEICHE	758	1094	1074	1046	924	1198	1218	1147	1167	1226	1330	1399	989	948	754	876	982	950	390	1018	855	741	901
ADRE	927	1173	1243	1213	1293	1283	1338	1316	1338	1375	1499	1568	1154	1121	925	1043	829	1117	937	1188	822	811	901
BILTINE	850	1096	1166	1138	1219	1208	1310	1239	1239	1318	1422	1491	1081	1046	850	968	1054	1042	852	1110	747	811	901
MONGO	624	684	754	727	801	982	893	1023	1043	906	1110	1079	635	600	592	710	798	784	612	542	201	811	901
AM-TOMAN	759	927	997	969	924	1075	1042	1073	1093	753	649	718	550	515	339	457	543	531	298	599	424	711	901
BCL	300	646	616	588	645	658	780	692	712	788	879	941	654	589	865	973	1059	1047	945	605	603	1111	901
MAO	317	543	628	605	683	375	777	709	729	785	889	958	614	648	838	1000	1086	1074	1082	822	828	1111	901
BOUSSORO	300	646	616	588	645	640	749	677	712	754	872	941	610	633	845	983	1049	1097	845	822	454	1111	901
FAYA	1010	1256	1326	1298	1378	1368	1470	1399	1419	1478	1582	1651	1507	1542	1573	1600	1686	1674	1625	1315	1124	811	901
MASSAKORY	148	392	458	324	506	504	606	538	555	614	718	785	643	678	681	799	835	873	781	451	295	431	901

Annexe 4 : Organigramme du Programme MTN



NB : cet organigramme est celui proposé par le plan, mais n'est pas encore en place

Annexe 5 : Les interventions en cours pour les MTN à CTP

MTNS	Date où le programme a commencé	Nbre total des districts visés	Nbre de districts couvert	Pop totale ciblée dans les districts	Nbre de la pop. Couverte (pourcentage)	Stratégies clés utilisées	Les partenaires clés
ONCHO	1993	30	30	2 988 214	2 390 571	TDCI	Etat APOC Communautés PDM
Géo-helminthiases	2007	45	45(100%)	3853805	3627738 (94,2%)	Surveillanc e IEC DDM/IDC	Banque Mondiale OMS UNICEF UNESCO
Schistosomiase	2007	18	18 (100%)	609357	621268 (98 ,08%)	Surveillanc e Formation IEC DDM/IDC	Banque Mondiale OMS UNICEF UNESCO
Trachome	2013	35	11	5606642	2 533466	SAFE	DFID&LCIF

Annexe 6 : Les interventions en cours pour les maladies à prise en charge des cas

MTNS	Date ou le programme a commencé	Nbre total de districts ciblés	Nbre de districts couverts	Population concernée	% couverture thérapeutique	Stratégie clé utilisée	Les partenaires clés
Lèpre	1992	100	100 (100%)	Population totale	100	Dépistage des cas Prise en charge des cas Prévention des invalidités Réhabilitation	FRF OMS MSP ; MECL
THA	1990	5	5 (100%)	150000	26%	Dépistage actif Et Passif Traitement	MSP OMS OCEAC
Ver de Guinée	1994	100	100 (100%)	Population Totale	100	Dépistage actif Prévention Prise en charge des cas	OMS Carter Center

Annexe 7 : Indicateurs de performance des différents programmes MTN

Programme MTN	Objectifs des programmes	Indicateurs	Données de base	Objectifs visés	Calendrier				
					An 1	An 2	An 3	An 4	An 5
Programme National d'Eradication du ver de guinée	1. Mettre en place un système de gestion précoce des rumeurs (24h) dans tous les districts du pays	Nombre de rumeurs gérer dans les 24 h dans tous les districts du pays	98 rumeurs sur l'ensemble des zones à flambée épidémique	100%(812 Rumeurs attendues)	50%	100%	100%	100%	100%
		Nombre des personnes formées pour la surveillance	3500	9700	50%	100%	-	-	-
	2. Détecter et isoler précocement 100% des cas de ver de Guinée dans les zones de flambées épidémiques	Nombre de cas détectés et isolés	9 cas en 2015	Aucun Cas à partir de 2017	100%	100%	100%	100%	100%
		Contrat de diffusion avec les radios et télévisions	12 radios FM	33 radios FM et 1 radio nationale	35%	100%	100%	100%	100%
	3. Faire le plaidoyer pour l'approvisionnement en eau potable dans les communautés avec cas de VDG et celles à risque de VDG	Nombre de points d'eau potables implantés dans les villages avec cas et ceux à risque	0 Villages sur 42	100%(42Villages)	50%	100%	100%	100%	100%

Programme MTN	Objectifs des programmes	Indicateurs	Données de	Objectifs visés	Calendrier				
	4. Assurer une bonne distribution de filtres à tissus et filtres à pipe dans les zones d'endémie	Nombre de filtres distribués/renouvelés	15599 personnes ayant reçu des Filtres	1.779.884 Hbts des zones à flambée épidémique	100%	100%	100%	100%	100%
	5. Traiter à l'abate les mares éligibles dans les zones d'endémie	Nombre de mares identifiées et traitées à l'Abate	2 mares /18	18 Mares à traiter (100%)	11%	100%	100%	100%	100%
Programme National de lutte contre la cécité	1. Opérer 100% des cas de Trichiasis dépistés d'ici 2020	Proportion des trichiasis opérés	ND	ND	20%	40%	60%	80%	100%
	2. Traiter au moins 80% de la population éligible par antibiothérapie	Taux de couverture thérapeutique	Non disponible	80%	80%	80%	80%	80%	80%
		Taux de couverture géographique		100%	6%	18%	100%	100%	100%
	3. Amener les mamans à nettoyer le visage de 90% des enfants de moins 10 ans.	Proportion des enfants ayant le visage propre	ND	90%	20%	30%	40%	60%	90%
	4. Promouvoir l'évacuation correcte des ordures des excréta dans 50% des villages de la zone endémique	Proportion des ménages vivant dans un environnement sain	ND	50%	10%	20%	30%	40%	50%
Programme National de Lutte contre la Lèpre	1-Réduire à moins de 30% les nouveaux cas avec infirmité grade II d'ici fin 2020, en prenant comme base le taux de 2015	Taux d'infirmité degrés 2	Rapports des DS et de DSR	Le taux est réduit à moins de 35%	7%	7%	7%	7%	7%
	2-Renforcer les acquis de l'élimination dans les	Taux de la prévalence à moins	Rapports des DS	Consolider les acquis de	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx

Programme MTN	Objectifs des programmes	Indicateurs	Données de	Objectifs visés	Calendrier				
	districts qui sont à moins d'un cas pour 10 000 habitants	d'1 pour 10 000hbt dans les districts		l'élimination					
	3-renforcer la lutte contre la lèpre dans les districts hyper endémiques en vue d'atteindre le seuil d'élimination	Le taux de la prévalence est réduit à moins d'1 cas pour 10 000hbt dans les 6 DS	Rapports des DS	Réduire le taux de la prévalence dans les DS concernés	2 DS	2 DS	2 DS	2 DS	1 DS
	4-augmenter le taux de guérison des malades PB sous PCT à 95% et les malades MB sous PCT à 90%	Taux de guérison est augmenté	Rapports des DS et de DSR	Augmenter le taux de guérison PB et MB	PB 75% MB 70%	PB 80% MB 75%	PB 85% MB 80%	PB 90% MB 85%	PB 95% MB 90%
	5-renforcer les capacités des agents de santé en vue d'améliorer la qualité du diagnostic	1200 agents de santé formés	Rapports de formation	améliorer la qualité de diagnostic	268	268	268	268	134
	6-mettre en place 1 unité spécialisée régionales de référence pour la prise en charge des complications d'ici fin 2020	1 unité construite à Abéché	Rapports de construction	Construire l'unité	1 unité				
	7-mettre en place un centre de communication pour augmenter le taux de détection de la lèpre au niveau communautaire	Le centre de l'IEC est mis en place	Rapport de la sensibilisation	Sensibiliser La population	20%	20%	20%	20%	20%
	8- améliorer la réinsertion socio-économique des personnes handicapées de la lèpre	9 projets à mettre en place	Rapports de réalisation	Réinsérer les handicapés de la lèpre	3 projets	2 projets	2 projets	1 projet	1 projet
	9-doter le PNLL en matériels logistiques	2 véhicules 4x4, 16 motos tout terrain de supervision,	Les justificatifs	Acheter 2 véhicules, 4 motos, 2	1 véhicule , 4	1 véhicule, supports	Support s des données	Support s des données	Supports des données

Programme MTN	Objectifs des programmes	Indicateurs	Données de	Objectifs visés	Calendrier				
		outils informatiques (2 ordinateurs portables, 1 photocopieuses, impressions de supports données		ordinateurs, supports des données	motos et supports de données	des données			
	10-évaluation à mi-parcours et finale	Réalisations des activités	Rapports d'évaluation	Réaliser les activités			Mi par cours		finale
	11-harmoniser les activités	Harmonisation des activités	Rapports des réunions	Réaliser les réunions d'harmonisation	réalisée	réalisée	réalisée	réalisée	réalisée
Programme National de lutte contre la THA	1. Compléter la cartographie de la THA dans les zones dont l'endémicité n'est pas connue d'ici fin 2016	Nbre de nouvelles zones endémiques cartographiées	4 /6 foyers/districts sont cartographiés	6 /6 sont cartographiés	50%	100%			
	.2. Renforcer les capacités institutionnelles de la coordination de la lutte contre la THA	-Nbre de ressources humaines affectés au PNLTHA -Nbre de formations réalisées -Nbre de moyens roulants et matériels techniques disponibles	7/12 agents disponibles - -	12 agents disponible au PNLTHA -	50%	100%	100%	100%	100%
	3. Mettre à l'échelle les interventions de dépistage et de PEC correcte des cas	- Le taux de couverture de la population examinée - Le nbre des cas diagnostiqués et traités - Le % de la maladie	25% de 150000 populations estimée à risques 98%	Atteindre la couverture de 80% de la population estimée 100% de cas diagnostiqués	30% 50%	50% 100%	60%	70	80%

Programme MTN	Objectifs des programmes	Indicateurs	Données de	Objectifs visés	Calendrier				
			diagnostiqués sont traités	sont traités Réduire le % de la maladie à moins de 0,01%	25%	40%	60%	80%	100%
	4. Renforcer les activités de contrôle de la transmission	-DAP glossine -Taux d'infection	Absence de données entomo actualisé dans les foyers/districts actifs	Disposer de paramètres entomo (DAP, taux d'infection) dans les 2 foyers actifs	50%	100%	100%	100%	
	5. Renforcer la mobilisation sociale pour la lutte contre la THA	Nombre de campagne/réunion réalisé	Non disponible	Réaliser 2 campagnes de sensibilisation par foyer (12) campagnes	25%	50%	75%	100%	
	6. Renforcer la surveillance entomo-épidémiologique de la THA pour la détection précoce de toute recrudescence	DAP Nbre des cas T+ et S+ notifiés	Non disponible	Détecter précoce ment le phénomène de ré invasion des glossines Détecter précocement des cas de THA					
	7. Mettre en place un système de pharmacovigilance intégré au système national	Nbre de patient sous traitement spécifiques de THA suivi pour les effets secondaires	25% de patients sous traitement NECT sont suivi pour les effets secondaires	Suivre les effets secondaires de tous les patients sous traitements spécifiques de THA	25%	50%	75%	100%	
	8.Mettre en place un cadre de suivi / évaluation de la	Document mettant en place un cadre de	Absence d'un réseau de	Mettre en place un réseau de	50%	100%			

Programme MTN	Objectifs des programmes	Indicateurs	Données de	Objectifs visés	Calendrier				
	mise en œuvre de la lutte contre la THA	suivi/évaluation Nbre de supervision réalisée	partenariat pour le S&E Faible fréquence de supervision	partenariat pour assurer le S&E Réaliser 2 supervisions par foyer (soit 12 supervisions/an)	50%	100%			
Programme National de lutte contre l'onchocercose	1. Mettre en œuvre les traitements de masse annuels par l'ivermectine avec une couverture thérapeutique d'au moins 80% dans tous les villages d'endémie ;	Couverture géographique Couverture thérapeutique	100% 81%	100% 85%	100% 82%	100% 83%	100% 84%	100% 85%	100% 85%
	Assurer l'évaluation épidémiologique annuelle dans le réseau de villages sentinelles pour le suivi de l'impact des traitements de masse ;	Nbre des villages évalués par an	20 villages	200 villages	25%	50%	75%	100%	100%
	3. Assurer l'évaluation entomologique annuelle au niveau des points de capture pour la détection précoce du risque de transmission	Nbre de points de capture	2 points opérationnels	12 points opérationnels	20%	40%	60%	80%	100%
	4. Assurer l'Auto monitoring Communautaire	Nombre d'AMC	33%	50%	100%	100%	100%	100%	100%
Programme d'Elimination de FL	1. Mettre en œuvre les traitements de masse par l'ivermectine et albendazole dans l'ensemble des districts	Taux de couverture géographique Taux de couverture	ND	100%	10%	25%	100%	100%	100%

Programme MTN	Objectifs des programmes	Indicateurs	Données de	Objectifs visés	Calendrier				
	endémiques	thérapeutique	ND	80%	10%	25%	80%	80%	80%
	2. Assurer la prise en charge chirurgicale de tous les cas d'hydrocèle dépistés chaque année dans les zones d'endémie	Proportion de porteurs d'hydrocèle pris en charge	ND	100%	20%	40%	60%	80%	100%
	3. Assurer la prise en charge communautaire des cas de lymphoedème dépistés avec le soutien des services de santé ;	Proportion de porteurs d'Eléphantiasis pris en charge	ND	100%	10%	20%	40%	60%	100%
	4. Assurer l'évaluation périodique de la microfilariémie dans les sites sentinelles pour le suivi de l'impact des traitements de masse	Nombre de sites opérationnels	0	5 sites opérationnels	20%	40%	100%	100%	100%
	5. Mettre en œuvre un plan de communication pour le soutien à la lutte contre la filariose	Proportion de personnes touchées	ND	100%	-	-	-	-	-
Programme National de Lutte contre les Schistosomiases	2. Procéder à l'évaluation des sites sentinelles dans les zones d'endémie en vue de la mise en œuvre des traitements de masse	Proportion de sites sentinelles opérationnels	ND	22 sites	10%	25%	50%	100%	100%
	3. Traiter au moins 75% des enfants d'âge scolaire et des groupes à risque dans les zones d'endémie ciblées.	Couverture thérapeutique	ND	75%	10%	30%	75%	75%	75%
	4. Déterminer tous les 2	Proportion de sites	0	22 sites		10%		50%	100%

Programme MTN	Objectifs des programmes	Indicateurs	Données de	Objectifs visés	Calendrier				
	ans les prévalences des schistosomiasés dans les sites sentinelles au niveau des districts ciblés	sentinelles opérationnels							
	5. Mettre en œuvre un plan de gestion des effets secondaires liés à la prise de Praziquantel intégré dans le système national de pharmacovigilance	Le taux de prévalences de la shito dans les sites sentinelles cibles	ND	-	-	-	-	-	-
	Prendre en charge les cas d'effets secondaire	Proportion des cas des effets secondaires prises en charge	ND	PEC total des cas effets secondaires	100%	100%	100%	100%	100%
	6. Mettre en œuvre un plan de communication pour la prévention de la transmission et le soutien aux activités de lutte contre les schistosomiasés	Proportion de la population touchée	ND	100%	25%	50%	100%	100%	100%
Programme National de Lutte contre les géo helminthiasés	1. Procéder à l'évaluation des sites sentinelles dans les zones d'endémie en vue de la mise en œuvre des traitements de masse	Proportion de sites sentinelles opérationnels	ND	22 sites	10%	25%	50%	100%	100%
	3. Traiter au moins 75% des enfants d'âge scolaire et des groupes à risque dans les zones d'endémie	Couverture thérapeutique	ND	75%	30%	75%	75%	75%	75%

Programme MTN	Objectifs des programmes	Indicateurs	Données de	Objectifs visés	Calendrier				
	ciblées.								
	4. Déterminer tous les 2 ans les prévalences des geohelminthiase dans les sites sentinelles au niveau des districts ciblés	Proportion de sites visités	0	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	5. Mettre en œuvre un plan de gestion des effets secondaires liés à la prise d'Albendazole intégré dans le système national de pharmacovigilance	Proportion de la population touchée	-	-	-	-	-	-	-
	6. Mettre en œuvre un plan de communication pour la prévention de la transmission et le soutien aux activités de lutte contre les geohelminthiase		ND	100%	25%	50%	100%	100%	100%
Leishmaniose	Procéder à la cartographie dengue e sur l'ensemble du pays	Disponibilité de la cartographie	ND	100%	20%	40%	60%	80%	100%
La rage	. Procéder à la cartographie de rage sur l'ensemble du pays.	Disponibilité de la cartographie	ND	100%	20%	40%	60%	80%	100%

Annexe 8 : Tableau de co endémicité des différentes MTNs

Régions	Districts	MTN à CTP					MTN à PEC		
		ONCHO	FL	SCHIST O	Géo-Helminthes	Trachome	Lépre	Ver de Guinée	THA
BATHA av	Ati	0	0	1	0	1	1	0	0
	Oum Hadjer	0	0	1	0	1	1	0	0
	Yao	0	0	1	1	1	1	0	0
	Alifa	0	0	1	0	1	1	0	0
	Assinet	0	0	1	0	1	1	0	0
BORKOU ok	Faya	0	0	1	1	1	0	0	0
	Kirdimi	0	0	1	1	1	0	0	0
CHARI BAGUIRMI ok	Massenya	0	0	1	1	0	0	1	0
	Dourbali	0	0	1	1	1	0	0	0
	Mandelia	0	0	1	1		0	1	0
	Bouso	0	0	1	1	1	0	1	0
	Ba Illi	0	0	1	1	1	0	1	0
	Kouno	0	0	1	1	1	0	1	0
GUERA ok	Mongo	0	0	1	0	1	1	0	0
	Bitkine	0	0	1	1	1	1	0	0
	Melfi	0	0	1	1	1	1	1	0
	Mangalmé	0	0	1	0	1	1	0	0
HADJER LAMIS ok	Massakory	0	0	1	1	0	0	0	0
	Bokoro	0	0	1	1	0	1	0	0
	Massaguet	0	0	1	1	0	0	0	0
	Mani	0	0	1	1	0	0	0	0
	Gama	0	0	1	1	0	1	0	0
KANEM ok	Mao	0	0	1	1	1	0	0	0
	Nokou	0	0	0	0	1	0	0	0
	Rig Rig	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mondo	0	0	1	0	0	0	0	0
LAC ok	Bol	0	0	1	1	1	1	0	0
	Liwa	0	0	1	1	0	0	0	0
	Ngouri	0	0	1	1	1	0	0	0
	Isseirom	0	0	1	1	1	0	0	0
	Bagasola	0	0	1	1	0	0	0	0
	Kouloudia	0	0	1	1	0	0	0	0
LOGONE OCCIDENTALE ok	Moundou	1	1	1	1	0	1	0	0
	Laokassy	1	1	1	1	0	1	0	1
	Bénoye	0	1	1	1	0	0	0	0
LOGONE ORIENTALE ok	Doba	1	1	1	1	0	1	0	0
	Bodo	0	1	1	1	0	0	0	1
	Béboto	1	0	1	1	0	1	0	0
	Bébédja	1	1	1	1	0	1	0	0
	Goré	1	1	1	1	0	1	0	1

	Béssao	1	1	1	1	0	1	0	0
	Larmanaye	1	1	1	1	0	0	0	0
MANDOUL ok	Koumra	1	1	1	0	0	1	0	0
	Goundi	0	0	1	0	1	0	0	0
	Moïssala	1	0	0	0	1	1	0	1
	Bédjondo	1	0	1	1	0	0	0	0
	Bouna	1	0	0	1	0	0	0	0
MAYO KEBBI ESTok	Bongor	0	0	1	1	0	1	1	0
	G-Gaya	1	0	1	1	0	0	0	0
	Pont Carol	1	0	1	1	0	0	0	0
	Guélandeng	0	1	1	1	1	0	1	0
	Moulkou	0	1	1	1	1	0	1	0
	Fianga	1	0	1	1	0	1	0	0
	Youé	1	0	1	1	0	1	0	0
MAYO KEBBI OUESTok	Pala	1	0	1	1	0	0	0	0
	Léré	1	0	1	1	0	0	0	0
	Gagal	1	0	1	1	0	0	0	0
	Torroek	1	0	1	1	0	0	0	0
	Lagon	1	0	1	1	0	0	0	0
	Lamé	1	0	1	1	0	0	0	0
	Binder	1	0	1	1	0	0	0	0
MOYEN CHARI ok	Sarh	1	1	1	1	1	1	1	0
	Danamadjji	1	1	1	1	0	1	0	1
	Kyabé	1	1	1	1	1	0	1	0
	Biobé Singako	1	1	1	1	1	0	1	0
OUADDAI ok	Abéché	0	0	1	1	1	1	0	0
	Abougoudam	0	0	1	0	0	0	0	0
	Abdi	0	0	1	1	0	1	0	0
	Adré	0	0	1	1	1	1	0	0
SALAMAT ok	Am-Timan	0	0	1	1	1	1	0	0
	Aboudéïa	0	0	1	1	1	1	1	0
	Haraze	0	0	1	1	1	1	0	0
TANDJILE ok	Laï	0	1	1	1	0	1	0	0
	Donomanga	0	1	1	1	0	0	0	0
	Kélo	1	1	1	1	0	1	0	0
	Dafra	1	1	1	1	0	1	0	0
	Béré	1	1	1	1	0	1	1	0
WADI FIRA ok	Biltine	0	0	1	1	1	1	0	0
	Guéréda	0	0	1	1	0	1	0	0
	Iriba	0	0	0	1	0	0	0	0
	Matadjana	0	0	1	1	0	0	0	0
N'DJAMENA ok	N'Dj Nord	0	0	1	0	0	0	0	0
	N'Dj Centre	0	0	1	1	0	0	0	0
	N'Dj Sud	0	0	1	1	0	1	0	0
	N'Dj Est	0	0	1	0	0	0	0	0

BARH EL GAZAL ok	Moussoro	0	0	1	1	0	0	0	0
	Michemiré	0	0	1	1	0	0	0	0
	Sala	0	0	1	1	0	0	0	0
	Chadra	0	0	1	1	0	0	0	0
ENNEDI OUEST ok	Fada	0	0	1	1	0	0	0	0
	Kalaït	0	0	1	1	0	0	0	0
ENNEDI EST ok	Amdjarass	0	0	0	1	0	0	0	0
	Bahai	0	0	0	1	0	0	0	0
	Kaoura	0	0	1	1	0	0	0	0
SILA ok	Goz-Béïda	0	0	1	1	1	1	0	0
	Am-Dam	0	0	1	0	1	0	0	0
	Tissi	0	0	ND	ND	ND	0	0	0
	Koukou Angarana	0	0	1	1	0	0	0	0
TIBESTI ok idem	Bardaï	0	0	0	0	0	0	0	0
	Zouar	0	0	0	0	0	0	0	0

1= endémique

0= non endémique

NB : ce tableau est indexé sur les 100 districts opérationnels en 2016 au Tchad.

Annexe 9 : Types de DMM par district

Type de DMM (Interventions transversales)	Canal d'administration	Périodicité Rythme	Combinaison de maladie ciblée	Districts ciblés
DMM1 T2 AZT AU BESOIN	TIDC Ecoles DMM	Une fois l'an An/2 ans/3ans Une fois l'an	FL ONCHO SCHISTO HELMINTHIASES TRACHOME	23 districts Moundou, Laokassy, Doba, Bébidja, Goré, Bessao, Laramanaye, Koumra, Sahr, Danamadji, Kyabé, Biobé Singako, Kélo, Dafra, Béré (FL ONCHO SCHISTO et STH) <i>Bénoye Bodo, Guelendeng, Moulkou, Lai, Donomanga (FL SCHISTO et STH)</i> <i>Gounou-Gaya, Pont- Carol (ONCHO SCHISTO STH)</i>
T2 AZT AU BESOIN	Ecoles DMM	Une fois l'an, tous les deux ans ou trois ans selon endémicité SCHISTO Une fois l'an	Schistosomoses TRACHOME	59 districts ATI ;ALIFA ;YAO ;OUM HADJER ;ASSINET ; FAYA ;KIRDIMI;KOULLOUDIA;BOL;NGOURI;ISSEROM;LIWA;BAGASSO LA;MASSENIA;DOURBALI;BOUSSO;KOUNO;BAILLI;MANDELIA; HARAZE;MELFI;BITKINE;MONGO;MANGALME;MASSAKORY;BO KORO;GAMA;MASSAGUET;MANI; MAO;NOKOU;RIG RIG; MONDO;ABOUGOUDAM;ABBECHÉ;ADDRE;ABDI;MOUSSORO MICHEMIRE;SALA;GUEREDA;IRIBA;MATAGANA;BILTINE ; N'DJAMENA SUD ; N'DJAMENA CENTRE ; N'DJAMENA EST ; N'DJAMENA NORD ; FADA ;MOURTCHA KALAIT ; BAHAI ;AMDJARASS ;KAOURA;AM DAM; KOUKOU ANGARANA; GOZ BEIDA; BARDAI;ZOUAR
T1 AZT AU BESOIN	Ecoles DMM	Une fois l'an Une fois l'an	Schistosomoses Géo-helminthes TRACHOME	4 districts AM TIMAM ; ABOUDEIA ; CHADRA ; BONGOR
DMM3T2 AZT AU BESOIN	TIDC Ecole DMM	Une fois l'an Une fois l'an	ONCHO Schistosomoses TRACHOME	13 districts BEBOTO ; MOISSALA ; BEDJONDO ; BOUNA ; FIANGA YOUE ; PALA ; GAGAL ; TORROCK ; LAME ; LERE ; LAGON ; BINDER

Annexe 10 : Paquets d'activités pour les MTN à PEC

Interventions transversale	MTN ciblée	Besoins	Autre opportunité d'intégration (Hors MTN)
Chirurgie (hydrocèles, Trichiasis, Complications de la lèpre)	Filariose Lymphatique Lèpre Trachome	Formation Kit d'interventions Rééducation IEC/sensibilisation Médicaments	Vaccinations Distribution des moustiquaires
Traitement médical des cas et prévention de la morbidité	Lèpre, THA, VG, FL		

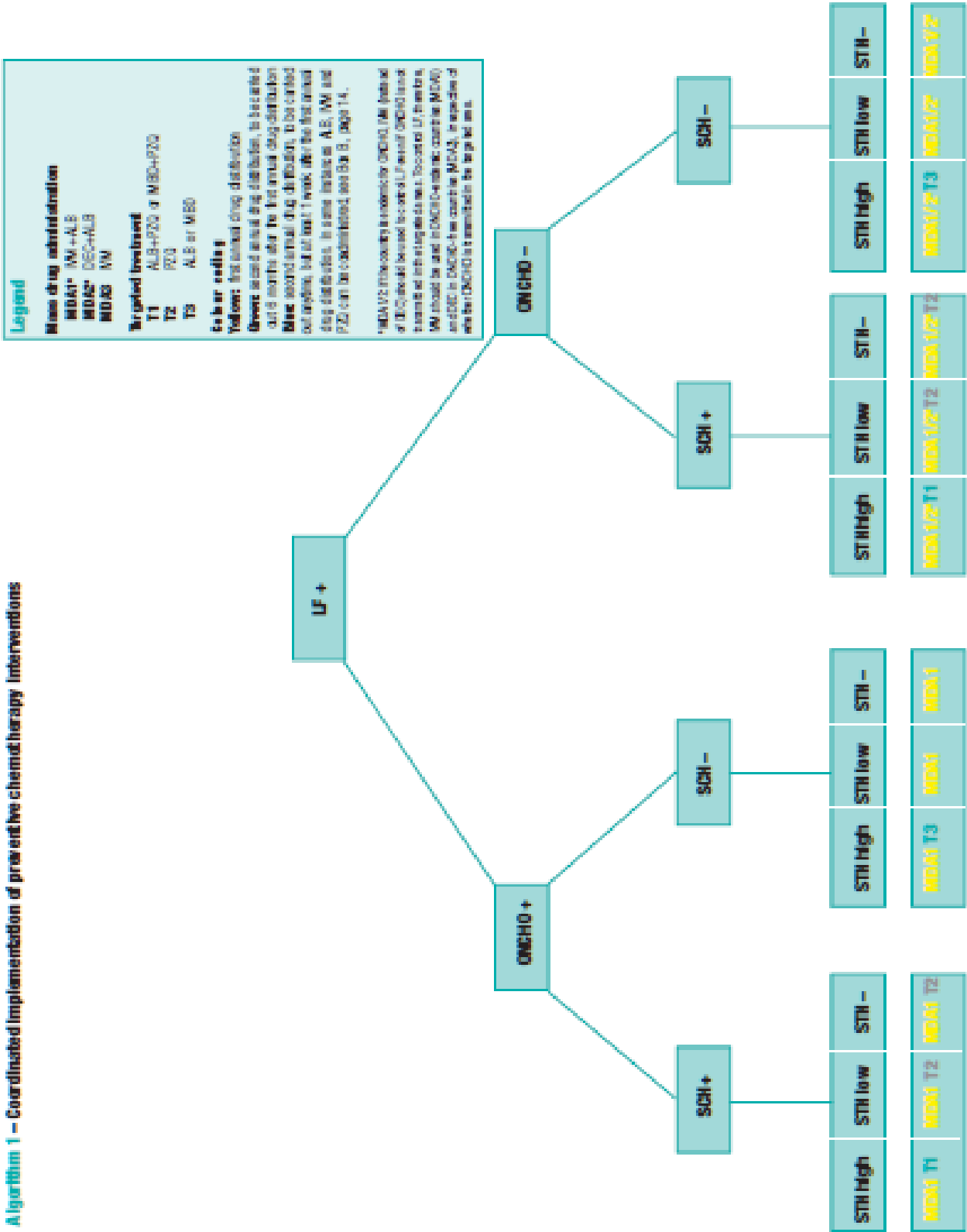
Annexe 11 : Paquet d'interventions pour le contrôle des vecteurs

Activités	Association de vecteur et de maladie						
	Moustiques		Autres vecteurs				
			Mollusques	Simulies	Phlébotomes	Cyclops	Glossines
	LF	Palu	SCHISTO	ONCHO	Leishmaniose	V. Guinée	THA
Moustiquaires Imprégnées	X	X					
Pulvérisations intra domiciliaires	X	X					
Pulvérisation spatiale					X		
Traitement larvicide							
Traitement des marres et filtrage de l'eau						X	

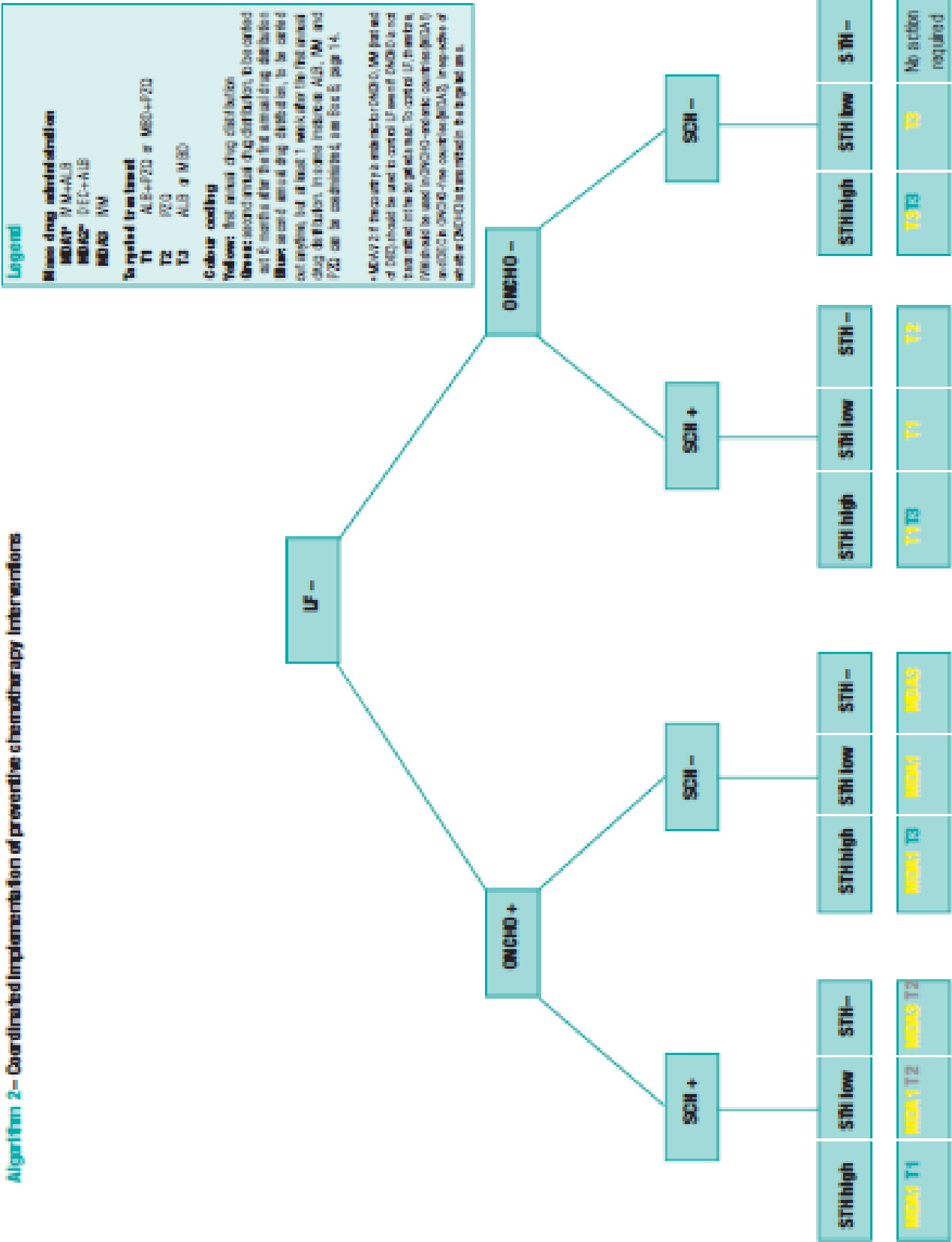
Annexe 12: Paquet d'interventions pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement du milieu

Activités	LF	Palu	SCHISTO	ONCHO	Leish	V. Guinée	THA	STH	Palu
Partenariat pour l'assainissement du milieu	X	X	X		X			X	X
Partenariat pour l'approvisionnement en eau potable			X			X		X	
Mobilisation sociale	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promotion de la santé	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Recherche opérationnelle	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Algorithm 1 – Coordinated implementation of preventive chemotherapy interventions



Algorithm 2- Coordinated implementation of preventive chemotherapy interventions



Annexe 15 : Algorithmme pour la les MTN à PEC dans la région africaine de l'OMS

