

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

**Union - Discipline - Travail**



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



**PLAN DIRECTEUR NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES  
TROPICALES NEGLIGÉES**

**2016- 2020**

## SOMMAIRE

<b>ABREVIATIONS ET ACRONYMES</b>	P.3
<b>LISTE DES CARTES, DES TABLEAUX ET DES FIGURES</b>	P.5
<b>PREFACE</b>	P.6
<b>INTRODUCTION</b>	P.7
<b>PREMIÈRE PARTIE: ANALYSE DE LA SITUATION</b>	P.9
I.1. PROFIL PAYS	P.10
I.1.1. Caractéristiques géographiques	P.10
I.1.2. Structures administratives, démographiques et communautaires	P.14
I.1.3. Situation et indicateurs socio-économiques	P.15
I.1.4. Transports et communications	P.17
I.2. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME DE SANTÉ	P.20
I.2.1. Objectifs et priorités du système de santé	P.20
I.2.2. Organisation du système de santé ivoirien	P.21
I.3. ANALYSE DE LA SITUATION DES MTN	P.29
I.3.1. Situation épidémiologique et charge de la maladie	P.29
I.3.2. Mise en œuvre du Plan Directeur de lutte contre les MTN	P.56
I.3.3. Lacunes et priorités	P.59
<b>DEUXIÈME PARTIE : AGENDA STRATÉGIQUE DE LUTTE CONTRE LES MTN</b>	P.61
II.1. MISSION ET OBJECTIFS GENERAUX DU PLAN DIRECTEUR DE LUTTE CONTRE LES MTN	P.62
II.1.1. Vision	P.62
II.1.2. Mission	P.62
II.1.3. Objectifs	P.62
II.2. PRINCIPES DIRECTEURS ET STRATEGIES PRIORITAIRES	P.63
II.2.1. Principes directeurs	P.63
II.2.2. Stratégies prioritaires	P.64
II.2.3. Tableau synoptique des programmes	P.66
<b>TROISIÈME PARTIE: CADRE OPÉRATIONNEL</b>	P.66
<b>SYNTHESE DU PLAN DIRECTEUR DES MTN DE COTE D'IVOIRE</b>	P.75
<b>ANNEXES</b>	

## ABBREVIATIONS ET ACRONYMES

A/OBC	Association/Organisation à Base Communautaire
ADN	Acide Désoxy-ribo Nucléique
ANESVAD	Organisation non gouvernementale espagnole de lutte contre l'ulcère de Buruli
ASC	Agent de Santé Communautaire
CEMV	Centre d'Entomologie Médical et Vétérinaire
CNPS	Centre National de Prévoyance Sociale
CTP	ChimioThérapie Préventive
DDS	Direction Départemental de la Santé
DGS	Direction Générale de la Santé
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRS	Direction Régionale de la Santé
DSCMP	Direction de la Santé Communautaire et de la Médecine de Proximité
EDS	Enquête Démographique Sanitaire
EPN	Etablissement Public National
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
FM	Fonds Mondial
FRF	Fondation Raoul Follereau
HTS	Helminthiases Transmises par le Sol
ICA	Institut de Cardiologie d'Abidjan
INHP	Institut National de l'Hygiène Publique
INSP	Institut National de Santé Publique
IPR	Institut Pierre Richet
IRF	Institut Raoul Follereau
KOICA	Korean International Cooperation Agency (Agence Coréenne de Coopération Internationale)
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MAP	Programme d'Assistance Médical
MB	Multi Bacillaire
MDP	Programme de Donation du Mectizan
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête à Indicateur Multiples)
MILDA	Moustiquaire Imprègné à Longue Durée d'Action
MUGEFCI	Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire
MSLS	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
MTN	Maladies Tropicales Négligées
OCP	Programme de lutte Contre l'Onchocercose en l'Afrique de l'Ouest
OMD	Objectifs du Millénaire pur le Développement
OMS	Organisation Mondiale de Santé
OMSAFRO	Organisation Mondiale de Santé/bureau régional pour l'Afrique
OMSAPOC	Organisation Mondiale de Santé/Programme Africain de Lutte contre l'Onchocercose
PATTEC	Pan African Tsétsé Trypanosomiasis Eradication Campaign
PCC	Prise en Charge des Cas

PCT	PolyChimioThérapie
PMA	Paquet Minimum d'Activité
PNEL	Programme National d'Elimination de la Lèpre
PNETHA	Programme National d'Elimination de la Trypanosomiase Humaine Africaine
PNEVG/EA	Programme National d'Elimination du Ver de Guinée / Eau et Assainissement
PNLUB	Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLSGF	Programme National de Lutte contre la Schistosomiase, les Géo-helminthiases et la Filariose lymphatique
PNPMT	Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle
PNSO-LO	Programme National de Santé Oculaire et de la Lutte contre l'Onchocercose
PS	Programme de Santé
PSP	Pharmacie de la Santé Publique
RASS	Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RHS	Ressources Humaines Sanitaires
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SCI	Schistosomiasis Control Initiative
SIDA	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transmition (Enquête méthodologique, simplifiée et standardisée)
TDM	Traitement De Masse
TIDC	Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire
TPS	Tradi Praticien de Santé
UFR	Unité de Formation et de Recherche
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VG	Ver de Guinée

## LISTE DES CARTES, TABLEAUX ET FIGURES

<i>Cartes I:</i> Situation géographique de la Côte d'Ivoire en Afrique	P.10
<i>Cartes II:</i> Réseau hydrographie et principaux bassins versants de la Côte d'Ivoire	P.13
<i>Cartes III:</i> Découpage administratif 2012 de la Côte d'Ivoire	P.14
<i>Cartes IV:</i> Foyers de THA en Côte d'Ivoire	P.30
<i>Cartes V:</i> Cartographie de l'Ulcère de Buruli en 2012	P.32
<i>Cartes VI:</i> Cartographie du taux de prévalence de la lèpre par district en 2014	P,37
<i>Cartes VII:</i> Cartographie du taux de dépistage de la lèpre par district en 2014	P,38
<i>Cartes VIII:</i> Pré contrôle de la prévalence de l'Onchocercose en Côte d'Ivoire	P.41
<i>Cartes IX:</i> Prévalence des microfilaries par village évaluée en Côte d'Ivoire entre 2000 et 2002	P.42
<i>Cartes X:</i> Cartographie des villages évalués en 2013 sur le bassin de la Marahoué et de la Bia	P.42
<i>Cartes XI:</i> village évalué en 2013	P.43
<i>Cartes XII:</i> cartographie dun trachome	P.44
<i>Cartes XIII:</i> Situation épidémiologique de la Filariose lymphatique en Côte d'Ivoire	P.45
<i>Cartes XIV:</i> prévalence de la filariose lymphatique en Côte d'Ivoire	P.46
<i>Cartes XV:</i> Situation épidémiologique de la schistosomiase en Côte d'Ivoire	P.49
<i>Cartes XVI:</i> prévalence de la schistosomiase en Côte d'Ivoire	P.50
<i>Cartes XVII:</i> Co-endémicité des MTN à CTP	P.54
<i>Cartes XVIII:</i> Co-endémicité des MTN à PCC	P.55

### TABLEAUX

<i>Tableau 1:</i> Les principaux indicateurs démographiques	P.15
<i>Tableau 2:</i> Distance entre les différentes grandes villes de Côte d'Ivoire	P.19
<i>Tableau 3:</i> Cas de THA déclarés les dernières années par foyer	P.31
<i>Tableau 4:</i> Nombre de district de filariose lymphatique traités	P.47
<i>Tableau 5:</i> Nombre de district de schistosomiase traités	P.48
<i>Tableau 6:</i> district avec une prevalence supérieures à 20%	P.51
<i>Tableau 7:</i> Co-endémicité des MTN	P.52
<i>Tableau 8:</i> Situation de la cartographie des MTN	P.56
<i>Tableau 8.1:</i> Informations résumées sur les interventions des programmes de MTN-CTP existants	P.57
<i>Tableau 8.2:</i> Informations résumées sur les interventions des programmes de MTN-PCC existants	P.58
<i>Tableau 9:</i> Tableau de compensation des résultats de l'analyse SWOT	P.59
<i>Tableau 10:</i> Résumé du cadre Stratégique	P.65

### FIGURES

<i>Figure 1:</i> Description de la pyramide sanitaire de Côte d'Ivoire	P.22
<i>Figure 2:</i> Circuit de distribution des médicaments et intrants	P.26
<i>Figure 3:</i> Place des programmes de lutte contre les MTN de santé dans l'organigramme du MSLS	P.29
<i>Figure 4:</i> Nombred e cas déclarés de THA de 2005 à 2014	P.31
<i>Figure 5:</i> Evolution de l'incidence de l'Ulcère de Buruli de 2006 à 2012	P.32
<i>Figure 6:</i> Eviolution des cas de dracunculose en Côte d'Ivoire de 1995 à 2014	P.33
<i>Figure 7:</i> Tendance évolutive des indicateurs essentiels de l'élimination de la lèpre en Côte d'Ivoire	P.34

## **PREFACE**

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN) demeurent jusqu'à présent un important problème de santé publique en Côte d'Ivoire. Elles constituent ainsi l'un des obstacles majeurs à l'atteinte des ODD. Ces maladies ont une évolution pernicieuse au sein des populations les plus vulnérables, entraînant des souffrances chroniques, des incapacités graves, et mettant en jeu le pronostic vital. Leurs conséquences humaines et socioéconomiques pèsent lourdement sur le développement. En raison de cet impact néfaste il est urgent de mettre en œuvre un plan national de lutte contre ces fléaux ancestraux. Ce plan directeur basé sur une approche intégrée, inter et multisectorielle vise à accélérer la prévention, le contrôle, l'élimination ou l'éradication des MTN les plus fréquentes en Côte d'Ivoire. Il s'agit de : l'Ulcère de Buruli, le Dracunculose, l'Onchocercose, la Filariose lymphatique, la Schistosomiase, les Géohelminthiases, la Trypanosomiase Humaine Africaine, la Lèpre, la Pian et le Trachome.

Nous vous donnons l'assurance que la volonté politique affirmée à travers l'élaboration du présent plan directeur sera soutenue par un effort financier croissant de l'état. Cet effort associé à l'engagement des partenaires, à la mobilisation du personnel soignant et à une forte participation communautaire constituent d'énormes atouts pour accélérer la lutte contre les MTN et amener nos populations à un niveau de santé le plus élevé possible.

**Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique**

**Dr GOUDOU Raymonde Coffie**

## INTRODUCTION

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN) sont un groupe de maladies transmissibles qui sévissent dans les pays aux ressources limitées, atteignant les populations les plus pauvres. Leur impact néfaste pour la réalisation des ODD a fini par convaincre les états et les partenaires au développement d'œuvrer ensemble pour lutter énergiquement contre ces fléaux en vue de leur prévention ou élimination.

L'OMS a défini une liste de MTN qui mettent en péril la santé d'un milliard de personnes dans le monde. Ce sont : la Dengue, la Rage, le Trachome, l'Ulçère de Buruli, les Tréponématoses endémiques, la Lèpre, la Maladie de Chagas, la Trypanosomiase humaine africaine, la Leishmaniose, la Cysticercose, la Dracunculose, l'Echinococcose, les Trématodoses d'origine alimentaire, la Filariose lymphatique, l'Onchocercose, la Schistosomiase et les Géohelminthiases.

La Côte d'Ivoire subit le lourd fardeau de dix (10) MTN endémiques qui peuvent se classer en deux (2) groupes :

- ✓ Les MTN à Chimiothérapie Préventive : Onchocercose, Filariose lymphatique, Schistosomiase, Géohelminthiases, Trachome;
- ✓ Les MTN à Prise en Charge par Cas : Trypanosomiase humaine africaine, Ulçère de Buruli, Lèpre, Dracunculose, Pian.

Pour prévenir et combattre ces MTN l'OMS recommande cinq stratégies de santé publique :

1. la Chimio prévention;
2. la prise en charge intensifiée des cas;
3. la lutte anti vectorielle;
4. la garantie d'une eau sans risque sanitaire, l'assainissement et l'hygiène;
5. la mise en œuvre de mesure de santé publique vétérinaire.

La lutte contre les MTN devra également être planifiée en tenant compte de plusieurs autres facteurs et déterminants émergents : notamment les migrations transfrontalières, l'urbanisation non contrôlée, les déplacements des animaux

d'élevage et des vecteurs, la dégradation de l'environnement et les changements climatiques qui favorisent l'éclosion, l'émergence ou la propagation de nouvelles MTN.

La mise en œuvre des stratégies combinées a abouti à une lutte plus efficace avec des résultats forts encourageants. Aussi pour optimiser ces résultats il faut nécessairement regrouper l'ensemble des MTN dans un nouveau cadre conceptuel dans le but d'intégrer les activités, de mutualiser les ressources et de développer une solide collaboration inter sectorielle.

Cette approche nouvelle qui répond mieux aux besoins des populations doit cependant tenir compte de l'organisation actuelle de notre système sanitaire et du niveau de développement de la santé au plan national.

Le présent plan directeur présente la situation des MTN en Côte d'Ivoire et propose les stratégies les mieux adaptées à notre environnement pour une lutte plus efficace.

DRAFT PLAN DIRECTEUR MTN

## **PREMIERE PARTIE**

# **ANALYSE DE LA SITUATION**

## I. 1. PROFIL DU PAYS : COTE D'IVOIRE

### I.1.1. CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES

#### ❖ Situation géographique

Située en Afrique occidentale dans la zone subéquatoriale entre le 10 et 4 degré de latitude Nord et le 3 et 9 degré de longitude Ouest, la Côte d'Ivoire a une superficie de 322.462 km<sup>2</sup>. Elle mesure 600 km du nord au sud et 600 km de l'est à l'ouest.

Elle est limitée par :

- ◆ Le Ghana à l'Est ;
- ◆ Le Burkina Faso et le Mali au Nord ;
- ◆ La Guinée et le Libéria à l'Ouest ; ©<sup>1</sup>
- ◆ L'Océan atlantique au Sud.

**Carte I** : Situation géographique de la Côte d'Ivoire en Afrique



## ❖ Relief et végétation

### -Le relief

La Côte d'Ivoire présente dans l'ensemble un relief peu accidenté, constitué de plaines et de plateaux, à l'exception de l'Ouest du pays, plus montagneuse.

Au sud du pays, le long du Golfe de Guinée, la Côte d'Ivoire est constituée de falaises dans sa partie ouest, et d'une bande de sable et de lagunes dans sa partie Est.

Au Nord de cette bande littorale, se trouve une vaste plaine, puis une région de bas plateaux (situés à des altitudes inférieures à 350 m).

En remontant encore vers le Nord, le pays s'élève vers les moyens plateaux. La région la plus élevée du pays se trouve dans l'Ouest, où les altitudes de ces plateaux peuvent atteindre 900 m. C'est là que se trouve le point culminant de la Côte d'Ivoire, le mont Nimba (1 752 m), point de rencontre des frontières de la Côte d'Ivoire, de la Guinée et du Libéria.

### -La végétation

En raison des deux zones climatiques nord-sud, la Côte d'Ivoire est séparée en deux zones de végétation : la forêt au sud, la savane dans la partie nord.

La limite est constituée d'une ligne qui part de Man à l'Ouest, redescend dans la région de Yamoussoukro et remonte aux environs de Bondoukou à l'Est.

La partie nord est couverte de savanes caractérisées par de grands espaces d'herbage et d'arbres clairsemés, surtout à l'approche du Sahel au Nord. Seules les zones proches des cours d'eau présentent des forêts denses et une végétation riche. Dans le centre, de vastes plantations de café et de cacao ont largement pris la place de la forêt.

La forêt s'étend sur toute la partie sud du pays. Sa surface a fortement diminué dans les dernières décennies, en partie à cause d'une exploitation excessive. La forêt primaire a pratiquement disparu, en dehors de certaines zones protégées, comme les parcs nationaux de Taï au sud-ouest et du Banco dans les environs d'Abidjan.

## ❖ Climat

La Côte d'Ivoire de par sa position géographique bénéficie d'un climat dont les caractéristiques sont les suivantes :

- des températures peu excessives, peu variables dont la moyenne annuelle se situe entre 26°C et 27°C ;
- une humidité atmosphérique élevée supérieure à 70% ;
- une forte pluviosité dont le volume diminue du Sud vers le Nord et de l'Ouest vers l'Est.

Deux types de climat se partagent le territoire ivoirien :

- un climat subéquatorial «Attiéen» qui comporte quatre saisons dont deux saisons pluvieuses : une grande de la mi-mars à juillet et une petite d'octobre à novembre et deux

saisons sèches : une grande de décembre à mars et une petite d'août à septembre. Ce climat est marqué par une pluviométrie importante variant entre 1500 mm et 2000 mm par an en moyenne ;

- un climat tropical humide, appelé «climat soudanéen» qui se caractérise par deux saisons dont une saison pluvieuse de 6 à 7 mois et une saison sèche de 5 à 6 mois. Il est marqué par une pluviométrie moyenne variant entre 900 mm et 1200 mm par an.

### ❖ Hydrographie

La Côte d'Ivoire est drainée par un ensemble de cours d'eau subdivisé en onze principaux Bassins versants. Les eaux de surface se composent de cours d'eau et de retenues d'eau répartis sur l'ensemble du territoire et aussi des lagunes situées dans la zone côtière.

Le réseau hydrographique de la Côte d'Ivoire se compose principalement de:

- quatre bassins majeurs que sont, d'Ouest en Est, le Cavally, le Sassandra, le Bandama et la Comoé ;
- petits cours d'eau côtiers dont les plus significatifs sont le Tabou, le San-Pedro, le Niouniourou, le Boubo, l'Agnéby, la Mé, la Bia et le Tanoé ;
- plusieurs affluents du Niger, notamment le Gbanhala ou Kouroukélé, le Baoulé, le Dégou, le Kankélabi et la Bagoué ;
- quelques affluents de la Volta Noire dont une partie du cours principal constitue la frontière Nord-Est entre la Côte d'Ivoire et le Ghana, à savoir le Koulda, le Gbanlou, le Gougoulo et le Kohodio.

Aux cours d'eau classiques, s'ajoutent les lagunes qui sont une particularité du réseau hydrographique de la Côte d'Ivoire. En effet, le pays dispose d'un littoral d'environ 555 km de long.

La superficie totale des lagunes est approximativement de 1200 km<sup>2</sup>. Ainsi, d'Ouest en Est.

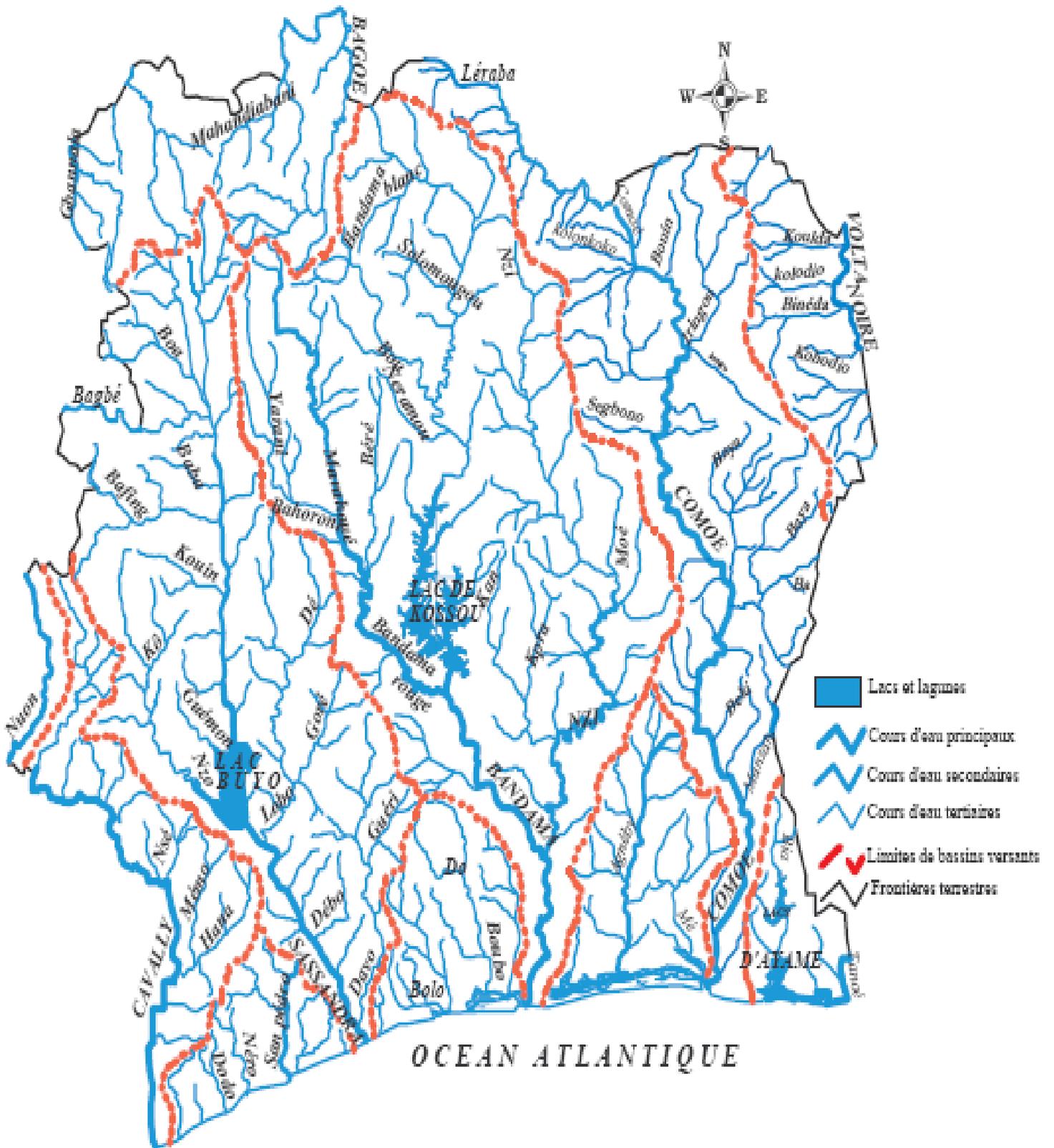
Il faut distinguer :

- la lagune de Grand-Lahou a une superficie de 190 km<sup>2</sup> et s'étend sur une longueur de 50 km comprenant une suite de quatre lagunes de petite taille ;
- la lagune Ebrié a une étendue de 566 km<sup>2</sup> de superficie pour une largeur et une longueur moyennes respectivement de 7 km et de 150 km. Sa profondeur moyenne de 4 m. Cette lagune est aussi divisée en plusieurs sections par les lagunes Aghien et Potou, le canal d'Assinie, la ville d'Abidjan et le canal de Vridi ;
- la lagune Aby, d'une superficie de 427 km<sup>2</sup>, s'étend sur 56 km de largeur d'Est en Ouest et 24 km de long du Nord au Sud. C'est un complexe de trois lagunes (tendo, Aby et Ehy).

Trois principaux canaux relient ces différentes lagunes, à savoir :

- le canal d'Azagny, long de 17 km et reliant les lagunes de Grand-lahou et Ebrié ;
- le canal de Groguida, qui connecte deux branches de la lagune de Grand-lahou avec une longueur de 1 km ;
- le canal d'Assinie qui relie la lagune Ebrié à la lagune Aby avec une longueur de 48 km.

**Carte II:** Réseau hydrographique et principaux bassins versants de la Côte d'Ivoire.



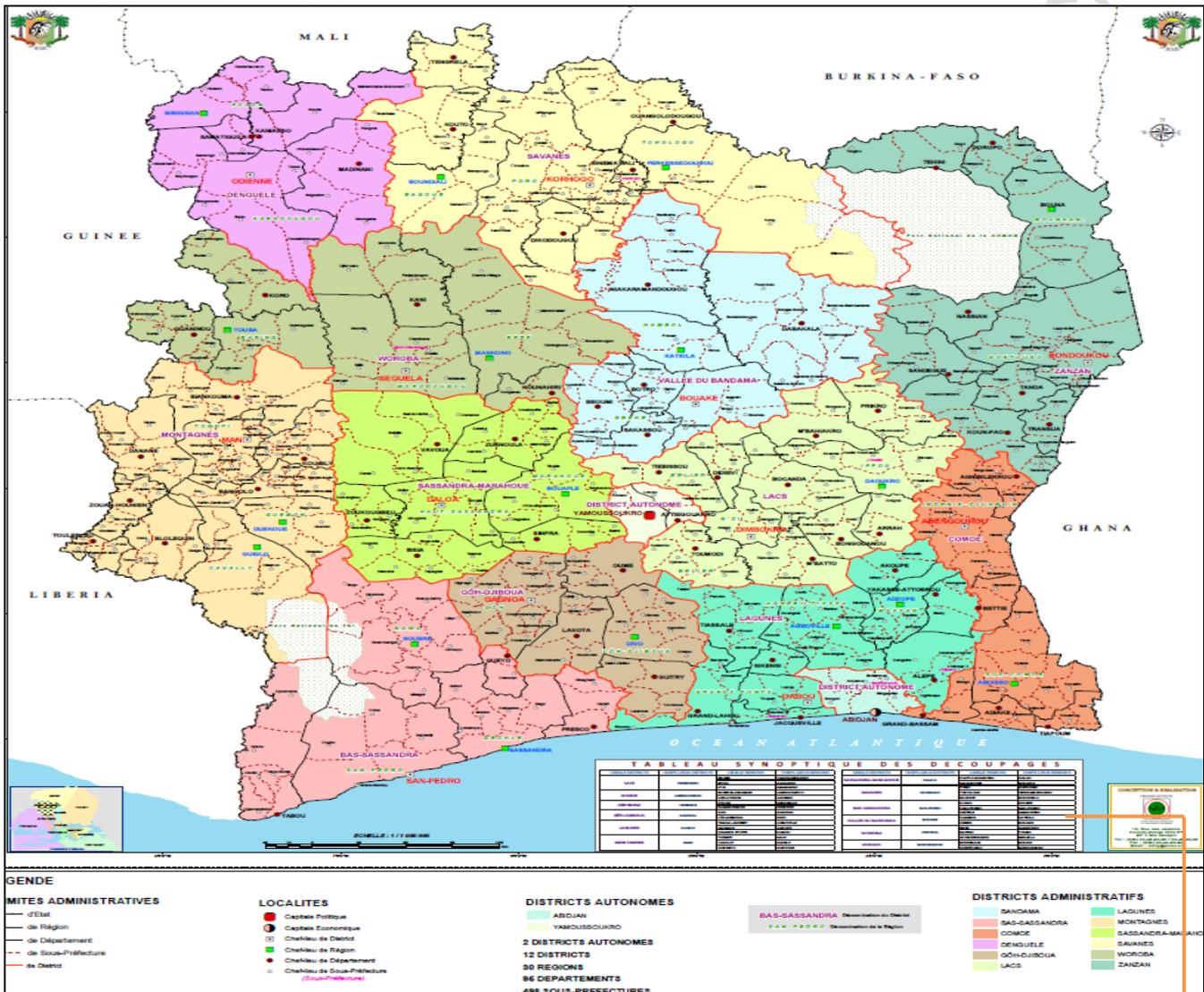
## I.1.2. STRUCTURES ADMINISTRATIVES, DEMOGRAPHIQUES ET COMMUNAUTAIRES

### ❖ Données administratives

Sur le plan administratif, la Côte d'Ivoire est subdivisée en 31 régions, 12 districts, 108 départements, 510 sous-préfectures, 197 communes et plus de 8500 villages. Elle compte deux (02) districts autonomes (Abidjan et Yamoussoukro).

La capitale politique Yamoussoukro est située au centre du pays à 248 km d'Abidjan, la capitale économique

**Carte III:** découpage administratif 2012 de la Côte d'Ivoire



**TABLEAU SYNOPTIQUE DES DECOUPAGES**

LIBELLE DISTRICTS	CHEFS-LIEUX DISTRICTS	LIBELLE REGIONS	CHEFS-LIEUX REGIONS
LACS	DIMBOKRO	BELIER	YAMOOUSSOUKRO
COMOE	ABENGOUROU	IFFOU	DAOUKRO
DENGUELE	ODIENNE	N'ZI	DIMBOKRO
GÔH-DJIBOUA	GAGNOA	INDENIE-DJABLIN	ABENGOUROU
LAGUNES	DABOU	SUD-COMOE	ABOISSO
MONTAGNES	MAN	FOLON	MINIGNAN
		KABADOUGOU	ODIENNE
		GÔH	GAGNOA
		LÔH-DJIBOUA	DIVO
		TIASSA-AGNEBY	AGBOVILLE
		MASSAN	ADZOPE
		GRANDS PONTS	DABOU
		TONKPI	MAN
		CAVALLY	GUIGLO
		GUEMON	DJEKOUÉ
SASSANDRA-MARAHOUÉ	DALOA	HAUT-SASSANDRA	DALOA
SAVANES	KORHOGO	MARAHOUÉ	BOUAFLE
BAS-SASSANDRA	SAN-PEDRO	PORO	KORHOGO
VALLEE DU BANDAMA	BOUAKE	TCHOLOGO	FERKESSEDODOU
WOROBA	SEGUELA	BAGOUÉ	BOUNDIALI
ZANZAN	BONDOUKOU	NAWA	SOUBRE
		SAN-PEDRO	SAN-PEDRO
		GBÔKLE	SASSANDRA
		HAMBOL	KATIOLA
		GBEKE	BOUAKE
		BERE	MANKONO
		BAFING	TOUBA
		WORDODOUGOU	SEGUELA
		BOUNKANI	BOUNA
		GONTOUGO	BONDOUKOU

### ❖ Données démographiques et communautaires.

La population de la Côte d'Ivoire est estimée à 22 671 331 habitants après le Recensement Générale de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2014. Les principaux indicateurs démographiques sont illustrés par le tableau suivant:

**Tableau 1** : Les principaux indicateurs démographiques (Source : INS 2014 RGPH 2014)

INDICATEURS	VALEURS
Population totale	22 671 331 en 2014
Densité démographique	70 habitants/ km <sup>2</sup>
Population rurale	11 394 685 soit 50,3%
Population urbaine	11 276 646 soit 49,7%
Taux d'urbanisation	49,7%
Enfants de 0 à 11 mois	846 594
Enfants de 12 à 59 mois	12,16%
Population de moins de 5 ans	3 627 412
Population masculine	11.716.826 soit 51,7%
Population féminine	10.954.505 soit 48,3%
Taux d'accroissement démographique	2,6%

### I.1.3.SITUATION ET INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES

Les MTN atteignent essentiellement les populations agricoles, et constituent de ce fait un frein à l'économie nationale.

#### ❖ Ethnies

La Côte D'ivoire compte essentiellement 65 ethnies que l'on peut classer en quatre grands groupes principaux : le groupe Akan, le groupe Krou, le groupe Mandé et le groupe Gur.

#### ❖ Agriculture

Le succès de la Côte d'Ivoire repose sur l'agriculture et les cultures ivoiriennes sont de deux ordres ; les cultures vivrières et les cultures de rente.

Les principales cultures vivrières essentiellement destinées à la consommation des populations sont le riz, l'igname, la banane plantain, la banane douce, l'ananas, le maïs et le manioc.

Les cultures de rente conduites par la paire café-cacao comprennent également l'hévéa, le palmier à huile, le coton et l'anacarde. Ces produits destinés à l'exportation prioritairement sont à la base de la forte immigration de populations ivoiriennes et non ivoiriennes dans les régions forestières du pays. A ces cultures de rente, il faut ajouter le bois dont l'exploitation massive a entraîné la réduction drastique du massif forestier ivoirien.

## ❖ Education<sup>2</sup>

- En matière d’alphabétisation, plusieurs structures existent notamment le comité national d’alphabétisation, le service autonome d’alphabétisation et le Fonds national d’appui à l’alphabétisation. Cependant, la proportion d’analphabètes dans la population reste élevée avec un taux de 60%.
- Au niveau de l’accessibilité et de la participation, le Taux Net de Scolarisation (TNS) dans le préscolaire est de 13% en milieu urbain et de 1% en milieu rural selon les données de l’ENV 2008. Ce taux, dans le primaire, est passé de 56,5% en 2002 à 56,1% en 2008 avec 58,8% chez les garçons contre 53,1% chez les filles. En milieu rural, il est de 49,8% et 68,2% en milieu urbain. L’indice de parité entre les sexes est de 0,88. En 2008, seulement 21% des enfants en âge officiel d’aller à l’école ont eu accès aux classes de CP1. Quant au secondaire, le TNS est de 26,6% avec 30,3% pour les garçons et 22,6% pour les filles. Le rapport filles/garçons est de 0,64.
- Le taux net de scolarisation demeure donc faible dans le préscolaire, le primaire et le secondaire. Cette faiblesse est essentiellement liée au niveau élevé des frais de scolarité, au mauvais état des infrastructures éducatives et à l’insuffisance des capacités d’accueil inégalement réparties sur le territoire national. Particulièrement pour le préscolaire, ce faible taux est également dû à : (i) la méconnaissance de l’importance de l’éducation préscolaire par certaines couches de la population ; (ii) la faible couverture du territoire national en infrastructures préscolaires et ; (iii) la double tutelle ministérielle.

La rentrée scolaire<sup>3</sup> 2015-2016 a été marquée par l’adoption par l’Assemblée nationale, d’une loi rendant l’école obligatoire pour tous les enfants de 6 à 16 ans en Côte d’Ivoire. L’objectif visé par cette mesure, qui prend effet dès cette rentrée scolaire 2015-2016, est d’atteindre un taux de scolarisation national de 100% d’ici 2025.

Des actions ont d’ailleurs permis de faire croître le taux de scolarisation national de 77% à 95,5% de 2010 à aujourd’hui. En outre, l’école est gratuite, dépourvue de tous frais de scolarité.

Trois Ministères se partagent le portefeuille de l’éducation en Côte d’Ivoire ce sont :

- le Ministère de l’Education Nationale et de l’Enseignement Technique;
- le Ministère de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique;
- le Ministère de la formation professionnelle.

## ❖ Religion

La Côte d’Ivoire est un pays laïc. Au plan religieux, la liberté de culte est garantie par la Constitution. Les principales religions sont le Christianisme, l’Islam et l’Animisme.

## ❖ Situation économique

L’économie ivoirienne repose principalement sur l’agriculture dont les produits d’exportation sont le cacao, le café, l’huile de palme, la banane, l’ananas, le coton, le latex, la noix de cajou et le bois.

---

<sup>2</sup> PNd diagnostic stratégie

<sup>3</sup> [www.gouv.ci/actualite-education](http://www.gouv.ci/actualite-education)

L'industrialisation ne concerne pour l'instant que la transformation du bois et de certains produits alimentaires.

Les crises socio-politiques successives, qu'a connues le pays, ont occasionné une baisse des activités économiques avec pour corollaire un accroissement du taux de chômage dont le niveau était déjà très élevé, notamment chez les jeunes.

Par ailleurs, cette paupérisation croissante, notamment en milieu rural constitue un facteur majeur d'inaccessibilité aux soins et autres services sociaux de base.

Soucieux de cette situation, des efforts d'investissement sont consentis par l'Etat pour donner à cette jeunesse d'espérer d'un lendemain meilleur.

#### ❖ **Etat nutritionnel**

La dernière enquête SMART réalisée en 2008 montre une dégradation de la situation nutritionnelle. En effet dans le Nord, la malnutrition aigüe est passée de 12 à 17,5% dépassant largement le seuil critique qui est de 10% (MICS 2008).

### **I.1.4. TRANSPORTS ET COMMUNICATIONS**

#### ❖ **Les moyens de transports**

Différents moyens de transport sont utilisés en Côte d'Ivoire :

##### **- Le transport terrestre :**

Le réseau routier ivoirien compte plus de 7.000 km de routes bitumées et 63.000 km de routes en terre, non praticables en toute saison. Ainsi de nombreuses localités sont isolées et totalement inaccessibles en saison pluvieuse.

En milieu urbain, les modes de transports utilisés sont le transport en commun (bus, taxis) et le transport individuel (véhicule personnel, motocyclettes, bicyclettes).

En milieu rural, il s'agit essentiellement des autocars inter urbains qui assurent le transport entre les grandes villes; les taxis brousse assurent le transport entre les villages; les engins à deux roues (motocyclettes et bicyclettes) assurent le ralliement des campements et plantations. Plus récemment sont apparus des engins à trois roues qui peuvent également servir à transporter les malades en zone rurale.

Le parc de véhicules à poids lourd (camions) assurant le transport de marchandises tant à l'intérieur du pays qu'entre la Côte d'Ivoire et les pays limitrophes est très développé. Le port autonome d'Abidjan est le socle du développement du transport terrestre international. L'importance du parc auto-motos, la qualité médiocre du matériel roulant, et l'état souvent dégradé des routes constituent autant de facteurs de risque pour les accidents de la voie publique.

### **- Le transport fluvial:**

La navigation se fait essentiellement sur le plan d'eau lagunaire. A ce niveau on utilise des bateaux bus en zone urbaine (essentiellement à Abidjan) et les embarcations de fortune entre les localités situées en bordure de lagunes.

Les fleuves de Côte d'Ivoire présentent en majorité des cours d'eau rapides. Ce qui les rend peu propices à la navigation.

### **-Le transport maritime:**

Le transport maritime international est très développé avec deux ports de grande capacité situés à Abidjan et à San-Pedro assurant l'un des plus importants frets maritimes du continent.

### **- Le transport aérien:**

Si le réseau aérien international est assez bien fourni il n'en est pas de même du réseau domestique qui est très peu développé.

### **- Le transport ferroviaire**

Une ligne ferroviaire nommée Régie Abidjan Niger (RAN), qui devrait relier Abidjan à Niamey (capital du Niger) s'arrête pour le moment à Ouagadougou (capital du Burkina Faso). Cette voie ferroviaire traverse le pays du sud au nord assurant aussi bien le transport des personnes, des marchandises que du bétail. Ce réseau international est un moyen de transport très important entre le Côte d'Ivoire les pays de l'interland (Niger et le Burkina Faso).

DRAFT PLAN DIRECTEUR NATIONAL DES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES DE CÔTE D'IVOIRE

**Tableau 2 : Distance entre les différentes grandes villes de Côte d'Ivoire**

Distances d'une ville à une ville en kilomètre	Abengourou	Abidjan	Aboisso	Adzopé	Agboville	Biankouma	Bondoukou	Bongouanou	Bouaflé	Bouaké	Bonoua	Boundiali	Dabakala	Daloa	Danané	Dimbokro	Divo	Ferkessédougou	Gagnoa	Guiglo	Issia	Katiola	Korhogo	Lakota	Man	Mankono	Odienné	Oumé	San-Pédro	Sassandra	Séguéla	Soubré	Tabou	Tingréla	Touba	Yamoussoukro	Zuénoula
Abengourou	-	210	116	106	137	634	210	100	313	367	390	582	375	395	638	167	277	507	334	528	430	322	522	318	590	419	716	288	582	461	461	492	828	594	699	255	385
Abidjan	210	-	116	104	79	622	420	107	302	349	59	731	494	382	637	242	189	580	271	516	363	403	634	231	570	521	867	257	368	296	592	369	474	848	680	243	373
Aboisso	116	116	-	219	209	744	392	262	464	449	572	764	466	528	741	349	325	689	410	638	506	504	689	366	700	601	886	399	490	493	843	533	938	776	881	388	514
Adzopé	106	104	219	-	58	617	316	96	261	308	496	623	325	391	621	163	198	620	283	511	379	419	636	239	573	459	758	264	476	382	501	413	811	634	740	251	377
Agboville	137	79	209	58	-	582	347	127	261	31	527	611	356	343	563	199	140	556	225	453	321	371	571	181	538	411	710	213	394	324	453	355	776	586	728	203	329
Biankouma	634	622	744	617	582	-	728	534	434	375	744	366	496	239	123	467	419	537	334	166	238	410	482	381	44	279	230	392	450	454	181	293	466	71	483	379	268
Bondoukou	210	420	392	316	347	723	-	310	434	321	180	613	247	516	750	372	487	496	539	649	565	337	511	528	671	473	749	473	928	671	515	669	949	648	736	414	447
Bongouanou	100	107	282	96	127	534	310	-	213	234	490	549	251	295	538	67	241	474	234	428	330	289	474	248	505	363	660	168	465	391	405	364	728	538	666	155	281
Bouaflé	313	302	464	261	261	434	434	213	-	128	497	350	249	82	325	146	186	368	108	215	131	183	353	155	292	150	447	113	382	261	193	217	515	325	457	58	68
Bouaké	367	349	449	308	31	375	321	324	128	-	369	315	121	215	429	150	291	240	241	348	264	55	240	288	350	152	449	218	588	394	194	371	648	327	432	111	126
Bonoua	390	59	572	496	527	744	180	490	497	369	-	452	248	574	798	448	626	295	600	707	623	338	350	629	719	500	588	549	1107	753	563	709	1007	696	569	482	495
Boundiali	582	731	784	623	611	366	613	549	350	315	452	-	366	326	414	482	536	157	452	457	375	305	102	505	335	200	136	463	803	611	198	461	767	295	117	408	285
Dabakala	375	494	466	325	356	496	247	251	249	121	248	366	-	366	531	275	412	249	405	469	385	90	264	419	471	252	502	339	732	558	315	535	769	448	483	234	247
Daloa	395	382	528	391	343	239	516	295	82	215	574	326	366	-	243	228	226	429	145	133	43	253	374	192	195	171	183	153	280	291	128	135	433	261	488	140	89
Danané	638	637	741	621	563	123	750	538	325	429	798	414	531	243	-	471	423	572	330	170	242	464	517	395	79	314	353	896	486	458	216	297	470	194	531	183	303
Dimbokro	167	242	349	163	199	467	372	67	146	150	448	482	275	228	471	-	174	387	167	381	263	202	387	181	423	296	593	101	399	324	338	297	661	471	562	88	214
Divo	277	189	325	198	140	419	487	241	186	291	626	536	412	226	423	174	-	531	85	313	181	346	551	41	375	336	633	73	300	194	378	215	613	511	635	176	204
Ferkessédougou	507	580	689	620	556	537	496	474	368	240	295	157	249	429	572	387	531	-	516	588	502	185	55	563	492	258	293	548	819	669	355	588	886	452	230	353	340
Gagnoa	334	271	410	283	225	334	539	234	108	241	600	458	405	145	330	167	85	516	-	229	96	296	481	47	290	258	528	66	226	153	273	130	528	403	575	166	176
Guiglo	528	516	638	511	453	166	649	428	215	348	707	457	489	133	170	361	313	588	228	-	132	383	507	275	122	304	396	286	357	322	259	161	300	237	574	273	222
Issia	430	363	506	379	321	238	565	330	131	264	623	375	385	43	242	263	181	502	96	132	-	299	423	143	194	220	432	162	220	235	177	84	432	309	492	189	138
Katiola	322	403	504	419	371	410	337	289	183	55	338	305	90	253	464	202	346	185	296	383	299	-	185	353	395	162	423	273	642	439	229	385	683	362	404	168	161
Korhogo	522	634	689	636	571	482	511	474	353	240	350	102	264	374	517	387	551	55	481	507	423	185	-	538	438	203	238	548	872	614	301	591	831	434	175	353	265
Lakota	318	231	366	239	181	381	528	248	155	288	629	505	419	192	395	181	41	563	47	275	143	353	538	-	337	305	611	80	270	143	320	177	575	452	622	185	223
Man	590	570	700	573	538	44	671	505	292	350	719	335	471	195	79	423	375	492	290	122	194	385	438	337	-	235	274	356	407	410	137	249	422	172	425	350	224
Mankono	419	521	601	459	411	279	473	363	150	152	500	200	252	171	314	296	336	258	258	304	220	162	203	305	235	-	336	263	479	411	65	306	604	231	317	268	82
Odienné	716	867	898	758	710	230	749	660	447	449	588	136	502	183	353	593	633	293	528	396	432	423	238	611	274	335	-	536	676	679	255	518	666	159	253	506	379
Oumé	268	257	398	264	213	382	473	168	113	218	549	463	339	153	698	101	73	548	66	266	162	273	548	80	356	263	536	-	286	223	281	196	586	414	580	105	181
San-Pédro	582	368	490	476	394	450	928	465	382	588	1107	803	732	280	486	399	300	819	226	357	220	542	672	270	407	479	676	286	-	106	408	135	128	508	920	482	393
Sassandra	461	296	493	382	324	454	671	391	281	394	753	611	558	291	458	324	184	689	153	382	235	439	614	143	410	411	679	223	106	-	429	181	626	562	728	319	329
Séguéla	461	582	643	501	453	181	515	405	193	194	563	198	315	128	216	338	378	355	273	259	177	229	301	320	137	65	255	281	408	429	-	263	569	133	315	250	124
Soubré	492	369	533	413	355	293	669	364	217	371	709	461	535	135	297	297	215	588	130	161	84	385	591	177	249	306	518	196	135	161	263	-	461	384	578	236	224
Tabou	828	417	939	811	776	466	949	728	515	648	1007	757	769	433	470	661	613	886	528	300	432	683	831	575	422	604	696	586	128	626	559	461	-	537	878	537	322
Tingréla	594	848	776	634	586	71	648	538	325	327	696	295	448	261	194	471	511	452	403	337	309	382	434	452	172	231	159	414	508	562	133	364	537	-	412	383	257
Touba	699	680	881	740	728	483	736	666	467	432	569	117	483	488	531	562	653	230	575	574	492	404	175	622	425	317	253	580	920	728	315	578	878	412	-	325	399
Yamoussoukro	255	243	388	251	203	379	414	155	58	111	482	408	234	140	383	88	178	353	166	273	189	168	353	185	350	268	506	105	482	319	250	296	537	383	325	-	120
Zuénoula	385	373	514	377	329	268	447	281	68	126	495	285	247	89	303	214	204	340	176	222	138	181	285	223	224	82	379	181	383	329	124	224	322	257	389	120	-

## ❖ **Système d'information et de communication**

La radio nationale et la télévision nationale couvrent tout le territoire. Le développement des radios dites de proximité (communautaires et confessionnelles) est venu ces dernières années apporter un appoint utile en matière d'information au niveau des régions du pays. Ces radios constituent des canaux de communication dans le cadre la sensibilisation et la mobilisation sociale de la communauté à la lutte contre certaines pathologies. Cette sensibilisation et mobilisation sociale se fait à travers les spots (en français et en langues locales), des passages à l'antenne, etc...

Depuis 1990, la presse écrite a connu un essor fulgurant avec l'existence de plusieurs journaux. Cependant ceux-ci ne sont pas accessibles à la majorité de la population notamment celle située en zone rurale.

Le téléphone fixe et la téléphonie mobile avec quatre opérateurs ont connu un développement rapide depuis une décennie et couvre la totalité du pays facilitant ainsi la circulation des informations. La téléphonie mobile a connu une forte pénétration en zone rurale et constitue actuellement un puissant moyen courant de communication.

Les différents moyens de transport et de communication existant en Côte d'Ivoire pourraient contribuer à la planification et l'exécution efficace des activités de lutte contre les MTN.

## **I.2.ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME DE SANTE**

### **I.2.1.OBJECTIFS ET PRIORITES DU SYSTEME DE SANTE<sup>4</sup>**

#### ❖ **Objectif Général :**

Améliorer l'état de santé et le bien-être des populations.

#### ❖ **Objectifs spécifiques :**

- Améliorer la gouvernance du secteur de la santé et renforcer le Leadership du Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA ;
- Améliorer l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité ;
- Améliorer la santé maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans ;
- Renforcer la lutte contre les maladies prioritaires, émergentes, Ré émergentes et négligées ;
- Renforcer la promotion de la santé.

#### ❖ **Priorités du système de santé**

- Renforcement du cadre institutionnel, organisationnel et gestionnaire ;
- Amélioration de l'accueil des clients et de la propreté des locaux sanitaires;
- Amélioration de la disponibilité des ressources ;
- Amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des prestations des services de santé ;

---

<sup>4</sup> Extrait du PNDS 2012 2015

- Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité aux médicaments et autres intrants stratégiques de qualité ;
- Renforcement de la promotion de la santé.

### **I.2.2. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE IVOIRIEN**

Le système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire<sup>5</sup>. Il est de type pyramidal avec trois (3) échelons et deux versants : l'un gestionnaire et l'autre prestataire.

Le système de santé est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle qui occupe une place relativement importante surtout dans la population rurale.

#### **❖ Secteur sanitaire public**

Le secteur sanitaire public est dominant. Il comprend deux versants :

- Le versant offre de soins comprend :
  - le niveau primaire composé de 1910<sup>6</sup> Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) dont 1237 centres de santé ruraux, 514 centres de santé urbains dont 25 à base communautaires, 127 centres de santé urbains spécialisés, 32 formations sanitaires urbaines dont 15 à base communautaire,
  - le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence (66 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux, 02 Centres Hospitaliers Spécialisés)
  - le niveau tertiaire composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (04 Centres Hospitaliers Universitaires, 05 Instituts Nationaux Spécialisés (Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA)), 04 autres Etablissements Publics Nationaux (EPN) d'appui (Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (NPSP-CI), Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU)).
- Le versant administratif comprend:
  - le niveau central composé du Cabinet du Ministre, des directions et services centraux, qui ont une mission de définition, d'appui et de coordination globale de la santé ;

<sup>5</sup> Arrêté N°028/MSP/CAB du 08 février 2002

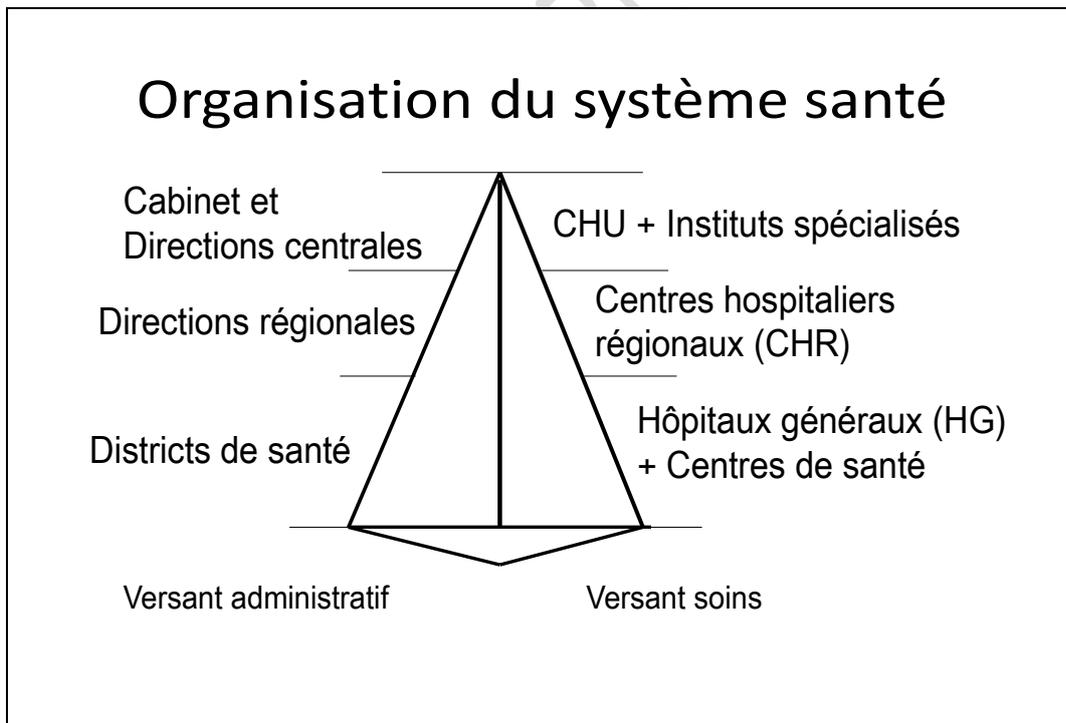
<sup>6</sup> Données administratives DIEM 2011

- le niveau intermédiaire composé des Directions Régionales (20<sup>7</sup>) qui ont une mission d'appui aux Districts sanitaires pour la mise en œuvre de la Politique Sanitaire;
- le niveau périphérique composé des Directions Départementales de la Santé (82) ou Districts sanitaires qui sont chargés à leur niveau de rendre opérationnelle la Politique Sanitaire.

Le district sanitaire est l'unité opérationnelle du système de santé, permettant la mise en œuvre des soins de santé. Il regroupe l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées sur son aire de desserte qui offrent aux populations des soins essentiels. Il est également l'unité qui planifie et organise les activités nécessaires à la prise en charge optimale des problèmes de santé des populations, avec leur pleine participation.

Au niveau du public, l'ESPC constitue la porte d'entrée du système de santé et l'hôpital prend en charge les problèmes de santé nécessitant des techniques ou des soins ne pouvant être assurés au premier échelon dans une complémentarité et sans chevauchement des paquets d'activités des deux échelons. L'existence d'un système de référence et de contre-référence permet d'assurer la continuité des soins entre le premier et le deuxième échelon.

D'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires notamment les ministères de la Défense, de l'Economie et des Finances, de l'éducation nationale et de l'enseignement technique, de l'Intérieur et du ministère en charge des Affaires Sociales.



**Figure 1** : Description de la pyramide sanitaire de Côte d'Ivoire.

<sup>7</sup> Arrêté n°09/MSLS du 02 février 2012 portant liste des DRSLs

## ❖ Secteur sanitaire privé

Le secteur sanitaire privé s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines de pharmacie, cabinets dentaires, centres ophtalmologiques et infirmeries privées). Il est essentiellement présent dans les grandes agglomérations ou les pôles économiques. En 2011, le pays comptait pour ce secteur, 2036 établissements de santé privés dont 1482 (soit 73%) non autorisés par le MSLS. Sous l'impulsion du MSLS, à la suite des mises en demeure, des autorisations de conformité sont en cours d'établissement pour 1458 d'entre eux. De même, 24 établissements non autorisés ont été fermés.

Avec 49 établissements sanitaires, le secteur confessionnel, les associations et les organisations à Base communautaire (ABC/OBC) participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire. Ce secteur est caractérisé par sa proximité et son accessibilité par les populations les plus pauvres.

En 2007, les effectifs en ressources humaines étaient de 790 médecins, 1173 infirmiers et 184 sages-femmes.

## ❖ La Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle occupe une place importante avec plus de 8500 Tradipraticiens de Santé (TPS) recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT). En 2010, 1204<sup>8</sup> TPS ont été formés ; certains en anatomie et en hygiène conventionnelle, et d'autres en droits de propriété intellectuelle.

Un document de politique de Médecine et de Pharmacopée Traditionnelles est disponible.

## ❖ Les ressources humaines<sup>9</sup>

Les ressources humaines de santé (RHS) sont de diverses compétences.  
Les ressources humaines sont celles des établissements sanitaires publics.

### ○ LES MEDECINS

Norme OMS, 1 médecin pour 10.000 habitants

Au niveau national, le ratio population/médecin est passé de 1 médecin pour 12.025 habitants en 2012 à 1 médecin pour 9.899 habitants en 2013. La norme OMS est atteinte en 2013. Cependant, des efforts restent à faire au niveau des régions sanitaires. On note que 80% des régions sanitaires ont un ratio médecin/population inférieur à la norme OMS (1 médecin pour 10.000 habitants). Les régions sanitaires Lôh Djiboua et du Haut Sassandra enregistrent les plus faibles ratios médecin/population avec un médecin pour plus de 25.000 habitants (respectivement 1 médecin pour 27.103 habitants et 1 médecin pour 25.173 habitants).

En plus des disparités observées au niveau régionales, des disparités subsistent également au niveau des districts sanitaires. Près de 80% des districts sanitaires (79%) n'atteignent

---

<sup>8</sup> Bilan de la décade 2001-2010 du PNPMT

<sup>9</sup> RASS 2013

pas la norme OMS. Le district sanitaire de Niakara enregistre le plus faible ratio médecin/habitants avec 1 médecin pour 46.777 habitants.

#### ○ LES INFIRMIERS

Normes OMS : 1 IDE pour 5.000 habitants

Le ratio infirmier par population est un indicateur sanitaire qui permet d'évaluer la capacité du système de santé à fournir des soins infirmiers.

On a enregistré au niveau national 1 infirmier pour 4.020 habitants en 2013, la Norme OMS de 1 infirmier pour 5.000 habitants est atteinte.

Le ratio de 2013 est meilleur par rapport à celui de 2012 (1 IDE /5 232 habitants).

Cependant des disparités subsistent au niveau régional, 30% des régions sanitaires n'ont pas atteint la norme OMS. La région du Gboklé Nawa San-Pedro enregistre le plus faible ratio avec 1 Infirmier pour 6.654 habitants.

#### ○ LES SAGES-FEMMES

Norme OMS : 1 Sage-femme/ 3000 FAP

Le ratio national enregistré en 2013 pour cet indicateur est d'une sage-femme pour 1 773 femmes en âge de procréer contre une sage-femme pour 2 856 en 2012. Cette valeur est en amélioration par rapport à l'année 2012 et respecte la norme OMS.

Malgré cette bonne performance au niveau national, trois régions sanitaires n'ont pas atteint la norme OMS. Il s'agit des régions sanitaires du Tonkpi, Cavally Guémon et du Gbokle Nawa San-Pedro avec respectivement 1 Sage-Femme pour 4 097 FAR, 1 Sage-Femme pour 3 422 FAR et 1 Sage-Femme pour 3 300 FAR.

En 2013, près de 30% des districts sanitaires n'ont pas atteint la norme OMS. Les plus faibles ratios sage-femme/FAR sont enregistrés dans les districts de Gueyo (1 Sage-Femme pour 8.984 FAR), Zouan-Hounien (1 Sage-Femme pour 6.937 FAR) et Niakara (1 Sage-Femme pour 6.832 FAR).

#### ❖ **Système d'information sanitaire**

Le système National d'Information Sanitaire (SNIS) est organisé autour des trois niveaux de la pyramide sanitaire où sont produites les données selon un circuit bien défini.

Un document de politique et un plan stratégique (pour la période 2009-2013) de l'information sanitaire ont été développés. Ils décrivent le circuit, la périodicité de transmission des données, les rôles et responsabilités des acteurs à tous les niveaux de la pyramide. Plan National de Développement Sanitaire 2012 – 2015 Page 42

Au niveau de la collecte, la base de données nationale est alimentée par les données de routine des activités sanitaires des ESPC, HG et CHR. Les données des EPN (CHU y compris), du secteur privé lucratif, des autres ministères techniques sont partiellement collectées et non intégrées dans la base. L'information sanitaire se heurte aux problèmes de complétude et de promptitude des données. En outre, certaines données de routine sont insuffisamment ou pas collectées, notamment les données sur les médicaments et intrants stratégiques, les ressources financières. A cela, il faut ajouter le fait que, même s'ils sont standardisés, les outils nationaux de collecte ne sont pas utilisés régulièrement, ne sont pas toujours disponibles et le circuit de l'information n'est pas toujours respecté.

Par ailleurs, on dénombre des circuits d'informations parallèles.

Le système d'information sanitaire souffre d'une insuffisance de ressources matérielles et humaines, d'une insuffisance de dotations budgétaires et de moyens dédiés à la gestion des

données (moyens de communication, outils informatiques, cartographies, etc.). Il est également confronté à une irrégularité des supervisions, à une insuffisance de la rétro information, et à une insuffisance de l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décision.

Au niveau informatique, deux applications SIGVISION et SIGDEP permettent de gérer l'information sanitaire. SIGVISION agrège tous les indicateurs de santé et permet la gestion des données au niveau établissement, district, région et au niveau central. SIGDEP sert à l'informatisation du dossier de prise en charge du patient vivant avec le VIH et est présent au niveau de certains établissements sanitaires.

La recherche opérationnelle sur le système de santé et les maladies prioritaires est peu développée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire notamment au niveau de l'Institut National de Santé Publique (INSP), des districts sanitaires et des programmes prioritaires de santé. L'insuffisance de capacité des coordonnateurs des services de santé et de dotations budgétaires dédiées à la recherche opérationnelle compromettent cette activité. A cela s'ajoute une insuffisance dans l'organisation et l'utilisation des résultats en la matière liée principalement à l'absence d'un système de centralisation des résultats des études et enquêtes

C'est au vu de ces insuffisances dans la collectes des information sur les maladies tropicales négligées et devant l'objectif mondial d'élimination ou de contrôle de ces maladies qu'il sera mis en place une base de données intégrées des maladies tropicales négligées (BDIM).cette bases aura pour objectif la gestion des informations sanitaires de ces maladies réémergentes.

#### ❖ **Produits, vaccins et technologie**

Les intervenants dans la chaine d'approvisionnement et de gestion des médicaments sont:

- **la Direction de la Pharmacie, du Médicaments et des Laboratoire (DPML)** chargée:

- de l'élaboration des projets de textes législatifs et réglementaires en matière d'enregistrement de médicaments y compris des substances vénéneuses, des produits diététiques, cosmétiques et d'hygiène dans les secteurs publics et privés ;
- de l'application des conventions et traités internationaux relatifs aux stupéfiants et aux substances psychotropes;
- de la réglementation des professions de pharmacie et de laboratoires d'analyses médicales;
- de l'établissement et de l'entretien des relations avec les organisations professionnelles de pharmacie et de laboratoires d'analyses médicales;
- de l'organisation de la pharmacovigilance;
- de l'organisation de la lutte contre le trafic illicite de médicaments, stupéfiants et substances psychotropes ainsi que de la participation à la lutte contre la toxicomanie;
- de la promotion et de la mise en œuvre du plan de développement de l'industrie pharmaceutique.

- **La Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (NPSP-CI)** dont les missions sont :

- centraliser, programmer et effectuer les approvisionnements en médicaments essentiels, vaccins, contraceptifs, consommables médicaux et de laboratoire et autre matériel technique ;

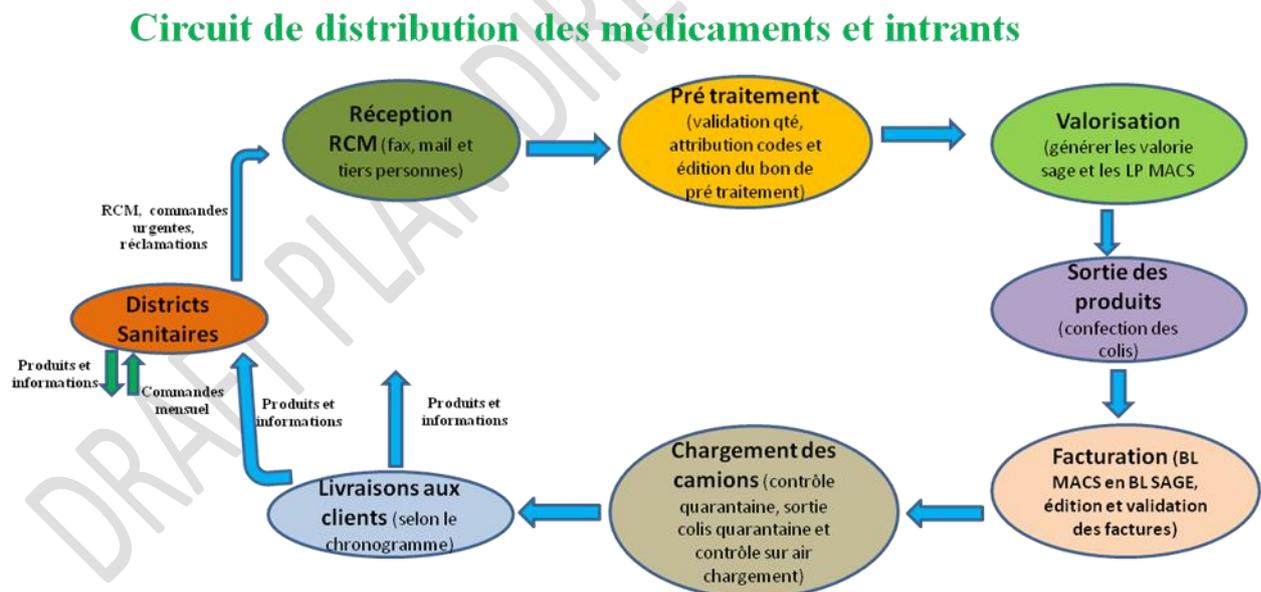
- organiser la distribution de ces produits dans les formations sanitaires ;
- organiser et gérer le recouvrement des coûts de ces produits auprès des usagers des formations sanitaires ;
- fabriquer et conditionner certains médicaments.

La NPSP-CI est chargée de l'approvisionnement des centres de santé en médicaments essentiels. Cependant l'insuffisance de ses moyens entraîne des retards de livraison à l'origine de rupture de stock en périphérie. Cette lacune est préjudiciable à la prise en charge adéquate des MTN. Devant ces insuffisances le Ministère de la Santé a entrepris la restructuration de la NPSP-CI. La nouvelle PSP-CI devrait pouvoir satisfaire plus efficacement les besoins de la population.

- **Le Laboratoire National de la Santé Publique (LNSP)** a pour mission le contrôle de qualité des médicaments mais également, le contrôle de la conformité des produits destinés à la consommation, les analyses médicales, la microbiologie médicale et industrielle, la toxicologie et la radioprotection.

Tout produit pharmaceutique admis sur le territoire doit faire au préalable l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) délivrée après un contrôle de qualité réalisé par le laboratoire de la santé publique.

Toutes les MTN sont traitées gratuitement avec des médicaments et des intrants essentiellement fournis par les partenaires.



**Figure 2** : Circuit de distribution des médicaments et intrants

## ❖ Financement de la Santé<sup>10</sup>

### ○ Sources de financement

La principale source de financement du secteur de la santé en Côte d'Ivoire est les ménages qui contribuaient à 57,43% (422,2 milliards de F CFA) en 2009 et 56,48% (440,2 milliards de F CFA) en 2010. L'ETAT en second apportait une participation de 18,05% (132,7 milliards de F CFA) en 2009 et 18,36% (143,1 milliards de F CFA) en 2010. Le secteur privé sans les ménages contribuait à 14,59% (107,3 milliards de F CFA) en 2009 et 14,96% (116,6 milliards de F CFA) en 2010. Le Reste du Monde apporte 9,93 % (73,0 milliards de F CFA) en 2009 et 10,20% (79,5 milliards de F CFA) en 2010<sup>11</sup>.

### ○ Budget de l'Etat au MSLS

La part du budget alloué par l'Etat de Côte d'Ivoire au MSLS est 180,618 Milliards soit 130 Milliards en fonctionnement et 50 Milliards en Investissement en 2013.

### ○ Allocation du budget du MSLS par Région Sanitaire

Le budget de l'Etat se caractérise en budget de fonctionnement et d'investissement. L'allocation budget des directions régionales et districts se distinguent par son budget de fonctionnement. La construction et l'équipement des nouveaux districts et la réhabilitation et équipement des Directions Régionales sont logés au niveau de la DAF.

### ○ Budget de fonctionnement des directions régionales et directions départementales de la santé et de la lutte contre le Sida

En 2013, le budget de fonctionnement global des bureaux des directions régionales et directions départementales de la santé et de la lutte contre le Sida s'élevait à 1 122 793 282 F CFA repartit comme suit : 267 835 070F CFA (23,85%) pour les directions régionales de la santé et de la lutte contre le sida et 854 958 212F CFA (76,15%) pour les directions départementales de la santé et de la lutte contre le Sida (Source DAF).

### ○ Budget des Hôpitaux publics du niveau secondaire

Le budget global de fonctionnement des hôpitaux du niveau secondaire s'élevait à 10 150 436 129 FCFA en 2013, avec 2 799 097 948F CFA pour les CHR, 7 070 359 464F CFA pour les HG et 280 978 717F CFA pour les hôpitaux psychiatriques. Pour ces mêmes structures on a enregistré 461 265 143F CFA comme budget d'investissement en 2013.

### ○ Budget des Etablissements Publics Nationaux (EPN)

En 2013, le budget global de fonctionnement des EPN était de 42 108 445 484F CFA avec 21 220 565 085F CFA (50,4%) pour les Centre Hospitaliers Universitaires (CHU). Le budget d'investissement des EPN en 2013 s'élevait à 4 600 000 000F CFA. Les 4 CHU enregistrent 2 900 000 000F CFA soit 63% du budget global d'investissement des EPN

La part du budget consacré à la santé est faible. Elle est passée de 11,2% (1995) à 4,33% en 2010 pour être aujourd'hui en 2015 à un peu plus de 6% du budget général de l'État.

La création d'une couverture maladie universelle est en cours d'étude depuis plusieurs années. Elle devra permettre de toucher les couches les plus pauvres de la population.

---

<sup>10</sup> RASS 2013

<sup>11</sup> CNS 2009-2010 page 7

Il faut noter l'existence d'une ligne budgétaire consacrée à la lutte contre les MTN. Cependant ce budget est faible. Aussi l'appui des partenaires constitue un apport important pour la mise en œuvre des activités de lutte contre ces pathologies négligées.

### ❖ Leadership et gouvernance

Au niveau central, le personnel est responsable de la conception, au niveau régional, la coordination des activités et au niveau périphérique ou opérationnel, l'exécution.

Les directions régionales de santé ont pour mission le cadrage de la mise en œuvre selon la politique définie au niveau central. Mais elles peuvent orienter les stratégies selon les spécificités de chaque région. Elles sont dotées d'un budget propre avec une autonomie de gestion. Les districts sanitaires sont sous la supervision directe de la direction régionale et fonctionnent également avec un budget autonome. Ils gèrent les centres de santé périphériques et supervisent les activités de soins du personnel de santé.

La politique de lutte contre les MTN est définie par les programmes spécifiques de santé. Il existe six (6) programmes en charge des MTN :

- Le Programme National d'Élimination de la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNETHA)
- Le Programme National d'Élimination de la Lèpre (PNEL)
- Le Programme National de Lutte contre l'Ulçère de Buruli (PNLUB).
- Le Programme National d'Éradication du Ver de Guinée, Eau et Assainissement (PNEVG/EA)
- Le Programme National de Lutte contre la Schistosomiase, les Géo-helminthiases et la Filariose lymphatique (PNLSGF)
- Le Programme National de la Santé oculaire et de la Lutte contre l'Onchocercose (PNSO-LO)

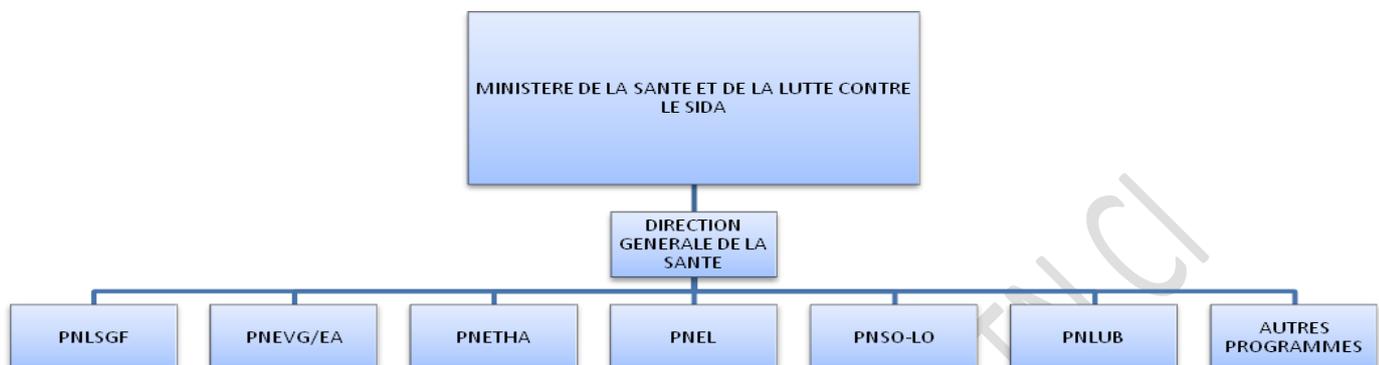
Les programmes de santé dépendent de la Direction Générale de la Santé (DGS) qui est une direction centrale.

Il n'existe pas un programme spécifique chargé de la lutte contre les MTN. Les six programmes chargés des MTN sont plutôt des programmes verticaux et indépendants les uns des autres. Ils mènent peu d'activités intégrées alors qu'ils interviennent dans les mêmes aires géographiques et sur les mêmes populations. Il est donc urgent de combler ces lacunes qui constituent des freins à l'efficacité et à l'efficience de la lutte contre les MTN. L'existence de plusieurs programmes pour la lutte contre les MTN entraîne également de réels problèmes de planification des activités de terrain.

De ces six programmes, seul le programme national de lutte contre l'ulcère de Buruli a réussi une décentralisation et une intégration complète de ses activités de lutte dans le PMA des districts sanitaires.

Dans le cadre de la lutte contre les MTN à CP, les activités intégrées de lutte ont démarré en 2014 par le TDM intégré de 33 districts sanitaires endémiques mais cette intégration reste insuffisante. Il importe que les différents programmes travaillent en étroite collaboration dans

plusieurs domaines notamment dans le cadre de l'expression des besoins en médicaments chaque année, qui se fera à travers le renseignement des différents outils destinés à cet effet.



**Figure 3:** Place des Programmes de Lutte contre les MTN de Santé dans l'Organigramme du Ministère Santé et de la Lutte contre le Sida

### **I.3. ANALYSE DE LA SITUATION DES MTN**

#### **I.3.1. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE ET PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE**

##### **❖ LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE**

En Côte d'Ivoire, la THA frappe les régions forestières, suivant ainsi les zones de développement des cultures de rente que sont le café, le cacao, l'hévéa et le palmier à huile. On distingue les foyers les plus actifs de Bonon, Sinfra, et Zangué à Oumé. Certains districts suspects restent à prospecter.

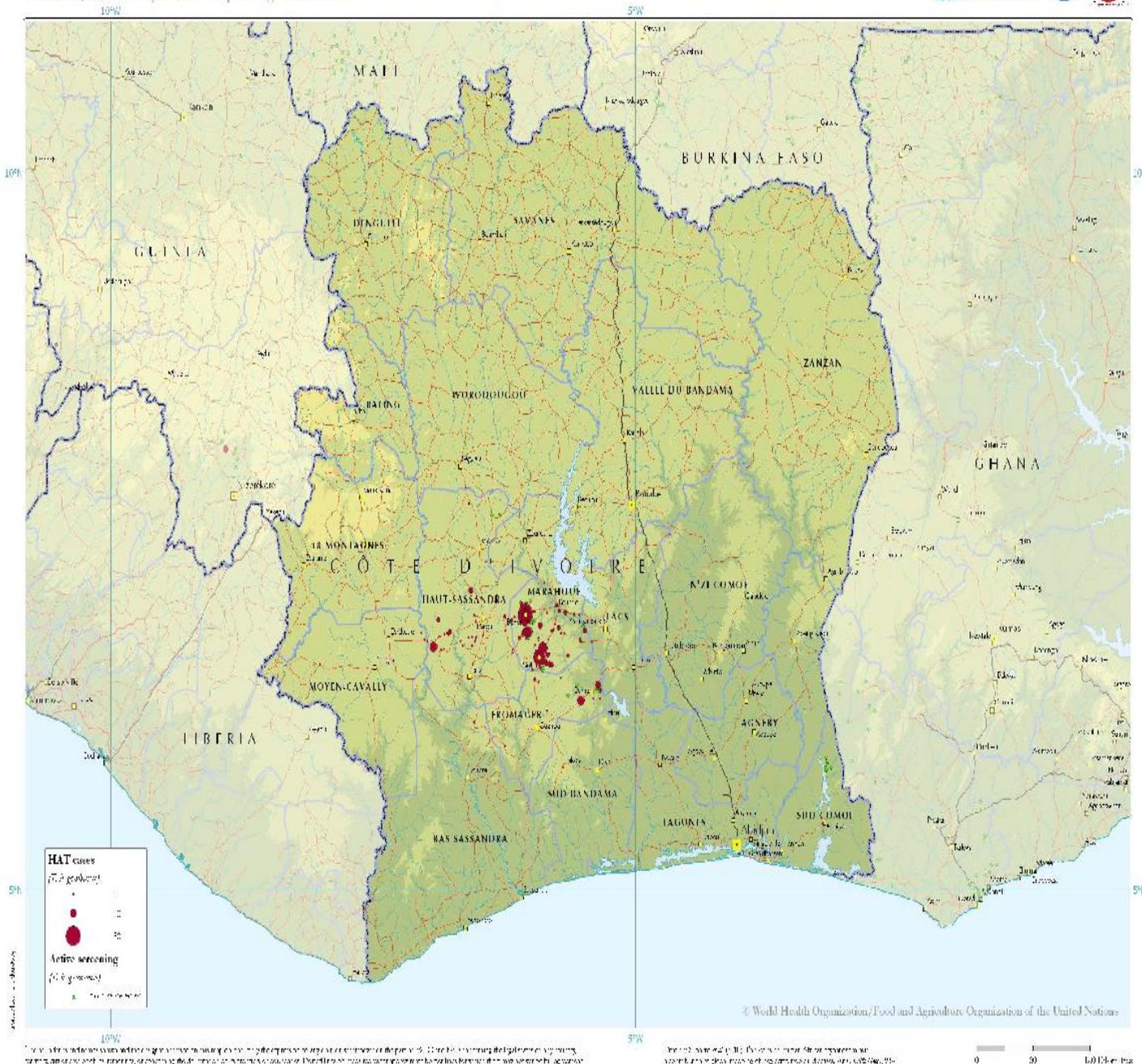
Plusieurs structures travaillent en collaboration sur la THA. Il s'agit du Programme National d'Élimination de la THA (PNETHA), l'Institut Pierre Richet (IPR) et le Projet de Recherche Clinique sur la THA (PRCT). Le Centre d'Entomologie Médical et Vétérinaire (CEMV), L'UFR Biosciences de l'Université Félix Houphouët Boigny de Cocody, l'Université Nangui Abrogoua d'Abobo-Adjamé et l'Université Lorougnon Guedé de Daloa y travaillent également.

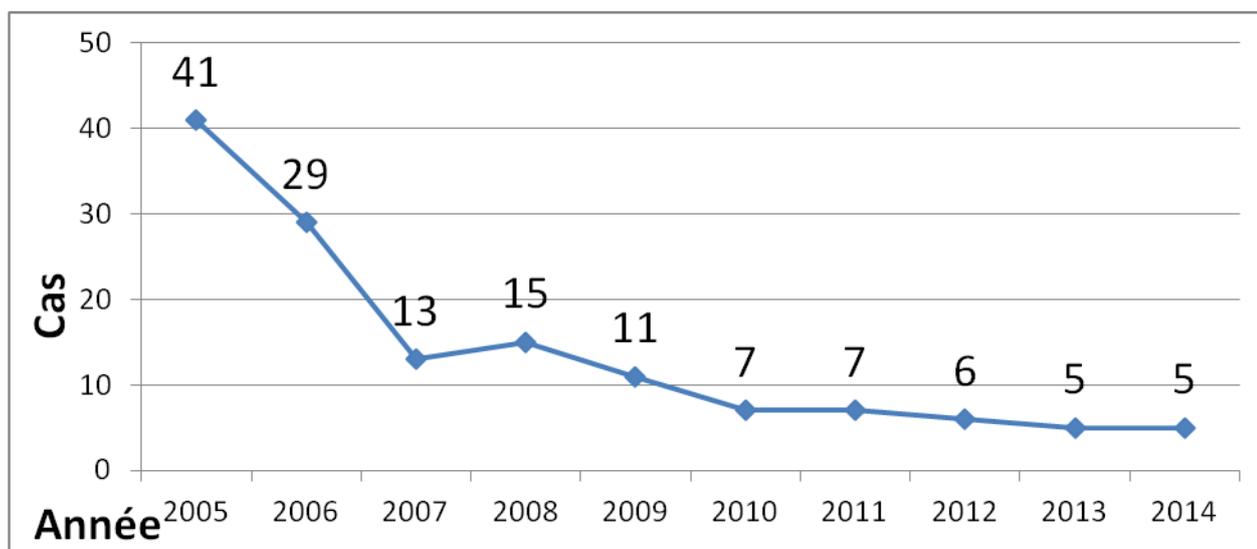
La collaboration avec le Ministère des ressources animales et halieutiques pour des activités intégrées reste encore en deçà des attentes.

Les activités menées se déclinent en quatre axes : le dépistage (actif et passif) suivi du traitement des cas, la lutte anti-vectorielle (Pose de pièges et d'écrans imprégnés d'insecticide), la formation des acteurs de terrains, la surveillance épidémiologique.

**Carte IV: Foyers de THA en Côte d'Ivoire (Source Atlas THA OMS)**

The Atlas of human African trypanosomiasis (2000-2009): Côte d'Ivoire  
Version: 1/11/2010. Optimized for printing in A3 format





**Figure 4:** Nombre de cas déclarés THA de 2005 à 2014

**Tableau 3 :** Cas de THA déclarés les dernières années, par foyer

	Nombre de cas				
	2010	2011	2012	2013	2014
Foyer Bouaflé	0	0	01		
Foyer Bonon	05	03	03	05	02
Foyer Daloa	0	0	0	0	01
Foyer Zaguïeta	0	0	0	0	0
Foyer Vavoua	0	01	0	0	0
Foyer Aboisso	0	0	0	0	
Foyer Sinfra	01	02	01		01
Foyer Gonaté	01	01			
Foyer Diegonefla	0	0	01	0	01
Foyer Grand -zatory	0	0	0	0	0
Total	07	07	06	05	05

## ❖ L'ULCERE DE BURULI

L'ulcère de Buruli est une maladie infectieuse tropicale N2GLIG2E qui pose un problème de santé publique en Côte d'Ivoire.

Cette maladie émergente a connu sa première flambée en Côte d'Ivoire dans les années 80, puis s'est répandue rapidement dans plusieurs régions avec des conséquences socio économiques graves. Devant l'ampleur de l'endémie un Programme National de Lutte contre cette maladie a été créé en 1995 afin d'organiser et de coordonner les interventions sur le terrain. A partir de 2007, la lutte va être plus intensive avec la politique de décentralisation des activités au niveau des districts sanitaires. La stratégie adoptée est principalement axée sur la détection à base communautaire, la standardisation du traitement, la prise en charge de proximité et la gratuité des soins. Ainsi chaque année, plus de 80% des cas d'ulcère de Buruli sont dépistés par les relais communautaires. Tous les cas dépistés sont pris en charge selon les recommandations de l'OMS. Cette prise en charge est décentralisée et se déroule dans plus de 180 structures sanitaires périphériques des zones d'endémie.

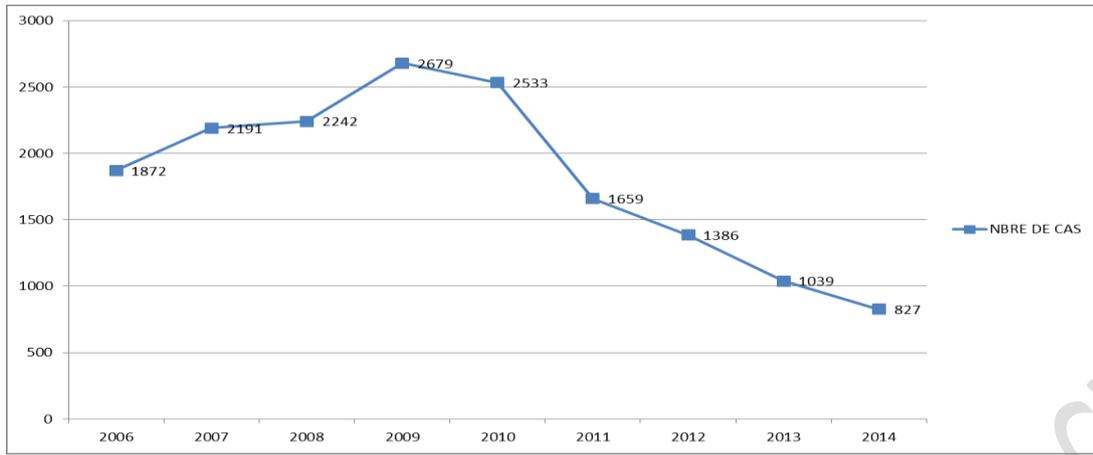
Si de 2007 à 2010, l'incidence de la maladie était en moyenne de 2500 nouveaux cas par an, nous assistons depuis l'année 2011 à une baisse constante de cette incidence qui est actuellement passée en dessous de 1000 cas par an. En 2014, 827 nouveaux cas ont été dépistés et pris en charge (bilan d'activité du PNLUB)

Par ailleurs, au cours de cette même période le taux de détection précoce était de 63%

Tous ces acquis doivent être renforcés au cours des années à venir en vue de la réduction de la morbidité liée à l'ulcère de Buruli et ses conséquences

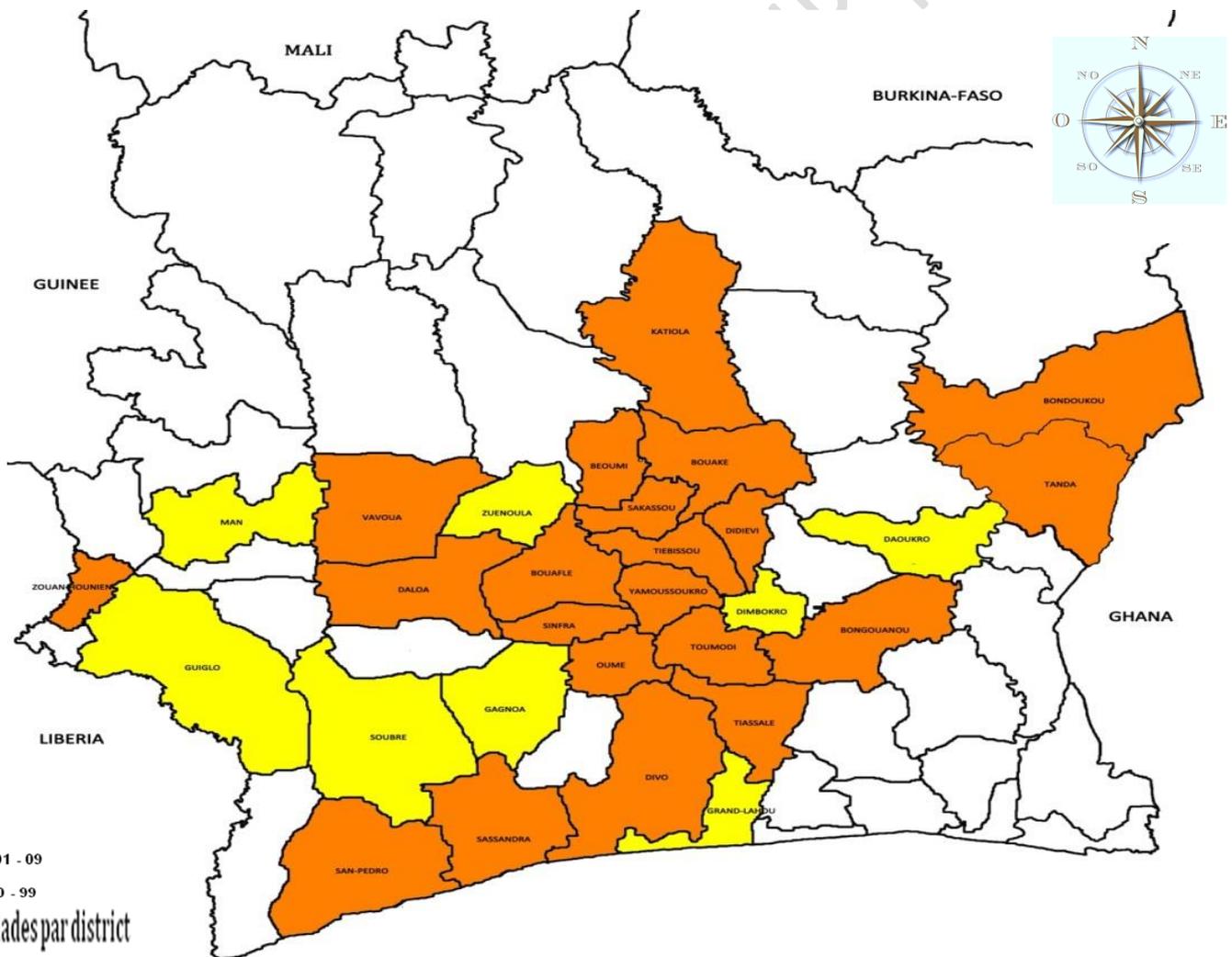
Il importe donc d'élaborer des stratégies efficaces pour atteindre cet objectif. Le PNLUB a défini dix (10) axes stratégiques pour les cinq années à venir:

1. IEC et dépistage précoce des cas au niveau communautaire;
2. Formation des professionnels de la santé, des enseignants et des agents de la santé communautaire;
3. Standardisation de la prise en charge des cas (antibiotique, chirurgie et prévention des invalidités);
4. Confirmation des cas au laboratoire;
5. Renforcement du plateau technique des structures sanitaires;
6. Standardisation de la notification des cas et des rapports par l'utilisation des formulaires BU01 et BU02 et le logiciel Health Mapper;
7. Coordination, suivi et évaluation des activités de lutte;
8. Plaidoyer, mobilisation sociale et développement du partenariat;
9. Réinsertion socio-économique des malades;
10. Promotion de la recherche opérationnelle et fondamentale



**Figure 5:** Evolution de l'incidence de l'Ulcère de Buruli de 2006 à 2014

**CARTE V:** Répartition des maladies de l'Ulcère de Buruli selon le district sanitaire d'origine en 2014



## ❖ LE PIAN

Le pian fait partie d'un groupe d'infections bactériennes chroniques dues à des tréponèmes. Ce groupe comprend outre le pian, la syphilis endémique (béjel) et la pinta. L'on désigne ce groupe couramment par le terme «tréponématoses endémiques». Le pian est la plus courante de ces infections. L'homme constitue le seul réservoir.

Entre 1950 et 1960 l'OMS et l'UNICEF ont élaboré et mis en œuvre un programme de traitement de masse qui a permis une régression notable de la maladie. Cependant, l'interruption des activités du programme associée à d'autres facteurs, ont entraîné une résurgence de la maladie.

Aujourd'hui, le pian est endémique en Côte d'Ivoire et les données récentes disponibles sanitaires révèlent des cas de pian dans la quasi-totalité des 82 districts sanitaires. Au cours de l'année 2000, une incidence hospitalière de 0,58 ‰ a été notifiée par les statistiques sanitaires (RASS 2000). En 2012, 2864 cas de Pian ont été enregistrés en Côte d'Ivoire (DIPE).

Selon l'OMS, le pian peut être éradiqué étant donné que les êtres humains sont le seul réservoir de cette infection bactérienne.

Depuis 2012, une dose unique d'azithromycine (administrée par voie orale) permet de guérir le malade.

Le défi à relever est d'organiser la lutte contre cette maladie avec comme objectif son éradication d'ici 2020 conformément à la feuille de route de l'OMS. Cette feuille de route recommande d'entreprendre un traitement à grande échelle lorsqu'une endémie pianique est constatée dans une communauté.

La stratégie de lutte adoptée est le TDM qui nécessite avant tout d'établir une cartographie complète de la maladie.

Deux politiques seront mis en œuvre :

- Le traitement de la communauté toute entière qui consiste à traiter d'emblée la totalité de la communauté où sévit l'endémie, quel que soit le nombre de cas cliniquement actifs ;
- Un traitement total ciblé consistant à traiter les cas cliniquement actifs et leurs contacts (ménages, camarade de classe et de jeu) à l'occasion d'enquêtes répétitives, lors d'un retraitement ou encore en cas de flambée locale. Cela s'applique aussi aux cas importés

Cependant la situation épidémiologique réelle du Pian en Côte d'Ivoire, reste inconnue. La notification n'est pas standardisée du fait de la méconnaissance de la pathologie par le personnel soignant et de la cicatrisation spontanée des lésions primaires

C'est pourquoi il est nécessaire de procéder à une évaluation épidémiologique précise en vue d'une cartographie

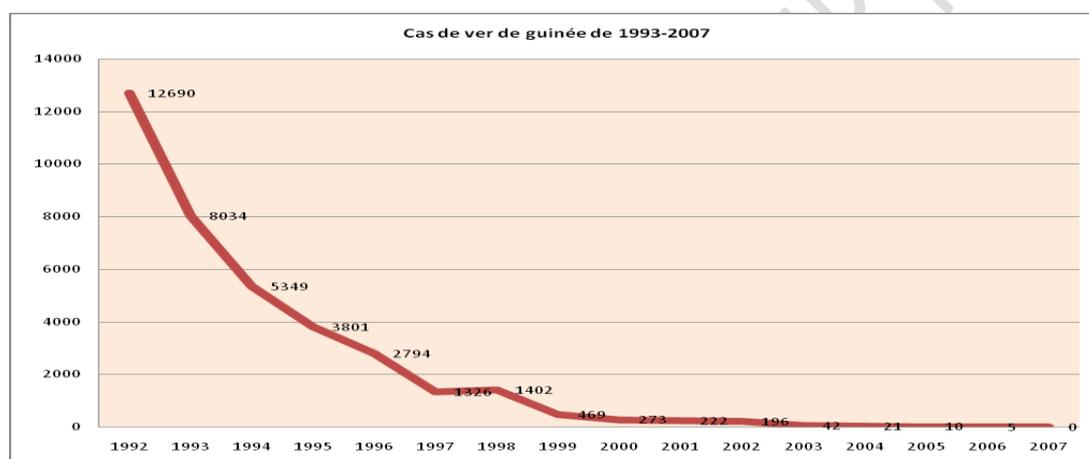
## ❖ LA DRACUNCULOSE OU VER DE GUINEE

La lutte contre le ver de Guinée a démarré en Côte d'Ivoire avec la création du Programme National d'Eradiation en 1993 sur la base des résultats de l'enquête épidémiologique de 1990-1991, situant l'incidence de la maladie à 12 690 cas.

A cette époque, le plan d'action du comité interministériel prévoyait l'arrêt de la transmission de la maladie en 1995. Cependant, force est de constater que l'interruption de la transmission de la maladie s'est faite par une réduction progressive du nombre de cas, de façon sectorielle selon les zones d'endémie.

Les derniers cas autochtones, au nombre de cinq (5) ont été notifiés en 2006 dans le district sanitaire de Prikro, consacrant l'interruption totale de la transmission du ver de guinée sur l'ensemble du territoire ivoirien en 2007.

Le graphique ci-dessous indique l'incidence annuelle de ver de guinée au cours de la période d'endémie dracunculienne en Côte d'Ivoire.



**Figure 6 :** Evolution des cas de dracunculose en Côte d'Ivoire de 1995 à 2006  
(Source PNEVG/EA)

Depuis décembre 2013, la Commission Internationale pour la Certification de l'Eradiation de la Dracunculose a décerné à la Côte d'Ivoire, le certificat d'éradiation du ver de guinée avec les recommandations suivantes :

### A. Surveillance

1. La surveillance du ver de guinée doit continuer jusqu'à ce que le programme mondial soit achevé, au moins jusqu'en 2020 où on prévoit que tous les pays du monde seront certifiés.
2. Les activités de surveillance doivent être renforcées dans les zones où les populations sont en contact avec des pays endémiques, surtout le Mali pour la Côte d'Ivoire.
3. La prompt analyse des données des rapports mensuels et le feedback aux centres de santé doivent être renforcés à tous les niveaux du système sanitaire.

4. La notification et l'investigation des rumeurs doivent continuer, en particulier dans les zones de haute priorité: prendre des photos et des prélèvements des cas suspects quand cela est indiqué.
5. Le système de surveillance basé sur les Agents de Santé Communautaire (ASC) doit être relancé.
6. Renforcer le matériel informatique des formations sanitaires et prévoir l'informatisation du système de surveillance au niveau des centres de santé.

## **B. Formation et Communication**

1. Maintenir le recyclage des agents de santé (médecins, infirmiers, sage femmes, pharmaciens) sur les aspects clinique et épidémiologique du ver de guinée ainsi que d'autres maladies tropicales négligées.
2. Etendre et renforcer la connaissance sur la récompense par des contacts étroits avec les leaders au niveau national et local, ainsi par les modalités courantes de publicité.

## **C. Rôle des Agents de Santé Communautaire (ASC)**

1. Formation en surveillance et autres activités au niveau périphérique et approvisionnement en cahiers, posters, et guides pour la conduite à suivre dans les localités au besoin.
2. Formaliser un programme plus étendu de motivation à accorder aux ASC qui devraient bénéficier d'une contribution par les communautés et les programmes de santé publique.

## **D. Supervision**

1. Développer des outils de supervision pour les chefs des centres de santé afin d'améliorer le travail des ASC. Ces outils doivent inclure les observations directes des activités des agents de santé communautaire.
2. Toutes les visites de supervision, soit du district aux centres de santé, soit du centre de santé aux villages, doivent être documentées à travers des cahiers ou des fiches de supervision.
3. Les chefs de centre de santé doivent être encouragés à dessiner les circuits afin de planifier un programme de visite dans tous les villages et campements dans leur zone de couverture sanitaire mensuellement.

## **E. L'eau Potable**

1. Etendre les systèmes d'approvisionnement en eau potable à l'échelon national et surtout dans les zones prioritaires.
2. Sensibiliser les populations sur l'importance de la consommation de l'eau potable, surtout celles qui vivent dans les campements et villages.
3. Renforcer le système de maintenance des pompes au niveau des villages et clarifier le rôle et les responsabilités de chaque partie prenante.

## ❖ LA LEPRE

La mission principale du programme est de mettre en œuvre la politique nationale en matière d'élimination de la lèpre, à travers :

- la coordination des activités de lutte contre la lèpre
- la surveillance épidémiologique de la lèpre
- le dépistage précoce et le traitement adéquat de personnes atteintes de la lèpre

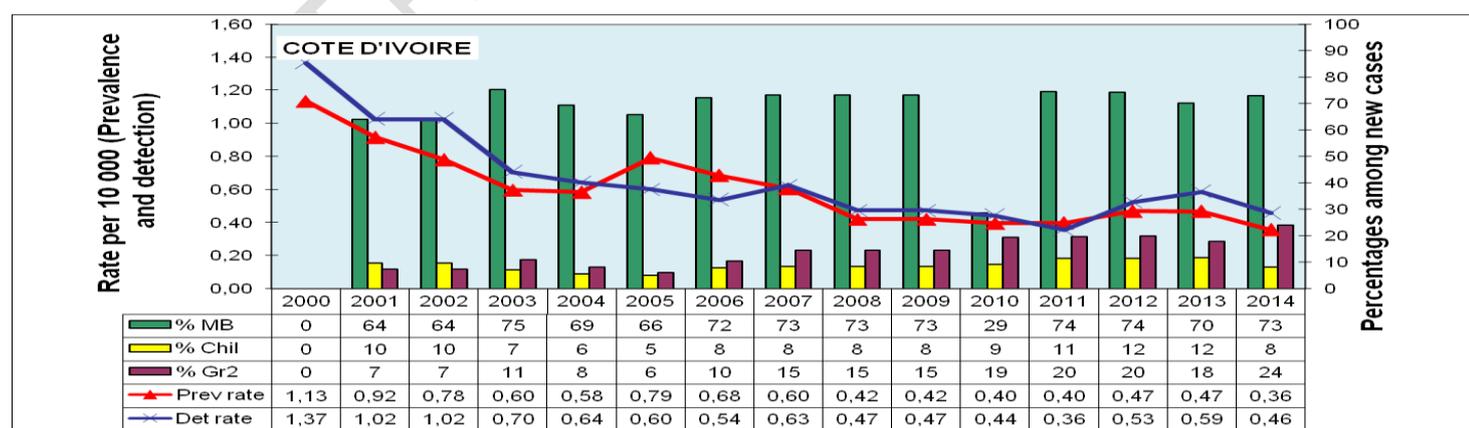
Le traitement de la lèpre est fondé sur l'application de la Poly-chimiothérapie (PCT) OMS. Cette PCT obéit à deux schémas thérapeutiques selon la classification en pauci et multi bacillaire.

Le pays a atteint sur le plan national le seuil de l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique (moins de 1 cas pour 10 000 habitants selon l'OMS) depuis 2001 avec 1717 malades en traitement soit un taux de prévalence de 0,92 malade pour 10 000 habitants. Le taux de prévalence a continué à décroître pour atteindre 0,36 pour 10 000 habitants en 2014. La détection a suivi la même tendance que la prévalence pendant la même période. Néanmoins, la proportion des cas MB est restée relativement élevée variant entre 65 et 75%. La proportion des enfants de moins de 15 ans et des femmes atteints de la lèpre se situe respectivement autour de 10% et 45% pendant cette période tandis que celle des infirmités degré 2 est passée de 9 à 24% (Voir figure 6).

Mais la Côte d'Ivoire dépiste encore environ 1000 nouveaux cas de lèpre par an, et est classée parmi les dix pays les plus endémiques par l'OMS.

Face à cette situation, le Programme National d'Élimination de la Lèpre (PNEL), a mis en place un plan stratégique qui vise à consolider les acquis du programme à travers le maintien des activités de lutte, le renforcement et la mise à l'échelle des services Lèpre de qualité sur toute l'étendue du territoire national.

A ce jour on enregistre deux districts endémiques (Man et Zouan-Hounien).



**Figure 7 :** Tendence évolutive des indicateurs essentiels de l'élimination de la lèpre en Côte d'Ivoire de 2000 à 2014

**Carte VI** : Cartographie du taux de prévalence de la lèpre par district sanitaire 2014



**Carte VII** : cartographie du taux de dépistage de la lèpre par district sanitaire 2014



L'objectif majeur du Programme, est de contribuer à la réduction du fardeau de la lèpre sur toute l'étendue du territoire. Les objectifs spécifiques se résument en trois principaux points :

- Réduire la proportion de malades avec infirmités degré 2 parmi les nouveaux cas de 23, 95% à 18% d'ici 2020
- Réduire le taux de prévalence à moins d'un cas pour 10 000 hbts dans les deux districts endémiques
- Maintenir le taux de prévalence à moins d'un cas pour 10 000 hbts dans les districts non endémiques

\_ Les interventions prioritaires sont axées sur ;

- La prévention des invalidités par le dépistage et le traitement précoces et une bonne prise en charge des réactions et névrites
- La décentralisation de la prise en charge correcte des cas de lèpre dans les établissements sanitaires
- Le développement des stratégies de soutien
- L'amélioration de la gestion des données

### ❖ L'ONCHOCERCOSE

En Côte d'Ivoire l'Onchocercose est endémique dans 67 districts sanitaires sur les 82 que compte le pays.

Ainsi, après plus de vingt (20) ans d'activités de lutte, à la clôture du programme OCP, le profil épidémiologique actuel de cette maladie en Côte d'Ivoire est décrit comme suit :

- ⇒ **Aire initiale** : cette zone est caractérisée par des prévalences de moins de 5% avec un taux de cécité nulle dans les villages où elle avait des taux de prévalence au dessus de 60% avec un taux de cécité avoisinant 10% avant la lutte anti vectorielle en 1974; Dans cette zone la prévalence est passée de 60% avec un taux de cécité à 10% à une prévalence de 5% avec un taux de cécité nulle ;
- ⇒ **Zone d'extension sud** : elle est caractérisée par des prévalences de la maladie comprises entre 5 % et 15 % ;
- ⇒ **Zone de forêt** : les prévalences de la maladie sont en générale élevées avoisinant 60% dans les villages endémiques.

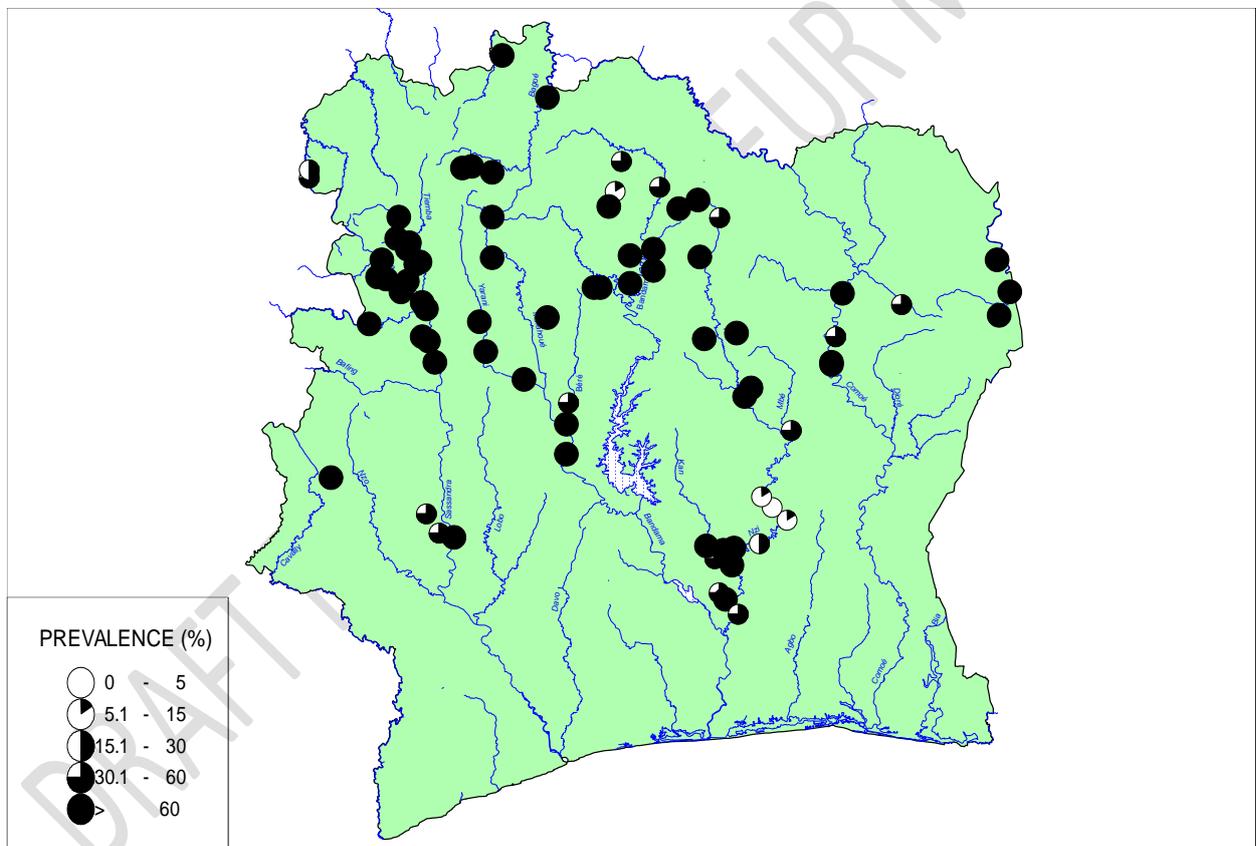
A la reprise de la lutte contre l'onchocercose par la partie nationale en 2002, Il s'agissait pour la Côte d'Ivoire de mener des activités de surveillance épidémiologique dans l'aire initiale et de mettre en œuvre un traitement de masse dans la zone au Sud de cette aire initiale (Aire d'extension sud et de forêt).

Les dernières évaluations épidémiologiques réalisées avec l'appui financier et technique de l'OMS/APOC et ses partenaires de 2007 à 2012 ont montré une détérioration de la situation de l'onchocercose dans l'aire initiale considérée blanche (Progression de la prévalence à Kafolo de 8,4% en 2007 à 19,38% en 2010).

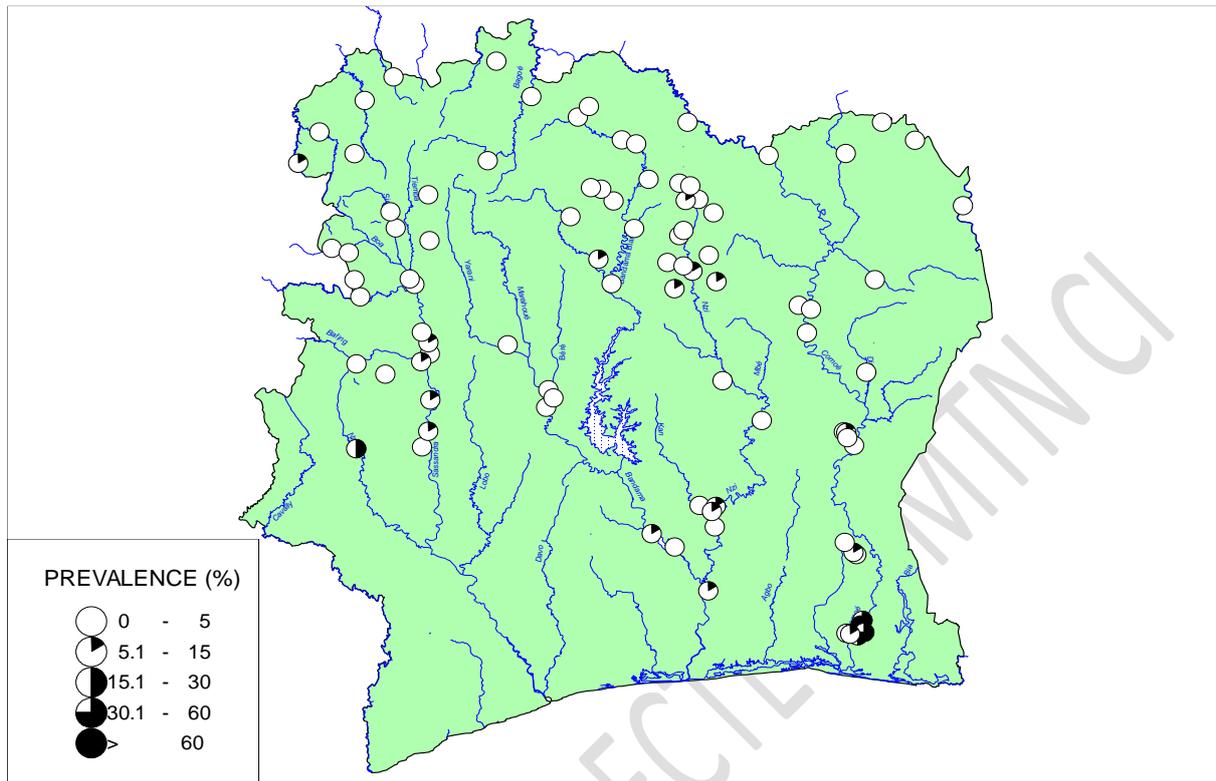
Par ailleurs la situation se dégrade également dans la région de la Marahoué car les évaluations épidémiologiques de 2013 ont donné des prévalences de 15,83 % dans certaines localités. Il en est de même sur la Bia, en zone de forêt avec une prévalence variant de 1,80 à 35,4% avec une charge microfilarienne variant de 0.53 à 0,96.

L'évaluation épidémiologique de 2014, a permis d'identifier 9 districts sanitaires nouvellement endémiques à l'onchocercose avec des prévalences allant de 1,1% à 8%.

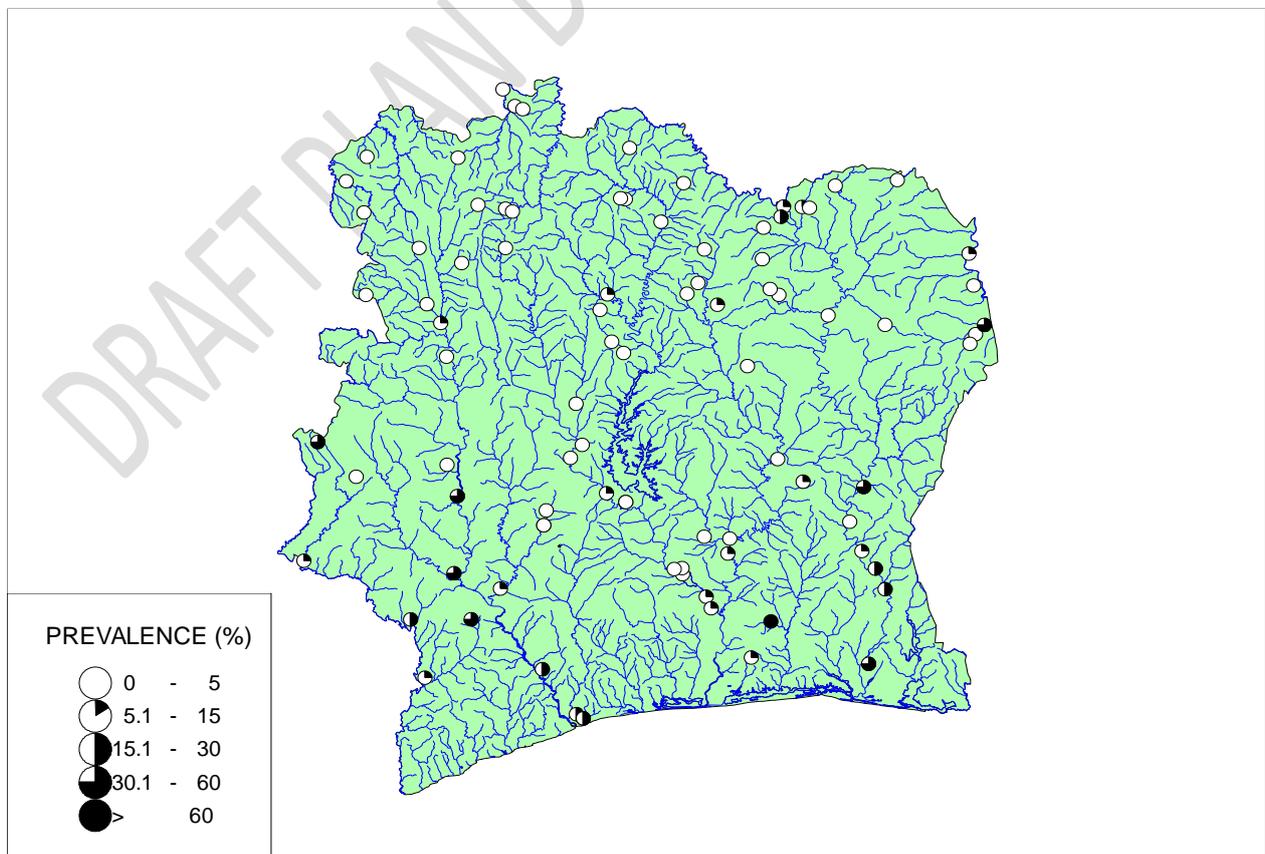
**Carte VIII** : Pré contrôle de la prévalence de l'Onchocercose en Côte d'Ivoire



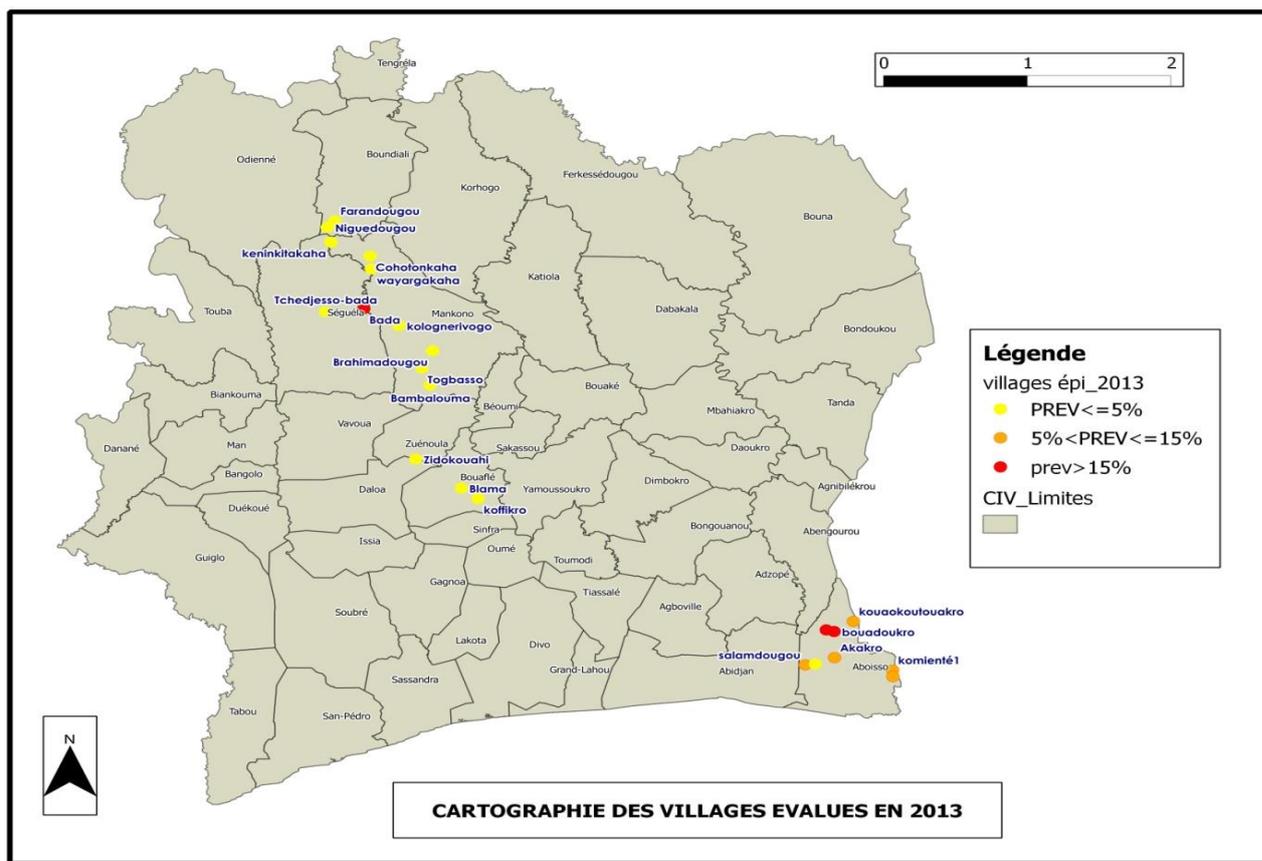
**Carte IX:** Prévalence des microfilaires par village évalué en Côte d'Ivoire entre 2000 et 2002



**Carte X:** cartographie des villages évalués en 2013 sur le bassin de la Marahoué et de la Bia



**Carte XI : Villages évalués en 2013**



Les dernières évaluations ont permis de savoir que l'onchocercose est endémique dans 67 districts sanitaires. Ce qui fait que le croisement avec les zones de la filariose lymphatiques nous donne désormais 54 districts coendémiques et 13 districts uniquement onchocercoses.

### ❖ LE TRACHOME

L'affection qui était peu retrouvée en consultation en Côte d'Ivoire, est résurgente et semble être en progression.

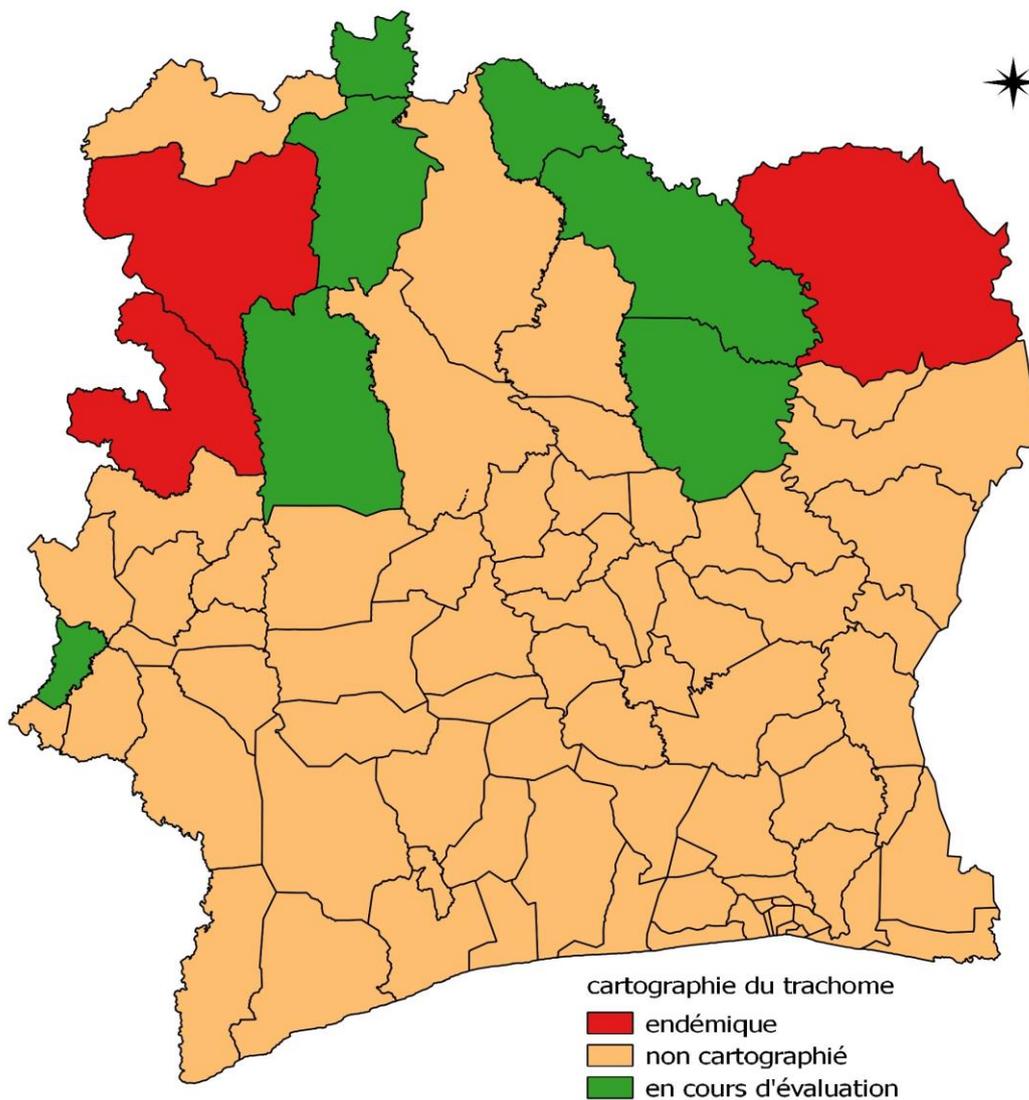
Très peu de données sont disponibles sur la prévalence du trachome et sur la répartition des zones d'endémie en Côte d'Ivoire. Les données disponibles proviennent d'une étude initiée par l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), réalisée en 2008, par le Centre Suisse de recherches scientifiques (Foverus / CSRS) et le PNLCé. L'étude, menée dans le cadre de la réalisation de la cartographie du trachome dans la Région Ouest Africaine, a concerné six départements du Nord de la Côte d'Ivoire: Odienné, Tengrela, Boundiali, Korhogo, Ferkessédougou et Bouna. Ces départements ont été choisis en raison de leur proximité au Mali, Guinée Conakry et au Burkina Faso, pays affectés par le trachome.

Les résultats de cette enquête de prévalence du trachome conduite en 2008 ont montré que la maladie n'était pas un problème de santé publique. Dans la plupart des villages évalués, le

trachome actif chez les enfants était inférieur à 10%, sauf dans deux villages, Bogoba (10,7%) et Tiolasso (24,5%) dans le Département d'Odienné.

A cet effet, 10 districts sanitaires à risque ont été identifiés pour approfondir la cartographie du trachome en Côte d'Ivoire. Ainsi, le MSLS en collaboration avec les partenaires Sightsavers, USAID et Global Trachoma Mapping Programm, a entrepris la cartographie du trachome dans 10 districts à risque depuis avril 2015. Les résultats des 3 premiers districts sanitaires font ressortir des prévalences de 8,6%, 15,0% et 20,1% de TF chez les enfants, respectivement dans les districts sanitaires de Bouna, Odienné et Touba. L'enquête est en cours dans les 7 autres districts (Dabakala, Ferké, Ouangolo, Tengrela, Séguéla, Zouan Hounien et Boundiali).

**Carte XII:** cartographie du trachome

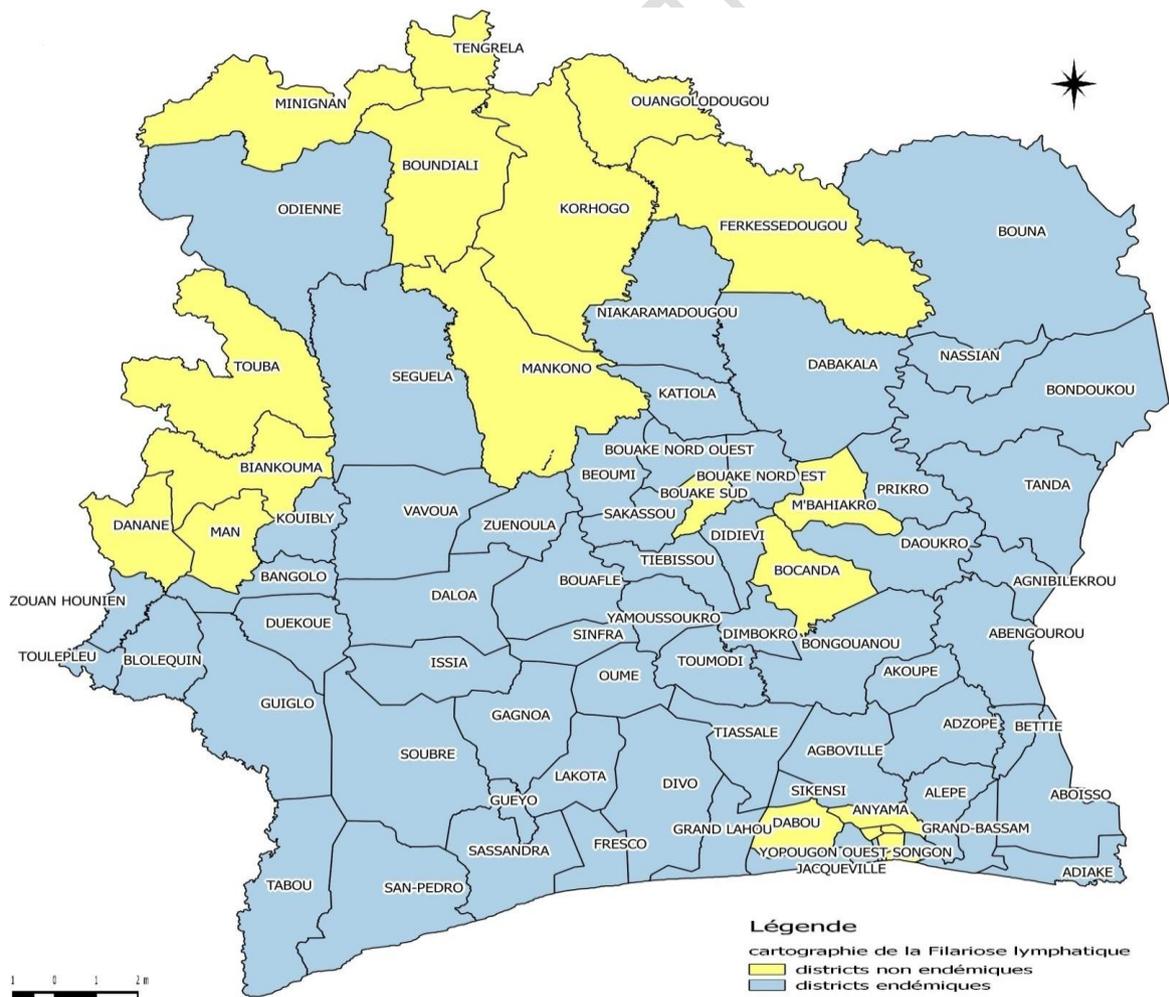


## ❖ LA FILARIOSE LYMPHATIQUE

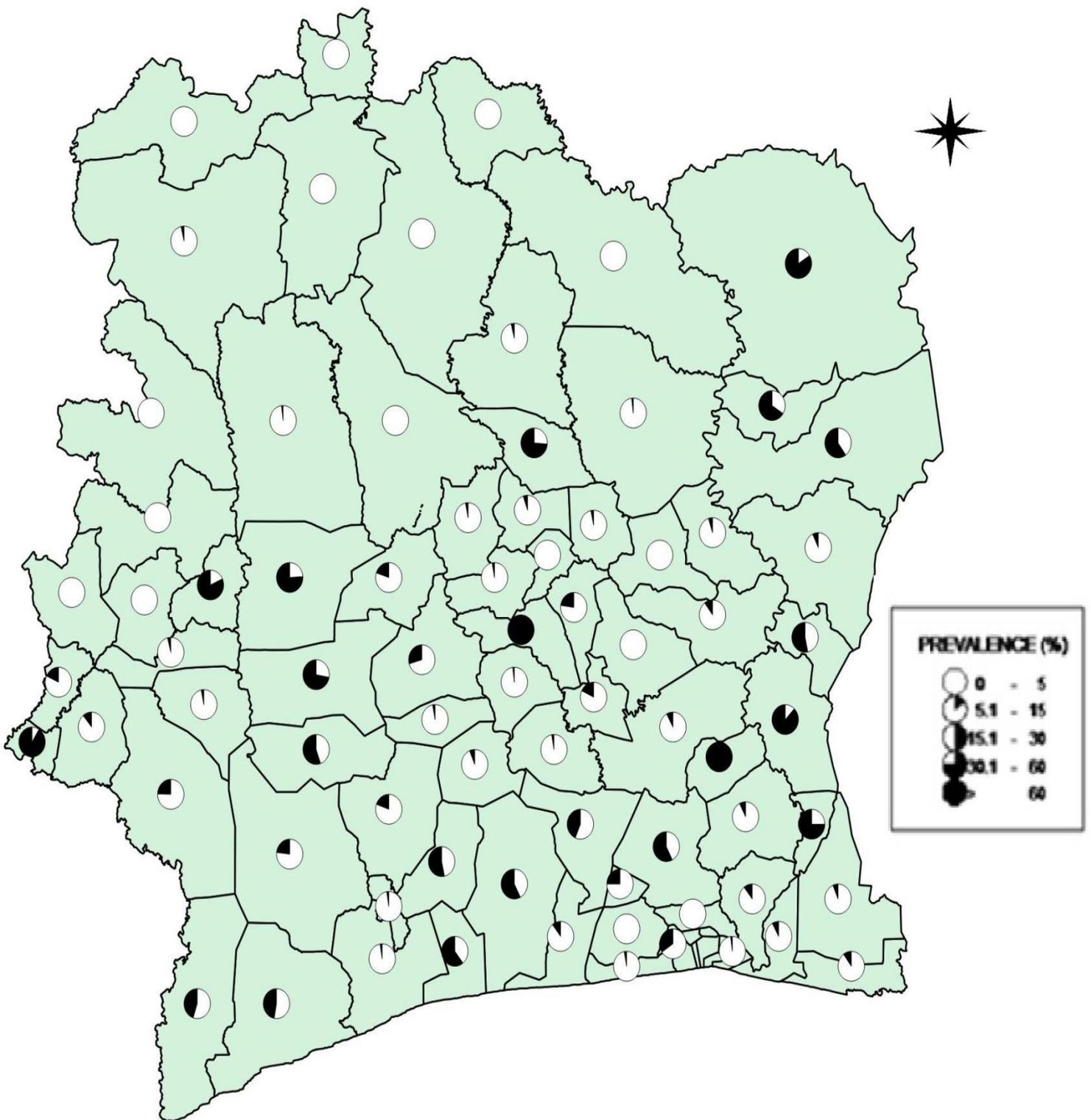
Débutées en 2000, les enquêtes de prévalence de la filariose lymphatique en Côte d'Ivoire se sont achevées en 2014. Sur les 82 districts sanitaires que compte le pays, 61 sont endémiques à la filariose lymphatique au nombre desquels on a une coendémicité avec l'onchocercose dans 54. La population à risque est de **16 771 529 en 2016 soit 70,27% de la population générale en 2016.**

Les districts sanitaires cartographiés en 2000 et 2001 l'ont été avec l'ancien protocole de cartographie. Quatorze (14) de ces districts sanitaires déclarés non endémiques ont fait l'objet d'une analyse du Groupe Régional de Revue des Programmes (RPRG), au cours de la réunion de l'OMS AFRO Congo Brazzaville du 30 Juin au 04 Juillet 2014. L'une des recommandations de cette réunion a été l'affinement de la cartographie dans les districts sanitaires considérés comme non endémiques où le nombre de villages enquêtés étaient inférieurs à 2 et / ou le nombre de personnes testées étaient inférieurs à 75 personnes.

**Carte XIII:** Situation épidémiologique de la Filariose lymphatique en Côte d'Ivoire



**Carte XIV:** Prévalence de la Filariose lymphatique en Côte d'Ivoire



Si un grand pas a été franchi pour ce qui concerne la cartographie de la maladie dans le pays, il n'en est pas autant pour le Traitement De Masse (TDM) des populations à risque estimées à près de 17 millions de personnes en 2016.

Le passage à échelle nationale du TDM intégré FL Oncho a été initié en 2014 avec l'appui de OMS /APOC grâce à une mutualisation des ressources qui a réuni tous les partenaires intervenant dans la lutte contre la filariose. Cette initiative a permis le traitement de 33 districts sanitaires sur les 61 endémiques à la filariose lymphatique soit une population de plus de 5 millions de personnes.

L'année 2016 sera l'année du passage à échelle effective avec l'arrivée de plusieurs autres partenaires donnant ainsi un nouvel élan à la lutte contre la filariose lymphatique dans notre pays.

**Tableau 4** : Nombre de districts LF traités par année

ANNEE	NOMBRE DISTRICTS SANITAIRES TRAITES	POPULATION CIBLE (A TRAITER)	POPULATION TRAITEE	COUVERTURE THERAPEUTIQUE DU TDM
2012	4	945 670	768 811	81.30%
2013	1	89 412	71 904	80%
2014	33	8 609 989	5 793 572	67,29%

Les couvertures nationales thérapeutique et géographique sont respectivement de **33,21%** et **54,10%**.

## ❖ LA SCHISTOSOMIASE

La bilharziose constitue la deuxième endémie parasitaire mondiale après le paludisme. La lutte contre la schistosomiase en Côte d'Ivoire est récente. De nombreuses données issues des dépistages passifs ont démontrés l'existence de la schistosomiase sur le territoire national. Cependant ce n'est qu'en 2012, avec l'appui financier de Schistosomiasis Control Initiative (SCI), que la mise en œuvre de la cartographie a été menée et s'est achevée en 2014.

A ce jour seuls **02** districts sanitaires (Nassian et Tanda) sont non endémiques à la schistosomiase. La distribution de la maladie évoluant de manière focale ces districts sont donc sous surveillance. Les prévalences des districts sanitaires endémiques varient de 1,54% à 68,92 %.

35 districts sanitaires ont une prévalence inférieure à 10%, 42 districts sanitaires ont une prévalence comprise entre 10 et 50% et 3 districts ont une prévalence supérieure à 50%.

La bilharziose urinaire est la plus répandue et est présente dans tout le pays alors que la bilharziose intestinale est prédominante à l'ouest du pays.

La population à risque de la schistosomiase des enfants de 5 à 14 ans scolarisés et non scolarisés est estimée à 5 632 236 en 2016.

Le défi pour la Côte d'Ivoire est de mener et de pérenniser les activités de lutte dans les districts endémiques afin de parvenir à l'objectif de contrôle voire d'élimination d'ici 2020 tel que préconisé par l'OMS.

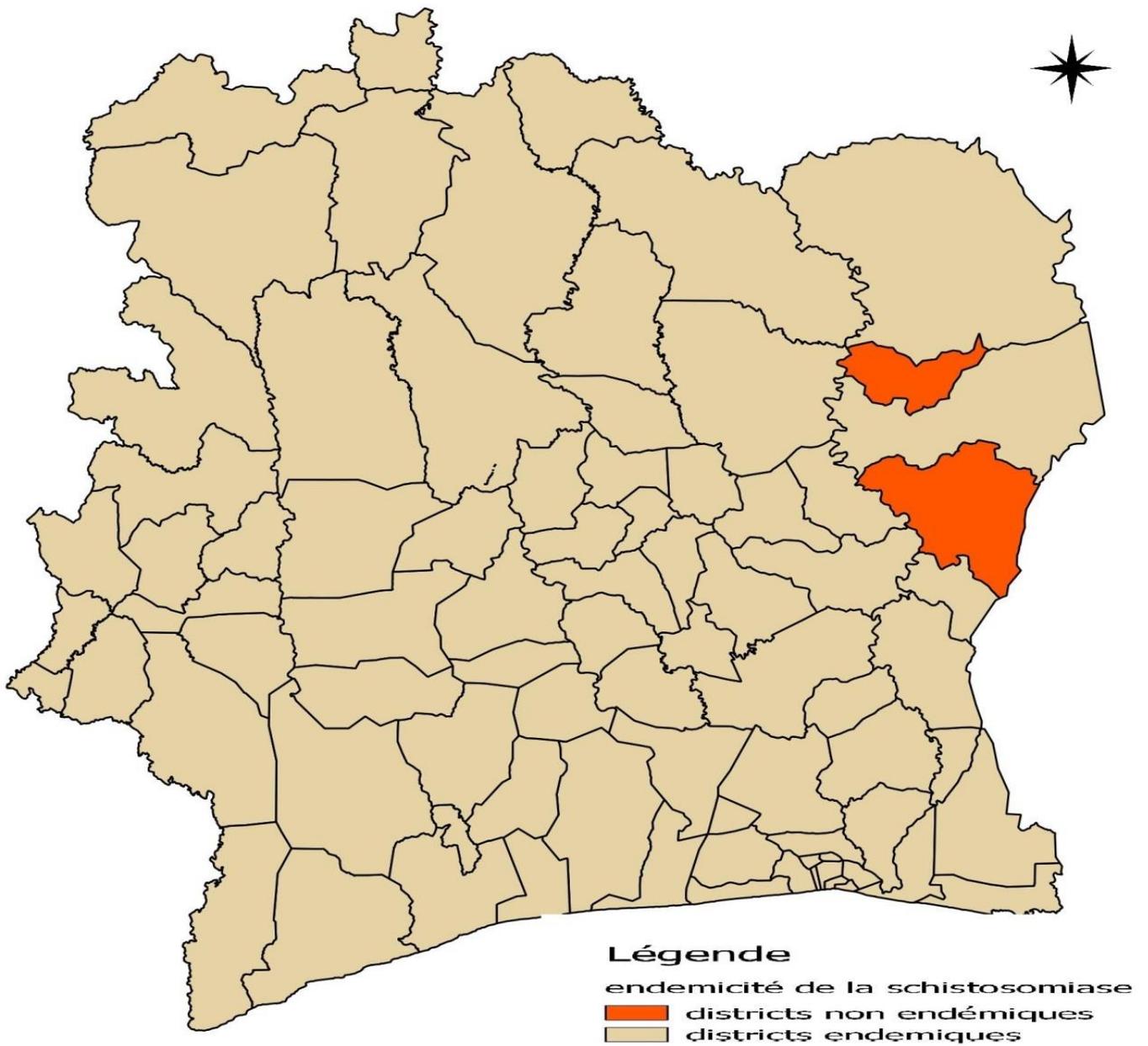
Le traitement des districts endémiques à la schistosomiase se fait en fonction du niveau d'endémicité. Ainsi, les districts sanitaires dont la prévalence est inférieure à 10% bénéficieront de deux traitements au cours du cursus scolaire (un traitement à l'entrée et un à la sortie), les districts avec une prévalence entre 10 et 50% seront traités chaque deux ans et pour les districts sanitaires avec une prévalence supérieure à 50% ce sera chaque année.

ce sont donc 62 districts sanitaires sur les 80 districts endémiques qui ont bénéficiés de l'administration de masse du Praziquantel dont certains ont déjà bénéficié de 2 tours de traitement.

**Tableau 5:** Nombre de districts endémiques à la schistosomiase traités par année

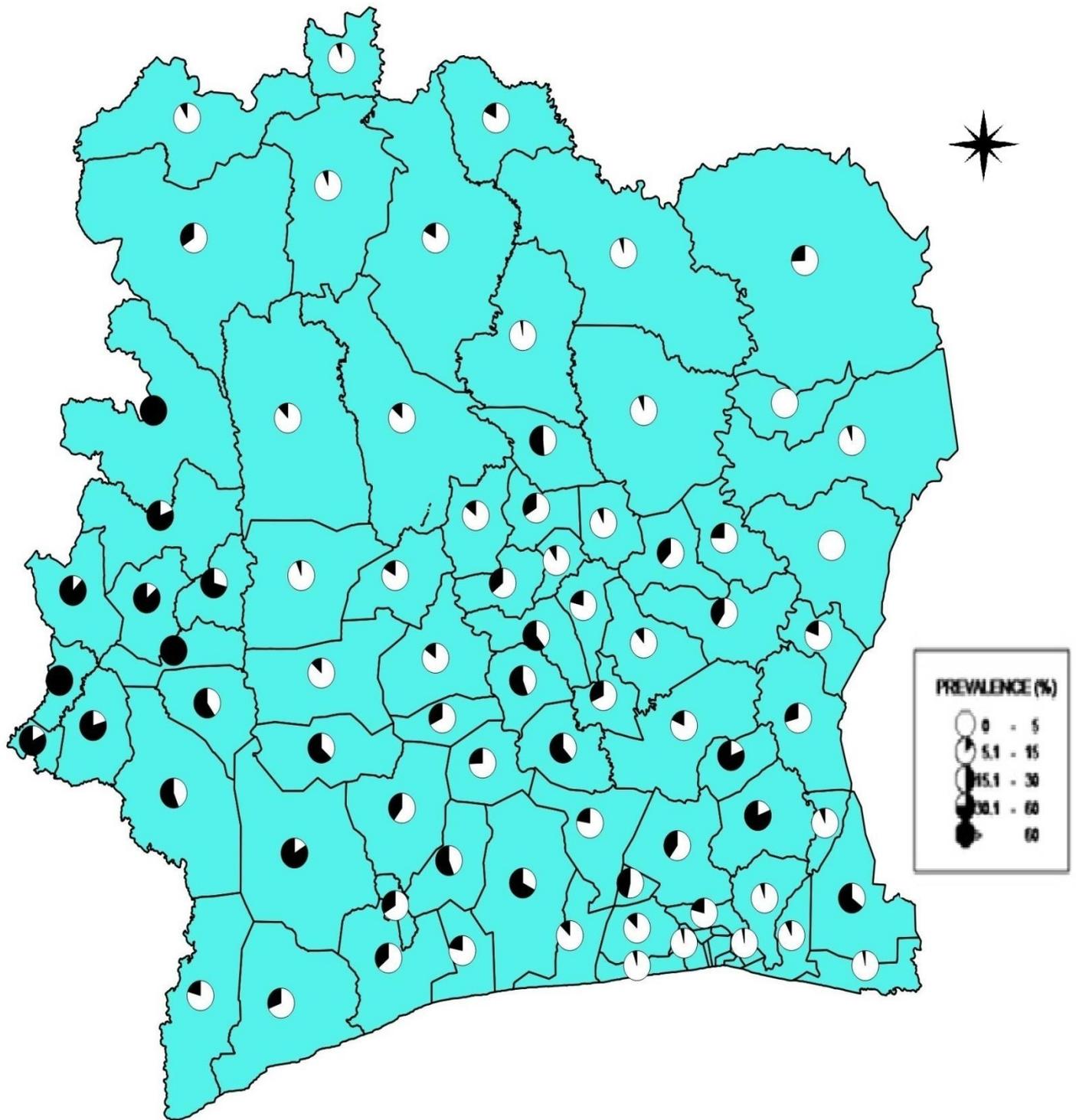
ANNEE	NOMBRE DISTRICTS SANITAIRES TRAITES	POPULATION A RISQUE CIBLEE	POPULATION A RISQUE TRAITEE	COUVERTURE THERAPEUTIQUE (%)
2012	12	784 530	649 859	82,83
2013	16	1 011 206	853 708	84,42
2014	46	3 807 141	3 072 078	80,69

**Carte XV:** Situation épidémiologique de la schistosomiase en Côte d'Ivoire



DN

**Carte XVI: prévalence de la schistosomiase en Côte d'Ivoire**



## ❖ LES GEOHELMINTHIASES

Il existe plusieurs types d'helminthes transmissibles par le sol mais ceux ciblés par le programme sont : l'ascaris, le Trichocéphale et les Ankylostomes.

La cartographie des géohelminthiases a été couplée à celle de la schistosomiase.

Tous les 82 districts sanitaires du pays sont endémiques aux géohelminthiases. Parmi ceux ci 28 districts sanitaires ont une prévalence supérieure à 20%.

**Tableau 6:** Districts avec une prévalence supérieure à 20%

REGIONS	DISTRICTS	TAUX DE PREVALENCE STH
ABIDJAN 1-GRANDS PONTS	GRAND LAHOU	23,37
ABIDJAN 1-GRANDS PONTS	DABOU	30,85
ABIDJAN 1-GRANDS PONTS	JACQUEVILLE	40,67
AGNEBY-TIASSA-ME	SIKENSI	24,31
AGNEBY-TIASSA-ME	TIASSALE	36,49
BELIER	TIEBISSOU	22,37
BELIER	YAMOOUSSOUKRO	26,01
BELIER	DIDIEVI	32,03
BELIER	TOUMODI	34,84
BOUNKANI-GONTOUGO	NASSIAN	26,52
BOUNKANI-GONTOUGO	TANDA	31,26
GBEKE	BOUAKÉ NORD- EST	23,24
GBEKE	SAKASSOU	28,13
GBOKLE-NAWA-SAN-PEDRO	TABOU	31,49
HAUT SASSANDRA	ISSIA	25,20
HAUT SASSANDRA	VAVOUA	28,32
KABADOUGOU-BAFING-FOLON	TOUBA	37,34
MARAHOUÉ	SINFRA	29,10
N'ZI-IFOU	DIMBOKRO	22,00
N'ZI-IFOU	BONGOUANOU	24,98
N'ZI-IFOU	DAOUKRO	31,85
N'ZI-IFOU	PRIKRO	44,95
N'ZI-IFOU	BOCANDA	45,36
PORO-TCHOLOGO-BAGOUE	FERKE	24,13
SUD-COMOE	GRAND-BASSAM	26,28
TONKPI	BIANKOUMA	22,65
WORODOUGOU-BERE	SEGUELA	33,78
WORODOUGOU-BERE	MANKONO	37,82

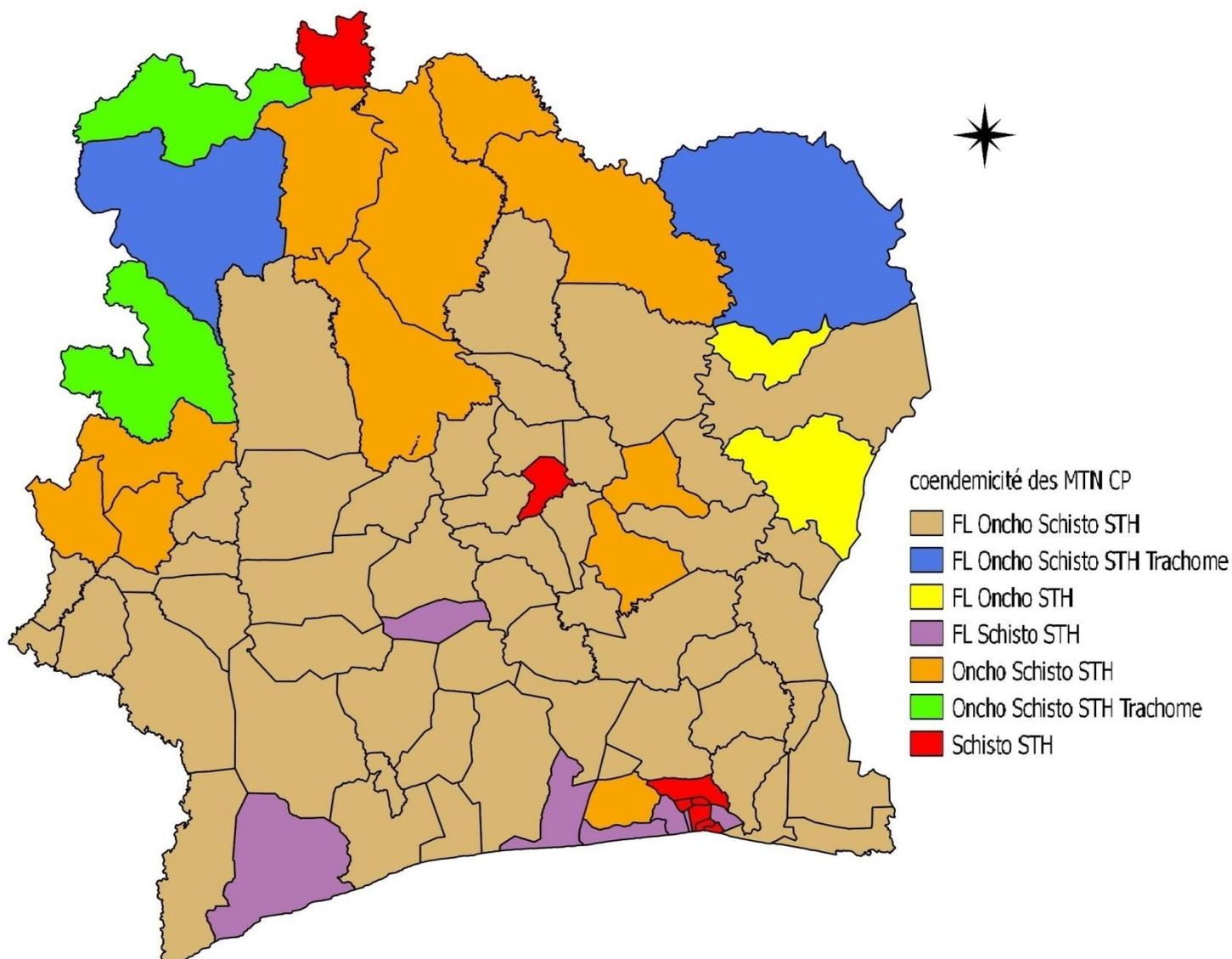
**Tableau 7 : Co-endémicité des MTN**

REGION	DISTRICT	MTN de la chimiothérapie préventive (CP)					MTN à Prise en Charge des Cas (PCC)				
		Oncho	Schisto	FL	Geo-H	Tr	THA	Lèpre	UB	Pian	Vg
Agnéby-Tiassa-Mé	Adzopé	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	OUI	NON
	Agboville	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	OUI	NON
	Akoupé	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	OUI	NON
	Alépé	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	OUI	NON
	Sikensi	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	NON	NON
	Tiassalé	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	OUI	OUI	NON
Gboklè-Nawa-San-Pédro	San-Pédro	NON	OUI	OUI	OUI	ND	ND	NON	OUI	OUI	NON
	Tabou	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	OUI	NON
	Soubré	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	ND	NON	OUI	OUI	NON
	Sassandra	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	ND	NON	OUI	OUI	NON
	Guéyo	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	ND	NON	NON	ND	NON
Kabadougou-Bafing-Folon	Odienné	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	ND	NON
	Touba	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	NON	NON	NON	ND	NON
	Minignan	OUI	OUI	NON	OUI	ND	ND	NON	NON	ND	NON
Haut-Sassandra	Daloa	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	OUI	NON	OUI	OUI	NON
	Vavoua	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	ND	NON	OUI	OUI	NON
	Issia	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	ND	NON	OUI	OUI	NON
Gôh	Gagnoa	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	OUI	NON	OUI	OUI	NON
	Oumé	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	OUI	NON	OUI	OUI	NON
Bélier	Yamous-soukro	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	OUI	OUI	NON
	Tiébissou	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	OUI	OUI	NON
	Toumodi	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	OUI	OUI	NON
	Didiévi	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	OUI	OUI	NON
Abidjan 1-GrandsPonts	Adjamé-Plateau-Attécoubé	NON	OUI	NON	OUI	ND	NON	NON	NON	ND	NON
	Yopougon-Est	NON	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	ND	NON
	Yopougon Ouest-Songon	NON	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	ND	NON
	Dabou	OUI	OUI	NON	OUI	ND	NON	NON	NON	ND	NON
	Jacqueville	NON	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	ND	NON
	Grand-Lahou	NON	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	OUI	ND	NON
Abidjan 2	Treichville-Marcory	NON	OUI	NON	OUI	ND	NON	NON	NON	ND	NON
	Koumassi-Port-Bouët-Vridi	NON	OUI	NON	OUI	ND	NON	NON	NON	ND	NON
	Cocody-Bingerville	NON	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	OUI	NON
	Abobo-Est	NON	OUI	NON	OUI	ND	NON	NON	NON	ND	NON
	Abobo-Ouest	NON	OUI	NON	OUI	ND	NON	NON	NON	ND	NON
	Anyama	NON	OUI	NON	OUI	ND	NON	NON	NON	OUI	NON

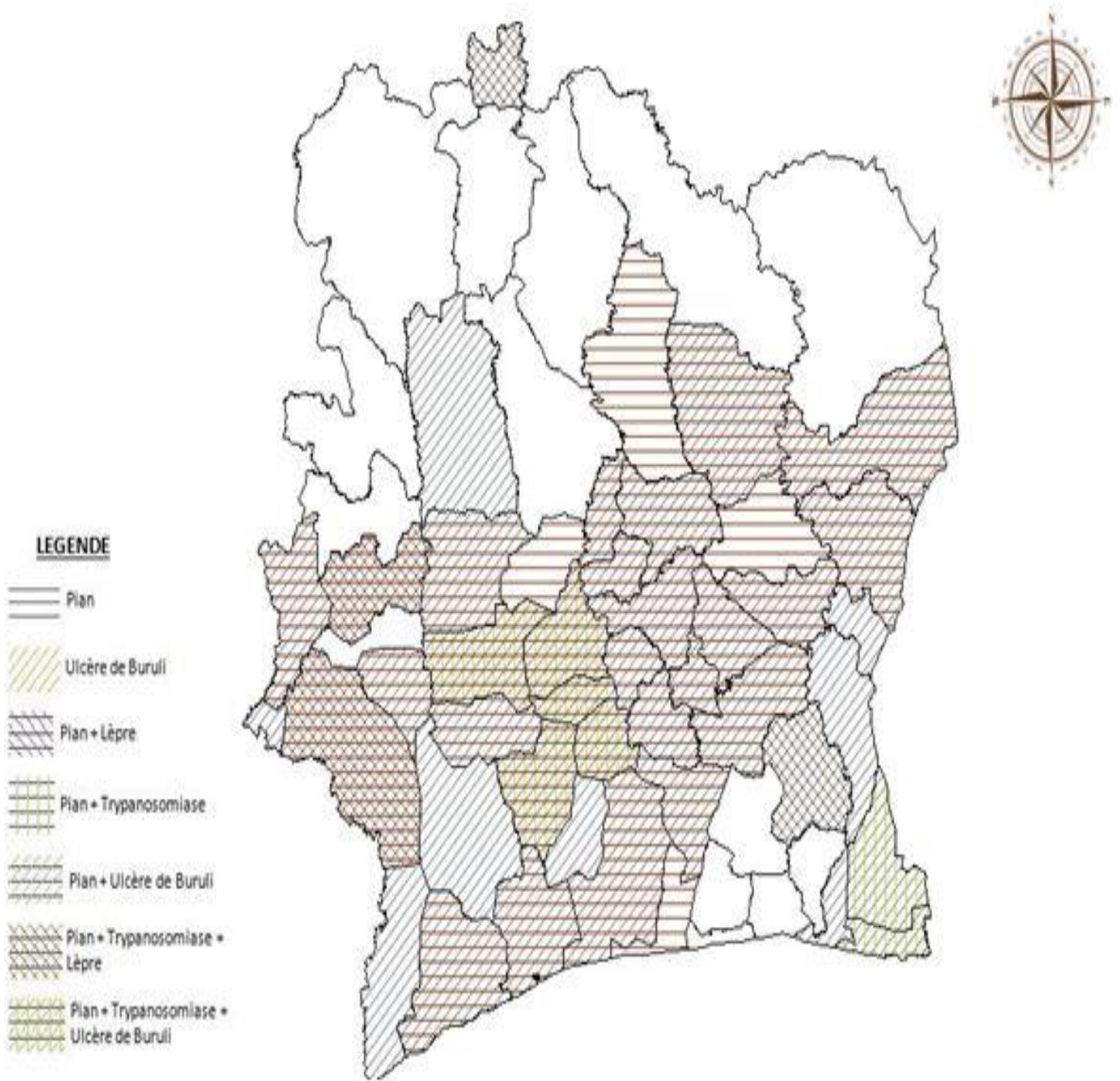
Marahoué	Bouaflé	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	OUI	NON	OUI	OUI	NON
	Sinfra	NON	OUI	OUI	OUI	ND	OUI	NON	OUI	OUI	NON
	Zuénoula	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	ND	NON	OUI	ND	NON
Tonkpi	Man	OUI	OUI	NON	OUI	ND	NON	OUI	NON	OUI	NON
	Biankouma	OUI	OUI	NON	OUI	ND	NON	NON	NON	ND	NON
	Danané	OUI	OUI	NON	OUI	ND	NON	NON	OUI	OUI	NON
	Zouan-Hounien	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	OUI	NON
Cavally-Guémon	Guiglo	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	OUI	OUI	NON
	Toulepleu	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	OUI	NON
	Duékoué	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	ND	NON	OUI	OUI	NON
	Bloléquin	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	ND	NON	NON	ND	NON
	Bangolo	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	ND	NON
	Kouibly	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	ND	NON
N'Zi-Ifou	Dimbokro	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	OUI	OUI	NON
	Bocanda	OUI	OUI	NON	OUI	ND	NON	NON	NON	OUI	NON
	Bongoua-nou	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	OUI	OUI	NON
	Daoukro	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	OUI	OUI	NON
	M'Bahiakro	OUI	OUI	NON	OUI	ND	NON	NON	NON	ND	NON
	Prikro	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	ND	NON
Indénié Djuablin	Abengourou	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	OUI	NON
	Agnibilé-krou	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	OUI	NON
	Bettié	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	ND	NON
Porotochologo-Bagoué	Korhogo	OUI	OUI	NON	OUI	ND	NON	NON	NON	NON	NON
	Boundiali	OUI	OUI	NON	OUI	ND	NON	NON	NON	NON	NON
	Ferkessedougou	OUI	OUI	NON	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	NON
	Tengrela	NON	OUI	NON	OUI	NON	NON	NON	NON	ND	NON
	Ouangolo-dougou	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON	NON	ND	NON
Lôh-Djiboua	Divo	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	OUI	OUI	NON
	Lakota	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	OUI	NON
	Fresco	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	OUI	NON
Sud-Comoé	Aboisso	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	OUI	NON	NON	OUI	NON
	Adiaké	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	OUI	NON	NON	OUI	NON
	Grand-Bassam	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	OUI	NON
Gbéké	Bouaké Nord-Ouest	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	OUI	NON
	Bouaké Nord-Est	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	OUI	OUI	NON
	Bouaké Sud	NON	OUI	NON	OUI	ND	NON	NON	OUI	OUI	NON
	Sakassou	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	OUI	OUI	NON
	Béoumi	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	OUI	OUI	NON

Hambol	Dabakala	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	OUI	OUI	NON	
	Katiola	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	OUI	ND	NON	
	Niakarama-dougou	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	ND	NON	
Worodou-gou-Béré	Séguéla	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	OUI	NON	
	Mankono	OUI	OUI	NON	OUI	ND	NON	NON	NON	ND	NON	
Boukani-Gontougo	Bondoukou	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	NON	OUI	OUI	NON	
	Bouna	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	ND	NON	
	Tanda	OUI	NON	OUI	OUI	ND	NON	NON	OUI	OUI	NON	
	Nassian	OUI	NON	OUI	OUI	ND	NON	NON	NON	ND	NON	
<b>TOTAL</b>		<b>82</b>	<b>67</b>	<b>80</b>	<b>61</b>	<b>82</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>33</b>	<b>49</b>	<b>0</b>

**Carte XVII** : Co-endémicité des MTN à PCC



**Carte XVIII:** Co-endémicité des MTN à PCC



**Tableau 8 :** Situation de la cartographie des MTN

Nom de la maladie endémique	nombre de districts suspects d'être endémiques	nombre de districts cartographies ou dont le niveau d'endémicité est connu.	nombre de districts devant encore être cartographies ou évalués pour déterminer leur niveau d'endémicité	Nombre de districts devant faire l'objet d'une surveillance particulière pour le VG
Onchocercose	67	82	0	
Schistosomiase	80	82	0	
Filariose Lymphatique	61	82	0	
Géohelminthiases	82	82	0	
Trachome	3	3	7	
Trypanosomiase Humaine Africaine	10	3	7	
Lèpre	0	2	0	
Ulcère de Buruli	33	33	0	
Dracunculose	0	0	0	82
Pian	82	49	33	

### **I.3.2.MISE EN ŒUVRE DU PLAN DIRECTEUR DE LUTTE CONTRE LES MTN**

Le Ministère de la Santé et de la lutte contre le SIDA a créé six programmes de lutte contre les MTN que sont :

- Le Programme National d'Élimination de la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNETHA)
- Le Programme National d'Élimination de la Lèpre (PNEL)
- Le Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli (PNLUB).
- Le Programme National d'Éradication du Ver de Guinée, Eau et Assainissement (PNEVG/EA)
- Le Programme National de Lutte contre la Schistosomiase, les Géohelminthiases et la Filariose lymphatique (PNLSGF)
- Le Programme National de la Santé oculaire et de la Lutte contre l'Onchocercose (PNSO-LO)

La lutte contre le pian est prise en compte dans le cadre de la lutte contre l'ulcère de buruli

La lutte contre la rage et la dengue est menée en Côte d'Ivoire par l'Institut National de l'Hygiène Publique (INHP).

**Tableau 8.1.** Informations résumées sur les interventions des Programmes de Lutte contre les MTN-CP existants.

Maladies Tropicales Négligées	Date de Démarrage des activités (TDM TIDC)	Total des districts ciblés	Nbre de districts couverts	Population cible des districts sanitaires ciblés 2014	Nbre de personnes traitées en 2014	CT	CG	Principales stratégies utilisées	Principaux partenaires
ONCHOCERCOSE	2008	12	10	523 437	381 639	72,91%	83,33%	TIDC, évaluation épidémiologique et entomologique	OMS/APOC, HKI, MDP SIGHT SAVERS
TRACHOME	Cartographie en cours	3	0	0			0 %	CHANCE	Néant
FILARIOSE LYMPHATIQUE	2012	61	33	17 443 064	5 793 572	33,21%	54,10%	Evaluation épi & traitement de masse	OMS, MDP, GSK HKI CNTD
SCHISTOSOMIASE	2012	64	46	3 807 141	3 072 078	80,69%	71,86%	Evaluation épi & traitement de masse	OMS, SCI
GEO-HELMINTHIASES	2012	28	33	1 487 900	657 206	44,17%	117%	Evaluation épi & traitement de masse	OMS, GSK, HKI

L'année 2014 a été marquée par l'intégration des activités ce qui fait que sur les 73 districts endémiques aux deux pathologies 47 districts coendémiques, 12 uniquement oncho et 14 uniquement FL. C'est ce qui explique les populations cibles d'oncho de 2014.

La prise en charge des morbidités et prévention des invalidités de la FL n'a pas encore débuté en Côte d'Ivoire.

**Tableau 8.2** : Informations résumées sur les interventions des Programmes de contre les MTN-PCC existants.

Maladies Tropicales Négligées	Date de création du Programme	Nbre de districts	Nombre cas dépistés 2014	Nombre de cas pris en charge 2014	% couverture thérapeutique	Stratégie clé utilisée	Les partenaires
THA	1996		10	6	20%	Prospections médicales, Lutte antivectorielle	OMS, PATTEC
ULCERE DE BURULI	1995		34	33	100%	Détection précoce à base communautaire et Prise en charge gratuite des cas au niveau périphérique	OMS, ANESVAD, FRF Fondation Méredith, KOICA, Mission Chirurgicale Afrique
LEPRE	1992		82	75	85%	Détection précoce et prise en charge des malades par la PCT	OMS, FRF
DRACUNCULOSE	1993		82	82	100%	Investigation dans les 24 heures de toutes rumeurs de cas	OMS, UNICEF, le Centre CARTER, Globale 2000

### **I.3.3.LACUNES ET PRIORITES**

Malgré les efforts déployés dans la lutte contre les MTN depuis de longues années, il persiste des lacunes liées à :

- l'insuffisance du financement des activités ;
- la discontinuité des appuis ;
- la faible collaboration intersectorielle ;
- le manque d'appropriation de la lutte par les structures locales ;
- l'insuffisance de la mobilisation communautaire.

**Tableau 9** : Tableau de compensation des résultats de l'analyse SWOT

<b>FAIBLESSES</b>	<b>FORCES COMPENSANT LES FAIBLESSES</b>	<b>OPPORTUNITES COMPENSANT LES FAIBLESSES</b>
Insuffisance des dotations budgétaires pour la mise en œuvre des activités	-Mise à la disposition du programme de budget de fonctionnement ; -Existence d'une ressource humaine qualifiée -Existence d'une bonne structuration sanitaire	Inscription de la lutte contre les MTN dans l'agenda international ;
Faiblesse de la coordination des activités de lutte contre les MTN	Existence d'une volonté politique pour soutenir la lutte contre les MTN	Existence d'une initiative mondiale en faveur de l'élimination des MTN
Cartographie incomplète des MTN.(trachome)	Volonté de tous les programmes MTN d'achever leurs cartographies	Existence d'une volonté des partenaires à appuyer la finalisation de la cartographie
Partenariat insuffisamment développé pour la prise en charge des MTN	plan international de lutte intégrée contre les MTN ;	Engagement des firmes pharmaceutiques à soutenir la lutte contre les MTN par le don gratuit des médicaments ;
Insuffisance des moyens logistiques, de matériel de bureau et d'équipements pour les activités de terrain	Bonne couverture en infrastructures sanitaires;	-Possibilité de collaboration entre les différents programmes - Mutualisation des moyens logistiques pour une lutte plus efficiente
Lourdeur du circuit administratif de la dépense publique. ligne budgétaire parfois non adaptée à la mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN Difficulté d'accès aux mass-médias pour la communication sur les MTN.	Engagement clairement exprimé des autorités politiques;	-Modernisation de l'administration en cours
Insuffisance de l'implication des ASC formés par manque de moyen	Existence d'un réseau d'ASC formés ;	Existence d'un nombre important et expérimentés de

<b>FAIBLESSES</b>	<b>FORCES COMPENSANT LES FAIBLESSES</b>	<b>OPPORTUNITES COMPENSANT LES FAIBLESSES</b>
de motivation.		distributeurs communautaires des médicaments
Insuffisance de la collaboration avec les autres secteurs connexes (Agriculture, Education, eau hygiène assainissement....)	Bonne organisation locale par les autorités administratives et les collectivités	Engagement de la société civile incarnée par les ONG; Existence d'outils validés
Insuffisance de la recherche	Existence de compétences locales (ressources humaines et institutions) dans le domaine de la recherche	Possibilité d'échange inter régionale
Insuffisance des interventions communautaires dans la lutte contre la Lèpre	Existence d'ISL dans les districts	Existence de normes et directives aidant à l'exécution des interventions communautaires

DRAFT PLAN DIRECTEUR NATIONAL

## **DEUXIEME PARTIE**

# **AGENDA STRATEGIQUE**

## **II.1. VISION, MISSION ET BUT**

### **II.1.1. Vision**

Une Côte d'Ivoire exempte des MTN à l'horizon 2020.

### **II.1.2. Mission**

Contribuer au contrôle et/ou à l'élimination des MTN en tant que problème de santé publique par une gestion coordonnée et efficace des interventions.

### **II.1.3. But**

Accélérer la réduction de la charge de morbidité à travers le contrôle, l'élimination et l'éradication des MTN, en vue de l'atteinte des objectifs de développement durable.

### **II.1.4. Centre d'intérêt**

Ce présent plan stratégique sera mis en œuvre au cours de la période de 2016 à 2020.

Les cibles visées par le plan stratégique pour la lutte contre les MTN en Côte d'Ivoire d'ici 2020 sont les suivantes :

- Contribuer à l'éradication du pian et du ver de Guinée et intensifier la surveillance de la dracunculose ;
- Eliminer la Filariose lymphatique, la THA, le trachome, la lèpre et réduire des incapacités dues à celles-ci ;
- Progresser vers l'élimination de l'onchocercose ;
- Contrôler la schistosomiase, les Géohelminthiases et l'ulcère de Buruli ;
- Gérer la morbidité et prévenir les infirmités dues à l'ulcère de Buruli, à la Filariose Lymphatique, à la schistosomiase, à la lèpre et au pian ;
- assurer la réhabilitation des personnes présentant des infirmités liées à l'ulcère de Buruli, à la Filariose Lymphatique, à l'onchocercose, au trachome, à la lèpre et au pian.

## II.2. PRINCIPES DIRECTEURS ET STRATEGIES PRIORITAIRES

### II.2.1. Principes directeurs

D'une manière générale, notre plan cadre sera guidé par les principes directeurs basés sur les valeurs d'équité, de justice sociale, d'éthique, de solidarité nationale, de rigueur et de transparence. Il s'agira de développer notamment :

- un leadership fort se traduisant par un ferme engagement politique, une meilleure coordination des interventions des structures en charge des MTN d'une part et des partenaires techniques et financiers du système de santé d'autre part, à travers des mécanismes forts de coordination, un financement consolidé, et un plan de suivi-évaluation unique et consensuel ;
- une meilleure gouvernance du secteur se traduisant par la rigueur et la transparence dans la gestion et un contrôle permanent à tous les niveaux;
- des interventions de santé basées sur les Soins de Santé Primaires, orientées vers la satisfaction des besoins sanitaires des populations les plus vulnérables en matière de MTN (femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans et enfants d'âge scolaires), à travers la mise en œuvre effective d'activités intégrées dans le paquet minimum d'activités (PMA).
- le respect des engagements internationaux notamment l'atteinte des ODD ;
- la participation communautaire, la collaboration multi et intersectorielle pour prendre en compte la volonté d'élargir les interventions en agissant simultanément, par l'utilisation de cellules focales et de comités sectoriels déjà mis en place par d'autres programmes.
- Garantir aux populations, un accès rapide et gratuit à des médicaments, des outils diagnostiques et des moyens de prévention de qualité
- Mettre en place un bon système d'information sanitaire concernant les MTN par l'utilisation d'une base de données et le partage de ces informations avec les parties prenantes

De manière spécifique, les principes directeurs de notre plan cadre sont définis comme suit :

Pour les MTN à CP :

- l'accès des interventions aux populations les plus vulnérables et dans les zones les plus reculées,
- la disponibilité permanente des médicaments dans la communauté.

Pour les MTN à PCC :

- La détection et prise en charge précoces des cas.
- La consolidation des acquis de l'intégration des activités.

## II.2.2. Stratégies prioritaires

Le cadre prévu dans le présent plan stratégique national de lutte contre les MTN tient compte du contexte national et de l'endémicité des MTN qui y sévissent. C'est pourquoi des actions pertinentes seront proposées selon quatre axes prioritaires en vue de la prévention, du contrôle, de l'élimination ou de l'éradication des MTN.

- **SP1** : Mettre à l'échelle les interventions de lutte, les traitements et les capacités de prestation de service des programme MTN;
- **SP2** : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la pérennité des financements des programmes MTN;
- **SP3** : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation des programmes par le gouvernement, les partenaires et la communauté;
- **SP4** : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche

La réalisation de ces stratégies prioritaires passe par la mise en œuvre des objectifs stratégiques.

DRAFT PLAN DIRECTEUR MTN/C

**Tableau 10 : Résumé du cadre Stratégique**

<b>STRATEGIE PRIORITAIRE</b>	<b>OBJECTIFS STRATEGIQUES</b>
<p><b>SP 1:</b> Mettre à échelle les interventions de lutte, les traitements et les capacités de prestation de service des programmes MTN</p>	<p><b>Déterminer la distribution géographiques des MTN</b></p>
	<p><b>Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémique aux MTN</b></p>
	<p><b>Accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN</b></p>
<p><b>SP 2:</b> Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la pérennité des financements des programmes MTN</p>	<p><b>Planifier les interventions aux différents niveaux de la pyramide sanitaire</b></p>
	<p><b>Développer des actions en faveur de la mobilisation des ressources et de la pérennité des financements des programmes</b></p>
<p><b>SP 3:</b> Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation des programmes par le gouvernement, les partenaires et la communauté.</p>	<p><b>promouvoir les activités de lutte contre les MTN auprès des décideurs, des communautés et du gouvernement</b></p>
<p><b>SP 4:</b> Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche (opérationnelle et fondamentale) des MTN</p>	<p><b>assurer le suivi, l'évaluation et la surveillance des interventions de lutte contre les MTN</b></p>
	<p><b>produire des données de qualité</b></p>
	<p><b>promouvoir la recherche</b></p>

### II.2.3. Tableau synoptique des programmes

**Tableau 11** : Tableau synoptique du programme national de santé oculaire

Programme	Objectif général	Objectifs spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
Programme National de Santé oculaire	Eliminer le trachome en 2020	Réduire la prévalence du trachome actif à un taux inférieur à 5% chez les enfants de 1 à 9 ans d'ici décembre 2020 dans toutes les Aires Sanitaires de mise en œuvre	Distribution d'azithromycine dans toutes les aires sanitaires endémiques avec au moins 85% de couverture thérapeutique	Toute la population sauf les enfants de moins de 6 mois et les femmes enceintes (pour A)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de couverture géographique</li> <li>- Taux de couverture thérapeutique</li> <li>- Taux de prévalence TF/TI</li> </ul>
		Promouvoir les autres mesures de la stratégie CHANCE (N et CE) auprès des autres Secteurs de développement	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Communication pour améliorer la salubrité domestique et mesures IEC/CCC</li> <li>-Plaidoyer pour la mise à disposition d'eau et assainissement</li> <li>-Développer la collaboration avec Secteur Education Nationale</li> </ul>	Ménages des aires sanitaires cibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Couverture en latrines dans les aires sanitaires</li> <li>- Taux d'accès à l'eau potable</li> </ul>
		Réduire la prévalence du trichiasis trachomateux (TT) à un taux inférieur à 1% chez les adultes d'ici décembre 2020 dans toutes les Aires Sanitaires endémiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Décentralisation de la prise en charge (former/recycler) au niveau de toutes les aires sanitaires</li> <li>-Promotion de campagnes de chirurgie gratuite</li> </ul>	Adultes de plus de 14 ans	Taux de couverture en chirurgicale du trichiasis
		Renforcer les capacités des agents de santé aux différents niveaux sur les stratégies prioritaires de lutte contre le trachome	Renforcement des compétences des agents de santé et des ASC sur les compétences requises	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agents de santé des aires de santé</li> <li>- ASC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'agents formés et recyclés / Nombre prévu</li> </ul>

**Tableau 12** : Tableau synoptique du programme national de lutte contre l'onchocercose

Programme	Objectif général	Objectifs spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
Programme National de lutte contre l'onchocercose	Eliminer l'onchocercose d'ici 2020	-Traiter chaque année 100% des communautés à risque d'onchocercose -Traiter chaque année 80% des populations des communautés à risque d'onchocercose	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation</li> <li>- TDM</li> <li>- IEC/CCC pour adhésion au TIDC</li> </ul>	<p>Toute la population vivant dans les zones à risque</p> <p>Contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- femmes enceintes,</li> <li>-femmes allaitantes dans la première semaine après l'accouchement</li> <li>-enfants de taille &lt;90cm,</li> <li>-malades grabataires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Taux de couverture géographique TIDC</li> <li>- Taux de couverture thérapeutique TIDC</li> <li>-Taux de prévalence de la microfilariose dans les sites sentinelles</li> <li>-Taux d'infectivité des simules capturées dans les 2 bassins</li> </ul>
		Déterminer chaque année la prévalence de l'onchocercose dans le réseau des villages sentinelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluation épidémiologique par la biopsie cutanée exsanguie</li> <li>-Applications des nouvelles méthodes de diagnostic</li> <li>-IEC pour adhésion des populations</li> <li>-Formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Population de plus d'un an ou 5 ans dans les villages sentinelles</li> <li>-Agents de santé pour les formations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prévalence de la microfilariose dans les villages sentinelles</li> <li>-CMFC</li> </ul>
		Déterminer chaque année le taux d'infectivité des simules capturées	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Captures en vrac</li> <li>-Dissections sur le terrain</li> <li>-Examen de biologie moléculaire des simules capturées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sites de captures</li> <li>-Simules dans les différents bassins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nombre de sites fonctionnels</li> <li>-Nombre de simules capturées</li> <li>-Taux d'infectivité des simules capturées</li> </ul>
	Assurer le renforcement de capacités des agents aux différents niveaux de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation / recyclage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Agents de santé</li> <li>-Agents de santé communautaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nombre d'agents de santé formés / ciblés</li> <li>-Nombre d'agents de santé communautaires formés / ciblés</li> </ul>	

		Mettre en place un système de suivi / évaluation des activités de lutte contre l'onchocercose prenant en compte la supervision sur le terrain	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunions de coordination</li> <li>- Revues Techniques</li> <li>- Suivi des indicateurs de performances</li> <li>- Suivi des indicateurs d'impact</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordonnateurs nationaux</li> <li>- Agents de santé aux différents niveaux</li> <li>- Agents de santé communautaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunions tenues / Réunions prévues</li> <li>- Revues Techniques tenues / Prévues</li> <li>- Couvertures géographiques, thérapeutiques, autres indicateurs</li> <li>- Supervisions effectuées / Prévues</li> </ul>
--	--	---	--	--	--

**Tableau 13** : Tableau synoptique du programme national de lutte contre la filariose lymphatique

Programme	Objectif général	Objectifs spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
Programme National d'élimination de la filariose lymphatique	Eliminer la filariose lymphatique en Côte d'Ivoire d'ici 2020	-Traiter chaque année 100% des districts sanitaires à risque de Filariose lymphatique -Traiter chaque année 80% des populations des districts sanitaires endémiques de la filariose lymphatique	-Formations -Traitements de masse -IEC pour adhésion aux campagnes de traitements de masse -Mobilisation sociale	-Toute la population vivant dans les zones à risque Contre-indications : - femmes enceintes, - femmes allaitantes dans la première semaine après l'accouchement - enfants de taille <90cm, -enfants de moins de 5 ans - malades grabataires	-Taux de couverture géographique -Taux de couverture thérapeutique
		Assurer la prise en charge chirurgicale d'au moins 25% des cas d'hydrocèle dépistés chaque année dans les zones d'endémie	-Identification des cas d'hydrocèles dans les communautés lors des campagnes et en routine, -Formation / recyclage des chirurgiens aux techniques adaptées -Prise en charge chirurgicale des	-Personnes souffrant d'hydrocèles dans les communautés -Agents de santé pour les formations	-Taux de prise en charge des cas d'hydrocèle dépistés -Ressources mobilisées en soutien aux structures de santé -Nombre d'agents formés /

			hydrocèles dans les structures sanitaires -Soutien aux structures sanitaires pour la prise en charge de la chirurgie de l'hydrocèle		recyclés
		Assurer la prise en charge communautaire d'au moins 75% des cas de lymphœdème dépistés avec le soutien des services de santé	-Identification des cas de lymphœdèmes dans les communautés lors des campagnes et en routine, -Formation des agents de santé communautaires à la prise en charge du lymphœdème, -Prise en charge des cas de lymphœdème dans les communautés	-Personnes souffrant de lymphœdème dans les communautés -Formation des Agents de Santé Communautaire	-Taux de prise en charge des cas de lymphœdèmes dépistés -Nombre d'ASC formés / recyclés -Ressources mobilisées en soutien à la prise en charge du lymphœdème
		Assurer l'évaluation périodique de la microfilarémie dans les sites sentinelles pour le suivi de l'impact des traitements de masse	-Evaluation épidémiologique pour la microfilarémie nocturne -Applications des nouvelles méthodes de diagnostic -Formation	-Enfants 6 – 7 ans -Personnels de santé pour les formations	-Prévalence de la FL par l'évaluation ICT -Prévalence de la microfilarémie nocturne au niveau des sites sentinelles
		Mettre en œuvre un plan de communication pour le soutien à la lutte contre la filariose lymphatique	- IEC pour adhésion des populations	-Décideurs du niveau central, régional et dans les Aires de Santé -Leaders communautaires	-Existence d'un Plan de communication -Documents IEC produits -Activités IEC menées

**Tableau 14** : Tableau synoptique du programme national de lutte contre les schistosomiases

Programme	Objectif général	Objectifs spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
Programme National de lutte contre les schistosomiases	Eliminer la schistosomiase à l'horizon 2020	<p>1. Traiter 100% des communautés ciblées dans le cadre de la lutte contre les schistosomiases</p> <p>2. Traiter au praziquantel chaque année au moins 75% des enfants d'âge scolaire et les groupes cibles à haut risque dans les Aires Sanitaire endémiques</p> <p>3. Déterminer l'impact des interventions à travers l'évaluation des sites sentinelles</p> <p>4. Mettre en œuvre un plan de gestion des effets secondaires liés à la prise de praziquantel (pharmacovigilance) intégré au Système national existant</p> <p>5. Renforcer les capacités des acteurs de la lutte contre les schistosomiases aux différents niveaux (agents de santé des différents niveaux, enseignants, ASC)</p>	<p>- Disponibilité du praziquantel de qualité pour l'ensemble des besoins</p> <p>- Traitements de masse des enfants d'âge scolaire et des groupes à haut risque</p> <p>- Traitement au cas par cas dans les zones hypoendémiques</p> <p>- Formations</p> <p>- Promotion de l'hygiène, assainissement et la disponibilité de l'eau en collaboration avec les secteurs concernés</p> <p>- IEC / CCC en faveur de la prévention des schistosomiases</p>	<p>- Enfants d'âge scolaire (5-14 ans)</p> <p>- Groupes à haut risque</p> <p>- Agents de santé et autres pour les formations</p> <p>- Groupes cibles pour l'IEC/CCC</p> <p>- Secteurs et autres acteurs pour la promotion des mesures d'hygiène, d'assainissement et de disponibilité de l'eau</p>	<p>- Taux de couverture thérapeutique</p> <p>- Taux de couverture géographique</p> <p>- Prévalence des schistosomiases au niveau des sites sentinelles</p> <p>- Nombre d'agents formés / prévus</p> <p>- Couverture en latrines dans les Aires de Santé</p> <p>- Taux d'accès à l'eau potable</p> <p>- Existence d'un plan de communication</p> <p>- Documents IEC produits</p> <p>- Activités IEC menées</p> <p>- Nombre de personnes ciblées touchées lors des activités IEC</p> <p>I.</p>

		<p>6. Mettre en œuvre un plan de communication (IEC/CCC) et des activités de soutien pour la prévention des schistosomiases (promotion de l'hygiène et assainissement en collaboration avec les autres secteurs)</p> <p>7. Assurer régulièrement le contrôle de qualité des lots de médicaments disponibles pour les traitements de masse</p>			
--	--	---	--	--	--

**Tableau 15** : Tableau synoptique du programme national de lutte contre les géohelminthiases

Programme	Objectif général	Objectifs spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
Programme National de lutte contre les géohelminthiases	Réduire la prévalence des géohelminthiases à moins de 20% dans les Aires de Santé pour qu'elles n'y soient plus un problème de santé publique	<p>1. Traiter 100% des districts sanitaires ciblées dans le cadre de la lutte contre les géohelminthiases</p> <p>2. Traiter à l'albendazole ou au mébendazole chaque année au moins 75% des</p>	<p>-Disponibilité de l'albendazole ou du mébendazole de qualité pour l'ensemble des besoins</p> <p>-Traitements de masse des enfants d'âge scolaire et des groupes à haut risque</p>	<p>- Enfants d'âge scolaire (5-14 ans)</p> <p>- Groupes à haut risque</p> <p>- Agents de santé et autres pour les formations</p> <p>- Groupes cibles pour</p>	<p>-Taux de couverture thérapeutique</p> <p>- Taux de couverture géographique</p> <p>- Prévalence des schistosomiases au niveau des</p>

		<p>enfants d'âge scolaire et les groupes à haut risque dans les Aires d'endémie</p> <p>3. Déterminer l'impact des interventions à travers l'évaluation tous les 2 ans des sites sentinelles</p> <p>4. Mettre en œuvre un plan de gestion des effets secondaires liés à la prise de l'albendazole ou du mebendazole (pharmacovigilance) intégré au Système national existant</p> <p>6. Renforcer les capacités des acteurs de la lutte contre les géohelminthiases aux différents niveaux (agents de santé des différents niveaux, enseignants, ASC)</p> <p>7. Mettre en œuvre un plan de communication (IEC/CCC) et des activités de soutien pour la prévention des</p>	<p>- Traitement au cas par cas dans les zones hypoendémiques</p> <p>- Formations</p> <p>- Promotion de l'hygiène, assainissement et la disponibilité de l'eau en collaboration avec les secteurs concernés</p> <p>- IEC / CCC en faveur de la prévention des géohelminthiases</p>	<p>l'IEC/CCC</p> <p>- Secteurs et autres acteurs pour la promotion des mesures d'hygiène, d'assainissement et de disponibilité de l'eau</p>	<p>sites sentinelles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'agents formés / prévus</li> <li>- Couverture en latrines dans les Aires de Santé</li> <li>- Taux d'accès à l'eau potable</li> <li>- Existence d'un plan de communication</li> <li>- Documents IEC produits</li> <li>- Activités IEC menées</li> <li>- Nombre de personnes ciblées touchées lors des activités IEC</li> </ul>
--	--	---	---	---	---

		<p>géo-helminthiases (promotion de l'hygiène et assainissement en collaboration avec les autres secteurs)</p> <p>8. Renforcer la collaboration et la coordination avec la Direction des Services d'Alimentation, Nutrition et Survie de l'Enfant et le Service d'immunisation et surveillance épidémiologique pour un meilleur suivi du déparasitage des enfants d'âge préscolaire</p> <p>9. Assurer régulièrement le contrôle de qualité des lots de médicaments disponibles pour les traitements de masse</p>			
--	--	---	--	--	--

**Tableau 16** : Tableau synoptique du programme national de lutte contre la lèpre

Programme	Objectif général	Objectifs spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
Programme National de lutte contre la lèpre	Réduire le fardeau de lèpre sur toute l'étendue du territoire d'ici 2020	Réduire la proportion de malades avec infirmités degré 2 parmi les nouveaux cas de 23, 95% à 18% d'ici 2020	Assurer la prévention des invalidités (réactions et névrites) par le dépistage, le traitement précoces et une bonne prise en charge des réactions et névrites	Les malades  Populations dans les districts sanitaires	- Taux de prévalence en fin d'année par district -Taux de détection -Taux de guérison -Pourcentage des enfants chez les nouveaux cas de lèpre -Pourcentage des femmes chez les nouveaux cas
		Reduire le taux de prévalence à moins d'un cas pour 10 000 hbts dans les deux districts endémiques	Décentraliser la prise en charge correcte des cas de lèpre dans les établissements sanitaires	Agents de Santé  -Agents de santé communautaire	- Nombre d'ateliers organisés pour la formation des agents de santé sur la lèpre Nombre d'ateliers organisés pour la formation des agents de santé communautaire
		les stratégies de soutien	Elaboration et diffusion des supports de sensibilisation (messages radio, affiches et tee shirt)  Campagne de sensibilisation communautaire dans tous les districts sanitaires	Différentes cibles des activités IEC/CCC	Nombre d'atelier organisé pour l'élaboration des supports de sensibilisation Nbre de supports de sensibilisation distribués Nbre d'émissions radios diffusées Nbre de personnes formés à la sensibilisation Nbre d'ateliers organisés pour l'élaboration des manuels de formation
		Améliorer la gestion des données	Former les gestionnaires de données du niveau central et des districts à l'utilisation de logiciels de gestion de données  Organiser des réunions de consolidations et de validation des		Nombre d'ateliers organisés pour la formation au logiciel de gestion des données Nombre de réunion de consolidation et de validation de données organisées (dans les régions avec ISL)

			données au niveau régional		
		Renforcer le suivi - évaluation	Organiser des supervisions des ISL par le programme, Organiser des supervisions des infirmiers des ESPC par les ECD  Réunion de coordination avec les les paries prenantes		Nombre de supervisions organisées  Nombre de réunions de coordination organisées
	Maintenir un taux de prévalence de moins d'un cas pour 10 000 hbts dans les districts non endémiques	-			
	Assurer la réinsertion socio économique des malades présentant des infirmités liées à la lèpre	-			

**Tableau 17** : Tableau synoptique du programme national de lutte contre l'Ulcère de Buruli

Programme	Objectif général	Objectifs spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
<b>Ulcère de Buruli</b>	Réduire la morbidité liée à l'ulcère de Buruli et ses conséquences	Détecter chaque année au stade précoce au moins 80% des cas d'UB (catégorie 1et 2)	-Détection Précoce des cas à base communautaire  -Promotion de la participation communautaire  -Formation des professionnels de la santé, et des relais communautaires	-Toutes les communautés des zones d'endémies  -Les professionnels de la santé  -Les relais communautaires	-Pourcentage de cas précoces dépistés (cat I et cat II)  -Le nombre de professionnels de la santé dépistant les cas précoces  -Le nombre de relais communautaires dépistant les cas précoces
		Assurer une prise en charge adéquate de tous les cas d'UB dépistés	Standardisation de la prise en charge des cas selon le protocole de l'OMS (antibiotique, chirurgie et prévention des invalidités) dans toutes les structures de prise en charge	-Les professionnels de la santé des structures sanitaires.  -Les cas d'UB.  NB : Contre-indications : femmes enceintes.	Le pourcentage de structures sanitaires assurant la prise en charge des cas selon le protocole de l'OMS
			Assurer la disponibilité permanente des médicaments de qualité	Nouveaux cas d'UB  structures sanitaires de prise en charge.	Taux de couverture antibiotique  Taux de couverture géographique
		Confirmer biologiquement au moins 70% des cas chaque année	Renforcement des capacités des laboratoires nationaux pour la confirmation des cas au laboratoire	Laboratoires de référence : (Institut Pasteur de Côte d'Ivoire...)	pourcentage de cas d'UB confirmés biologiquement chaque année
		Renforcer la coordination et le suivi des activités dans tous les districts	Coordination et suivi évaluation des activités	ECD/PNLUB	-le nombre de réunion de coordination avec les acteurs

		endémiques			des DS -le nombre d'acteurs supervisés -le nombre de DS supervisés
		Assurer la prise en charge des invalidités chez au moins 200 malades d'ici 2020	Plaidoyer Formation de Chirugiens	Partenaires	-Le nombre de partenaires impliqués dans la prose en charges des cas d'invalidités  -Le nombre de cas d'invalidités pris en charge chaque année

**Tableau 18** : Tableau synoptique du programme national de lutte contre le Pian

Programme	Objectif général	Objectifs spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
PIAN	Eradiquer le pian d'ici 2020	Finaliser la cartographie du pian 2016	Enquête épidémiologique (Identification des villages touchés)	Communautés villages endémiques	Cartographie disponible d'ici décembre 2016
			Enquêtes sérologiques	villages pour lesquels les informations relatives au pian sont limitées ou village d'endémicité n-on ou mal connue	
		Prendre en charge tous les cas et les contacts.	Renforcement des capacités du personnel impliqué dans la lutte	IDE	-Nombre d'IDE formés et impliqués dans la lutte -Nombre de Relais communautaires formés

			Relais communautaires Techniciens biologistes	impliqués dans la lutte -Nombre de Techniciens biologistes formés et impliqués dans la lutte
			Renforcement du plateau technique des laboratoires	Quantités de matériel et intrants
			Mobilisation sociale Partenaires	Le nombre de leaders et partenaires communautaires impliqués dans la lutte
			Traitement à grande échelle	Couverture thérapeutique
			Intervention du système de santé (en complément du traitement de masse)	Nombre Les structures sanitaires
			Recherche opérationnelle (Tests sérologique)	

**Tableau 19** : Tableau synoptique du programme national de lutte contre le ver de guinée

Programme	Objectif général	Objectifs spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
Programme National d'Eradication du Ver de Guinée / Eau et Assainissement (PNEVG/EA)	Maintenir l'arrêt de la transmission locale du ver de guinée et contrôler les autres affections négligées liées à l'eau et à un défaut d'assainissement sur l'ensemble du territoire	Renforcer les capacités des équipes cadre et des structures communautaires de 38 districts à haut risque de réinfestation à collecter et notifier à temps les données sur le ver de Guinée et des 82 districts à la surveillance intégrée du VG et du contrôle des autres affections négligées liées à l'eau et à un défaut d'assainissement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formation/Orientation des agents de terrain à tous les niveaux y compris les ASC (agents de santé communautaire)</li> <li>Supervision des acteurs</li> <li>Gestion des données épidémiologiques du VG et des autres affections liées à l'eau et à un défaut d'assainissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>les membres de l'équipe cadre,</li> <li>les agents de santé des ESPC</li> <li>les ASC</li> <li>les membres des comités villageois « Santé et développement »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de membres d'équipe cadre formés</li> <li>Nombre d'agent de santé et d'ASC formés</li> <li>Nombre de districts notifiant et investiguant les cas de rumeurs de VG dans les 24h</li> <li>Nombre de rapports SIG rapportant le zéro cas de VG</li> <li>Nombre de rumeurs investigués dans les 24 h</li> <li>Nombre de cas d'affections liées à l'eau et à un défaut d'assainissement</li> </ul>
		Améliorer le niveau de connaissance du système de récompense du VG et des mesures de prévention du VG et des autres affections négligées liées à l'eau et à un défaut d'assainissement par les communautés	Développement de partenariats avec les médias, les ONG, l'ANADER et les écoles pour la diffusion de messages de sensibilisation	Population en particulier les moins de 25 ans	Taux de connaissance
		Poursuivre le plaidoyer auprès des autorités nationales chargées de l'approvisionnement en eau potable et de	Plaidoyer pour la mise à disposition d'eau et de système d'assainissement adéquat Mise en place des comités villageois de santé & développement	II. Ménages des localités cibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de couverture en latrines dans les ménages</li> <li>Taux de couverture en point d'eau potable des localités</li> <li>Taux d'accès à l'eau potable des ménages</li> </ul>

		l'assainissement et promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène au sein des communautés	Organisation de séances de sensibilisation au niveau communautaire pour améliorer la salubrité domestique et mesures IEC/CCC		Taux de ménages développant de bonnes pratiques d'hygiènes
		Renforcer les capacités managériales de la direction de coordination du programme	appui en matériels roulants, d'équipements de bureautique, en micro ordinateurs pour la gestion du programme	Equipes d'intervention	nombre (matériels roulants - d'équipements de bureautique - en micro ordinateurs)
		Suivi-évaluation	Organisation d'enquête à mainlevée réalisation d'étude d'impact des interventions organisation de réunions transfrontalières	Populations cibles	taux d'appropriation

### II. 2.3. Suivi de la performance des programmes nationaux de lutte contre les MTN

**Tableau 20** : Suivi de la performance du Programme National de santé oculaire et de lutte contre l'onchocercose

a) Programme National de lutte contre l'onchocercose										
Objectif général	Indicateurs	Données de base	Objectifs visés	Calendrier						
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Eliminer l'onchocercose d'ici 2025	Taux de couverture géographique TIDC		100%							
	Taux de couverture thérapeutique TIDC		CT : 80-85%							

	Taux de prévalence de la microfilarodermie dans les sites sentinelles		mf : < 5% dans 100% des villages évalués ou < 1% dans 90% des villages							
	Taux d'infectivité des simules capturées dans les 2 bassins		Moins de 0,5 femelles infectieuses pour 1000							
<b>b) Programme National de Santé oculaire</b>										
Objectifs spécifiques	Indicateurs	Données de base(2005)	Objectifs visés	Calendrier						
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Réduire la prévalence du trachome actif à un taux inférieur à 5% chez les enfants de 1 à 9 ans d'ici décembre 2020 dans toutes les aires sanitaires de mise en œuvre	-Taux de couverture géographique -Taux de couverture thérapeutique -Taux de prévalence TF/TI	CG : 0% CT : 0%	CG : 100% CT : 85%			CG : 100% CT : 85%				
BOUNA		8,6%	<5%	-	-	-	<5%			
TOUBA		20,1%	<5%	-	-	-	<5%			
ODIENNE		15%	<5%		-	-	-	<5%		
Renforcer les capacités des agents de santé aux différents niveaux sur les stratégies prioritaires de lutte contre le trachome	Nombre d'agents formés et recyclés / Nombre prévu (Stratégies A et CH)									
Promouvoir les autres mesures de la stratégie CHANCE (N et CE) auprès des autres Secteurs de développement	- Couverture en latrines -Taux d'accès à l'eau potable									

**Tableau 21** : Suivi de la performance des Programmes National de lutte contre la schistosomiase, les géohelminthiases et la filariose lymphatique

a) Programme National de lutte contre les Schistosomiasés										
Objectifs spécifiques	Indicateurs	Données de base	Objectifs visés	Calendrier						
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Réduire la prévalence des schistosomiasés à moins de 10% dans toutes les Aires de Santé pour qu'elles n'y soient plus un problème de santé publique	Taux de couverture géographique		100%	71,86%		100%				
	Taux de couverture thérapeutique		75%	80,69%		75%				
	Prévalence des schistosomiasés au niveau des sites sentinelles	Prévalence des schistosomiasés au niveau des sites sentinelles varient entre 1 et 71 %	Prévalence des schistosomiasés au niveau des sites sentinelles soient < à 10% dans tous les sites en 2020							< 10%
b) Programme National de lutte contre les Géohelminthiases										
Objectifs spécifiques	Indicateurs	Données de base	Objectifs visés	Calendrier						
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Réduire la prévalence des géohelminthiases à moins de 20% dans toutes les Aires de Santé pour qu'elles n'y soient plus un problème de santé publique	Taux de couverture géographique*		100%					100%		

	Taux de couverture thérapeutique*		75%					75%		
	Prévalence des géohelminthiases au niveau des sites sentinelles	Prévalence des géohelminthiases au niveau des sites sentinelles varient entre 22 et 45%	Prévalence des géohelminthiases au niveau des sites sentinelles soient < à 20% dans tous les sites en 2020							< 20%
Assurer chaque année le suivi régulier du déparasitage des enfants d'âge préscolaire (6mois-5 ans) avec la collecte régulière et le partage des données	Nombre de réunions de coordination avec les services concernés avec collecte des données	0%	2 (au moins par an avec collecte des données)							2
<b>c) Programme National de lutte contre filariose lymphatique</b>										
Objectif général	Indicateurs	Données de base	Objectifs visés	Calendrier						
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Eliminer la filariose lymphatique en Côte d'Ivoire d'ici 2020	Taux de couverture géographique		100%			100%				100%
	Taux de couverture thérapeutique		80%			80%				80%
	Prévalence de la FL par l'évaluation ICT	Prévalence ICT variant entre 1 et 70%	Moins de 1% par la carte ICT dans tout le pays							< 1% ICT

	Prévalence de la microfilariémie nocturne au niveau des sites sentinelles	Une enquête de mf nocturne a été menée dans 24 sites sentinelles et les résultats varient de 1 à 22,75%	Moins de 1% microfilariémie nocturne au niveau des sites sentinelles (confirmation)								< 1% mf
--	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	---------

**Tableau 22** : Suivi de la performance des Programmes National de lutte contre l'Ulcère de Buruli

**a) Programme National de lutte contre l'ulcère de Buruli**

Objectif général	Indicateurs	Données de base	Objectifs visés	Calendrier						
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Réduire la morbidité liée à l'ulcère de Buruli et ses conséquences	Pourcentage de cas précoces dépistés (cat I et cat II)	63%	90%			75	80	85	90	95
	Taux de couverture thérapeutique	98	100			100	100	100	100	100
	Le nombre de cas d'invalidités pris en charge chaque année	20	500			100	100	100	100	100
	pourcentage de cas d'UB confirmés biologiquement chaque année	70%	100			80	90	90	100	100

Les prévisions pour atteindre l'objectif de détection précoce des cas d'UB sont définies sur les données de base de 2014. En 2014, le PNLUB a noté 63% de cas précoces dépistés et pris en charge. En 2016, les prévisions se situent dans la même proportion, car la mise en œuvre des activités n'a pas connue une orientation ou stratégie particulière. Avec l'incidence annuelle qui décroît chaque année, l'accent sera mis sur l'intensification des actions routières de sensibilisation et de prise en charge ; mais aussi sur des campagnes de proximités et la réactivation de la participation communautaire en vue de renforcer les acquis.

Le nombre de cas de correction chirurgicale des invalidités passera de 20 (2014 et 2015) à 500 en 2020. Il va croître chaque année de 100 grâce à la formation de chirurgiens et l'implication des partenaires

<b>b) Programme National de lutte contre le Pian</b>										
Objectif général	Indicateurs	Données de base	Objectifs visés	Calendrier						
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Eradiquer le pian d'ici 2020	Cartographie disponible d'ici décembre 2016	0	100%			100%	100	100	100	100
	Couverture thérapeutique	0	100			50	50	100	100	100
	Nombre de cas diagnostiqués traités	0	2000			500	1500	2000	2000	2000
	Nombre de Personnels de santé capables d'assurer les mesures de soutien	0	12 000			22 000	34 000	34 000	34 000	34 000
	Nombre d'enseignants et d'ASC impliqués dans la lutte	0	12 000			22 000	34 000	34 000	34 000	34 000

**Tableau 23** : Suivi de la performance des Programmes National de lutte contre le ver de guinée, eau et assainissement

a) Programme National de lutte contre le ver de guinée											
Objectif général	Indicateurs	Données de base	Objectifs visés	Calendrier							
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Maintenir l'arrêt de la transmission locale du ver de guinée et contrôler les autres affections négligées liées à l'eau et à un défaut d'assainissement sur l'ensemble du territoire	Nombre de membres d'équipe cadre formés										
	Nombre d'agent de santé formés										
	Nombre d'ASC formés										
	Nombre de districts notifiant et investiguant les cas de rumeurs de VG dans les 24h	44	82	82	82	82	82	82	82	100%	100%
	Nombre de rapports SIG rapportant le zéro cas de VG										
	Nombre de rumeurs investigués dans les 24 h										
	Nombre de cas d'affections liées à l'eau et à un défaut d'assainissement										
	Taux de connaissance du VG			200	200	200	200	200	200		
	Taux de connaissance du système de récompense	37%	80%	45%	50%	60%	70%	80%			
	Taux de connaissance des mesures de prévention du VG										
	Taux de connaissance des autres affections										

	Taux de couverture en latrines dans les ménages									
	Taux de couverture en point d'eau potable des localités									
	Taux d'accès à l'eau potable des ménages									
	Taux de ménages développant de bonnes pratiques d'hygiènes									
	nombre de matériels roulants									
	Nombre d'équipements de bureautique									
	nombre de micro ordinateurs									
	Taux d'appropriation de la surveillance du VG par les structures sanitaires									
	Taux d'appropriation de la surveillance du VG par les communautés									

### II.3. Présentation des activités selon les objectifs stratégiques par Priorité Stratégique

**Tableau 23 : Activités identifiées dans la PS1**

<b>STRATEGIE PRIORITAIRE 1 : Mettre à l'échelle les interventions de lutte, les traitements et les capacités de prestation de service du programme MTN</b>			
<b>OBJECTIFS STRATEGIQUES</b>	<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	activité	sous activité
Determiner la distribution géographique des MTN	Compléter la cartographie des MTN à PCC	Organiser des enquêtes / évaluations épidémiologiques dans les zones non encore couvertes (PIAN)	Elaborer le protocole d'enquête sérologique Acquérir le matériel et les intrants
	Compléter la cartographie des MTN à PCC	Organiser des enquêtes / évaluations épidémiologiques dans les zones non encore couvertes (PIAN)	Réaliser des missions d'enquête épidémiologique initiale du Pian dans 82 districts sanitaires
	Prospecter les autres districts non cartographiés pour le trachome	Organiser des enquêtes par questionnaire des populations dans 72 districts	Elaborer des questionnaires d'enquête et mener les enquêtes
	Mener des investigations épidémiologiques en direction des autres MTN peu connues en vue de leur meilleure prise en charge (leishmanioses, rage, dengue)	organiser des enquêtes par questionnaire des populations dans les 82 districts	Elaborer des questionnaires d'enquête et mener les enquêtes
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Traiter tous les districts endémiques aux MTN	Organiser la distribution de masse dans les communautés endémiques aux MTN à CP	Distribuer l'ivermectine dans 1361 communautés soit 13 districts

Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Traiter tous les districts endémiques aux MTN	Organiser la distribution de masse dans les communautés endémiques aux MTN à CP	Distribuer l'ivermectine couplé à l'albendazole dans 61 districts aux populations cibles
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Traiter tous les districts endémiques aux MTN	Organiser la distribution de masse dans les communautés endémiques aux MTN à CP	Distribuer le praziquantel et/ou couplé à l'albendazole dans les districts sanitaires endémiques
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Traiter tous les districts endémiques aux MTN	Organiser la distribution de masse dans les communautés endémiques aux MTN à CP	Elaborer le rapport des campagnes de distribution de masse
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Traiter tous les districts endémiques aux MTN	Organiser la distribution de masse dans les communautés endémiques aux MTN à CP	confectionner 2922 toises ,1361 registres , 344 Modules de formations pour le traitement de l'Onchocercose
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Traiter tous les districts endémiques aux MTN	Organiser la distribution de masse dans les communautés endémiques aux MTN à CP	confectionner 318 850 Fiche de traitement , 31885 Modules ASC , 1996 Module IDE et autres fiches de formations pour le traitement de la Filariose lymphatique
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Traiter tous les districts endémiques aux MTN	Organiser la distribution de masse dans les communautés endémiques aux MTN à CP	confectionner Fiche de traitement , Modules ASC et enseignants , Module IDE et autres fiches de formations pour le traitement de la Schistosomiase

Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Traiter tous les districts endémiques aux MTN	Organiser la distribution de masse des districts endémiques au Pian	confectionner Fiche de traitement , Modules ASC et enseignants , Module IDE et autres fiches de formations pour le traitement du Pian
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Traiter tous les districts endémiques aux MTN	Organiser la distribution de masse dans les communautés endémiques aux MTN à CP	Distribuer les médicaments aux populations cibles pour le traitement du Pian
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Assurer la disponibilité des médicaments et intrants MTN	Acquérir les médicaments et intrants de lutte contre les MTN CP (nombre de districts) à temps voulu	Estimer les besoin en médicaments et intrants et rédiger la requête, Réceptionner les produits et mettre à disposition des services
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Assurer la disponibilité des médicaments et intrants MTN	Acquérir les médicaments et intrants de lutte contre les MTN CP (nombre de districts) à temps voulu	Acquérir les médicaments ( ivermectine ,tetracycline pommade, praziquantel ,albendazole) pour le traitement des MTN à CTP
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Assurer la disponibilité des médicaments et intrants MTN CP	Approvisionnement des districts sanitaires en médicaments et intrants médicaux de lutte contre les MTN CP	confectionner 31885 toises d'ivermectine
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Assurer la disponibilité des médicaments et intrants MTN CP	Approvisionnement des districts sanitaires en médicaments et intrants médicaux de lutte contre les MTN CP	confectionner des toises de praziquantel

Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Assurer la disponibilité des médicaments et intrants MTN CP	Approvisionnement des districts sanitaires en médicaments et intrants médicaux de lutte contre les MTN CP	Approvisionner tous les districts sanitaires en médicaments et intrants de lutte contre les MTN
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Assurer la disponibilité des médicaments et intrants MTN	Approvisionner les centres de santé et les COR en PCT, médicaments non spécifiques consommables médicaux, outils de gestion et matériels de readaptation	Approvisionner les centres de santé en PCT, médicaments non spécifiques consommables médicaux, et outils de gestion
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Assurer la disponibilité des médicaments et intrants MTN	Acquérir les médicaments et intrants de lutte contre le PIAN et l'UB	Estimer les besoins en médicaments et intrants et rédiger la requête, Réceptionner les produits et mettre à disposition des services
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Assurer la disponibilité des médicaments et intrants MTN	Approvisionner les centres de santé en médicaments et intrants	Approvisionner tous les districts sanitaires en médicaments et intrants de lutte contre le PIAN et l'Ulcère de Buruli
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Développer la Communication pour le Changement du Comportement Durable (CCCD)	réaliser les activités de sensibilisation (IEC/CCC) en rapport avec la lutte contre les MTN à CTP	confectionner 4918 affiches ,34807 dépliants et 344 Pagivoltes pour la sensibilisation lors des campagnes de traitement de masse
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Développer la Communication pour le Changement du Comportement Durable (CCCD)	réaliser les activités de sensibilisation (IEC/CCC) en rapport avec la lutte contre les MTN à CTP	diffuser 74 spots radio locales dans 74 districts sanitaires et 15 spots télévisés , 05 spots journaux sur la filariose et l'onchocercose

Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Développer la Communication pour le Changement du Comportement Durable (CCCD)	realiser les activités de sensibilisation (IEC/CCC) en rapport avec la lutte contre les MTN à CTP	diffuser 1 film institutionnel
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Développer la Communication pour le Changement du Comportement Durable (CCCD)	realiser les activités de sensibilisation (IEC/CCC) en rapport avec la lutte contre les MTN à CTP	confection des affiches et affichettes et diffuser des spots radio locales et spots télévisés , sur la Schistosomiase
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Développer la Communication pour le Changement du Comportement Durable (CCCD)	realiser les activités de sensibilisation (IEC/CCC) en rapport avec la lutte contre les MTN à CTP	Mener la sensibilisation sur les MTN dans 1461 communautés 61 districts
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Développer la Communication pour le Changement du Comportement Durable (CCCD)	Organiser les activités de sensibilisation sur la lèpre	Elaborer les messages et slogans de campagne
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Développer la Communication pour le Changement du Comportement Durable (CCCD)	Organiser les activités de sensibilisation sur la lèpre	confectionner 3 000 tee-shirts
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Développer la Communication pour le Changement du Comportement Durable (CCCD)	Organiser les activités de sensibilisation sur la lèpre	Editer 6 000 posters pour la sensibilisation

Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Développer la Communication pour le Changement du Comportement Durable (CCCD)	Organiser les activités de sensibilisation sur la lèpre	diffuser les supports de communication
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Développer la Communication pour le Changement du Comportement Durable (CCCD)	Organiser les activités de sensibilisation sur la lèpre	Organiser des séances d'information et de formation à l'endroit des acteurs impliqués dans les CCCD
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Développer la Communication pour le Changement du Comportement Durable (CCCD)	Organiser les activités de sensibilisation sur la lèpre	organiser la JML
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Développer la Communication pour le Changement du Comportement Durable (CCCD)	Organiser les activités de sensibilisation sur la lèpre	Organiser des campagnes de dépistage de masse dans les districts endémiques
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Assurer une pharmacovigilance au cours des campagnes de traitement de masse	organiser la prise en charge des effets secondaires	mettre la fiche de pharmacovigilance à la disposition des districts doter les districts de médicaments pour la prise en charge des effets secondaires
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Assurer correctement la prise en charge des morbidités et des complications dues aux MTN	Recenser les cas de morbidités des MTN-CP	élaborer les supports de collecte des informations mener le recensement au niveau de tous les districts sanitaires endémiques

Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Assurer correctement la prise en charge des morbidités et des complications dues aux MTN	réaliser l'intervention chirurgicale de 50 hydroceles et 10 elephanthiasis	mobiliser le personnel et les intrants
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Assurer correctement la prise en charge des morbidités et des complications dues aux MTN	Réaliser la chirurgie de réparation des séquelles de 100 cas de lèpre et 100cas d'ulcère de buruli	mobiliser le personnel et les intrants
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Assurer correctement la prise en charge des morbidités et des complications dues aux MTN	Faire le rééducation fonctionnelle des cas d'UB et de lèpre présentant des séquelles	mobiliser le personnel et les intrants
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Promouvoir les autres interventions (LIV[1], Education sanitaire, Eau hygiène assainissement, gestion de l'environnement) de la stratégie PHASE pour une consolidation des acquis.	sensibiliser les populations sur les autres mesures de lutte contre les MTN	mener des campagnes de sensibilisation de masse de les autres mesures de lutte contre les MTN
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Renforcement des capacités des gestionnaires de médicaments à la gestion efficace et efficiente de la chaîne d'approvisionnement des médicaments et intrants de la lutte contre les MTN CP	Former les 94 gestionnaires sur les modalités de commande, de gestion des stock et sur le circuit d'approvisionnement de médicaments et intrants
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Renforcement des capacités des gestionnaires de données des régions et districts sanitaires	Former les 94 gestionnaires de données sur la collectes des données pendant les campagnes

accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	renforcer les capacités des gestionnaires de programmes à la planification axées sur les résultats et à l'intégration des activités	former 12 gestionnaires de programmes à la planification axées sur les résultats et à l'intégration des activités
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Renforcer les capacités des agents de santé à la prise en charge des MTN à CTP (Dépistage clinique et/ou biologique et traitement)	Former 2401 agents de santé à la prise en charge intégrée des oncho et filariose lymphatique
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Renforcer les capacités des agents de santé à la prise en charge des MTN à CTP (Dépistage clinique et/ou biologique et traitement)	Former des agents de santé à la prise en charge de la schistosomiase
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Renforcer les capacités des agents de santé à la prise en charge des MTN à CTP (Dépistage clinique et/ou biologique et traitement)	Former 188 Directeurs régionaux et départementaux de la santé avec leurs SAS respectifs
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Renforcer les capacités des distributeurs communautaires à la prise en charge des MTN à CTP (Dépistage clinique et/ou biologique et traitement)	Formés 34807 agents de santé communautaire à la distribution de masse d'ivermectin et /ou couplé à l'albendazole
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Renforcer les capacités des distributeurs communautaires à la prise en charge des MTN à CTP (Dépistage clinique et/ou biologique et traitement)	former des ASC et les enseignants du primaire à la distribution de masse du praziquantel

accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Renforcés les capacités des infirmiers spécialistes en ophtalmologie à la prise en charges des complications du trachome	formés 40 infirmiers spécialistes en ophtalmologie à la prise en charge des complications du trachomes
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Renforcer les capacités des programmes en surveillance entomologique et épidémiologique	formés 2 techniciens en entomologistes et 1 entomologiste national
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Renforcer les capacités des programmes en surveillance entomologique et épidémiologique	former 02 Spécialistes en épidémiologie
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Renforcer les capacités des programmes en surveillance entomologique et épidémiologique	former 02 techniciens en biopsie cutanée et 02 en microscopie,
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Renforcer les capacités des programmes MTN et des districts sanitaires à la logistique des médicaments et intrants de la lutte contre les MTN	mettre 01 pharmacien et 01 logisticien à la disposition de la coordination des MTN à CTP
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Renforcer les capacités des agents de santé à la prise en charge des morbidités et des complications dues à la Filariose lymphatique, la schistosomiase, les Géohelminthiases, l'onchocercose et le trachome	Former les agents de santé à la prise en charge des lymphoedeme

accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Former les agents de santé à la prise en charge des MTN à PCC	Elaborer et valider les modules et outils intégrés de formation
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Décentraliser les activités au niveau des districts pour la prise en charge de la lèpre	Former 20 DR, 83 DD et 1245 médecins sur la lèpre
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Décentraliser les activités au niveau des districts pour la prise en charge de la lèpre	Former 830 IDE,830 SF sur la lèpre
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Décentraliser les activités au niveau des districts pour la prise en charge de la lèpre	Former 2490 ASC à la suspicion de la lèpre
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Décentraliser les activités au niveau des districts pour la prise en charge de la lèpre	renforcer les capacités des Infirmiers Spécialistes Lèpre en prévention des infirmités et réadaptation physique
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	renforcement des capacités des agents de santé du niveau périphérique	Former 24 Point focaux au diagnostic et à la prise en charge des cas d'ulcère de buruli

accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	renforcement des capacités des agents de santé du niveau périphérique	Renforcer les capacités de 200 IDE au diagnostic et à la prise en charge des cas d'ulcère de buruli
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	renforcement des capacités des agents de santé du niveau périphérique	Renforcer les capacités de 15 IDE à la suspicion des cas de THA
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	renforcement des capacités des agents de santé du niveau périphérique	Former 20 chirurgiens des Hôpitaux Généraux à la prise en charge chirurgicale des cas compliqués d'UB
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Renforcer les capacités des équipes cadre de 38 districts à haut risque de réinfestation à collecter et notifier à temps les données sur le ver de Guinée et des 82 districts à la surveillance intégrée du VG et du contrôle des autres affections négligées liées à l'eau et à un défaut d'assainissement	Former/Orienter les membres de l'équipe cadre des 82 districts sanitaires
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Renforcer les capacités des équipes cadre de 38 districts à haut risque de réinfestation à collecter et notifier à temps les données sur le ver de Guinée et des 82 districts à la surveillance intégrée du VG et du contrôle des autres affections négligées liées à l'eau et à un défaut d'assainissement	Former/Orienter les agents de santé des ESPC des 38 districts à haut risques
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Renforcer les capacités des équipes cadre de 38 districts à haut risque de réinfestation à collecter et notifier à temps les données sur le ver de Guinée et des 82 districts à la surveillance intégrée du VG et du contrôle des autres affections négligées liées à l'eau et à un défaut d'assainissement	Organiser l'information / orientation des points focaux des autres programmes et MTN sur la notification des rumeurs de cas de VG.

accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	Renforcer les capacités des équipes cadre de 38 districts à haut risque de réinfestation à collecter et notifier à temps les données sur le ver de Guinée et des 82 districts à la surveillance intégrée du VG et du contrôle des autres affections négligées liées à l'eau et à un défaut d'assainissement	Former/Orienter les ASC et les membres des comités Santé-développement des 38 districts à haut risques
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	organiser la formation de la lutte contre le PIAN	Former 2 000 agents de santé à la prise en charge des cas de PIAN
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant....)	organiser la formation de la lutte contre le PIAN	Former 34 000 ASC et les enseignants du primaire à la distribution de l'Azithromycine
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Renforcer les capacités des ressources matérielles	Approvisionner les centres de santé et les COR en PCT, médicaments non spécifiques consommables médicaux, outils de gestion et matériels de réadaptation	Renforcer les capacités des centres de référence PIRP en matière de réadaptation
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Renforcer les capacités des ressources matérielles	acquérir du matériel informatique pour la coordination et les districts	acquérir 12 ordinateurs portables et 12 imprimantes pour le niveau central
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Renforcer les capacités des ressources matérielles	acquérir du matériel informatique pour la coordination et les districts	acquérir 82 ordinateurs de bureau et 82 imprimantes pour la gestion des données dans 82 districts sanitaires

accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Renforcer les capacités des ressources matérielles	Aquerir du materiel roulant pour la coordination et les districts sanitaires	acquérir 05 véhicules de supervision pour le niveau central
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Renforcer les capacités des ressources matérielles	Aquerir du materiel roulant pour la coordination et les districts sanitaires	acquérir 83 motos pour les activités de supervision des districts sanitaires
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Renforcer les capacités des ressources matérielles	Aquerir du materiel roulant pour la coordination et les districts sanitaires	Acquerir 2922 velos pour les distributeurs communautaires
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Renforcer les capacités des ressources matérielles	Assurer un appui financier et technique aux structures de coordination nationale, regionale et departemental	acheter 05 vehicules de type 4x4 pour la lutte contre la lepre et la surveillance du ver de guinée
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Renforcer les capacités des ressources matérielles	Assurer un appui financier et technique aux structures de coordination nationale, regionale et departemental	doter les ISL en carburant

**Tableau 24 : Activités identifiées dans la PS2**

<b>STRATEGIE PRIORITAIRE 2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la pérennité des financements des programmes MTN</b>			
<b>OBJECTIFS STRATEGIQUES</b>	<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	activité	sous activité
planifier les interventions aux différents niveaux de la pyramide sanitaire	Elaborer des plans d'action annuels axés sur les résultats aux différents niveaux de la pyramide sanitaire	Rédiger et diffuser les plans d'action opérationnel annuel	
	Elaborer des plans d'action annuels axés sur les résultats aux différents niveaux de la pyramide sanitaire	Organisation une réunion annuelle de planification des activités MTN	Elaborer les Termes De Référence (TDR) des réunions
	Elaborer des plans d'action annuels axés sur les résultats aux différents niveaux de la pyramide sanitaire	Organiser une réunion d'élaboration d'une matrice de planification des activités intégrées	Elaborer les Termes De Référence (TDR) des réunions
	Elaborer des plans d'action annuels axés sur les résultats aux différents niveaux de la pyramide sanitaire	organiser des réunions de coordination	organiser chaque trimestre une réunion de suivi et de coordination des activités de lutte
	Elaborer des plans d'action annuels axés sur les résultats aux différents niveaux de la pyramide sanitaire	Organisation d'ateliers de planification intégrée avec les différents niveaux de la pyramide sanitaire et les autres parties prenantes (parties connexes et ONGD)	Elaborer les Termes De Référence (TDR) des ateliers
	renforcer la collaboration transfrontalière	organiser des réunions transfrontalières	organiser la réunion CI BF
	renforcer la collaboration transfrontalière	organiser des réunions transfrontalières	organiser la réunion CI GUINEE LIBERIA
développer des actions en faveur de la mobilisation des ressources et de la pérennité des financements des programmes	Accroître le financement de l'Etat, des collectivités locales et des partenaires pour la lutte contre les MTN	Organisation d'ateliers d'élaboration de documents de plaidoyer pour un financement prévisible à long terme basé sur le plan directeur	Elaborer les termes de référence Rédiger le document de plaidoyer
	Accroître le financement de l'Etat, des collectivités locales et des partenaires pour la lutte contre les MTN	Faire le plaidoyer auprès du ministère de la santé, et du ministère de l'économie et des finances pour la création d'une ligne budgétaire allouée aux activités de lutte contre les MTN	participer à la conférence budgétaire Rencontrer les autorités compétentes des ministères concernés

	Accroître le financement de l'Etat, des collectivités locales et des partenaires pour lutte contre les MTN	Organiser la mobilisation des ressources auprès des institutions privées nationales et des collectivités locales	participer aux réunions de mobilisation de ressources rencontrer les partenaires de mise en œuvre
	Accroître le financement de l'Etat, des collectivités locales et des partenaires pour lutte contre les MTN	participer aux réunions internationales	reunion du FAC et MRU

**Tableau 25 : Activités identifiées dans la PS3**

<b>STRATEGIE PRIORITAIRE 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation des programmes par le gouvernement, les partenaires et la communauté.</b>			
<b>OBJECTIFS STRATEGIQUES</b>	<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>activité</b>	<b>sous activité</b>
<b>Promouvoir les activités de lutte contre les MTN auprès des décideurs et des communautés</b>	Assurer le renforcement institutionnel des programmes en charge des MTN (organisation, désignation, équipement, logistique, budget... structure et fonction) garantissant la performance des programmes de santé	Créer le programme MTN-CP	Elaborer le projet d'arrêté de création d'un programme MTN-CP
	Assurer le renforcement institutionnel des programmes en charge des MTN (organisation, désignation, équipement, logistique, budget... structure et fonction) garantissant la performance des programmes de santé	mettre en place une plateforme de coordiantion des MTN	Elaborer le projet d'arrêté de création d'une plateforme de coordination
	Assurer le renforcement institutionnel des programmes en charge des MTN (organisation, désignation, équipement, logistique, budget... structure et fonction) garantissant la performance des programmes de santé	Promotion des liens entre programmes de lutte contre les MTN et d'autres programmes de santé	organiser 4 reunions annuelles pour l'intégration des activités des programmes
	Assurer une coordination intrasectorielle, intersectorielle et avec les autres parties prenantes y compris les communautés (ONG, OBC, Institutions de recherche, partenaires au développement) pour une lutte efficace contre les MTN	Améliorer les liens avec les ministères de l'éducation Nationale, des infrastructures, de l'environnement et du développement durable, le Ministère de la famille, de la femme, de l'enfant et des affaires sociales et des ressources animales halieutiques	Organisation de 2 rencontres annuelles avec les autres programmes connexes en vue de l'amélioration de l'assainissement et de l'environnement(PHASE), de l'accès à l'eau potable et de l'éducation en santé
	Assurer une coordination intrasectorielle, intersectorielle et avec les autres parties prenantes y compris les communautés (ONG, OBC, Institutions de recherche, partenaires au développement) pour une lutte efficace contre les MTN	Etablissement d'une collaboration multisectorielle pour lutter contre les insuffisances fonctionnelles qui entravent les interventions des programmes	Organiser des réunions de planification des activités avec tous les acteurs de la lutte contre les MTN

	Assurer le plaidoyer au niveau des décideurs, des leaders, des partenaires et des communautés en faveur de la lutte contre les MTN	Promotion de la coopération entre les donateurs, les programmes de don de médicaments, les ONGD, les agences spécialisées et institutions du système des nations unies	Inscrire les MTN sur l'Agenda des réunions des Partenaires techniques et Financiers du MSLS
	Assurer le plaidoyer au niveau des décideurs, des leaders, des partenaires et des communautés en faveur de la lutte contre les MTN	Promotion de l'appropriation de la lutte contre les MTN par les communautés	Organiser des réunions avec les élus locaux et les autorités coutumières et villageoises
	Assurer le plaidoyer au niveau des décideurs, des leaders, des partenaires et des communautés en faveur de la lutte contre les MTN	Faire le plaidoyer auprès de la DPM pour disposer des médicaments et intrants de qualité	Organiser une rencontre annuelle avec la DPML
	Assurer le plaidoyer au niveau des décideurs, des leaders, des partenaires et des communautés en faveur de la lutte contre les MTN	signer une convention de coopération technique entre la NPSPCI et les programmes MTN	Elaborer la convention
	Assurer le plaidoyer au niveau des décideurs, des leaders, des partenaires et des communautés en faveur de la lutte contre les MTN	Améliorer la coordination entre les différents acteurs impliqués dans l'approvisionnement des médicaments facilitation de l'importation et du dédouanement des médicaments et intrants de la lutte contre les MTN CP	Organiser un atelier sur le renforcement du système d'approvisionnement en médicaments et intrants et des capacités des programmes

**Tableau 26 : Activités identifiées dans la PS4**

<b>STRATEGIE PRIORITAIRE 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche (opérationnelle et fondamentale) des MTN</b>			
<b>OBJECTIFS STRATEGIQUES</b>	<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>activité</b>	<b>sous activité</b>
<b>Assurer le suivi, l'évaluation et la surveillance des interventions de lutte contre les MTN</b>	Assurer le suivi de la mise en œuvre des programmes	monitorer le programme de lutte contre les MTN	Organiser une réunion bilan annuelle des activités de lutte contre les MTN
	Assurer le suivi de la mise en œuvre des programmes	monitorer le programme de lutte contre les MTN	réaliser une évaluation a mi parcours du plan directeur des MTN
	Assurer le suivi de la mise en œuvre des programmes	monitorer le programme de lutte contre les MTN	Réaliser une évaluation finale du plan directeur des MTN
	Assurer le suivi de la mise en œuvre des programmes	Organiser des rencontres de concertation et de coordination sur la lepre	organiser 04 ateliers bilan

	Renforcer la supervision des activités de lutte contre les MTN aux différents niveaux	Organiser des missions de supervision des acteurs aux différents niveaux de prise en charge	Superviser les activités de distribution de masse de l'ivermectine
	Renforcer la supervision des activités de lutte contre les MTN aux différents niveaux	Organiser des missions de supervision des acteurs aux différents niveaux de prise en charge	Superviser les activités de distribution de masse de l'ivermectine couplé à l'albendazole
	Renforcer la supervision des activités de lutte contre les MTN aux différents niveaux	Organiser des missions de supervision des acteurs aux différents niveaux de prise en charge	Superviser les activités de distribution de masse du praziquantel et/ou couplé à l'albendazole
	Renforcer la supervision des activités de lutte contre les MTN aux différents niveaux	Organiser des missions de supervision des acteurs aux différents niveaux de prise en charge	Notifier et prendre en charge les différents cas d'effets secondaires
	Renforcer la supervision des activités de lutte contre les MTN aux différents niveaux	Organiser des missions de supervision des acteurs aux différents niveaux de prise en charge	Elaborer le rapport des campagnes de distribution de masse
	Renforcer la supervision des activités de lutte contre les MTN aux différents niveaux	organiser des supervisions conjointes transfrontalières	elaborer les terme de références mener la supervision conjointe
	Mener les études d'impact des interventions de lutte contre les MTN	organiser des enquête de couverture après traitement de masse	elaborer le protocole et les termes de référence réaliser les enquête de couverture
	Mener les études d'impact des interventions de lutte contre les MTN	organiser l'évaluation des sites sentinelles	Evaluer les sites sentinelles
	Mener les études d'impact des interventions de lutte contre les MTN	Organiser l'évaluation de l'arrêt de la transmission	Evaluer l'évolution du traitement de la filariose après 3 round de traitement
	Mener les études d'impact des interventions de lutte contre les MTN	Organiser l'évaluation de l'arrêt de la transmission	Evaluer l'arrêt de la transmission dans les districts ayant reçu 5 round de traitement
	Mener les études d'impact des interventions de lutte contre les MTN	Recenser les cas de séquelles de lèpre et d'UB	Organiser des missions de dépistage des malades avec séquelles de lèpre et d'UB
	Renforcer la supervision des activités de lutte contre les MTN aux différents niveaux	Superviser les acteurs de terrain impliqués dans la lutte contre l'UB	Superviser les acteurs de terrain impliqués dans la lutte contre l'UB

	Renforcer la supervision des activités de lutte contre les MTN aux différents niveaux	Superviser les acteurs de terrain impliqués dans la lutte contre la lepre	organiser 02 supervisions de l'ECD par le PNEL
	Renforcer la supervision des activités de lutte contre les MTN aux différents niveaux	Superviser les acteurs de terrain impliqués dans la lutte contre la lepre	organiser 4 supervisions des IDE/SF par les ECD
	Mener les études d'impact des interventions de lutte contre les MTN	Confirmer biologiquement les cas d'UB	Collecter et acheminer 2 000 échantillons d'UB au laboratoire de référence (Institut Pasteur)
	Mener les études d'impact des interventions de lutte contre les MTN	Confirmer biologiquement les cas d'UB	Analyser 2 000 échantillons prélevés sur les malades d'UB
	Mener les études d'impact des interventions de lutte contre les MTN	Appuyer l'organisation d'enquêtes d'évaluation de la connaissance de la maladie du VG, du système de récompense et des mécanismes locaux de gestion de veille épidémiologique	Elaboration et validation des fiches d'enquête
	Mener les études d'impact des interventions de lutte contre les MTN	Appuyer l'organisation d'enquêtes d'évaluation de la connaissance de la maladie du VG, du système de récompense et des mécanismes locaux de gestion de veille épidémiologique	Organisation de missions d'enquête dans 20 districts par an
	Mener les études d'impact des interventions de lutte contre les MTN	Appuyer l'organisation d'enquêtes d'évaluation de la connaissance de la maladie du VG, du système de récompense et des mécanismes locaux de gestion de veille épidémiologique	compiler, analyser et diffusion des résultats
	Mener les études d'impact des interventions de lutte contre les MTN	organiser la recherche active de cas de VG dans les zones à risque (districts frontaliers du Mali, Zones d'orpaillage, forte activités agricoles, ..)	Conduite d'enquête épidémiologique de recherche de cas (importés)
	Assurer le suivi de la mise en œuvre des programmes	faire le Suivi des indicateurs post-certifications du VG	Notification du zero cas dans les registres de rapports mensuels des ESPC
	Assurer le suivi de la mise en œuvre des programmes	faire le Suivi des indicateurs post-certifications du VG	Renforcement de la notification des rumeurs de cas de VG par le système SMIR dans les ESPC
	Assurer le suivi de la mise en œuvre des programmes	faire le Suivi des indicateurs post-certifications du VG	Investigation de toute rumeur de cas de VG dans les 24heures
	Mener les études d'impact des interventions de lutte contre les MTN	Organiser des enquêtes épidémiologique	realiser des enquêtes de prevalences dans les villages sous surveillance épidémiologique

	Mener les études d'impact des interventions de lutte contre les MTN	Organiser des enquêtes entomologique	realiser des évaluations entomologiques
	Intensifier la surveillance de la maladie en vue de la riposte	intensifier la surveillance aux frontières	Installer des postes de surveillance épidémiologiques aux frontières
	Intensifier la surveillance de la maladie en vue de la riposte	Impliquer la population en particulier des élèves du primaire dans le maintien de la veille épidémiologiques du VG	Organisation d'un atelier d'élaboration de supports et de manuels sur le VG adaptés en milieu scolaire
	Intensifier la surveillance de la maladie en vue de la riposte	Impliquer la population en particulier des élèves du primaire dans le maintien de la veille épidémiologiques du VG	Production de supports et de manuels
	Intensifier la surveillance de la maladie en vue de la riposte	Impliquer la population en particulier des élèves du primaire dans le maintien de la veille épidémiologiques du VG	Appui à l'organisation de l'émission « Petit à Petit » pour la diffusion de masse sur le ver de guinée dans les écoles
	Intensifier la surveillance de la maladie en vue de la riposte	Apporter un appui au renforcement des capacités de diffusion des journalistes (presse écrite/ Télé et Radio), sur la connaissance de la maladie et le système de récompense.	Organisation d'un atelier de renforcement des capacités des journalistes (presse écrite/ Télé et Radio), sur la connaissance de la maladie et le système de récompense.
	Intensifier la surveillance de la maladie en vue de la riposte	Apporter un appui au renforcement des capacités de diffusion des journalistes (presse écrite/ Télé et Radio), sur la connaissance de la maladie et le système de récompense.	Signature de 160 contrats avec les radio de proximité pour la diffusion de messages de sensibilisation sur le ver de Guinée
	Intensifier la surveillance de la maladie en vue de la riposte	Organiser des Supervisions des acteurs de terrain à tous les niveaux	Organisation des acteurs périphériques par le niveau intermédiaire
	Intensifier la surveillance de la maladie en vue de la riposte	Organiser des Supervisions des acteurs de terrain à tous les niveaux	Organisation des supervisions par le niveau central
<b>produire des données de qualité</b>	Renforcer la gestion des données de lutte contre les MTN	deployer la base de données intégré des MTN dans les 82 districts sanitaires du pays	Former 06 chargés de suivi evaluation du niveau central et 82 gestionnaires des donnée a l'utilisation de l'outils BDIM

	Renforcer la gestion des données de lutte contre les MTN	deployer la base de données intégrée des MTN dans les 82 districts sanitaires du pays	Doter 82 services de gestion de données du niveau périphérique en ordinateur de bureau pour la gestion de la BDIM
	Renforcer la gestion des données de lutte contre les MTN	deployer la base de données intégrée des MTN dans les 82 districts sanitaires du pays	Evaluer 12 PEA par le DQA
	Renforcer la gestion des données de lutte contre les MTN	deployer la base de données intégrée des MTN dans les 82 districts sanitaires du pays	Organiser un atelier d'appropriation de la BDIM par la DPPEIS
<b>Promouvoir la recherche</b>		Faire le plaidoyer auprès des Institutions de recherche pour réaliser des études sur les MTN	organiser des réunions
		Etablir un partenariat avec les institutions nationales et Internationales de Recherche	signer une convention avec les institutions nationales et internationales de recherche
		Identifier les domaines prioritaires de recherche	Réaliser une étude sur l'impact socio-économique de l'éradication du VG dans 36 districts anciennement endémiques
		Réaliser des projets de recherche	Rédiger des protocoles de recherches

#### **II.4. Mise à l'échelle des interventions de lutte contre les MTN**

##### **II.4.1. Les interventions de chimiothérapie préventive de masse**

Selon les normes et procédures établies, les interventions de traitements de masse dépendent de l'intensité de la maladie dans les zones d'interventions. Cette intensité est évaluée lors de la cartographie et l'évaluation des sites sentinelles permet d'établir les cycles de traitements requis. Le tableau 27 ci-dessous résume la plan de passage à l'échelle des traitements de masse contre ces maladies jusqu'à l'atteinte des objectifs.

##### **a) Pour la lutte contre l'onchocercose**

**b) Pour la lutte contre la filariose lymphatique et les géohelminthiases**

La lutte contre la filariose lymphatique a démarré en 2012 par le traitement de 4 districts sanitaires et en 2014 à vue l'augmentation du nombre de districts traités à 33.

A partir de 2016, selon le plan de passage à l'échelle établi, tous les autres districts devront bénéficier de traitement de masse à l'ivermectine et à l'albendazole pour l'atteinte de l'objectif d'élimination de la maladie en 2020 au plus tard. Pour ce qui concerne le traitement de masse contre les **géohelminthiases**, il est important de capitaliser les actions menées dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose et la filariose lymphatique. Mais aussi le traitement en intégré avec la schistosomiase nous permet de couvrir tous les districts endémiques aux géohelminthiases et qui nécessite un traitement selon le protocole de l'OMS. Les populations cibles pour ces interventions spécifiques sont essentiellement les enfants d'âge scolaire (5 – 14 ans) et les groupes cibles à haut risque.

**c) Pour la lutte contre les schistosomias**

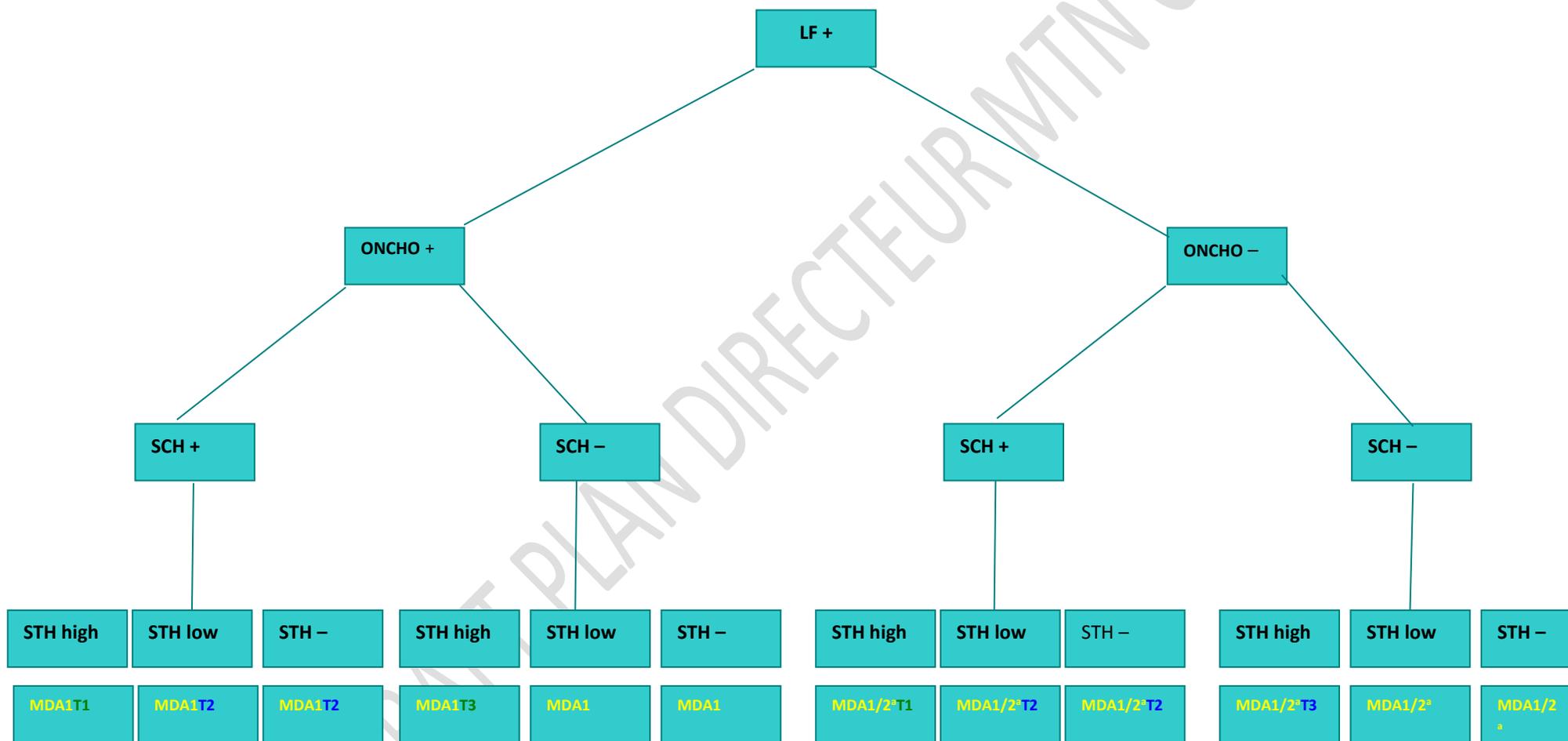
Les traitements de masse dans le cadre de la lutte contre les **schistosomias** ont démarré en 2012. En 2014 avec l'achèvement de la cartographie nous connaissons le rythme de traitement des districts sanitaires en fonction de leurs prévalences. Jusqu'à ce jour 62 districts sanitaires ont déjà bénéficiés d'un tour de traitement. Ce qui nous a permis de traité plus de 3 millions enfants d'âge scolaire.

**d) Pour la lutte contre le trachome**

**Tableau 27** : Plan de passage à l'échelle des interventions de lutte contre les MTN à CTP

Programmes	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Onchocercose et filariose lymphatique	<p>Les traitements intégrés de lutte contre ces maladies a débuté en 2014 par le traitement de 33 districts FL et FLOncho et 10 districts Oncho.</p> <p>2015- 2019 : 54+7 districts sanitaires seront traités avec le DMM1 (IVM+ALB) ; 13 districts sanitaires avec le DMM3 (IVM)</p> <p>TAS en 2018 : si la TAS est faite en 2018 pour le district sanitaire d'Alépé et que les résultats plaident en faveur d'un arrêt des traitements de masse dans le cadre de la lutte contre la FL pour ce district, poursuivre uniquement les traitements par l'IVM (DMM3) dans les zones Oncho en attendant une décision d'arrêt des traitements.</p> <p>TAS en 2020 : se préparer à faire une TAS pour les 60 autres districts sanitaires suite aux 5 cycles de traitements qu'ils auront reçus.</p>						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Schistosomiasés Cible : EAS (24%)	<p>2014 : ce sont 62 districts sanitaires qui ont reçu au moins un tour de traitement. Il nous reste désormais 18 districts sanitaires qui n'ont pas encore été traités.</p> <p>2015 : tous les districts sanitaires recevront un tour de traitement</p> <p>2016-2020 : les traitements se feront en fonction de la prévalence des districts sanitaires endémiques.</p>						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Géohelminthiases	<p>2014 :le traitement des géohelminthiases se fait d'une part à travers le traitement de la filariose lymphatique. Ce sont effectivement 33 districts sanitaires qui ont été traités avec 10 districts dont la prévalence étaient supérieure à 20%.</p> <p>2015 – 2020 : ce sera 61 districts sanitaires qui seront traités régulièrement dont 22 avec une prévalence supérieure à 20%, les 6 districts sanitaires restants le seront traités avec la schistosomiase en fonction du rythme de traitement de ces districts.</p>						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Trachome							

Algorithm 1 ~ Coordinated implementation of preventive chemotherapy interventions



Algorithm 2 ~ Coordinated implementation of preventive chemotherapy interventions

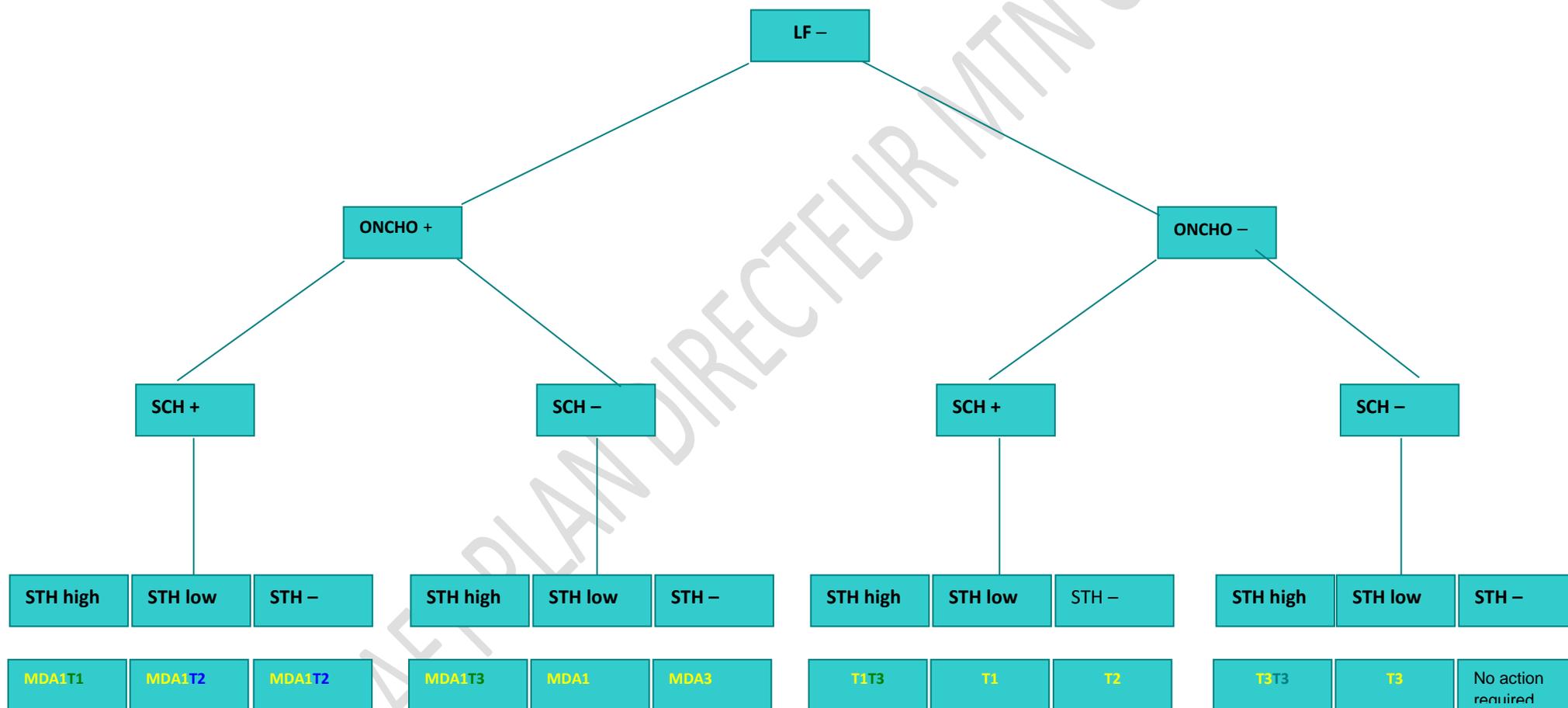


Figure 7 et 8 : combinaison thérapeutique des MTN CP

**Rappel sur les combinaisons thérapeutiques en matière de chimiothérapie préventive de masse :**

- MDA1 : IVM + ALB (pour la FL dans les zones endémiques à l'onchocercose)
- MDA2 : DEC + ALB (pour la FL dans les zones non endémiques à l'onchocercose)
- MDA3 : IVM (pour l'onchocercose uniquement)
- T1 : ALB + PZQ ou MBD + PZQ (pour géohelminthiases et schistosomias)
- T2 : PZQ (pour schistosomias uniquement)
- T3 : ALB ou MBD (pour les géohelminthiases uniquement)
- T4 : AZT (pour le trachome cécitant)

**Tableau 28** : Distribution des MTN et population selon les Régions et Aires de Santé en 2014

REGIONS SANITAIRES	DISTRICTS SANITAIRES	Population totale 2016 (RGPH 2014)	MTN	MOLECULE
ABIDJAN 1-GRANDS PONTS	ADJAME PLATEAU ATTECOUBE	675 162	Schisto STH	PZQ,ALB
ABIDJAN 1-GRANDS PONTS	DABOU	156 716	Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
ABIDJAN 1-GRANDS PONTS	GRAND LAHOU	159 283	FL Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
ABIDJAN 1-GRANDS PONTS	JACQUEVILLE	59 274	FL Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
ABIDJAN 1-GRANDS PONTS	YOPOUGON EST	534 980	FL Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
ABIDJAN 1-GRANDS PONTS	YOPOUGON OUEST SONGON	651 997	FL Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
ABIDJAN 2	ABOBO EST	576 812	Schisto STH	PZQ,ALB
ABIDJAN 2	ABOBO OUEST	508 137	Schisto STH	PZQ,ALB
ABIDJAN 2	ANYAMA	173 485	Schisto STH	PZQ,ALB
ABIDJAN 2	COCODY BINGERVILLE	566 734	FL Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
ABIDJAN 2	KOUMASSI PORT BOUET VRIDI	897 061	Schisto STH	PZQ,ALB
ABIDJAN 2	MARCORY TREICHVILLE	371 003	Schisto STH	PZQ,ALB
AGNEBY-TIASSA-ME	ADZOPE	203 711	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
AGNEBY-TIASSA-ME	AGBOVILLE	307 496	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
AGNEBY-TIASSA-ME	AKOUBE	205 593	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ

<b>AGNEBY-TIASSA-ME</b>	ALEPE	132 508	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>AGNEBY-TIASSA-ME</b>	SIKENSI	82 570	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>AGNEBY-TIASSA-ME</b>	TIASSALE	248 752	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>BELIER</b>	DIDIEVI	98 635	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>BELIER</b>	TIEBISSOU	103 935	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>BELIER</b>	TOUMODI	162 465	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>BELIER</b>	YAMOOUSSOUKRO	374 303	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>BOUNKANI-GONTOUGO</b>	BONDOUKOU	351 285	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>BOUNKANI-GONTOUGO</b>	BOUNA	234 367	FL Oncho Schisto STH Trachome	IVM,ALB,PZQ,AZT
<b>BOUNKANI-GONTOUGO</b>	NASSIAN	46 874	FL Oncho STH	IVM,ALB
<b>BOUNKANI-GONTOUGO</b>	TANDA	351 044	FL Oncho STH	IVM,ALB
<b>CAVALLY-GUEMON</b>	BANGOLO	334 886	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>CAVALLY-GUEMON</b>	BLOLEQUIN	129 833	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>CAVALLY-GUEMON</b>	DUEKOUÉ	429 648	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>CAVALLY-GUEMON</b>	GUIGLO	294 367	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>CAVALLY-GUEMON</b>	KOUBLY	203 288	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>CAVALLY-GUEMON</b>	TOULEPLEU	59 994	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>GBEKE</b>	BEOUMI	162 329	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>GBEKE</b>	BOUAKE NORD EST	217 891	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>GBEKE</b>	BOUAKE NORD OUEST	358 937	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>GBEKE</b>	BOUAKE SUD	225 437	Schisto STH	PZQ,ALB
<b>GBEKE</b>	SAKASSOU	99 505	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>GBOKLE-NAWA-SAN-PEDRO</b>	GUEYO	88 088	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>GBOKLE-NAWA-SAN-PEDRO</b>	SAN-PEDRO	664 403	FL Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>GBOKLE-NAWA-SAN-PEDRO</b>	SASSANDRA	315 276	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>GBOKLE-NAWA-SAN-PEDRO</b>	SOUBRE	1 020 469	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ

<b>GBOKLE-NAWA-SAN-PEDRO</b>	TABOU	205 808	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>GÔH</b>	GAGNOA	633 814	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>GÔH</b>	OUME	288 455	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>HAMBOL</b>	DABAKALA	199 224	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>HAMBOL</b>	KATIOLA	112 537	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>HAMBOL</b>	NIAKARAMADOUGOU	140 867	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>HAUT SASSANDRA</b>	DALOA	739 133	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>HAUT SASSANDRA</b>	ISSIA	345 173	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>HAUT SASSANDRA</b>	VAVOUA	422 031	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>INDENIE DUABLIN</b>	ABENGOUROU	353 855	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>INDENIE DUABLIN</b>	AGNIBILEKROU	177 048	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>INDENIE DUABLIN</b>	BETTIE	59 050	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>KABADOUGOU-BAFING-FOLON</b>	MINIGNAN	101 494	Oncho Schisto STH Trachome	IVM,ALB,PZQ,AZT
<b>KABADOUGOU-BAFING-FOLON</b>	ODIENNE	203 549	FL Oncho Schisto STH Trachome	IVM,ALB,PZQ,AZT
<b>KABADOUGOU-BAFING-FOLON</b>	TOUBA	192 689	Oncho Schisto STH Trachome	IVM,ALB,PZQ,AZT
<b>LÔH-DJIBOUA</b>	DIVO	554 726	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>LÔH-DJIBOUA</b>	FRESCO	106 634	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>LÔH-DJIBOUA</b>	LAKOTA	212 852	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>MARAHOUÉ</b>	BOUAFLE	431 264	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>MARAHOUÉ</b>	SINFRA	250 552	FL Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>MARAHOUÉ</b>	ZUENOULA	225 953	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>N'ZI-IFOU</b>	BOCANDA	164 767	Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>N'ZI-IFOU</b>	BONGOUANOU	371 190	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>N'ZI-IFOU</b>	DAOUKRO	167 465	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>N'ZI-IFOU</b>	DIMBOKRO	95 852	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>N'ZI-IFOU</b>	M'BAHIKRO	83 970	Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ

<b>N'ZI-IFOU</b>	PRIKRO	76 624	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>PORO-TCHOLOGO-BAGOUE</b>	BOUNDIALI	270 834	Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>PORO-TCHOLOGO-BAGOUE</b>	FERKESSEDOUGOU	243 370	Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>PORO-TCHOLOGO-BAGOUE</b>	KORHOGO	804 089	Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>PORO-TCHOLOGO-BAGOUE</b>	OUANGOLODOUGOU	249 238	Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>PORO-TCHOLOGO-BAGOUE</b>	TENGRELA	124 643	Schisto STH	PZQ,ALB
<b>SUD-COMOE</b>	ABOISSO	324 068	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>SUD-COMOE</b>	ADIAKE	163 907	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>SUD-COMOE</b>	GRAND-BASSAM	188 496	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>TONKPI</b>	BIANKOUMA	206 501	Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>TONKPI</b>	DANANE	281 220	Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>TONKPI</b>	MAN	351 768	Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>TONKPI</b>	ZOUAN HOUNIEN	205 358	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>WORODOUGOU-BERE</b>	MANKONO	410 289	Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ
<b>WORODOUGOU-BERE</b>	SEGUELA	286 680	FL Oncho Schisto STH	IVM,ALB,PZQ

Ces combinaisons thérapeutiques sont susceptibles de connaître des changements, si des investigations d'impact sont menées dans des districts sanitaires après les 5 cycles de traitements pour la lutte contre la filariose lymphatique.

Le plan de passage à l'échelle montre qu'entre 2014 et 2015, toutes les interventions sur les MTN seront entamées. La période 2018 – 2020 sera mise à profit pour évaluer l'impact des interventions pour le contrôle et l'élimination de ces maladies. En principe, avec le soutien des Partenaires et l'engagement des autorités nationales, les objectifs peuvent être atteints. Il importe cependant d'accorder une attention particulière aux ressources humaines au sein de la coordination des programmes MTN, à la gouvernance des programmes et au leadership des différents coordonnateurs.

e) **Gestion de la morbidité pour les MTN/CTP**

La lutte contre les MTN ne se limite pas seulement aux traitements de masse dans le cadre de la chimiothérapie préventive. Ces maladies bénéficiant de cette stratégie présentent des complications qui font leur gravité et sont à l'origine de la stigmatisation dont sont victimes les malades. C'est dans le cadre de leur prévention que cette chimiothérapie est d'ailleurs menée.

Aussi bien l'**onchocercose**, que la **filariose lymphatique**, les **schistosomiasis** et le **trachome** sont à l'origine de complications qui peuvent arriver à être irréversibles comme la cécité avec l'onchocercose ou l'éléphantiasis et le lymphœdème pour la filariose lymphatique. Les complications urogénitales avec les schistosomiasis (pathologie génito-urinaire voire cancers génito-urinaires, hypo fécondité, graves pathologies hépatiques) font toute la gravité de ces maladies. Quant au trichiasis, par la cécité qu'elle entraîne constitue la grande menace en matière de santé oculaire. C'est pourquoi, dans le cadre du déroulement de la stratégie CHANCE, elle constitue un élément fondamental de la lutte contre le trachome.

Ainsi, au cours des campagnes de traitements de masse, il importe de détecter toute la morbidité souvent cachée dans les communautés (éléphantiasis et lymphœdème notamment) et les cas de trichiasis dont la cause est souvent méconnue des populations pour leur apporter les sanctions thérapeutiques appropriées. En routine, la gestion des complications de schistosomiasis pourra se faire.

Les enfants sont les grandes victimes de l'anémie, complication fréquente des géohelminthiases, à l'origine d'une grande souffrance de ces enfants d'âge préscolaire ou scolaire. Il importe de lui accorder une plus grande attention par leur prévention à travers les campagnes de traitements de masse ou leur prise en charge effective par des médications appropriées.

L'OMS a mis à la disposition des guides pour la prise en charge de cette morbidité.

#### **II.4.2. Les Maladies bénéficiant de la gestion innovative et intensive des cas**

Les maladies identifiées pour la gestion intensive et innovative du cas sont le ver de guinée, Trypanosomiase humaine africaine, la lèpre, l'ulcère de Buruli et le pian.

##### **a) Pour la lutte contre la lèpre**

La Côte d'Ivoire a atteint au niveau national le seuil d'élimination qui est de moins de 1 cas pour 10 000 habitants avec l'application de la polychimiothérapie (PCT). Malgré ces bons résultats, on détecte encore un nombre élevé de malades sur tout le territoire national (environ 1000 nouveaux cas par an). Il existe à ce jour deux districts encore endémiques. Le défi reste l'intensification de la lutte de manière à éliminer la lèpre dans ces deux districts, maintenir les autres en dessous du seuil d'élimination et organiser des recherches actives des cas dans les districts à fort taux de dépistage.

La prise en charge des complications de la lèpre sera assurée pour les cas simples dans tous les districts sanitaires par les Infirmiers Spécialistes lèpre et les plus graves seront référées dans les 04 Centres d'Orientation et de Référence(COR) du pays.

##### **b) Pour l'éradication du ver de guinée**

La Côte d'Ivoire est parvenu depuis 2007 à l'arrêt de la transmission du ver de guinée sur l'ensemble du territoire national. Ce résultat a été consacré par le certificat de l'éradication du ver de guinée décerné à la Côte d'Ivoire en décembre 2013. Toutefois, conformément aux recommandations du Comité international de la certification devra continuer la surveillance dans les districts sanitaires y compris les districts sans histoire de ver de guinée.

Cette surveillance consiste à endiguer tout cas éventuel de ver guinée dans les 24h de sa notification. Pour atteindre cet objectif, la Côte d'Ivoire a entre autre inscrit la surveillance du ver guinée sur la liste des maladies à déclaration obligatoire. Les différentes activités inscrites permettront au programme en charge du ver de guinée d'assurer la diffusion des outils de surveillance et son appropriation par l'ensemble des districts sanitaires et la population en particulier les moins de 25 ans.

#### **II.4.3. La prévention des MTN**

Dans la lutte contre la filariose lymphatique, la promotion de l'utilisation des matériaux traités par les insecticides devra permettre la prévention de la transmission étant donné que le vecteur majeur du paludisme est celui qui transmet cette maladie.

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

**a) Le trachome**

L'application des mesures d'hygiène individuelle et collective a fait disparaître cette maladie dans les pays développés. Le trachome est considéré comme une véritable maladie de la pauvreté et de la mauvaise éducation sanitaire. Ces mesures seront encouragées par le plaidoyer au niveau des Secteurs en charge de ces volets dans le pays. D'autre part, des projets pilotes d'application globale de la stratégie CHANCE seront menés, en particulier dans les zones où les questions d'eau, hygiène et assainissement sont des plus précaires. L'éducation sanitaire des populations sera renforcée partout où sévit le trachome pour une meilleure protection des investissements faits dans la chimiothérapie préventive de masse, qui, on le sait, ne permet pas à elle seule d'éliminer le trachome cécitant.

**b) La filariose lymphatique**

Les mesures de lutte intégrée contre les vecteurs du paludisme, en particulier contre le vecteur majeur, *Anopheles*, ont un impact positif dans la transmission de la filariose lymphatique aussi transmise par ce même moustique. C'est pourquoi, tous les acquis de la lutte contre ce vecteur seront capitalisés comme une contribution dans la lutte contre la FL d'où l'importance de l'approche inter programme promue dans la lutte contre les MTN.

**c) Les schistosomiasés et les géohelminthiases**

De même que la lutte contre le trachome, les mesures d'hygiène individuelle et collective, d'éducation sanitaire auront un important impact dans la prévention des schistosomiasés et des géohelminthiases. Les enfants payant le plus lourd tribut à ces maladies, il est capital de mettre en place des mécanismes de coordination entre les Secteurs de la Santé et de l'Education qui doivent joindre leurs efforts pour l'atteinte des objectifs communs de santé des enfants d'âge scolaire ou préscolaire, scolarisés ou non.

### III. Gestion du Plan directeur de lutte contre les MTN

La lutte contre les MTN est caractérisée par le fait qu'elle regroupe plusieurs affections (onchocercose, filariose lymphatique, schistosomiasis, géohelminthiases, trachome, THA, lèpre, ulcère de Buruli, pian et ver de guinée) et les nombreux acteurs qu'elle doit impliquer.

### **III.1. La Coordination**

#### **III.1.1. Coordination des différents programmes**

Six (6) programmes se partagent la lutte contre les MTN réparties en deux groupes.

Le premier regroupe les MTN à CP, ce sont le programme national de lutte contre la schistosomiose, les géohelminthiases et la filariose lymphatique et le programme national de santé oculaire et de lutte contre l'onchocercose.

Le deuxième groupe représente le MTN à PCC et se compose du programme national d'élimination de la trypanosomiase humaine africaine, du programme national d'élimination de la lèpre, du programme national de lutte contre le ver de guinée eau et assainissement et du programme de lutte contre l'ulcère de buruli.

Chaque programme est sous la Direction d'un coordonnateur qui organise et met en œuvre les activités de lutte.

Dans le cadre de la lutte intégrée contre les maladies à chimiothérapie préventive, et pour une meilleure coordination de la lutte contre ces maladies, il serait opportun de créer un programme national de lutte contre le MTN CP.

Aussi dans un cadre globale de lutte contre tous les maladies tropicales négligées, une plateforme de coordination permettra de suivre les activités mené par chaque programme pour l'atteinte de ces objectifs.

#### **III.1.2. Coordination au sein du Ministère la Santé et de la lutte contre le Sida**

**a) Au niveau central**

Tous les programmes de santé sont sous la tutelle de la direction générale de la santé. Elle apporte un appui institutionnel, technique et renforce l'action des programmes au niveau des régions et districts sanitaires.

**b) Au niveau des Régions et Aires de Santé**

La lutte contre les MTN passe par l'implication des acteurs du niveau régional et district. A ce titre une série d'action (formation, réunions, supervisions) organisée à différents niveaux de la pyramide sanitaire permet aux acteurs de s'approprier la lutte.

**III.1.3. Coordination avec les autres parties prenantes**

Une bonne coordination et une excellente collaboration entre ces Partenaires Techniques et Financiers et les programmes seront une garantie du succès de la lutte contre les MTN et l'atteinte des différents objectifs.

Ces partenaires devront participer aux réunions bilans annuelles, appuyer les programmes MTN pour le suivi des décisions, des recommandations et aider à la résolution des problèmes identifiés. La gouvernance de la lutte contre les MTN devra bien mettre à profit ces instances pour se renforcer. Les Universités, les Institutions de recherche devront appuyer les programmes nationaux en mettant à disposition les résultats de la recherche en matière de Maladies Tropicales Négligées. Cette recherche sera soutenue et promue par les programmes nationaux en collaboration avec ces institutions.

**III.2. Suivi et évaluation de la mise en œuvre du Plan directeur**

**III.2.1. Suivi de la gestion des ressources**

La gestion des différentes ressources (humaines, matérielles, logistiques et financières) se fera avec la plus grande efficacité et une transparence totale. L'obligation de rendre compte doit être un souci permanent des agents responsables de la lutte contre les MTN à tous les niveaux. Une grande attention sera accordée à la gestion des médicaments gratuitement mis à la disposition des Partenaires et après chaque campagne de DMM les données en rapport avec l'utilisation des médicaments seront intégrées dans les rapports élaborés. L'OMS poursuivra son soutien au pays pour la disponibilité à temps de ces médicaments.

**III.2.2. Suivi de l'exécution des activités**

Le suivi de l'exécution des activités de lutte contre les MTN planifiées aussi bien du niveau central que dans les Régions et districts devra se faire méticuleusement. Ces activités seront inscrites dans les Plans d'opérations annuels eux-mêmes dans la ligne du Plan directeur de lutte contre les MTN. Tous les acteurs de la lutte contre les MTN devront s'aligner sur les objectifs inscrits dans ces plans et les activités suivies par les Coordonnateurs. Ces derniers auront leurs tableaux de bord qui leur permettront de continuellement suivre les activités et procéder au besoin aux réajustements requis, en particulier pour les activités hors plans. Le plan de suivi évaluation sera un outil fort utile dans le suivi des activités.

En ce début d'exécution du Plan directeur, une priorité doit être accordée aux activités de plaidoyer pour la mobilisation des ressources mais aussi aux formations pour une mise en œuvre correcte de la lutte. Dans tous les cas, malgré l'importance à accorder à toutes les activités, une certaine chronologie doit être respectée pour une plus grande efficacité de la lutte.

### **III.2.3. Suivi des résultats**

Le suivi méticuleux des résultats obtenus par les différents acteurs de la lutte contre les MTN sera assuré par une équipe de gestionnaire de donnée à travers l'utilisation de la base de données intégré des MTN, l'application de l'outil d'évaluation de la qualité des données et les différentes rencontres techniques de validation des données issues du traitement. Les échéanciers étant proches pour l'élimination ou le contrôle des MTN, il importe de suivre avec l'attention requise les couvertures géographiques et thérapeutiques en s'assurant qu'elles soient bonnes d'atteindre la phase d'évaluation d'impact. Il faudrait continuellement s'assurer de la fiabilité des données et leur partage avec les acteurs de terrain avec qui, une vision commune est partagée dans ce début d'exécution du Plan directeur.

### **III.2.4. Evaluation de l'impact des interventions**

En respect des normes et procédures de lutte contre les MTN, en particulier à CTP, le suivi de l'impact des interventions doit être une préoccupation des gestionnaires des programmes. Le traitement de masse ayant débuté dans la plus part des districts sanitaires en 2014, les évaluations d'impact ne pourraient être envisagé que dans la période de 2020. Seul un district (ALEPE) dont le traitement a débuté en 2013 et qui connaît un rythme régulier de traitement peut prétendre à une évaluation d'impact à l'horizon 2018.

Il faudra, pour un bon suivi de l'impact des interventions, prendre en compte les données de couverture des Secteurs en charge des questions d'eau, assainissement ainsi que de la lutte antivectorielle menée par d'autres programmes de santé, comme la lutte antipaludique. C'est ici que la collaboration intersectorielle et inter programme montrent toute leur importance.

### **III.2.5. Pharmacovigilance**

Il est urgent de s'assurer de l'exécution correcte des activités de pharmacovigilance dans ce contexte de co-endémicité quasi générale des MTN dans toutes les districts sanitaires, en particulier lors du passage à l'échelle avec la distribution massive des médicaments dans ces districts où les populations n'ont pas reçu à la fois ces associations de médicaments, en particulier avec le praziquantel. Il importe de s'assurer du respect d'un intervalle d'au moins une semaine entre la prise des antiparasitaires et l'azithromycine. L'intégration dans le système national de pharmacovigilance doit se faire dès le départ et requiert une bonne coordination de la part des programmes.

### **III.2.6. Contrôle de qualité des médicaments**

Une grande ambition de ce volet est affichée au sein du Ministère de la Santé et le management de la lutte contre les MTN devra apporter tout son soutien à la mise en place d'une politique nationale de contrôle de qualité des médicaments, en particulier ceux distribués en masse au sein des communautés. Tous les lots de médicaments MTN/CTP devront faire l'objet de prélèvement pour ce contrôle de qualité.

La mise en place de ce dispositif pourra être considérée comme une forte contribution de la lutte contre les MTN au renforcement du Système de Santé.

### III.3. Suivi / évaluation des indicateurs du Plan directeur de lutte contre les MTN

**Tableau 29** : Indicateurs de suivi / évaluation du Plan directeur (PS1)

STRATEGIE PRIORITAIRE 1 : Mettre à l'échelle les interventions de lutte, les traitements et les capacités de prestation de service du programme MTN			
OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	INDICATEURS	SOURCE DE VERIFICATION
Déterminer la distribution géographique des MTN	Compléter la cartographie des MTN à PCC	le protocole d'enquête est élaboré et disponible	protocole
		nombre d'enquêtes épidémiologiques initiales sur le pian réalisées	rapports d'enquêtes
	Prospecter les autres districts non cartographiés pour le trachome	nombre de districts enquêtés	rapports d'enquêtes
	Mener des investigations épidémiologiques en direction des autres MTN peu connus en vue de leur meilleure prise en charge (leishmanioses, rage, dengue)	nombre de districts enquêtés pour le trachome	rapports d'enquêtes
Conduire les interventions de lutte et le traitement dans tous les districts endémiques aux MTN	Traiter tous les districts endémiques aux MTN	Nombre de séances de distribution d'ivermectine réalisées	rapport d'activité
		Nombre de séances de distribution d'ivermectine couplée à l'albendazole réalisées	rapport d'activité
		Nombre de séances de distribution de praziquantel réalisées	rapport d'activité
		nombre de rapport de distribution de masse réalisées	rapport d'activité
		nombre de toises , registre ,modules confectionnés pour le traitement de l'onchocercose	bordsereau de livraison
		nombre de fiche de traitement, de modules confectionnés pour le traitement de la filariose lymphatique	bordsereau de livraison
		nombre de fiche de traitement, de modules confectionnés pour le traitement de la schistosomiase	bordsereau de livraison
		nombre de fiche de traitement, de modules confectionnés pour le traitement du pian	bordsereau de livraison

	Nombre de séances de distribution d'azithromicine pour le traitement du pian réalisées	rapport d'activité
Assurer la disponibilité des médicaments et intrants MTN	nombre de districts dont les besoins ont été estimé en ivermectine, praziquantel et albendazole nombre de requête soumis	rapport de commande
Assurer la disponibilité des médicaments et intrants MTN	quantité et type de medicmanet reçu	bordsereau de livraison
	nombre de toises d'ivermectine confectionnés	bordsereau de livraison
	nombre de toises de praziquantel confectionnés	bordsereau de livraison
	nombre de districts aprovisionnés en medicament et intrant de lutte contre les MTN CP	bordsereau de livraison
	nombre de districts aprovisionnés en PCT	bordsereau de livraison
	nombre de districts dont les besoins ont été estimé en azithromicine et en intrants pour l'UB	bordsereau de livraison
	nombre de districts aprovisionnés en intrants de lutte contre le pian et l'UB	bordsereau de livraison
Développer la Communication pour le Changement du Comportement Durable (CCCD)	nombre d'affiches, dépliants ,pagivotes confectionnés pour les MTN CP	rapport d'activité
	nombre de spots radio, télé et journaux diffusés sur la filariose et l'onchocercose	rapport d'activité
	nombre de film institutionnels diffusés	rapport d'activité
	nombre de spots radio, télé et journaux diffusés et nombre d'affiches, affichettes confetionnées sur la schistosomiase	rapport d'activité
	nombre de sensibilisation menées	rapport d'activité
	nombre de messages et slogans élaborés sur la lèpre	rapport d'activité
	nombre de teeshirts confectionnés pour la lèpre	rapport d'activité
	nombre d'affiches, posters édités sur la lèpre	rapport d'activité
	nombre de supports de communnication diffusés sur la lèpre	rapport d'activité
	nombre de séances d'information et de formation sur la lèpre organisées	rapport d'activité

		nombre de journées mondiale de la lèpre organisés	rapport d'activité
		nombre de campagnes de dépistages de la lèpre menées	rapport d'activité
	Assurer une pharmacovigilance au cours des campagnes de traitement de masse	nombre de cas d'effets secondaires notifiés et pris en charge	rapport d'activité
	Assurer correctement la prise en charge des morbidités et des complications dues aux MTN	nombre de districts ayant communiqué des cas de morbidité nombre de morbidités déclarées	rapport d'activité
		nombre d'intervention chirurgicalee sur les hydrocèlee et les éléphanthiasis réalisées	rapport d'activité
		nombre de chirurgies réparatrices des sequelles des cas de lèpre et de UB réalisées	rapport d'activité
		nombre rééducations fonctionnelles des cas de lèpre et d'UB réalisées	rapport d'activité
	Promouvoir les autres interventions (LIV[1], Education sanitaire, Eau hygiène assainissement, gestion de l'environnement) de la stratégie PHASE pour une consolidation des acquis.	nombre de campagne menées sur les autres mesures de lutte contre les MTN	rapport d'activité
accroître les capacités de prestation de service des programmes MTN	Assurer le Renforcement des capacités des RH y compris communautaires en charge de la lutte contre les MTN. (formation, logiciel...ASC, enseignant...)	le nombre de gestionnaires de médicaments formés	rapport d'activité
		le nombre de gestionnaires de données formés	rapport d'activité
		le nombre de gestionnaires de programme formés	rapport d'activité
		le nombre d'agent de santé formés à la prise en charge intégré de lutte contre la filariose lymphatique et l'onchocercose	rapport d'activité
		le nombre d'agent de santé formés à la prise en charge de la schistosomiase	rapport d'activité
		le nombre de directeurs et SAS formés	rapport d'activité
		le nombre d'agent de santé communautaire formés à la distribution de l'iverlectine couplée à l'albendazole	rapport d'activité
		le nombre d'agent de santé communautaire formés à la distribution du praziquantel	rapport d'activité
		le nombre d'infirmier spécialistes formés à la prise en charge des complications du trachome	rapport d'activité

le nombre de techniciens formés en entomologie	rapport d'activité
le nombre de spécialistes formés en épidémiologie	rapport d'activité
le nombre de techniciens formés en biopsie cutanée et nombre de techniciens formés en microscopie	rapport d'activité
le nombre de pharmaciens mis à la disposition des programmes MTN	rapport d'activité
le nombre d'agent de santé formés à la prise en charge des lymphoedèmes	rapport d'activité
le nombre de modules et d'outils pour la prise en charge des MTN PCC élaborés et validés	rapport d'activité
le nombre de DR, DD et medecins formés sur la lèpre	rapport d'activité
le nombre de IDE/SFDE formés sur la lèpre	rapport d'activité
le nombre d'agents de santé communautaires formés sur la lèpre	rapport d'activité
le nombre d'infirmier spécialiste lèpre formés	rapport d'activité
le nombre de points focaux formés aux diagnostics et à la prise en charge des cas d'UB	rapport d'activité
le nombre d'IDE formés aux diagnostics et à la prise en charge des cas d'UB	rapport d'activité
le nombre d'IDE formés à la suspicion des cas de THA	rapport d'activité
le nombre de chirurgiens formés à la prise en charge compliqués des cas d'UB	rapport d'activité
Nombre de membres d'équipe cadre formés sur le ver de guinée	rapport d'activité
Nombre d'agent de santé et d'ASC formés sur le ver de guinée	rapport d'activité
Nombre de districts notifiant et investiguant les cas de rumeurs de VG dans les 24h, rapportés par la SIMR	rapport d'activité
Nombre de districts notifiant « zéro cas » de VG	rapport d'activité

Renforcer les capacités des ressources matérielles	nombre d'agent de santé formés à la prise en charge des cas de pian	rapport d'activité
	nombre d'agent de santé communautaires et enseignants formés à la distribution de l'azithromycine	rapport d'activité
	nombre de centre approvisionné en matériel de réadaptation	bordsereau de livraison
	nombre de matériels informatiques acquis au niveau central	rapport d'activité
	nombre de matériels informatiques acquis au niveau des districts sanitaires	rapport d'activité
	nombre de véhicule acquis au niveau central	rapport d'activité
	nombre de motos acquis pour les activités de supervision des districts sanitaires	rapport d'activité
	nombre de velos acquis pour les distributeurs communautaires	rapport d'activité
	nombre de vehicules achetés pour la lutte contre la lèpre et la surveillance du ver de guinée	rapport d'activité
	nomnre de ISL doter en carburant	rapport d'activité

**Tableau 30** : Indicateurs de suivi / évaluation du Plan directeur (PS2)

STRATEGIE PRIORITAIRE 2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la pérennité des financements des programmes MTN			
OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	INDICATEURS	SOURCE DE VERIFICATION
planifier les interventions aux différents niveaux de la pyramide sanitaire	Elaborer des plans d'action annuels axés sur les résultats aux différents niveaux de la pyramide sanitaire	nombre de plans d'action rédigés	
		nombre de réunion annuelle de planification organisée	rapport d'activité
		nombre de reunion de planification au niveau central organisée	rapport d'activité
		nombre de reunions de coordination organisées	rapport d'activité
		nombre d'atelier de planification au niveau périphérique organisée	rapport d'activité
	renforcer la collaboration transfrontalière	nombre de reunions transfrontalière organisées	rapport d'activité
		nombre de reunions transfrontalière organisées	rapport d'activité
developper des actions en faveur de la mobilisation des ressources et de la perennité des financements des programmes	Accroitre le financement de l'Etat, des collectivités locales et des partenaires pour lutte contre les MTN	nombre d'ateliers d'élaboration de document de plaidoyer organisés	rapport d'activité

		nombre de rencontres des autorités compétentes des ministères réalisées	rapport d'activité
		nombre de participations aux réunions de mobilisations des ressources réalisées	rapport d'activité
		nombre de participations aux réunions internationale effectuées	rapport d'activité

**Tableau 31** : Indicateurs de suivi / évaluation du Plan directeur (PS3)

<b>STRATEGIE PRIORITAIRE 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation des programmes par le gouvernement, les partenaires et la communauté.</b>			
<b>OBJECTIFS STRATEGIQUES</b>	<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>SOURCE DE VERIFICATION</b>
<b>Promouvoir les activités de lutte contre les MTN auprès des décideurs et des communautés</b>	Assurer le renforcement institutionnel des programmes en charge des MTN (organisation, désignation, équipement, logistique, budget... structure et fonction) garantissant la performance des programmes de santé	le programme est créé	Arrêté portant création du programme MTN CP

		la plateforme de coordination est créé	Arrêté portant création de la plate de coordination
		nombre de réunions annuelles sur l'intégration des activités des programmes organisées	rapport d'activités
		nombre de rencontres avec les autres programmes organisées	rapport d'activités
		nombre de réunions de planification des activités organisées	rapport d'activités

Assurer le plaidoyer au niveau des décideurs, des leaders, des partenaires et des communautés en faveur de la lutte contre les MTN	nombre de rencontres des partenaires organisées par le MSLS	rapport d'activités
	nombre de réunions avec les élu et les autorités coutumières organisées	rapport d'activités
	nombre de rencontres avec la DPML organisées	rapport d'activités
	convention élaborée et signée	convention
	nombre d'ateliers sur le système d'approvisionnement organisés	

**Tableau 32** : Indicateurs de suivi / évaluation du Plan directeur (PS4)

<b>STRATEGIE PRIORITAIRE 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche (opérationnelle et fondamentale) des MTN</b>			
<b>OBJECTIFS STRATEGIQUES</b>	<b>OBJECTIFS SPECIFIQUES</b>	<b>INDICATEURS</b>	<b>SOURCE DE VERIFICATION</b>
<b>Assurer le suivi, l'évaluation et la surveillance des interventions de lutte contre les MTN</b>	Assurer le suivi de la mise en œuvre des programmes	nombre de réunions bilans annuelles organisées	rapport d'activités
		nombre d'évaluation à mi parcours du plan directeur organisées	rapport d'activités
		proportion de réalisation du plan directeurs	rapport d'activités
		nombre d'ateliers bilans organisées	rapport d'activités
		nombre d'ESPC rapportant les zero cas de ver de guinée dans leurs registres	rapport d'activités
		nombre de notification de rumeurs de cas de ver de guinée	rapport d'activités
		nombre de rumeur de cas de ver de guinée investigués	rapport d'activités
	Renforcer la supervision des activités de lutte contre les MTN aux différents niveaux	nombre de supervisions réalisées pendant la distribution de masse de l'ivermectine	rapport d'activités
		nombre de supervisions réalisées pendant la distribution de masse de l'ivermectine couplé à l'albendazole	rapport d'activités
		nombre de supervisions réalisées pendant la distribution de masse de praziquantel et/ou couplé à l'albendazole	rapport d'activités

	nombre de cas d'effets secondaires traités /notifiés	rapport d'activités
	nombre de rapport de campagne réalisé	rapport d'activités
	nombre de supervisions conjointes transfrontalières réalisées	rapport d'activités
	nombre de supervisions des acteurs de terrains réalisées	rapport d'activités
	nombre de supervisions ed l'ECD réalisées par le PNEL	rapport d'activités
	nombre de supervisions des IDE/SFDE réalisées par l'ECD	rapport d'activités
Mener les études d'impact des interventions de lutte contre les MTN	nombre d'enquêtes de couverture réalisées	rapport d'activités
	nombre de sites sentinelles évalués	rapport d'activités
	nombre de districts évalués après 3 rounds de traitement	rapport d'activités
	nombre de districts évalués pour l'arret de traitement	rapport d'activités
	nombre de missions de dépistages des sequelles de lèpre et d'UB organisées	rapport d'activités

	nombre d'échantillon d'ulcère de buruli acheminés	rapport d'activités
	nombre d'échantillon d'ulcère de buruli analysés	rapport d'activités
	nombre de fiches d'enquête sur le ver de guinée validés	rapport d'activités
	nombre de missions d'enquête organisées sur le ver de guinée	rapport d'activités
	nombre de résultats des enquêtes sur le ver de guinée traités	rapport d'activités
	nombre d'enquêtes réalisées	rapport d'activités
	nombre d'enquête de prevalence des villages sous surveillance réalisées	rapport d'activités
	nombre d'évaluations entomologique réalisées	rapport d'activités
Intensifier la surveillance de la maladie en vue de la riposte	nombre de postes de surveillance épidémiologique installés	rapport d'activités
	nombre de support et manuels sur le VG élaborés	rapport d'activités
	nombre de supports sur le VG produits	rapport d'activités
	nombre d'émissions appuyées par le programme ver de guinée	rapport d'activités
	nombre d'atelier ed renforcement de capacité organisés	rapport d'activités

		nombre de contrats signés avec les radios de proximité	rapport d'activités
		nombre de supervisions réalisées	rapport d'activités
		nombre de supervisions réalisées	rapport d'activités
<b>produire des données de qualité</b>	Renforcer la gestion des données de lutte contre les MTN	nombre de gestionnaire de données formés	rapport d'activités
		nombre de districts dotés en matériels informatiques	rapport d'activités
		proportion des données de qualité	rapport d'activités
		nombre d'atelier d'appropriation organisés	rapport d'activités
<b>Promouvoir la recherche</b>	promouvoir la recherche	nombre de réunions de plaidoyer organisées	rapport d'activités
		nombre de conventions signées	rapport d'activités
		nombre d'étude réalisées	rapport d'activités
		nombre de protocole rédigé	rapport d'activités

**Tableau 34** : Résumé des buts et objectifs de lutte contre les MTN CP

PROGRAMME MTN	BUT GLOBAL	OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	indicateur	CANAUX DE PRESTATIONS	
<b>ONCHOCERCOSE</b>	Eliminer l'onchocercose d'ici 2025	Assurer une CG de 100% et CT d'au moins 65%	Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC)	CG CT	ECD/Communauté	
			Assurer le suivi de l'impact des interventions de lutte contre l'onchocercose	Evaluation entomologique	Taux d'infectivité des simulies	Point de capture
				Evaluation épidémiologique	Prévalence CMFC	Village sentinelle
			Mobilisation sociale	Nbre de séance de mobilisation sociale	communauté	
<b>TRACHOME</b>	Eliminer le trachome d'ici 2020	Interrompre la transmission du trachome dans tous les districts endémiques d'ici 2020	Distribution de masse d'Azithromycine		ECD/Communauté	
			Communication pour le Changement de Comportement Durable (CCCD)		ECD/Communauté	
		Prendre en charge les complications	CHANCE		ECD/Communauté/collectivités/Services de chirurgie des régions et districts	
<b>FILARIOSE LYMPHATIQUE</b>	Eliminer la filariose lymphatique d'ici 2020	Interrompre la transmission de F.L dans tous les districts endémiques d'ici 2020	TDM		ECD/Communauté	
			Lutte anti-vectorielle		Pulvérisation intra domiciliaire	
			Communication pour le Changement de Comportement Durable (CCCD)		ECD/Communauté	

		Prévenir les complications de la F.L chez tous les malades dépistés	Washing et auto-soins à domicile		Soins à domicile
		Prendre en charge 30% des malades présentant des complications de la F.L	Chirurgie		Dans les services de santé
<b>SCHISTOSOMIASE</b>	Eliminer la schistosomiase d'ici à 2020	Interrompre la transmission de la schistosomiase dans tous les districts endémiques d'ici 2020	TDM		ECD/Communauté/Ecoles
		Prévenir et prendre en charge les complications de la schistosomiase	Contrôle du vecteur		ECD/Communauté
			Communication pour le Changement de Comportement Durable (CCCD)		ECD/Communauté
<b>GEO-HELMINTHIASES</b>	Contrôler les géo helminthiases d'ici 2020	Traiter au moins 75% des enfants d'âge scolaires d'ici 2020	Administration d'Albendazole aux populations cibles		ECD/Communauté
		Prévenir et prendre en charge les complications	Communication pour le Changement de Comportement Durable (CCCD)		ECD/Communauté

**Tableau 35** : Résumé des buts et objectifs de lutte contre les MTN PCC

PROGRAMME MTN	BUT GLOBAL	OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES	CANAUX DE PRESTATIONS
<b>TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE</b>	Eliminer la THA en Côte d'Ivoire d'ici 2020	Interrompre la transmission de la THA	prise en charge des cas dépistés	Communauté
			Lutte anti vectorielle	Pulvérisation intra domiciliaire
<b>ULCERE DE BURULI</b>	Réduire la morbidité liée à l'ulcère de Buruli et ses conséquences	Détecter au stade précoce au moins 80% des cas d'UB (catégorie 1 et 2)	Détection Précoce des cas	Communauté/Agents de santé
			Promotion de la participation communautaire	Communauté
			Formation des professionnels de la santé, et des relais communautaires	ECD/PNLUB
		Assurer une prise en charge adéquate de tous les cas d'UB dépistés	Standardisation de la prise en charge des cas (antibiotique, chirurgie et prévention des invalidités)	Agent de santé
			Renforcement du Plateau technique	Partenaires /Etat de Côte d'Ivoire
		Confirmer biologiquement au moins 70% des cas	Renforcement des capacités des laboratoires nationaux pour la confirmation des cas au laboratoire	Institut Pasteur de Côte d'Ivoire
		Renforcer la coordination et le suivi des activités dans tous les districts endémiques	Coordination et suivi évaluation des activités	ECD/PNLUB
Assurer la prise en charge des invalidités chez au moins 200 malades par an d'ici 2016	Plaidoyer	Partenaires		
<b>PIAN</b>	Eradiquer le pian d'ici 2020	Elaborer la cartographie du pian d'ici 2016	enquête épidémiologique	PNLUB/ PARTENAIRES
			traitement à grande échelle	
		prendre en charge tous les cas et les contacts	intervention du système de santé en soutien au traitement à grande échelle	

			mesure de soutien essentiel	
			recherche	
<b>DRACUNCULOSE</b>	Eradication mondiale du Ver de Guinée	Renforcer la surveillance épidémiologique	Investigation dans les 24h de toutes rumeurs de cas	District /ASC
			Formation des acteurs de terrain Supervision des acteurs de terrain	
		Renforcer la communication sur le Ver de Guinée	Mobilisation sociale	Communauté
		Maintenir la couverture en eau potable	Réhabilitation et réalisation de forage	Communauté
<b>LEPRE</b>	Eliminer la lèpre en tant que problème de santé publique	Développer la Communication pour le Changement du Comportement Durable (CCCD)	Organiser les activités de sensibilisation sur la lèpre	PNEL/Partenaires
			Organiser des séances d'information et de formation à l'endroit des acteurs impliqués dans les CCCD	Communauté
			Diffuser les messages de sensibilisation de masse	Media
			Organiser des campagnes de dépistage de masse dans les districts endémiques	Communauté
			Décentralisation de la prise en charge correcte des cas de lèpre dans les districts sanitaires d'ici 2020	Approvisionner les centres de santé en PCT, médicaments non spécifiques consommables médicaux, et outils de gestion

			Renforcer les capacités des infirmiers spécialistes lèpre en prévention des infirmités et réadaptation physique	PNEL/Partenaires/Infirmiers spécialistes lèpre
			Renforcer les capacités des centres de référence PIRP en matière de réadaptation	PNEL/Partenaires/Infirmiers spécialistes lèpre
			Former les agents de santé et les ASC sur la lèpre	PNEL/Partenaires
		Renforcement du suivi/évaluation	Organiser les missions de supervision formative à tous les niveaux	PNEL/Partenaires/Infirmiers spécialistes lèpre/Infirmiers des centres de santé
			Organiser des rencontres de concertation et de coordination	PNEL/Partenaires/Infirmiers spécialistes lèpre/Infirmiers des centres de santé

**Tableau 36** : Proportions des différents indicateurs des MTN à CP par année

<b>INDICATEURS</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>CARTOGRAPHIE</b>						
proportion de pathologie pour lesquelles la cartographie a été achevée	80%	100%				
<b>PLAN D'ACTION</b>						
niveau de réalisation	50%					
<b>DISTRIBUTION DE MEDICAMENT</b>						
proportion de district endémiques FL-Oncho ayant débuté le traitement	62%	100%				
proportion de districts ayant atteint un taux de couverture géographique de 100% et un taux de couverture thérapeutique de 65%	91%	100%	100%	100%	100%	100%
proportion de district ayant arrêté le traitement	0%	0%	1,37%	8,22%	27,40%	
<b>Contrôle élimination</b>						
proportion de districts endémiques SCH ayant atteint un stade avancé dans lutte contre la maladie	35%					
proportion de districts endémiques STH ayant atteint un stade avancé dans lutte contre la maladie	40%	74%				
<b>INTERRUPTION DE LA TRANSMISSION/ ELIMINATION</b>						
proportion de districts endémiques à la schistosomiase ayant interrompu la transmission	0%	8,75%				
proportion de districts endémiques au trachome ayant interrompu la transmission	0%					
proportion de districts endémiques à l'onchocercose ayant interrompu la transmission	0%	0%	0%	0%	0%	0%
proportion de districts endémiques à la FL ayant interrompu la transmission	0%	0%	0%	1,37%	8,22%	27,40%
proportion de districts endémiques à la FL dont l'élimination à été vérifiée	0%	0%	0%	1,37%	8,22%	27,40%