

REPUBLIQUE DU NIGER

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SEVRETARIAT GENERAL

**DIRECTION DES ETUDES ET DE LA
PROGRAMMATION**

**PROGRAMME NATIONAL INTEGRE DE LUTTE CONTRE LES
MALADIES TROPICALES NEGLIGEEES**



**PLAN DIRECTEUR DE LUTTE
CONTRE LES MALADIES
TROPICALES NEGLIGEEES
NIGER 2016-2020**

Edition 2017

AVANT PROPOS

Table des matières

REPUBLIQUE DU NIGER	1
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE SITUATION	5
1. PROFIL DU PAYS	5
1.1. STRUCTURE ADMINISTRATIVE,	5
1.2. STRUCTURE DEMOGRAPHIQUE.....	5
1.3. STRUCTURE GEOGRAPHIQUE	6
1.4. SITUATION ET INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES	6
1.5. TRANSPORT ET COMMUNICATION	7
2. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME DE SANTE	7
2.1 OBJECTIFS ET PRIORITES DU SYSTEME DE SANTE	7
2.2 ANALYSE DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE	7
3. ANALYSE DE LA SITUATION DES MTN	17
3.2 LA SCHISTOSOMIASE.....	17
3.3 GEO HELMINTHIASES OU LES VERS INTESTINAUX.....	22
3.4. LA FILARIOSE LYMPHATIQUE	25
3.5. L'ONCHOCERCOSE.....	29
3.6. LE TRACHOME	31
N°	40

PREMIERE PARTIE : ANALYSE DE SITUATION

1. PROFIL DU PAYS

1.1. Structure administrative,

Le Niger est divisé en 8 régions: [Niamey](#), [Agadez](#), [Dosso](#), [Maradi](#), [Tahoua](#), [Tillabéri](#), [Zinder](#), [Diffa](#). Les régions sont divisées en 76 départements irrigés en départements.

Les départements ont à leur tête des préfets. La capitale est la ville de [Niamey](#).

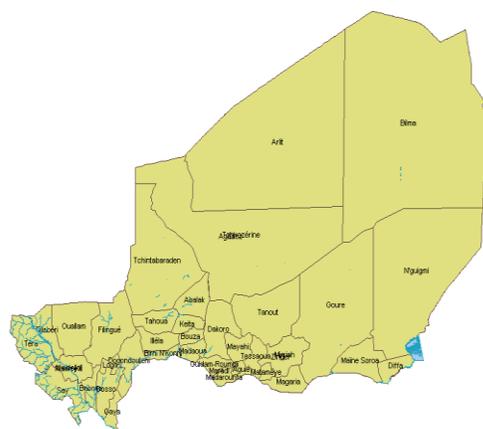
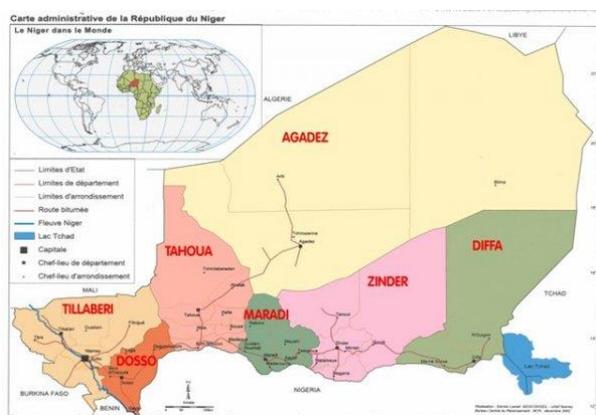


Figure N° 1 Carte des différentes régions du Niger

Figure N°2 : Carte des différents départements du Niger

1.2. Structure démographique

La population est estimée à 19 251 396 habitants en 2016 selon le RGP/H 2012 dont 9 510 190 hommes (49,4%) et 9 741 206 femmes (50,6%) soit un ratio Homme/Femme de 0,98 en 2012 contre 18 496 947 habitants dont 9 137 492 Hommes et 9 359 455 de Femmes soit un ratio Homme/Femme de 0,97 en 2014. Plus de 75 % de la population vivent sur moins de 40 % du territoire national ; environ 15 % est nomade (PDS 2011-2015), 83 % vit en zone rurale et 17% en milieu urbain avec une densité moyenne de 13,5 habitants/Km² en 2012 et des disparités importantes entre les différentes (8) régions du pays. Il est à noter une forte croissance démographique avec un taux de fécondité passant de 7,6 enfants par femme en 2006 à 7,6 enfants par femme en 2012 (RGP 2012).

Le cadre du développement humain reste encore faible avec un indice 0,30 en 2012 selon le rapport mondial sur développement humain. Les indicateurs sociaux du pays figurent parmi les moins performants de la sous-région et du monde en 2011 : (i) moins de la moitié (47,87% en 2013) de la population a accès aux centres de santé dans un rayon de 0-5 km, (ii) 28,6% de la population sont alphabétisés en 2012 (iii) le taux brut de scolarisation est de 79,2% en 2012 et 82% en 2013, (iv) la couverture en eau potable en milieu rural est de 69,1% (cf. Niger en chiffre 2013/INS).

1.3. Structure géographique

Le Niger est un vaste pays enclavé sahélo saharien (1.267.000 km²), au 3/4 désertique, souffrant d'une pluviométrie aléatoire, irrégulière et insuffisante dans le temps et dans l'espace.

Le pays s'étend de l'isohyète 0 à 700 mm. Pays continental, le Niger est limité au Nord par l'Algérie et la Libye, à l'Est par le Tchad, au Sud par la République Fédérale du Nigeria et le Bénin, à l'Ouest par le Burkina Faso et le Mali.

Le pays présente du sud au nord ; trois zones climatiques :

- La zone soudanienne : 9% du territoire national. C'est la moins étendue et la plus arrosée. Elle reçoit environ entre 600 et 800 mm de pluie par an. C'est une zone à vocation agricole ;
- La zone sahélienne : 34 % du territoire national. Elle se situe au centre recevant environ entre 200 et 500 mm de pluie par an. C'est une zone à vocation agro pastorale.
- La zone saharienne : 57% du territoire national. Cette zone ne se prête ni à l'agriculture ni à l'élevage.

Le pays connaît un climat essentiellement continental à quatre saisons :

- La saison des pluies : Caractérisée par des pluies orageuses et une assez forte humidité avec une température moyenne de 33°C. Elle dure de juin à septembre.
- La saison chaude sans pluie : D'octobre à mi-novembre avec une humidité relative et une température moyenne de 35 °C.
- La saison froide : De fin novembre à fin février avec des nuits très fraîches au cours desquelles la température descend parfois en dessous de 10 °C.
- La saison très chaude : De mars à fin mai, caractérisée par des vents brûlants. Les températures atteignent un maximum, de 46 °C à l'ombre et ne descendent pratiquement pas au-dessous de 25°C la nuit.

Le réseau hydrologique est formé par un seul cours d'eau permanent : le fleuve NIGER qui traverse le pays sur 550 km dans sa partie Ouest. Ce dernier subit les effets de plusieurs cycles de sécheresse réduisant son débit aux environs de zéro au mois de mai ajouté à l'ensablement progressif du lit.

Dans l'Est du pays la partie nigérienne des eaux du Lac Tchad a pratiquement disparu en raison de la sécheresse et des ouvrages hydrauliques réalisés par le Nigeria. Au Sud-Est et au centre des affleurements de socle rendent difficile l'accès aux nappes pour les besoins des hommes et des animaux. Cependant on note des mares, des rivières permanentes et semi permanentes dont la Komadougou Yobé au sud qui constituent des potentialités hydriques peu ou pas exploitées.

1.4. Situation et indicateurs socio-économiques

Le Niger est cité parmi les pays les plus pauvres du Monde, environ 48,2% de la population nigérienne continue de vivre en dessous du seuil de la pauvreté (ECVMA-2011) (moins d'un dollar US par jour), et même 85% si l'on considère un seuil de 2 dollars US par jour. Le produit intérieur brut (PIB) par habitant passe de 399 dollars en 2012 à 411 dollars en 2013 (soit une augmentation de 0,2%), est l'un des plus bas au monde. Néanmoins, le pays a enregistré des progrès sur certains indicateurs socio-économiques avec des disparités importantes au niveau régional. Ainsi, le Produit Intérieur Brut (PIB) est passé de 3.024,3 milliards FCFA en 2011 à 3.414,3 milliards de FCFA en 2012 et à 3.659,6 milliards FCFA en 2013. Cette progression importante du PIB a entraîné un relèvement du PIB par tête d'habitant de l'ordre de 192.300 FCFA en 2011,

199.300 FCFA en 2012 et 205.600 FCFA en 2013 (Annuaire statistique 2013, INS). L'évolution de la croissance économique réelle continue d'être marquée par le sceaue de l'instabilité du fait du poids encore prépondérant d'un secteur primaire dont la production est soumise à des variations climatiques fréquentes, et d'une forte croissance démographique (3,3% en 2011 à 3,9% en 2012).

1.5. Transport et communication

Le système de transport au Niger est dominé principalement par la voie terrestre. Le réseau routier est constitué de 6540 kilomètres de routes bitumées. Le réseau routier est complété par des pistes rurales sabloneuses et latéritique. Il y a 26 aéroports dont 5 de rang international. Le réseau fluvial est constitué de 300 km de voie navigable très souvent assuré par des pirogues en bois avec ou sans moteur conçus pour le transport entre les zones insulaires et la terre pleine.

Compte tenu de l'immensité du pays, ce réseau de transport est insuffisant.

Les distances entre certains CSI et leur chef lieu de districts dépassent parfois 200 km de pistes rurales sablonneuses et ou rocailleuses.

Transport et communication

Le réseau de téléphonie est constitué par :

- Le réseau national constitué par une ligne fixe (la société nigérienne de téléphonie : SONITEL)
- 5 réseaux de téléphonie cellulaires nationaux et privés constitués par Sahel com, Dogonay, Airtel, Moov et Orange qui couvrent plus de la moitié du territoire national.

2. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME DE SANTE

2.1 Objectifs et priorités du système de santé

L'objectif général que s'assigne le Niger est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population, en vue de l'atteinte des Objectifs de Développement Durables (ODD) liés au secteur santé. Le PDS 2017 – 2021 aidera à matérialiser le droit à la santé pour tous dans la mesure des ressources disponibles. Il facilitera notamment l'accès aux soins de la grande majorité de la population, y compris des groupes sociaux les plus vulnérables et les plus démunis selon l'approche soins de Santé Primaires (SSP).

2.2 Analyse du système national de santé

2.2.1 Organisation des services de santé

Le système de santé du Niger est organisé selon le modèle de la pyramide sanitaire préconisé par l'OMS. Il comprend trois niveaux :

- **Le niveau central** (chargé de la conception et de l'appui stratégique) qui comporte l'administration centrale (dont 3 directions générales et 17 directions centrales), 8 Centres de référence nationaux spécialisés, 12 programmes nationaux, 1 hôpital général de référence 3 hôpitaux nationaux, 1 maternité nationale de référence, 3 Ecoles et Instituts Publics de Santé, des EPA notamment pour la production, le contrôle et la gestion des médicaments ainsi que des Etablissements Publics à Caractère Scientifique et Technique ;
- **Le niveau intermédiaire** (chargé de l'appui technique) qui comprend 8 Directions Régionales de la Santé Publique, 6 Centres Hospitaliers Régionaux et 2 Maternités Régionales de Référence ;
- **Le niveau périphérique** (chargé de l'appui opérationnel) qui comprend 72 Districts Sanitaires dont 45 fonctionnels, 33 hôpitaux de district avec 26 blocs opératoires fonctionnels, 829 centres de santé intégrés et 2 499 cases de santé (dont 197 transformées en CSI). Il est prévu que 3 à 5 % des cases de santé soient transformées chaque année en centres de santé intégrés (PDS 2017–2021). La participation communautaire est assurée aux différents niveaux à travers les comités de santé, les comités de gestion, les organisations à base communautaire et les mutuelles de santé. Il faut noter une faible fonctionnalité des organes

Au Niger, le secteur privé de la santé est peu développé et se concentre essentiellement dans les grandes villes.

En 2008, on dénombrait plus de 200 établissements de soins, 4 hôpitaux privés et 2 hôpitaux « miniers ». A cela, il faut ajouter 24 infirmeries de garnison militaires, 10 centrales d'achat et d'approvisionnement pharmaceutiques, 44 pharmacies populaires ainsi que 82 pharmacies privées.

De même, il existe de nombreuses Organisations non Gouvernementales (ONG) qui interviennent dans le secteur de la santé. Ce secteur est toutefois en pleine expansion.

Quant à la médecine traditionnelle, elle reste très souvent le premier recours des malades, particulièrement en milieu rural, dans un contexte où les traditions, la pauvreté et la spiritualité sont extrêmement marquées.

Pour promouvoir et s'approprier de l'apport de la pharmacopée traditionnelle et mieux réguler cette composante, le Ministère de la Santé Publique a décidé de l'intégrer à la politique sanitaire et a créé en fin 2001, la Division de la Pharmacopée Traditionnelle, branche de la DPHL/MT.

Il existe un document de stratégie nationale de médecine traditionnelle dont les orientations principales sont de mettre à la disposition des populations, des médicaments traditionnels dits « améliorés » de qualité et de créer un Institut de Médecine Traditionnelle.

Les principales difficultés concernent :

- La décentralisation de la gestion des ressources (matérielles, financières, humaines et médicaments) liée à l'absence de critères réels de répartition des ressources entre les différents niveaux de la pyramide, et à l'insuffisance dans la gouvernance et le leadership à tous les niveaux ;
- La qualité du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), notamment la sous la notification des cas de certaines MTN ;

- La coordination des actions de santé liée à une insuffisance de communication entre acteurs ;
- L'implication des populations à la prise de décision en matière de santé, liée à la faible réactivité du système ;
- L'effectivité de la gestion axée sur les résultats comme principe de gestion ;
- La collaboration intersectorielle ;
- La protection financière des usagers ;
- les stratégies de lutte contre la maladie ;
- L'accessibilité physique (0 à 5 Km) des structures offrant le Paquet Minimum d'Activité (PMA) (elle est de 44,6% en 2008, pour un objectif de 70%.) ;
- Le taux d'utilisation des soins curatifs (50% en 2010).

Cependant il y a des opportunités :

- Les performances dans le domaine de la vaccination sont très significatives;
- La contribution de l'Etat et des partenaires ;
- L'efficacité de l'aide publique au développement.
- La mise en place d'un système de référencement
- L'existence des partenaires de proximité sur le terrain

2.2.2 Ressources Humaines

Malgré les efforts faits dans ce domaine, on remarque une insuffisance qualitative et quantitative en personnel.

La gestion stratégique des ressources humaines a connu une avancée significative. Au contraire, le pourcentage de formations sanitaires disposant du personnel selon les normes est en régression (46% en 2007 et 44% en 2008) pour un objectif de 80% en 2008 et 90% en 2010. Les raisons évoquées pour expliquer cette baisse sont liées aux difficultés de gestion des ressources humaines tant du point de vue recrutement, affectation que de redéploiement du personnel féminin.

Il existe actuellement en 2016 1 médecin pour 41 344 habitants ; 1 infirmier pour 4 988 habitants et 1 sage femme pour 4 308 femmes en âge de procréer. La situation du personnel para médical, bien que satisfaisante comparativement aux normes OMS, fait apparaître une répartition inégale entre le milieu rural et le milieu urbain. Au Niger, 76% du personnel soignant se trouve dans les zones urbaines et % des Centres de Santé Intégrés (CSI) ne disposent que d'un seul agent qualifié. Cette situation contrarie fortement la qualité des soins.

Face à cette situation, le Ministère de la Santé Publique (MSP) a commencé par l'élaboration d'un Plan de Développement des Ressources Humaines pour la période 2011-2020 qui va constituer un cadre de référence pour la mobilisation des ressources humaines et des compétences du secteur.

Tableau N° 2 Evolution de l'effectif global du personnel de santé de 2005 à 20116

Catégories	Effectifs 2005	Effectifs 2014
Fonctionnaires en activité	4195	7678
Personnels en détachement & disponibilité	243	709
Position de Stage		372
Auxiliaires	1281	839
Contractuels MSP	496	10
TOTAL 1		9608
Appelés du Service Civique National		402
VNU		16
TOTAL 2		418
TOTAL 1+2		10 026
TOTAL	6215	10 026

Sources : Base de données de la DRH/MSP

Le total des ressources humaines en santé a progressé de 16% entre 2005 et 2014 tous statuts confondus et notamment de 84% pour la catégorie des contractuels du MSP.

Tableau N°3 Répartition du personnel de santé par année et par corps *Source : (DRH/MSP,2014)*

Région	Médecin 2005	Médecin 2010	Médecin 2014	Infirmier 2005	Infirmier 2010	Infirmier 2014	Sage femme* 2005	Sage femme* 2010	Sage femme* 2014
Agadez	1/49274	1/15980	1/ 18 615	1/3080	1/2318	1/ 4 715	1/3749	1/1724	1/ 3 877
Diffa	1/52379	1/30537		1/4471	1/4821		1/5729	1/3305	
Dosso	1/108145	1/118791		1/7615	1/8175		1/13618	1/7570	
Maradi	1/143015	1/78844		1/9725	1/6556		1/17878	1/28001	
Tahoua	1/39533	1/114930		1/9898	1/9178		1/19382	1/13007	
Tillabéri	1/184743	1/180965		1/10529	1/7755		1/16389	1/9101	
Zinder	1/138664	1/118893		1/6682	1/7769		1/16808	1/9101	
Niamey	1/11182	1/29678		1/1687	1/3252		1/951	1/1327	
NIGER	1/41200			1/5660			1/5400	1/5400	
Normes/OMS	1/10000			1/5000			1/5000		

* Femmes en âge de procréer.

N.B : Ces ratios ne tiennent pas compte du personnel du secteur privé

2.2.3 Information sanitaire

L'information sanitaire est indispensable à la prise de décisions éclairées pour améliorer la performance du système à tous les niveaux. Le Niger dispose d'un système d'informationsanitaire dont les performances sont en deçà des attentes des différents acteurs dès lors qu'il se limite aux seuls domaines de la surveillance épidémiologique et au suivi des activités de santé de la reproduction , ne prenant pas en compte suffisamment les données du secteur privé. La qualité des données et leur disponibilité permanente aux différents niveaux restent à améliorer notamment la mise à échelle nationale du tableau de bord du CSI introduit depuis 2008. La désagrégation de ces données pour prendre en compte les besoins des différents programmes et les aspects du genre reste à renforcer.

L'articulation au plan institutionnel avec l'Institut National de la Statistique (INS) ainsi que les relations fonctionnelles avec les autres structures du Ministère de la Santé Publique aux différents niveaux du système nécessite une amélioration. La même question se pose pour l'organisation et la décentralisation des services à travers la mise à disposition d'infrastructures, d'équipements adéquats et surtout de ressources humaines compétentes et motivées.

La mise en place d'outils de collecte des données adaptées aux besoins des différents acteurs, le processus de collecte des données ainsi que leur analyse systématique à chaque niveau pour une prise de décisions éclairées restent à améliorer. Il en est de même pour l'archivage, la diffusion voire la publication des informations sanitaires en faisant davantage appel aux nouvelles technologies de la communication.

Par ailleurs, le Niger ne dispose pas d'un observatoire de la santé destiné à approfondir la recherche et la qualité de l'information sanitaire dans les domaines prioritaires de santé publique.

224 communication sanitaires

Concernant le mécanisme de diffusion des messages sanitaires, il existe au niveau des directions régionales de la santé publique DRSP , districts et CSI des services chargés de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé, des points focaux de programmes spécifiques en charge également de la communication.

Les radiotélévisions publiques et privées et les radios communautaires participent pleinement à la diffusion de l'information médicale

La problématique de la conduite des activités de communication souffre d'une insuffisance de ressources financières et de l'alignement de tous les acteurs au plan stratégique de communication.

Ce qui se traduit par des insuffisances dans la transmission de l'information à tous les niveaux .

Il existe de nombreux documents de stratégies en matière de communication, pour l'essentiel focalisés sur les maladies prioritaires.

La communication pour un changement de comportement (CCC) concerne l'ensemble des structures d'offre de services qui doivent mener les activités de sensibilisation, de mobilisation sociale et d'information.

Pour diffuser l'information, tous les canaux de communication, presse écrite, radios de proximité ou radios rurales, troupes artistiques pour ne citer que ceux-là, sont mis à contribution, tout comme les leaders d'opinion, les chefs traditionnels et les chefs religieux.

Au niveau communautaire, le Niger dispose d'un nombre important d'agents communautaires formés par les programmes verticaux (Paludisme, Ver de Guinée, Maladies Diarrhéiques, MTN etc.) plus ou moins opérationnels mais souvent livrés à eux-mêmes.

Pour cela, il est nécessaire d'accélérer le processus d'harmonisation en cours, notamment par la définition du profil de ces « relais communautaires », la clarification de leur rôle et de leur statut juridique, d'envisager un système de motivation, et d'assurer un suivi et une supervision formative régulière. Mais il est tout aussi nécessaire d'assurer leur formation ou leur recyclage avec la mise à leurs dispositions d'outils de communication simples, explicites et ciblant les Pratiques Familiales Essentielles (Pagi voltes, boites à images...).

2.2.4 Produits médicaux

En matière d'approvisionnement et de distribution de médicaments, le Niger dispose d'une unité de production, de seize (16) centrales d'achats et d'un réseau de pharmacies publiques et privées (150) complété par des dépôts communautaires et villageois(89). Le circuit d'approvisionnement repose sur ces structures à la fois publique et privées (le système public étant assuré par l' Office Nationale de Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC). L'accroissement très rapide des besoins en substances prophylactiques, thérapeutiques et de diagnostic (dû à l'augmentation de la démographie et à l'extension de la couverture sanitaire).

Concernant l'acquisition des produits spécifiques des programmes de santé seuls l'entreposage et la mise en place sont assurés par l'ONPPC lorsque des conventions spécifiques sont signées avec les acteurs concernés.

Dans le cadre des soins de santé primaires, le recours aux remèdes traditionnels est assez fréquent.

D'autres faiblesses relatives au secteur sont également relevés :

- Un manque de technologies biologiques et scientifiques adaptées aux missions des formations sanitaires ;
- Une sécurité transfusionnelle de faible qualité du fait de difficultés d'approvisionnement en intrants ainsi que de la non-disponibilité adéquate en sang et dérivés;
- Une insuffisance d'infrastructures adéquates et d'équipements pour le stockage et la conservation au niveau des formations sanitaires ;
- Une application peu efficace de la réglementation pharmaceutique par le MSP en charge de la régulation du secteur ;
- Une faiblesse du système d'assurance qualité des médicaments ;
- Une prolifération du marché illicite des médicaments ;
- Une insuffisance de logistique pour assurer le transport des médicaments

2.2.5 Financement de la santé

Les sources de financement varient selon le niveau de la pyramide sanitaire et proviennent essentiellement de :

- La subvention de l'Etat,
- Les ressources propres provenant des ménages,
- Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF),
- Les dons et legs
- Les contributions des collectivités

Selon les résultats des comptes de la santé pour la période **2012-2013**, la répartition est la suivante :

- Part des dépenses en santé de l'Etat : **33,06%** en **2012** et **38,33%** en **2013** contre **31,43%** en **2011**
- Part des ménages: **60,88%** en 2012, **56,33%** en 2013 contre **57,74%** en 2011
- Part des collectivités ou communes: **0,27 %** en 2012 et **0,21%** en 2013 de la dépense totale de santé contre **0,4%** en 2011
- Part du reste du monde : **3,71%** en 2012 et **2,27%** en 2013 contre **5,19%** en 2011

Selon les Comptes de la Santé 2012-2013 les dépenses consacrées aux Maladies Tropicales Négligées(MTN) ont été évaluées à **1,44 milliards de F CFA** soit **0,70%** des dépenses totales de santé en 2012 et **2,02 milliards de F CFA** soit **0,90%** des dépenses totales de santé en 2013.

Tableau N° 5 : Les besoins de financement du secteur; par axe stratégique et par année
coûts en millions de francs CFA

Axes stratégiques	2015	2016	2017	2018	Total	%
Couverture sanitaire	18 057	18 589	19 121	19 653	75 420	7,70%
Santé de la reproduction	79 984	80 516	81 048	81 580	323 128	31,10%
Ressources humaines	30 824	31 356	31 888	32 420	126 488	11,70%
Médicaments et autres intrants	52 186	52 718	53 250	53 782	211 936	22,40%
Lutte contre les maladies	52 052	52 584	53 116	53 648	211 400	21,50%
Gouvernance et Leadership	14 121	14 653	15 185	15 717	59 676	5,30%

Mécanismes du financement	100	632	1 164	1 696	3 592	0,10%
Recherche en santé	421	953	1 485	2 017	4 876	0,20%
Total	247 745	252 001	256 257	260 513	1 016 516	100%

Le financement de la santé est confronté aux contraintes majeures suivantes :

- Un sous financement chronique du secteur malgré les efforts d'allocation réalisés ces dernières années ;
- La prépondérance des ménages dans le financement de la dépense globale de santé malgré la forte incidence de la pauvreté et l'extrême vulnérabilité de la population ;
- La quasi-inexistence de systèmes de protection sociale, 99% de la dépense des ménages en santé sont constitués de paiements directs ;
- Un financement public en hausse mais en deçà du niveau attendu : bien qu'assurant plus de la moitié de la dépense de santé, le financement des pouvoirs publics reste en deçà des engagements pris par l'Etat au niveau régional et international
- Une tendance à la dépendance vis-à-vis de l'extérieur ;
- Une centralisation excessive de la gestion des ressources ;
- Le sous financement du secteur est particulièrement manifeste pour les dépenses de médicaments/consommables, de prise en charge des soins et des coûts liés aux ressources humaines ;

La gratuité introduite au Niger en 2006 couvre les soins aux enfants âgés de 0 à 5 ans, les césariennes, la planification familiale, les consultations pré natales et les cancers gynécologiques.

La faible mobilisation des fonds disponibles handicape l'utilisation efficace et efficiente des ressources financières mises à la disposition du MSP et de ses services décentralisés.

2.2.6 Leadership et gouvernance

Dans le cadre de la mise en œuvre du PDS précédent, un mécanisme de planification et de suivi évaluation des interventions a été développé. La fonctionnalité des différents organes mis en place à cet effet depuis la base (conseil de santé du CSI) jusqu'au niveau central (CTNS et CNS) semble satisfaisant pour ce qui est de la régularité des sessions. Toutefois, la qualité de leurs actions reste à renforcer surtout au niveau des CSI à travers la généralisation de la micro planification.

Au niveau opérationnel, la mise en œuvre des différents programmes souffre d'un excès de verticalité fortement lié aux modalités d'intervention des PTF qui en assurent le financement. Aussi, arrive-t-il que les niveaux central et intermédiaire exécutent des activités qui sont du ressort du niveau opérationnel.

Mais, si l'élaboration des PDS et des PAA offre l'opportunité de fondre aisément l'ensemble des activités dans une matrice commune, il n'en demeure pas moins que certains PTF continuent à concevoir leurs programmes spécifiques, à les mettre en œuvre et à les évaluer avec leurs ressources propres, humaines, financières et matérielles.

Il persiste par ailleurs des difficultés de coordination entre les différents programmes et directions centrales.

Ces actions novatrices (CDMT, COMPACT pays) devraient permettre d'améliorer la prévisibilité et l'efficacité des apports des différents acteurs dans la mise en œuvre de ce PDS sous un leadership plus affirmé du MSP.

Tableau N° 6 : Répartition des structures et des établissements de santé par district

Districts	Centre de référence national*	Hôpitaux nationaux**	Hopitaux régionaux**	Hopitaux de district	Nb Centres Santé Intégrés	Nb de Cases de santé
				Nombre	Nombre	Par District
Tchirozérine	0	0	0	0	22	68
Bilma	0	0	0	1	7	6
Arlit	0	0	0	1	14	30
Agadez	0	0	Agadez	0	6	13
Total region	0	0	1	2	49	117
Mainésoroa	0	0	0	1	20	43
N'Guigmi	0	0	0	1	13	27
Diffa	0	0	Diffa	0	17	57
Total region	0	0	1	2	50	127
Boboye	0	0	0	0	24	72
Doutchi	0	0	0	1	23	124
Gaya	0	0	0	1	22	69
Loga	0	0	0	1	17	35
Dosso	0	0	Dosso	0	34	98
Total region	0	0	1	3	120	398
Aguié	0	0	0	1	17	46
Dakoro	0	0	0	1	21	103
Guidan Roumdji	0	0	0	1	16	103
Madarounfa	0	0	0	1	19	37
Mayahi	0	0	0	1	25	76
Tessaoua	0	0	0	1	20	72
Maradi	0	0	Maradi	0	6	0
Total region	0	0	1	6	124	437
Abalak	0	0	0	1	16	31
Bouza	0	0	0	1	12	59
Konni	0	0	0	1	17	70
Keita	0	0	0	1	16	54
Illéla	0	0	0	1	21	61
Madaoua	0	0	0	1	11	67
Tchintabaraden	0	0	0	1	17	32
Tahoua	0	0	Tahoua	0	28	56
Total region	0	0	1	8	138	430
Filingué	0	0	0	1	38	68
Kollo	0	0	0	1	25	86
Ouallam	0	0	0	1	27	49
Say	0	0	0	1	22	59
Téra	0	0	0	1	34	68
Tiillabéri	0	0	0	1	31	67
Total region	0	0	0	6	177	397
Gouré	0	0	0	1	24	60
Magaria	0	0	0	1	21	115
Matameye	0	0	0	1	11	56
Mirriah	0	0	0	1	36	124
Tanout	0	0	0	1	31	74
Zinder	0	Zinder	0	0	10	25
Total region	0	1	0	5	133	454
Niamey 1	1	1	0	0	18	2
Niamey 2	0	0	1	0	18	5
Niamey 3	0	1	1	1	8	3
Total region	1	2	1	1	44	10
Total Pays	1	3	6	33	835	2370

3. ANALYSE DE LA SITUATION DES MTN

3.1 Epidémiologie et Importance des MTN

Les maladies tropicales Négligées cibles de ce plan sont :

- Schistosomiase
- Géo helminthiase
- Filariose lymphatique
- Onchocercose
- Trachome
- Ver de Guinée
- Lèpre
- Leishmaniose
- Trypanosomiase Humaine Africaine
- Rage humaine

Tableau N°7 : Nombre de district endémique et prévalence de base des MTN par

MALADIES	NOMBRE DE DISTRICTS ENDEMIQUES	PREVALENCES
Schistosomiase	41	75% en 2004 à Tillabéry
Géohelminthes	42	ND
Trachome	34	5 à 10% en 2010
Onchocercose	5	75% en 1974
Filariose Lymphatique	23	12% en 2003
Filariose Lymphatique	8	Arrêt du traitement
Mettre pour les autres MTN		

3.2 La Schistosomiase présenter les différents types de schistosome et préciser les plus fréquentes au Niger

La schistosomiase est une parasitose chronique provoquée par des vers (trématodes) du genre *Schistosoma*. Au moins 243 millions de personnes ont eu besoin d'un traitement en 2011. Le traitement doit être répété sur plusieurs années. La transmission de la schistosomiase est avérée dans 78 pays; le traitement ciblé des groupes de population les plus exposés concerne 52 pays. (Aide-mémoire N°115 Mars 2013 précisé la référence)

32.1 Distribution des schistosomiasés au Niger

La schistosomiase est présente dans toutes les régions du Niger avec des prévalences variables. La bilharziose urinaire est retrouvée dans toutes les régions tandis que la bilharziose intestinale moins connue par la communauté est localisée dans les départements de Gaya et de Tillabéry.

Les grands foyers sont situés dans la vallée du Fleuve Niger ; des Dallols, de la Maggia, du Goulbi de Maradi, du bassin du lac Tchad, de la Komadoukou, dans l’Air et au niveau des multiples mares semi permanentes qui se forment pendant la saison des pluies.

Globalement, plus de 5 millions de personnes au moins seraient à risque sur l’étendue du territoire national. Et ce nombre ira croissant avec la construction du grand barrage de Kandadji sur le fleuve Niger et la construction de multiples mini barrages dans le cadre de la promotion de l’irrigation en vue de l’atteinte de l’autosuffisance alimentaire.

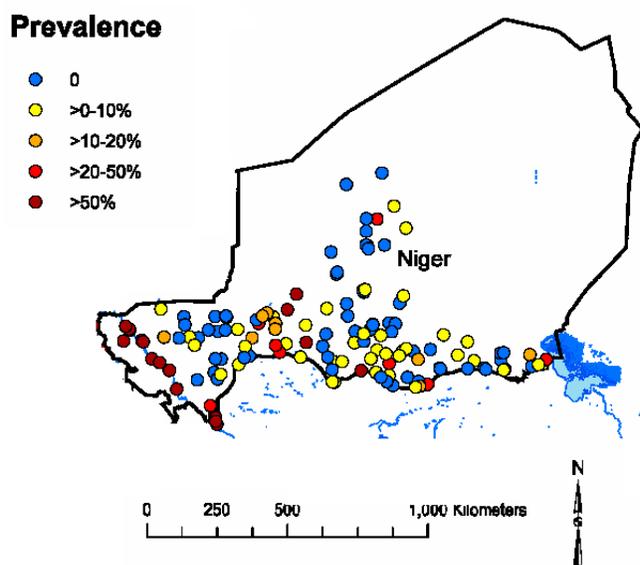


Figure 3. Carte de la distribution de la schistosomiase urinaire au Niger (Cermes, 2004-2006)
Evolution de la prévalence de la Schistosomiase dans les districts sanitaires endémiques de 2010 à 2016

Les bilharzioses ont des conséquences néfastes sur la santé si elles ne sont pas traitées. La schistosomiase urogénitale peut conduire à des complications comme l’anémie, les avortements, la stérilité, l’insuffisance rénale, le cancer de la vessie. La schistosomiase intestinale quant à elle peut provoquer des douleurs abdominales, de la diarrhée et l’apparition de sang dans les selles. L’hépatomégalie est courante dans les cas avancés et s’associe fréquemment à une accumulation de liquide dans la cavité péritonéale et à une hypertension dans les vaisseaux sanguins de l’abdomen. Dans ce cas, il arrive d’observer aussi une splénomégalie.

En mai 2003, le Niger a élaboré un plan d’action national de lutte en application de la résolution WHA 54.19 de l’Assemblée Mondiale de la Santé en faveur de l’intensification de la lutte contre les schistosomiasés et les Géo helminthes.

Le Programme National de Lutte contre la Bilharziose et les Géo helminthes (PNLBG) a été officiellement lancé le 6 octobre 2004 avec le soutien de SCI. Il venait remplacer un projet pilote « le projet de lutte contre la bilharziose urinaire dans la vallée du fleuve Niger » qui de 1991 à 2000

sur financement de l'Union Européenne intervenait uniquement dans le département de Tillabéry à l'Ouest du Niger. Ce projet couvrait 10 aménagements hydro agricoles situés sur les rives du fleuve Niger. La population totale de la zone d'intervention était estimée en 1999 à 113 120 habitants vivant dans 171 villages. Entre 1991 et 2000 ce projet avait traité 120 879 personnes.

L'objectif principal visé par le PNLBG était la réduction de la morbidité due aux Schistosomiasés et aux géo helminthiases dans la tranche d'âge des jeunes et chez les adultes à risque par la chimiothérapie régulière au Praziquantel et à l'Albendazole. Parmi les autres stratégies retenues par le programme pour sa mise en œuvre on peut citer la formation, l'éducation pour la santé, la collaboration intersectorielle, la mobilisation et la participation communautaire. Le Niger étant très étendu, le PNLBG a choisi une stratégie d'extension progressive de ses activités pour couvrir l'ensemble du pays.

Ainsi pour sa 1ère année de mise en œuvre, la zone d'intervention a été la vallée du fleuve qui couvre 3 régions (Ville de Niamey, Tillabéry et Dosso). En avril 2005, le PNLBG a étendu ses activités aux régions de Maradi et Tahoua. Les campagnes de novembre 2005 et avril 2006 ont parachevé la couverture nationale par les activités en touchant Zinder, Diffa et Agadez.

Les enquêtes conduites dans 8 villages sentinelles mis en place par le PNLBG depuis 2004 dans la vallée du fleuve, de la Maggia et au niveau des mares temporaires de Tahoua, ont montré une forte morbidité liée à l'infection par les schistosomiasés chez les enfants mais également chez les adultes. De Novembre 2004 à Mai 2007, 3 enquêtes successives ont été menées par le Centre de Recherche Médical et Sanitaire (CERMES) dans ces 8 sites sentinelles. Un total de 1656 enfants de moins de 15 ans a été inclus à l'enquête initiale.

La prévalence globale à l'enquête initiale était de 75,4 %. Un an plus tard, la prévalence est descendue à 37,4 % et la 2ème année la prévalence était de 35,7 %.

Il y a une diminution significative de l'intensité de l'infection entre l'enquête initiale et les enquêtes successives de la première année à la deuxième année.

Même si ces réductions de la prévalence et de l'intensité d'infection sont globalement satisfaisantes, elles cachent l'existence de foyers de forte réinfection où la réduction de la morbidité est plus lente. Cela explique le changement de la stratégie annuelle de traitement dans la vallée du Niger et dans les foyers de forte transmission.

La morbidité de la schistosomiasé chez les enfants de moins de 5 ans est également loin d'être négligeable. En effet une enquête récente (année actualiser et vérifier la chronologie) conduite à Djambala dans le département de Tillabéry et à Falmado dans le département du Boboye (Echosanté, 2003), a montré une prévalence d'infection de 57,1% pour *S.haematobium* et 43,8 % de prévalence pour *S. mansoni* uniquement présent a Djambala. La prévalence des co-infestations *S.mansoni*, *S.haematobium* était de 28,6 % chez les enfants. Ces enfants de 0 à 4 ans mériteraient d'être traités pendant les campagnes de masse. De 2004 à 2007, 6 289 498 personnes ont été traitées.

En 2007 avec la fin du plan stratégique quinquennal il y'a eu arrêt du financement du principal partenaire Schistosomiasis Control Initiative (SCI) à la lutte verticale ;

Le Niger s'est alors doté d'un nouveau plan d'action national 2007 – 2011 dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive : la Bilharziose, les Géohelminthes, l'onchocercose, la filariose lymphatique et le

trachome. L'activité principale de ce plan c'est les campagnes intégrées de distribution de masse de médicament contre ces 5 maladies.

Le but de ce programme est d'intégrer la lutte contre la schistosomiase, les vers intestinaux, l'onchocercose, la filariose lymphatique et le trachome afin de contribuer rapidement et

efficacement, à moindre coût, à l'amélioration de la santé globale des populations en portant à l'échelle les interventions respectives.

A ce jour, le PNLBG continue ses activités en intégré avec le PNSO et le PNDO/EFL. Ainsi de 2008 à 2013, 14 090 038 personnes ont été traitées contre la Bilharziose et les Géohelminthes lors des campagnes intégrées de lutte contre les MTN.

Interventions menées et en cours

Tableau 8 : Nombre de personnes traitées et taux de couverture des campagnes de masse de 2009 à 2013 en % par région n fonction du nombre de campagne faire 2 tableau

Régions	Nbre campagne	2009	2010		2011	2012	2013
			Nbre pers traités	%			
Niamey	7	150 405 (94%)	184785	87	135178	399960	265157
Dosso	7	613 231 (95%)	330612 (97%)		436482	549007	419009
Tillabéry	7	751 837 (85%)	535517(95%)		302642		
Maradi	6	43 101 (98%)	760117(91%)			1131016	
Zinder	6		668692(92%)			1184016	
Agadez	6		49129 (82%)			212841	
Diffa	4				162906		207345
Tahoua	5		536289(92%)			703362	
Total		1558574(90%)	3065141(91%)		1037214 (94%)	4180202 (81%)	891 511 (89%)

Tableau N° 9 : Repartition par région de personnes traitées au Praziquantel de 2004 à 2013 au Niger (actualiser jusqu'en 2016)

Régions	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Niamey	110 535	145 467	0		0	150 405	184 785	135 178	399 960	460 694
Dosso	195 197	323 980	0	520 053	0	613 231	330 612	536 809	565 252	1 030 572
Tillabéry	365 938	591 555	0	874 610	0	751 837	535 517	582 707	301 545	513 182
Maradi	0	528 906	621 066		732 608	43 101	760 117		1 131 016	

Zinder		0	0	360 202	475 210	0	0	668 692		1 184 016	
Agadez		0	0	25 326	45 778	0	0	49 129		212 841	
Diffa		0	0	93 852	130 453	0	0	0	162 906		207 345
Tahoua		0	419 772	461 498		606 330	0	536 289		703 362	
TOTAL		671670	2009780	1561944	2046104	1338938	1558574	3065141	1417600	4497992	2211793

323 Les Gaps et priorités

a. Cartographie

La cartographie des schistosomias au Niger est complète et les données ont été actualisées entre 2011 et 2014. Placer la cartographie

b. Interventions de lutte

1. La poursuite des campagnes de traitement de masse

Les 41 anciens districts sanitaires (sauf Bilma) sur les 42 que comptait le pays sont endémiques pour la schistosomiose avec des prévalences variables (0.9% à Magaria en 2013 et 46.4% à Tchintabaraden en 2013). La prévalence et l'endémicité actuelle placent le Niger dans les pays qui doivent continuer les campagnes de distribution de masse tout en insistant sur la prise en charge des cas au niveau des formations sanitaires.

De plus, l'émergence de la bilharziose intestinale dans les régions de Tillabéry et Dosso exige la formation des agents de santé de ces deux régions sur son diagnostic et sa prise en charge.

Ainsi, depuis 2010 compte tenu du constat de la forte réinfection résultant du suivi des sites sentinelles, le Niger a décidé de traiter chaque année les régions du fleuve (Tillabéry, Dosso et la Ville de Niamey) et les autres régions une fois tous les deux ans (Maradi, Diffa, Agadez ; Tahoua et Zinder). Cependant, les foyers de forte prévalence de ces dernières régions seront identifiés afin de bénéficier d'un traitement annuel.

Ainsi ont été touchés :

- En 2013, 11 districts ;
- En 2014, 30 districts ;
- En 2015, 14 districts ;

A partir de 2015 la nouvelle stratégie issue de la réunion nationale de Novembre 2014 préconise 3 catégories de schémas de traitement selon les districts qui sont :

- 1 traitement tous les 2ans : 25districts;
- 1 traitement par an : 12districts;
- 2 traitements par an : 4 districts.

2. L'identification des foyers de forte transmission

- ✓ Mener des enquêtes au niveau de toutes les régions pour identifier des zones qui nécessitent une prise en charge annuelle comme les régions du fleuve ;
- ✓ Mener des enquêtes annuelles au niveau des sites sentinelles ;

3. Le renforcement de la prise en charge des cas au niveau des formations sanitaires

- ✓ Rendre disponible le praziquantel au niveau de toutes les structures sanitaires pour la prise en charge des cas en routine.

4. La formation

- ✓ Renforcer les capacités des agents de santé en cascade pour mieux assurer la prise en charge des cas au niveau des formations sanitaires. En particulier les agents des régions de Tillabéry et Dosso qui doivent être formés au diagnostic et à la prise en charge de *S. mansoni* ;
- ✓ Former les enseignants et les Distributeurs Communautaires dans tous les domaines de la lutte.

5. L'Équipement

- ✓ Doter toutes les structures sanitaires impliquées dans la lutte en matériel de diagnostic, de recherche, de fonctionnement et d'administration de médicaments ;

6. Le renforcement du suivi et l'évaluation des campagnes de masse

- ✓ Mener des enquêtes d'impact de ces campagnes dans le but de réorienter les stratégies de lutte. Les dernières enquêtes nationales de cartographie de la schistosomiase datent de 2011 à 2014 ;
- ✓ Revitaliser les sites sentinelles avec des explorations annuelles et un paquet minimum d'activités à mener.

7. La communication pour un changement de comportement (CCC)

- ✓ Poursuivre et intensifier les activités de communication pour un changement de comportement pour réduire la transmission étant donné que ce dernier joue un rôle très important dans la persistance des bilharzioses et des géo helminthes.

8. Eau et assainissement

- ✓ Améliorer l'approvisionnement des populations en eau potable et promouvoir la construction et l'utilisation de latrines afin de contribuer à la réduction de la transmission.
- ✓ Renforcer les programmes de construction des latrines familiales
- ✓ Promouvoir l'utilisation et l'entretien des latrines familiales

3.3 Géo helminthiases ou les vers intestinaux

Environ 1.5 milliards de personnes, soit près de 24% de la population mondiale, sont atteintes d'une géohelminthiase. Présenter les principales Elles sévissent dans toutes les régions tropicales et

subtropicales et surtout en Afrique subsaharienne, dans les Amériques, en Chine et en Asie orientale.

Plus de 270 millions d'enfants d'âge préscolaire et de 600 millions d'enfants d'âge scolaire habitent dans des régions où la transmission de ces parasites est intensive et il faut leur proposer des traitements et des mesures préventives (Aide-mémoire N°366 Juin 2012 référence).

Distribution des géo helminthiases au Niger a actualiser

Les géohelminthes sont présents partout au Niger. Ils sont favorisés par la pauvreté, l'accès limité à l'eau potable, le manque d'hygiène et d'assainissement. Les géohelminthes ont plusieurs conséquences sur l'état nutritionnel des personnes touchées. Ils entraînent des hémorragies intestinales chroniques qui peuvent provoquer une anémie et des répercussions néfastes sur la croissance, le développement. Ils font baisser aussi les rendements intellectuel et scolaire de l'enfant scolarisé.

Une enquête conduite en 2007 dans le village de Djambala chez les enfants de moins de 5 ans et leurs mères a donné les résultats suivants :

Chez les enfants de 0 à 4 ans de Djambala on a retrouvé des prévalences de 2,7 % d'ankylostome, 8,6 % d'oxyure et 1,1 % de giardiase.

Chez les mères des enfants de Djambala, on a trouvé les prévalences respectives de 4,9 % ; 2,8 % ; 0,7 % ; 2,1 % pour l'ankylostomiase, l'oxyurose, la giardiase et *Hymenolepis nana*.

Mais l'endémicité actuelle des géo helminthiases est difficile à évaluer car dans le recueil des statistiques sanitaires par le SNIS, elles sont classées dans la même rubrique que les affections abdominales. Elles représentent 2,3% de la morbidité dans le pays.

Selon l'OMS, le Niger est considéré comme un pays ayant une prévalence modérée pour les géo helminthiases c'est-à-dire avec une prévalence entre 20 et 49%.

Tableau N° 9. Affections digestives et parasitoses déclarées par les formations sanitaires en 2009 (source SNIS) donner pour les 5 dernières années

Affections	< 1 an	1-4 ans		5-14 ans	≥15 ans	Total	% Total cas
Affections digestives et parasitoses intestinales	14646	32644		29814	115121	192225	2,28
Autres parasitoses non intestinales	237	112		986	2586	4921	0,06

Commenter les tableaux

Tableau N° 10. Résultats des campagnes de masse de déparasitage des enfants de 12 à 59 mois (source PEV)

Régions	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Nb. traitée	TC %	Nb. traitée	TC %	Nb. traitée	TC %	Nb.t	TC%	Nb.t	TC%	Nb.t	TC%
AGADECZ			61653	97	51103	82			68687	98	50539	67
DIFFA	100875	102			83995	90	113321	100			123513	99
DOSSO	386212	102			326159	102	388647	93			461177	99
MARADI	558028	92			537006	97	668358	93			746755	94
NIAMEY			182681	94	132169	95	209195	150			258341	100
TAHOUA	547876	105			460745	101	597203	94			690995	98
TILLABERY			427486	95	405027	100	499978	99			483964	101
ZINDER	651192				621228	96	685546	105			574495	75

Les interventions menées ou en cours

Les principales activités de prise en charge se traduisent par les campagnes de déparasitage au profit des enfants de 1 à 5ans assurées par l'UNICEF et les campagnes de traitement de lutte contre les MTN assurée par l'USAID. Le traitement des cas se fait à tous les niveaux du système de santé.

1. La chimio prophylaxie préventive lors des campagnes de traitement de masse et des consultations prénatales(CPN)

- ✓ Le déparasitage des enfants d'âge scolaire en intégré avec les MTN ;
- ✓ Le déparasitage des femmes enceintes lors des consultations prénatales dans les formations sanitaires ;
- ✓ Le déparasitage des enfants âgés de 12 à 59 mois pendant les JNV /JNM deux fois par an.

2. Le traitement curatif

- ✓ Le traitement des cas se fait à tous les niveaux du système de santé.

3. La communication pour un changement de comportement (CCC)

- ✓ La conduite des caravanes de sensibilisation dans les villages endémiques ;
- ✓ La diffusion des messages de sensibilisation à travers les radios communautaires lors des campagnes de traitement de masse ;
- ✓ Les séances de causeries dans les formations sanitaires.

Gaps et actions envisagées

- ✓ Continuer la même stratégie de traitement des 3 cibles : les enfants âgés de 12 à 59 mois, les enfants d'âges scolaires, des populations à risques et les femmes enceintes ;
- ✓ Mener des enquêtes pour voir l'impact de ces actions sur la santé de ces trois groupes ;
- ✓ Intégrer le traitement des adultes pendant des campagnes de distribution de masse;

- ✓ Poursuivre le déparasitage des enfants âgés de 12 à 59 mois couplés aux Journées Nationales de Vaccination ou à la supplémentation en Vitamine A ;
- ✓ Poursuivre les actions de la Communication pour un changement de comportement ;
- ✓ la promotion de l'hygiène à l'école doit être intégrée dans les programmes scolaires ;
- ✓

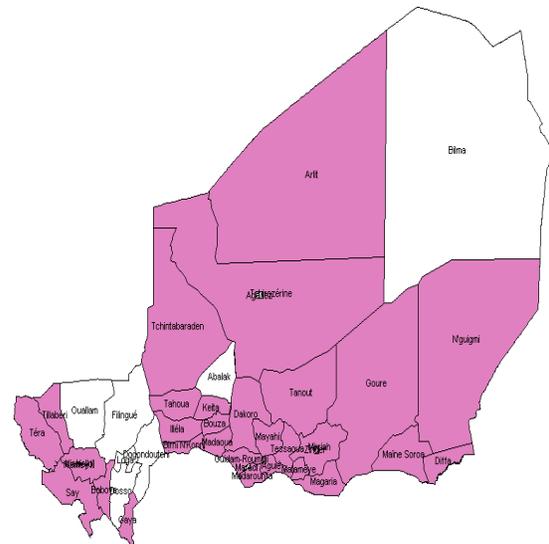
3.4. La Filariose Lymphatique

La filariose groupe des filaires

Distribution de la filariose lymphatique

 Non endémique

 endémique



baseline:

Non-endemic : 11

Endemic : 31

Figure N° 4: Carte de la distribution de la Filariose Lymphatique en 2016

Le système d'information sanitaire ne permet guère d'estimer l'ampleur de la FL car elle n'apparaît pas dans les supports de collecte de données de routine du SNIS. De plus, la FL est peu dépistée au niveau des structures sanitaires car les agents de santé n'ont pas les moyens de prise en charge. D'autre part, les patients ne se présentent pas aux structures de santé de peur d'être stigmatisés par la population.

La cartographie de la filariose lymphatique a été conduite en 2003, 2007 et 2010 au Niger. La cartographie des derniers districts suspectés d'être endémiques a été conduite entre 2013-2014 dans les districts sanitaires d'Arlit, Bilma et Filingué. Notons qu'Arlit et Bilma n'ont jamais été cartographiés auparavant. Filingué avait déjà été cartographié ; la ré-cartographie a été faite compte

tenu du nombre élevé de cas d'hydrocèles et d'éléphantiasis dans ce district. A l'issue de cette cartographie, seul le district d'Arlit a été classé endémique, ce qui fait passer le nombre de districts endémiques de 30 à 31 sur les 42 (prévalence supérieure à 1% de mf)

En effet, les tests se sont révélés positifs dans 31 districts sanitaires sur les 42 que compte le pays soit 76,19%. témoignant que la transmission est présente dans ces districts.

Interventions menées et en cours

Traitement de masse et autres intervention de prévention

Le traitement de masse avec l'ivermectine Albendazole a débuté en 2007 avec 9 districts puis a évolué à 18 districts en 2008, 22 en 2009 et 31 en 2014. Le dernier district à être admis dans le TDM est celui d'Arlit en 2015.

. En 2015 le traitement a été conduit ou est en cours dans tous ces 31 Districts endémiques après la cartographie ; après les enquêtes TAS conduites entre 2013 et 2014, 8 Districts ont atteint les critères pour arrêter le traitement (à ce jour, 3 ont arrêté la TDM et 5 autres ne vont plus traiter à partir de 2016). Au titre de l'année 2016 il restera encore à implémenter le TDM dans le 23 districts restants.

Pour la filariose lymphatique, les taux de couverture varient de 40,16% à Zinder Commune à 114,34% à Niamey III pour la campagne de 2013. La couverture est de XXX pour la campagne de 2014. Pour l'année 2015, le PNDO/EFL à traiter 23 districts sanitaires totalisant 8 143 708 personnes cibles.

Des actions de lutte contre les vecteurs se font de manière intégrée avec le programme paludisme, les communes et ONGs locales de développement par la distribution de masse de Moustiquaire Imprégnés d'Insecticide, la pulvérisation intra domiciliaire, l'assainissement du milieu et la sensibilisation

Cependant, les les vecteurs responsables de la transmission de cette maladie au Niger sont mal connues.

Le traitement se fait de manière intégré avec le traitement du trachome, les schistosomiasis et les géo helminthes aussi bien en milieu scolaire que communautaire

Prise en charge de la morbidité

Elle concerne le recensement actif des cas d'hydrocèles, d'éléphantiasis dans les districts sanitaires endémiques du fait de la faiblesse du système de collecte de données par le système d'information

sanitaire national. Ce recensement n'a été conduit à ce jour que dans 7 districts sanitaires des 31 qui sont endémiques.

Certains malades recensés sont pris en charge gratuitement en fonction des ressources disponibles. A cet effet, de 2008 à 2015 ce sont 1502 hydrocèles et 158 personnes présentant un éléphantiasis qui ont été prises en charge gratuitement. En dépit du nombre faible des districts dans lesquels le recensement actifs a été conduit, la plupart des malades recensés ne peuvent bénéficier d'une prise en charge faute de ressources financières.

Parallèlement à ce système de gratuité la prise en charge se fait timidement dans les structures publiques et privées à cause du coût relativement élevé de la prestation.

Renforcement des capacités des agents de santé

Les agents de santé de terrain doivent être formés sur la prise en charge des incapacités liées à cette maladie. A ce jour seules deux (2) sessions de formation ont été organisées pour seulement 45 chirurgiens.

Prise en charge des cas

Il s'agira de poursuivre le processus de renforcement des capacités agents de santé : il y a nécessité de renforcer les compétences des agents de santé dans les centre de santé endémiques. A effet ce sont 594 agents de santé des districts sanitaires endémiques qui doivent être formés.

Concernant la chirurgie de l'hydrocèle, il est impératif de procéder à un recensement actif des cas . Aussi, du fait du caractère pudique de la maladie les personnes atteintes ne se présentent pas au niveau des formations sanitaires.

Aussi nombre de nos hôpitaux ne dispose pas de petits matériel de chirurgie d'où la nécessité de les ré-équiper.

Communication pour un Changement de Comportement

L'adhésion des communautés à la lutte contre cette maladie est une nécessité absolue et nécessite des actions conjuguées entre tous les programmes pour susciter un changement de comportement en faveur de la stratégie nationale de lutte contre les maladies tropicales Négligées.

Suivi évaluation/Recherche opérationnelle

La mise en œuvre des actions sera appuyé par un supervisons formative à tous les niveaux. Aussi un processus pour surveiller et mesurer l'efficacité de l'intervention sera conduit par :

Surveillance de routine

Cette surveillance de la FL doit se faire dans le cadre de la stratégie de surveillance intégrée des maladies.

Toute notification de FL provenant d'une zone non endémique devrait faire l'objet d'une investigation, qui précisera si le cas est autochtone ou importé.

Surveillance par site sentinelle

Les sites (villages) sentinelles sélectionnés en fonction des unités d'exécution sous traitement feront l'objet d'un suivi actif.

Neuf districts sanitaires seront à leur 5^e tour de traitement et feront l'objet d'une évaluation pour mesurer le niveau actuel de la transmission afin d'arrêter éventuellement le traitement.

Surveillance entomologique

Une surveillance entomologique sera conduite en fonction des moyens.

Les différents outils pour la surveillance sont rassemblés dans le progiciel développé par Afro appelé « Base de données sur le programme d'élimination de la filariose lymphatique ».

Les Gaps et priorités

a. Cartographie

La cartographie de la filariose lymphatique est achevée au Niger

b. Intervention de lutte

Traitement de Masse.

Il s'agira de conduire le traitement de masse dans tous les districts sanitaire endémiques (31) dont la majorité est à un stade d'arrêt de traitement.

Aussi des efforts complémentaires doivent être faits pour amélioration de la couverture thérapeutique lors de la campagne.

A cet effet, des moyens conséquents doivent être mobilisés et une participation totale de la communauté s'avère nécessaire pour atteindre les résultats escomptés.

Lutte contre la morbidité.

A ce jour la lutte contre la morbidité ne connaît qu'un début de mise en œuvre. Seul les districts sanitaires de Madarounfa , Diffa, Say et Téra sur les 30 qui sont connus endémiques, connaissent un début timide de mise en œuvre de cette activité.

La demande d'actions gratuites (chirurgie hydrocèle , prise en charge des éléphantiasis) suscitée lors des campagnes TDM et des sorties IEC, est actuellement très importante et les malades en attentes sont très nombreux.

Il y a donc nécessité de mobiliser davantage de ressources pour soulager les malades.

On estime à environ 39000 le nombre de cas d'hydrocèles et 13000 les éléphantiasis /lymphoedème en 2003.

IEC Mobilisation sociale

Du fait des tabous et du poids culturel des manifestations de la maladie, un accent particulier est accordé à la sensibilisation de la population lors des fora et à travers des sorties foraines actives sur le terrain. et aussi l'apport des radios privées et publiques

Lutte contre le vecteur

Elle sera mise en œuvre en collaboration avec le programme paludisme, la direction de l'hygiène publique, les communes et les ONGs/associations pour développer des actions d'hygiène/assainissement et de lutte contre le vecteur.

Suivi évaluation recherche opérationnelle

Les districts en phase d'arrêt de traitement seront évalués ; aussi les sites sentinelles seront régulièrement visités dans le processus de surveillance.

3.5.L'Onchocercose

Cette maladie transmise par un insecte « la simulie » présente encore autour de certains cours d'eau (le Diamangou, la Sirba, la Mékrou, la Tapoa et le Goroubi au Niger).

L'onchocercose a été pendant longtemps responsable de plusieurs milliers de cas de cécité au Niger. L'impact économique de cette maladie fut énorme étant donné que c'est une maladie débilitante, invalidante et appauvrissante.

Aussi, étant donné que c'est une maladie hydrique, les zones où elle sévissait sont généralement fertiles et favorables à l'agriculture (Région du fleuve Niger). La piqûre du vecteur de cette maladie, la simulie est irritante et entraîne l'abandon de ces terres où elles sévissaient car indispose au travail.

Les efforts fournis par la communauté internationale dans la lutte antivectorielle ont permis de réduire très significativement la nuisance simulidienne et la maladie. Les terres jadis abandonnées retrouvent leur vitalité et sont alors reconquises.

Au début des activités du programme de Lutte contre l'Onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) en 1974, le Niger était l'un des pays les plus touchés par la maladie dans la sous-région (prévalence de 60 à 70% dont 5% de cécité).

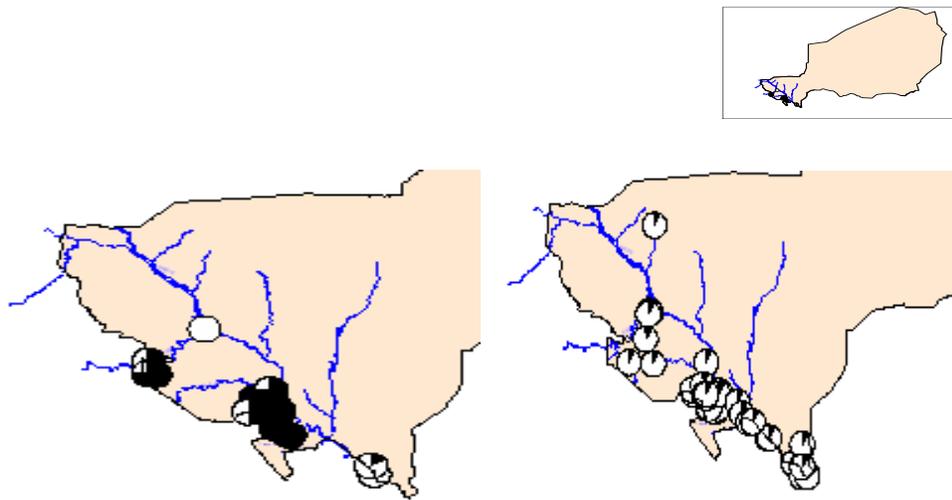


Figure N°7 : Situation de l'Onchocercose avant et après l'OCP (1974 et 2002)

L'Onchocercose maladie ne constitue plus de nos jours un problème de santé publique au Niger grâce aux actions menées par l'OCP.

Cependant des risques de recrudescence existent et dans le cadre du transfert des activités OCP aux pays un Programme National dévolution Onchocercose (PNDO) a été créé en 1992.

Suite à ce succès la lutte anti vectorielle, a connu un frein ces dernières années (depuis 1986 au Niger), ce qui s'accompagne d'une augmentation de la densité simuliennienne et par conséquent le retour de la nuisance due à cette petite mouche, ce qui gêne encore une fois les activités agricoles.

A ce titre, plusieurs stratégies sont développées par le PNDO.

- ✓ **Détection précoce de la recrudescence qui se** fait par la surveillance épidémiologique et entomologique.
- ✓ **Sensibilisation** : Des sorties actives sur le terrain sont organisées toutes ses années. Des boites à images, des livrets éducatifs, des supports audiovisuels ont été produits et servent de support aux activités d'IEC.
- ✓ **Renforcement des capacités** : des séries de formations sur la lutte contre l'Onchocercose ont été organisées.
- ✓ **Prise en charge des cas** : Le Niger ne répondant pas aux critères nécessaires pour la mise en œuvre du TIDC (traitement Ivermectine par Distribution Communautaire), l'Ivermectine n'est utilisé que pour le traitement des cas diagnostiqués. Seulement la prise en charge des malades n'est pas effective ; en 2005 la couverture est de 75%. Ce qui constitue une situation assez préoccupante. Cependant depuis 2007 dans le cadre de la lutte contre la filariose lymphatique un traitement de masse est conduit sur l'ensemble des districts sanitaires autrefois endémiques.
- ✓ **Suivi / Evaluation** : L'évaluation des activités se fait par la supervision du niveau central vers les districts, les districts vers les CSI et les infirmiers chefs vers les ASC.
- ✓ **Lutte contre la nuisance** : quelques efforts de traitement au sol de certains gîtes de la Tapoa et de la Sirba ont été menées.

Activités à mener

- les activités prévues sont : L'intensification de la surveillance entomologique et épidémiologique,
- la sensibilisation, la formation, La lutte contre la nuisance, Le suivi Evaluation, La recherche opérationnelle.
- l'intégration de la lutte contre la filariose aux activités de lutte contre l'onchocercose est un atout majeur vers la réussite de l'élimination de cette maladie comme problème de santé publique au Niger

3.6.Le Trachome

Distribution du trachome au Niger introduction

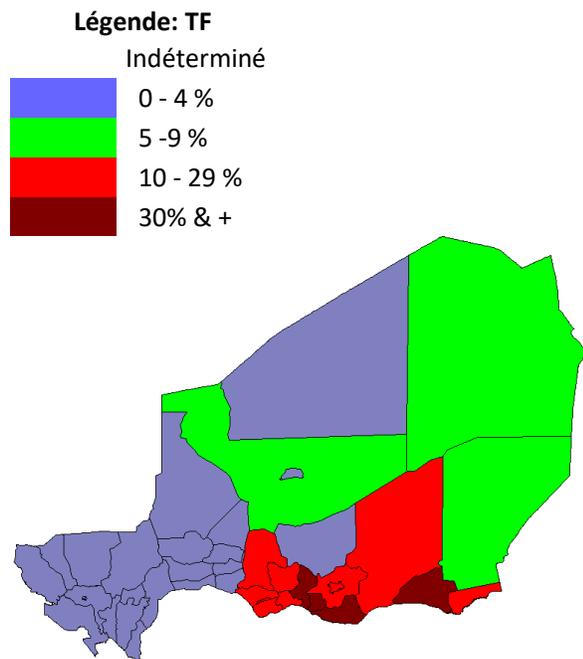


Figure N° 10 Carte de la distribution du trachome au Niger en 2015:

Le Programme National de Santé oculaire (PNSO) a été créé en 1987. Dans le cadre de la lutte contre le trachome, le PNSO s'est attelé à faire la cartographie de la maladie par région en 1997 puis à partir de 2001 une cartographie par district dans les régions de Zinder, Diffa et Maradi et début d'implémentation des activités de lutte basée sur la stratégie OMS dite stratégie CHANCE (CH= Chirurgie du trichiasis, A= Antibiothérapie, N= Nettoyage du Visage, CE= Changement de l'Environnement).

La stratégie CHANCE de l'OMS est celle qui est adoptée et mise en œuvre par Programme National de la Santé Oculaire la stratégie pour la lutte contre le trachome. Cette stratégie mise en œuvre après une évaluation de l'ampleur du trachome au niveau du district sanitaire a pour composantes :

- la Chirurgie du trichiasis,
- l'antibiothérapie,
- le nettoyage du visage ;
- et le Changement de l'environnement

Selon les résultats de l'évaluation du trachome dans le district, si la prévalence du :

- TF 1 – 9 ans < 5% : le district est considéré non endémique, donc n'a pas besoins d'antibiothérapie ;
- TF 1 – 9 ans 5 – 9,9% : le district est endémique donc nécessite un traitement ciblé ;
- TF 1 – 9 ans 10 – 29,9% : le district est endémique donc nécessite 3 ans de TDM
- TF 1 – 9 ans 30 – 49,9% : le district est endémique et nécessite 5 ans de TDM ;
- TF 1 – 9 ans > 50 % : le district est endémique et nécessite 7 ans de TDM

La situation épidémiologique actuelle pour le trachome se présente comme suit :

- 25 districts sanitaires sur 42 ont une prévalence TF 1 – 9 ans inférieure à 5 % ;
- 02 Districts sanitaires présentent une prévalence de TF 1 – 9 ans comprise entre 5 et 9,9% ;
- 10 Districts sanitaires ont une prévalence comprise entre 10% et 29,9%
- 04 Districts sanitaires ont une prévalence comprise entre 30% et 49,9%.
- 01 district sanitaire (Maradi commune) a eu ses villages rétrocédés à deux autres districts (Guidan roundji et Madarounfa) et par conséquent l'aire de santé actuelle n'a pas été objet d'enquête épidémiologique.

Pour le trachome, en termes d'enquête de base, la cartographie des districts sanitaires de la région d'Agadez a été achevée. Les résultats ont montré que 02 districts (Agadez et Arlit) ont une prévalence de TF 1 – 9 ans < 5% ; et les 02 autres districts (Tchirozérine et Bilma) ont une prévalence de TF 1 – 9 ans comprise entre 5 et 9,9%.

Les évaluations post TDM (enquête d'impact) de l'année 2013 réalisées dans 07 districts sanitaires (Doutchi, Birni Konni, Madaoua, Bouza, Keita, Tahoua, et Mirriah) ont permis de noter que tous les 06 districts ont eu un taux de prévalence inférieur à 5% hormis celui de Mirriah qui a eu 14,14%.

En termes de progrès : 21 districts sanitaires ne nécessitent plus de TDM soit un total de 9 508 912 personnes.

Ces résultats ne sont pas sans lacunes car le district sanitaire de Mirriah totalisant 1 075 378 personnes, malgré 08 années de TDM, reste avec une prévalence de TF 1-9 ans de 14,14%.

Pour ce qui concerne le trachome, 35 districts étaient endémiques sur les 42 au départ.

Sept (7) Districts sanitaires sont indemnes de trachome avec une prévalence de TF chez les 1- 9 ans inférieure à 5% : Arlit, Agadez, Loga, Gaya, Niameyl, NiameyII et NiameyIII.

Tous les 35 districts ont bénéficié de traitement antibiotique dans le cadre du TDM cependant les districts sanitaires de Bilma (Prévalence TF 1-9 ans : 9,9%) et Tchirozérine (Prévalence de TF 1-9 ans :

6.9%) dont la cartographie a été faite en juin 2014 commenceront leur premier traitement lors de la campagne de novembre 2015.

Sur les 35 districts, à ce jour 18 ont arrêté le TDM après les enquêtes d'impact, ces districts se répartissent par régions ainsi qu'il suit :

- Région de Tillabéry (6) : Téra, Say, Tillabery, Ouallam, Filingue, Kollo;
- Région de Dosso (3): Doutchi, Boboye, Dosso;
- Région de Tahoua (8) : Abalak, Tchinta, Tahoua, Bouza, Keita, Madaoua, Birni Konni, Illela
- Zinder (1) : Tanout.

Actuellement la situation des 17 districts se présentent de la façon suivante :

- 9 districts organiseront le TDM de novembre 2015 (Gouré, Zinder commune, Mirriah, Magaria, Matameye, Diffa, Aguié, Tchirozérine et Bilma) ;
- 8 districts sanitaires Organiseront les enquêtes d'impact dans six (6) mois ;
- 01 district sanitaire (Maradi Commune) a vu ses villages rétrocédés à deux (2) autres districts : Guidan Roumdji et Madarounfa. La carte sanitaire de ce district se résume aux quartiers urbains de la ville de Maradi.

Les résultats de couverture de l'antibiothérapie pour le trachome ont montré des données variant de 53,4% à 94,10% pour la campagne de 2013 et 35,28% (N'Guigmi pour des raisons sécuritaires) à 115,89% (Zinder Commune en raison des déplacements des populations de Diffa à Zinder pour des raisons sécuritaires).

Pour l'année 2015, le PNSO compte traiter 09 districts sanitaires totalisant 3 349 749 personnes.

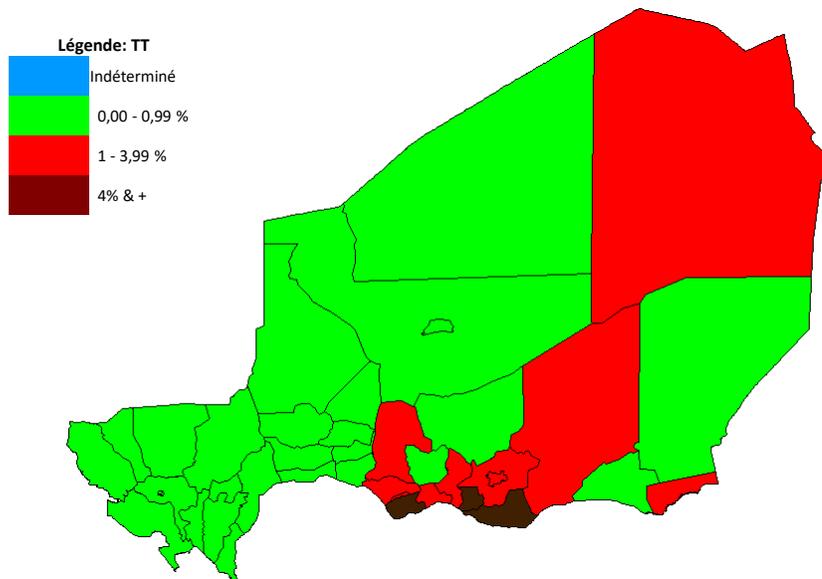
Après 14 ans de lutte, la situation épidémiologique se présente de la façon suivante :

- 27 districts sanitaires ont une prévalence inférieure à 5% ;
- 02 districts sanitaires ont une prévalence entre 5 et 9% ;
- 10 districts sanitaires ont une prévalence entre 10 et 29%
- 04 districts sanitaires ont une prévalence supérieure à 30%.

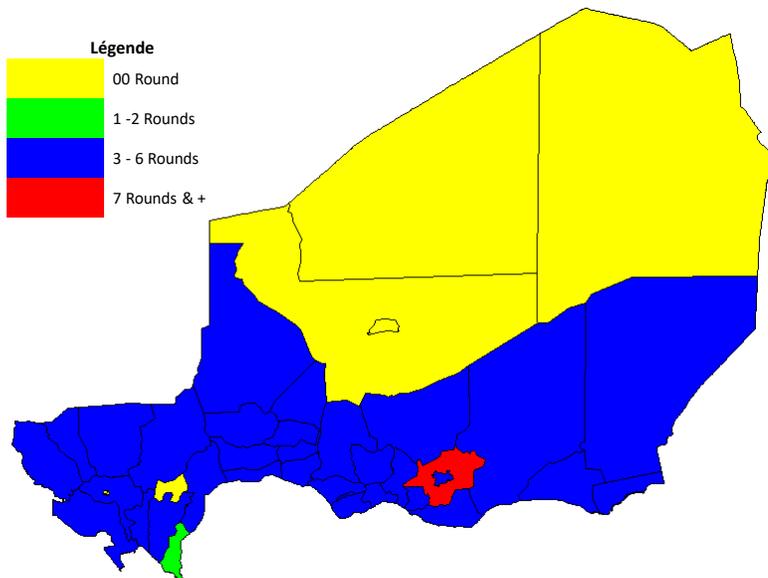
a. Interventions menées et en cours :

Chirurgie du trichiasis :

De 1999 à 2014, 99 540 personnes ont été opérées de trichiasis pour ne pas devenir aveugles, il persiste encore 29 000 personnes qui attendent d'être opérées. Le PNSO prévoit d'opérer 15 000 personnes en 2015.



Distribution de taux de prévalence du Trichiasis (TT) dans les Districts Sanitaires du Niger
(Mise à jour: Janvier 2015)



Nombre de Cycles de Traitement de Masse réalisés Par District Sanitaire

Nettoyage du Visage :

La mise en œuvre de cette composante repose sur la promotion du nettoyage facial du visage par différentes stratégies d'IEC pour un changement de comportement (CCC), Diverses activités sont menées telles que sensibilisation des populations par différents canaux : agents communautaires, Enseignants, marabouts au moyen de pagi volt, d'affiches,

Diffusions de messages à la radio (nationale, privées et radios communautaires), pièces de théâtre et sketches.

Changement de l'Environnement :

La lutte contre le péril fécal et les actions de salubrité dans les domiciles et les villages constituent les principales activités. Il est ainsi fait une action de promotion de latrines familiales. De 2002 à 2014, 136 675 latrines ont été construites. Il reste à construire **863 950** latrines pour atteindre le MDG numéro 7.

b. Interventions à mener :

Chirurgie : Il faut opérer les 29 000 personnes porteuses de trichiasis mais il faut également faire face aux nouveaux cas incidents.

Antibiothérapie : Il faut poursuivre la distribution dans tous les districts où la prévalence des TF chez les enfants de 1 -9 ans est supérieure ou égale à 10% mais également dans certaines parties des districts où la prévalence des TF chez les 1-9 ans est entre 5 et 9%..

Nettoyage du visage : mettre l'accent sur la sensibilisation pour aboutir au changement de comportement.

Changement de l'Environnement : Pour atteindre le MDG 7 il faut construire encore 863950 nouvelles latrines :

c. Les Gaps et priorités

Il n'y a pas de besoin en cartographie mais il faut réaliser des enquêtes d'impact post TDM soit

- Faire l'enquête d'impact après une année de traitement si la prévalence des TF chez les 1-9 ans si la prévalence est comprise entre 5 et 9,99% ;

- Après 3 ans de distribution si la prévalence de TF chez les 1-9 ans est comprise entre 10 et 29,99% ou ;

- Après 5 ans si la prévalence de TF chez les 1- 9 ans est supérieure ou égale à 50% ;

à plus selon les nouvelles directives OMS.

3.7. La Lèpre

Après la mise en place du Programme National de lutte contre la lèpre en 1992, à travers sa stratégie de la poly chimiothérapie, le Niger a atteint en 2002 l'objectif de l'élimination de la

lèpre en tant que problème de santé publique fixé par l'OMS, c'est-à-dire moins de 1 cas pour 10000 habitants. La prévalence de la lèpre est ainsi passée de 6308 malades en traitement le 31/12/1993 à 1026 malades en traitement le 31/12/2002 (soit 0,85 cas pour 10000 Hbts). Le pays a consolidé ces résultats épidémiologiques jusqu'en 2014 avec une diminution de la détection des cas qui a subi une stabilisation ces dernières années. La prévalence en fin d'année est ainsi réduite à 346 cas soit 0,19 cas pour 10 000habitants en 2014 ; le défis majeur reste aujourd'hui le taux des infirmités de degré 2 parmi les nouveaux cas en progression du fait d'un retard dans le dépistage et la prise en charge.

Performances du PNLL de 2002 à 2014 : de 2002 à 2014, 8247 malades ont été traités et guéris de la lèpre ; le taux de guérison est passé de 58,84 % à 91,25% pour les formes multi-bacillaires, et de 94,40% à 98,78% pour les formes pauci-bacillaires ; la prévalence en fin d'année a passé de 0,85 à 0,19 cas pour 10000 habitants. L'objectif poursuivi par le programme lèpre est de consolider ces résultats d'élimination au niveau national, district, atteindre ce seuil d'élimination au niveau de tous les CSI.

A cet objectif s'ajoute depuis 2010 le défi de la réduction du taux des infirmités de degré2 parmi les nouveaux.

La détection est sensiblement stable ces dernières années. Ainsi, plus de 400 nouveaux cas continuent d'être dépistés chaque année dans le pays, La proportion des femmes parmi les nouveaux est comprise entre 48,42% en 2002 et 42,67% en 2014 tandis que celle des enfants entre 1,93 et 1,48% ; ce qui dénote une accessibilité des femmes et une faible transmission de la maladie.

Ces performances du programme sont liées à l'appui du Ministère de la santé et de ses Partenaires Techniques et Financiers dont entre autres de la Fondation Raoul FOLLEREAU, du Fond Commun d'appuis au PDS, de l'OMS et de TLM/Nigerqui soutiennent le PNLL dans la mise en œuvre de ses stratégies (dépistage des cas, dotation en médicaments spécifiques (PCT) et non spécifiques, formation des agents, sensibilisation, supervisions, contrôle de qualité du diagnostic.

Parmi les moyens de mobilisation sociale qui ont contribué au dépistage des nouveaux cas de lèpre en 2014, les sujets contacts représentent 51,36% (207/403), suivi de la sensibilisation radiophonique 11,16% (45/403).

Dans la région de Maradi, le dépistage de masse a montré son intérêt avec 27,54% du total des cas de 2014.

L'Hôpital de Danja a rapporté la quasi-totalité des nouveaux cas de lèpre.

Les priorités, difficultés et menaces, opportunités du PNLL : en dépit de ces avancées dans l'atteinte de l'objectif d'élimination de la lèpre au niveau national et régional classant le pays dans la zone de faible endémicité, le Niger continue de détecter plus de 400 cas durant ces 5 dernières années dans différents Centres de Santé. En 2014, on a notifié 403 nouveaux cas dans 32 Districts sanitaires et 2 Centres de références, 13 DS et les 2 Centres de références ont une détection de plus de 10 cas par an, 4 DS ont rapporté entre 5 et 9 cas et 15 DS de 1 à 4 cas de lèpre.

Les Défis sont:

- 1- La persistance de la lèpre dans 29 CSI : la prévalence varie de 1,05 à 4,92 cas pour 10 000 Hbts ;
- 2- Le taux d'infirmité de degré 2 parmi les nouveaux cas reste encore élevé (25,06%)

En effet, de 2002 à 2014, le Niger a enregistré **7626 cas d'infirmité** de degré 2 parmi les nouveaux cas de lèpre avec des taux de 12,84% en 2002 et 25,06% en 2014. Ce résultat est loin de l'attente des objectifs mondiaux à savoir de « Réduire le taux d'infirmité degré 2 à moins de 1 cas pour 1000000 d'habitants d'ici 2020 » et celui de « réduire à moins de 35 % par rapport à la référence de 2010 » selon les recommandations de l'OMS.

Mais aussi avec des Difficultés et menaces :

Le taux élevé de la forme multi bacillaires, la plus contagieuse (82,38% des nouveaux cas en 2014) est propice à la résurgence de la lèpre si toute fois un dépistage précoce et une stratégie de surveillance n'est pas mise en place au niveau des anciens sites endémiques.

Le retard dans la prise en charge des cas et l'accessibilité géographique des malades : En effet, 79,20 % (80/101) de ces infirmités proviennent au-delà de 15 km d'un Centre de Santé, et près 94% (94/101) à plus de 5 km du CSI en 2014. Les infirmités survenant en cours et après le traitement de PCT sont très peu rapportées.

Les formations inadaptées et insuffisantes et la mobilité des agents : Le rapport 2014 a fait ressortir que sur les 872 CSI du pays, 365 CSI suivent des malades en traitement ; 271 CSI seulement disposent d'agents formés sur la lèpre. Jadis centrées sur le diagnostic et la prise en charge des cas de lèpre, les formations semblent **inadaptées** au suivi neurologique des malades pour permettre de prévenir les invalidités liées à la lèpre, d'où un besoin urgent dans la formation et le recyclage des agents à travers les sessions et les supervisions formatives.

Faible capacité des structure de références : Le Centre National Dermato-lèpre (CNDL) de Niamey et la léproserie de Danja collaborent avec le PNLL et font office de structures de références en matière de lèpre dans le pays. Cependant le CNDL manque de plateau technique et de ressources humaines qualifiées pour permettre la prise en charge des complications

chirurgicales de la lèpre dans un contexte de système de référence et de contre-référence quasi inexistant pour soutenir les malades.

La **vétusté du parc auto-moto** des régions, le **Sous financement de la lutte contre la lèpre** en raison de la diminution de l'appui du partenaire principal (Fondation Raoul Follereau 43 millions en 2014, 36 millions en 2015), absence de ligne budgétaire de l'ETAT constituent des entraves à la mise en œuvre des activités de lutte contre la lèpre.

Le problème frontalier avec le Nigeria au sud du pays constitue une menace évidente au contrôle de la lèpre dans les villages frontaliers.

Des opportunités à saisir:

La prise en compte de la lèpre dans le programme de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées constitue une opportunité majeure devant la réduction de l'appui financier par le partenaire principal (FRF) du PNLL.

Nouveau Plan de Développement Sanitaire du Pays 2016-2020....

La formation des techniciens supérieurs en Dermatologie

Des Perspectives :

Objectifs du PNLL :

- Consolider à tous les niveaux les résultats acquis en 2014 ;
- Eliminer la lèpre en tant que problème de santé publique au niveau des 29 CSI qui n'ont pas atteint l'objectif de l'élimination ;
- Améliorer la prise en charge des cas afin de réduire la survenue de nouvelles infirmités ;
- Contribuer à améliorer la qualité de vie des personnes affectées par la lèpre.

Stratégies du PNLL :

- **Poursuite et renforcement des stratégies existantes :** Dépistage et traitement des cas de lèpre et ses complications dans les formations sanitaires, **Contrôle de la qualité du diagnostic de la lèpre au niveau des CSI à forte prévalence, dépistage de masse, Intensification de la sensibilisation Radiophonique à tous les niveaux (national, régional, district et CSI) ;**
- Poursuite des efforts de formations intégrée avec la PIRP ;
- mener des supervisions formatives et supervisions PIRP ;
- recherche et traitement des cas de lèpre parmi les contacts des malades multi bacillaires.

TABLEAU XXVI : TENDANCE DU NIVEAU DES INDICATEURS EPIDEMIOLOGIQUES*DE LA LEPRE AU NIGER DE 2000 A 2014*

NIGER	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TAUX DE PREVALENCE LE 31/12 (o/ooo)	1,56	1,048	0,85	0,63	0,53	0,43	0,43	0,39	0,283	0,30	0,26	0,25**	0,22	0,21	0,19
TAUX DE DEPISTAGE/AN(o/ooo)	1,99	1,35	1,07	0,77	0,635	0,52	0,498	0,47	0,353	0,40	0,30	0,26	0,28	0,25	0,23
TAUX DE DETECTION/AN(o/ooo)	1,72	1,18	1,002	0,789	0,601	0,48	0,476	0,45	0,339	0,37	0,29	0,25	0,26	0,25	0,22
TAUX DES INFIRMES d°2 PARMIS LES NVX CAS DEPISTES (%)	7,66	9,52	12,84	13,46	15,65	19,83	17,7	11,8	12,13	15,49	10,51	12,59	15,01	17,86	25,06
RAPPORT PREVALENCE 31/12 SUR DETECTION AN	0,88	0,89	0,85	0,82	0,88	0,9	0,90	0,88	0,83	0,82	0,88	0,89	0,86	0,88	0,85
TAUX DES MULTIBACILLAIRES PARMIS LES NVX CAS DEPISTES DE L'AN	58,84	58,81	59,9	64,21	71,57	71,07	76,9	72,62	73,04	70,09	72,70	75,80	79,90	82,07	82,38
TAUX DES ENFANTS PARMIS LES	4,15	3,32	1,93	3,21	2,36	2,98	2,44	3,11	0,82	2,16	1,34	2,46	1,15		1,48

NVX CAS DEPISTES AU NIGER															0,94	
TAUX DES FEMMES PARMI LES NVX CAS	48,45	48,5 6	48,42	45,10	46,45	42,88	46,87	42,18	40,9 0	40,9 0	43,1 7	44,4 4	42,9 5	44,3 3	42,67	
TAUX DE GUERISON PB DEPISTES DE L'AN	88,87	92,9 3	94,4	93,96	95,02	95	95,45	97,4	95,9 1	94,9 6	95,4 0	99,0 4	95,5 0	98,7 5	-	
TAUX DE GUERISON MB DEPISTES DE L'AN	82,66	85,8 7	84,53	93,02	93,82	91,42	90,26	92,07	95,1 3	90,4 0	93,9 3	98,2 1	91,2 5	-	-	
TAUX DE REGULARITE AU TRAITEMENT DES PB 31/12	83,50	79,9 2	85,37	83,72	90%	89,33	90,47	88,88	94,1 1	95,5 8	96,6 6	97,7 7	82,7 5	97,1 4	88	
TAUX DE REGULARITE AU TRAITEMENT DES MB 31/12	87,76	78,8 7	87,72	89,06	92,97	84,86	88,84	93,14	93,2 2	94,0 8	95,5 3	94,6 7	93,0 2	93,8 2	94,08	

**TABLEAU XVI : LES CENTRES DE SANTE DU NIGER OÙ LEPRE EST PROBLEME DE SANTE
PUBLIQUE LE 31/12/2014**

REGION	DISTRICT SANITAIRE	N°	CENTRE DE SANTE	POPULATION TOTALE DESSERVIE 2013	PREVALEN CE 31/12/2013	TAUX PREVALENCE 31/12/2013
--------	-----------------------	----	-----------------	--	------------------------------	----------------------------------

DIFFA	DIFFA	1	CSI URBAIN DIFFA	35 339Hbts	9	2,54 o/ooo
	MAINE	2	CSI KARAGOU	9 234 Hbts	3	3,24 o/ooo
		3	CSI AMBOURAMAL	6 530 Hbts	1	1,53 o/ooo
		4	CSI GOUDOUMARIA	25 208 Hbts	3	1,19 o/ooo
DOSSO	GAYA	5	CSI DOLLE	10 149 Hbts	5	4,92 o/ooo
		6	CSI GAYA 1	22 993 hbts	5	2,17 o/ooo
		7	CSI TOUNOUGA	21 594 Hbts	7	3,24 o/ooo
		8	CSI ALBARKAIZE	9 648 Hbts	3	3,10 o/ooo
		9	CSI KOUTOUMBOU	17 584 Hbts	2	1,13 o/ooo
	DOUTCHI	10	CSI BAKIN TAPKI	22 281 Hbts	3	1,34 o/ooo
		11	CSI SOUKOUKOUTANE	21 097 Hbts	3	1,42 o/ooo
MARADI	MADAROU NFA	12	CSI SARKIN YAMMA	16 220 Hbts	4	2,5 o/ooo
	TESSAOUA	13	CSI HAWANDAWAKI	47 611 Hbts	9	1,89 o/ooo
		14	CSI GOUNAKA	23 942 Hbts	3	1,25 o/ooo
	AGUIE	15	CSI GAZAOUA	22 922Hbts	3	1,31 o/ooo
		16	CSI GANGARA	25 066Hbts	3	1,19 o/ooo
	DAKORO	17	CSI DAN GOULBI	28 404Hbts	3	1,05 o/ooo
TAHOUA	TAHOUA	18	CSI GARKAWA	40 040Hbts	10	2,5 o/ooo
	ILLELA	19	CSI BAGAROUA	15 957Hbts	3	1,88 o/ooo
		20	CSI TAJAE	26 251Hbts	3	1,14 o/ooo
		21	CSI ILLELA URBAIN	47 061 Hbts	5	1,06 o/ooo
	KONNI	22	CSI GALMI	34 702 Hbts	4	1,15 o/ooo

TILLABERI	TILLABERI	23	CSI TILLABERI URBAIN	26 407 Hbts	9	3,40 o/ooo
		24	CSI AYOROU	32 604 Hbts	4	1,22 o/ooo
	TERA	25	CSI TERRA URBAIN	47 720 Hbts	10	2,09 o/ooo
	SAY	26	CSI TORODI	36 766Hbts	4	1,08 o/ooo
ZINDER	MAGARIA	27	CSI GOUCHI	22 519 Hbts	4	1,78 o/ooo
		28	CSI MALLAOUA	17 418 Hbts	2	1,15 o/ooo
	MIRRIAH	29	CSI TOUDOUN AGOUA	20 450 Hbts	4	1,96 o/ooo

La Leishmaniose

La résolution WHA43.18 consacrée à la recherche sur les maladies tropicales, l'Assemblée mondiale de la Santé, a reconnu la leishmaniose comme un problème de santé publique. Dans la plupart des pays de la région africaine en général et le Niger en particulier, la lutte contre la leishmaniose n'a pas été systématiquement organisée et très peu ont jusque-là mis en place un programme de lutte pour apporter une réponse à ce problème.

Les données épidémiologiques, cliniques et entomologiques confirmées par les laboratoires font état que la maladie présente sur l'ensemble du territoire du Niger et particulièrement dans la zone Sahélo-saharienne qui est la zone la plus affectée car favorable à la reproduction du vecteur.

Au Niger, des cas de leishmaniose cutanée sont régulièrement notifiés au niveau des formations sanitaires. Deux cas de leishmaniose viscérale confirmés par examen parasitologique ont été rapportés au Niger, dont l'un dans le massif de l'Air en 1988 (10) et l'autre à Zinder chez un militaire en 1989. Plusieurs enquêtes entomologiques ont permis d'identifier les vecteurs potentiels du kala-azar.

Les opportunités de lutte :

Environ deux tiers (2/3) des districts sanitaires du Niger disposent de Techniciens Supérieurs en dermatologie lèpre, cela constitue une opportunité en matière de ressources humaines pour collecter les données épidémiologiques sur les cas dépistés et traités ainsi qu'une possibilité de réaliser une enquête nationale pour faire le point sur l'ampleur réel de la maladie.

Intervention menées et en cours :

Aucune activité particulière n'a été conduite pour réduire l'incidence et la morbidité de la maladie toutefois les cas sont pris en charge par les formations sanitaires du pays

Gaps et priorités :

Bien que des cas cliniques soient régulièrement rapportés par les formations sanitaires, très peu de données épidémiologiques actualisées sont disponibles. En conséquence la nécessité de la mise en place d'une cartographie de cette maladie, l'organisation de la prise en charge des cas et le contrôle du vecteur est indispensable en vue de réduire la morbidité.

3.9 La Rage :

La rage est la zoonose la plus grave et la plus redoutée au Monde.

La rage est une zoonose à déclaration obligatoire conformément aux recommandations de l'OMS et de l'OIE auxquelles le Niger a suscrite.

La situation de la rage au Niger est à l'image des autres pays Africains caractérisé par un réseau peu fiable sous équipé et peu motivé .En effet sur les 20 dernières années (1990-2009) se sont seulement 406 cas suspects de rage animale ont été notifiées au niveau des formations sanitaires. Les spécimens de ces cas ont été analysés au Laboratoire central de l'élevage avec un taux de positivité de 66%.Une étude récente sur la dernière décennie dirigée par L'Institut Pasteur de Paris en collaboration avec le laboratoire central d'élevage (LABOCEL) fait ressortir une proportion de 80% de positifs. Outre ce taux élevé il faut signaler que toutes les espèces domestiques sont affectées (canine, féline bovine, cameline, ovine, caprine, équine, asine).Malgré cette forte prévalence l'annuaire de statistique sanitaire ne fait cas d'aucun cas humain pendant ces 20 ans. Ce qui est paradoxale eu égards à la fréquence des morsures par des animaux enragés surtout en milieu rural.

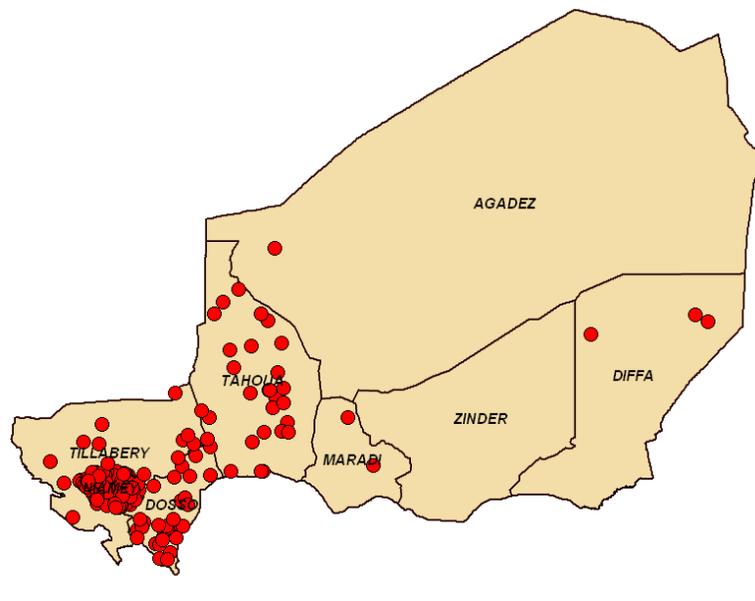


Figure N° 11 : Distribution spatiale des cas de rage chez les animaux domestiques confirmés au laboratoire 1990 2009

Intervention menées ou en cours :

Durant les années 1960 à 1990 la collaboration entre les services vétérinaires et de la santé humaine a permis de prendre en charge des cas de morsures suspectes. Cependant, cette collaboration brille par une léthargie et une absence de coordination des actions sur le terrain.

Acquis :

- Existence d'un réseau d'épidémiologie au niveau des services vétérinaires
- Existence de service de maladie infectieuse dans les hôpitaux de la santé publique

Gaps et priorités

La problématique de la rage au Niger réside dans l'absence d'un programme national de lutte, d'un réseau de surveillance actifs tant du côté de la santé humaine que du milieu vétérinaire. La disponibilité et l'accessibilité du vaccin et du sérum antirabique est une préoccupation récurrente.

En priorité il sera développé des actions qui visent à :

- renforcer la collaboration avec les services vétérinaires,
- actualiser la cartographie des cas de rage et de morsures suspectes,
- Assurer la disponibilité des vaccins et sérums pour la prise en charge des morsures suspectes et la prévention
- Renforcer les capacités de confirmation de laboratoires des cas suspects

3.10 La Trypanosomiase

L'histoire de la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA ou maladie du sommeil) au Niger, montre que ce pays a été autrefois très touché par cette endémie, avec des prévalences pouvant atteindre 11% dans certains villages. C'est dans le Sud du Niger, où se trouve le vecteur de la maladie, la glossine (ou mouche tsé-tsé), que se situaient les principaux foyers de THA (Figure 1). A l'époque, les foyers de Say, de Torodi et de Kirtachi étaient alors les plus actifs (Gouzien, 1908 ; Jamot 1933). Les derniers cas de THA dépistés au Niger lors d'une prospection médicale datent de 1967, il s'agissait de 3 cas dépistés dans les villages de Dolé, Aynikiré et Tondifou dans la région de Say (Figure 2). Les deux espèces de glossines alors présentes au Niger étaient *Glossina morsitans submorsitans* (inféodée à la faune sauvage et plutôt localisée au niveau des interfluves) et *Glossina tachinoides* (espèce riveraine), présentes dans l'extrême Sud du pays (Challier, 1967 ; Laveissière & Mondet, 1973).

Ces distributions de la THA et des glossines ne sont plus d'actualité, tout simplement parce que les glossines ont disparu de nombreuses contrées du fait des évolutions climatiques (sécheresses des années 1970s), des défrichements intensifs liés à l'augmentation des densités de populations humaine et animale domestique, et aussi du fait de la lutte anti-vectorielle menée contre les glossines dans les années 1960s, 1970s le long du fleuve Niger (Laveissière & Mondet, 1973 ; Gado, 1993 ; Courtin & Guengant, 2012). Ces évolutions ont été très bien décrites au Burkina Faso voisin (Laveissière, 1967 ;

Courtin *et al.*, 2010). Au Niger, les glossines semblent désormais se cantonner à une petite portion de territoire incluant le Parc National du W, la forêt classée de Tamou et leurs périphéries directes. Ainsi les villages où ont été dépistés activement les 3 derniers cas de THA autochtones en 1967 dans la région de Say ne se trouvent plus dans l'aire de distribution des glossines. De nos jours, les peuplements les plus à risque se situent donc au niveau de ces espaces protégés et de leurs périphéries, et notamment ceux qui se trouvent à proximité des rivières pérennes caractérisées par une forêt-galerie conservée, où les glossines trouvent encore les conditions écologiques favorables à leur survie. Il s'agit de La Tapoa, de la Mékrou et d'une portion du fleuve Niger située entre les confluences de La Tapoa et de la Mékrou, d'après les enquêtes entomologiques récemment effectuées par le Ministère de l'élevage dans le cadre de la Pan African Tsetse and Trypanosomiasis Eradication Campaign (PATTEC, 2014).

Ainsi, la mise en évidence d'une population de glossines, dans des foyers historiques de THA, corrélée au fait qu'aucune activité médicale sur la THA n'ait été menée depuis plus de 40 ans, posait la question de la situation de la THA dans cette région encore à risque du Niger.

Une mission conjointe du Ministère de la santé de la République du Niger et de l'IRD/CIRDES Centre Collaborateur de l'OMS a fait le point sur la maladie et dont l'objectif est d'identifier parmi les peuplements situés dans et à proximité des zones à glossines (zones à risque de transmission), ceux qui sont les plus susceptibles d'héberger un cas de THA.

Les conclusions sont les suivantes :

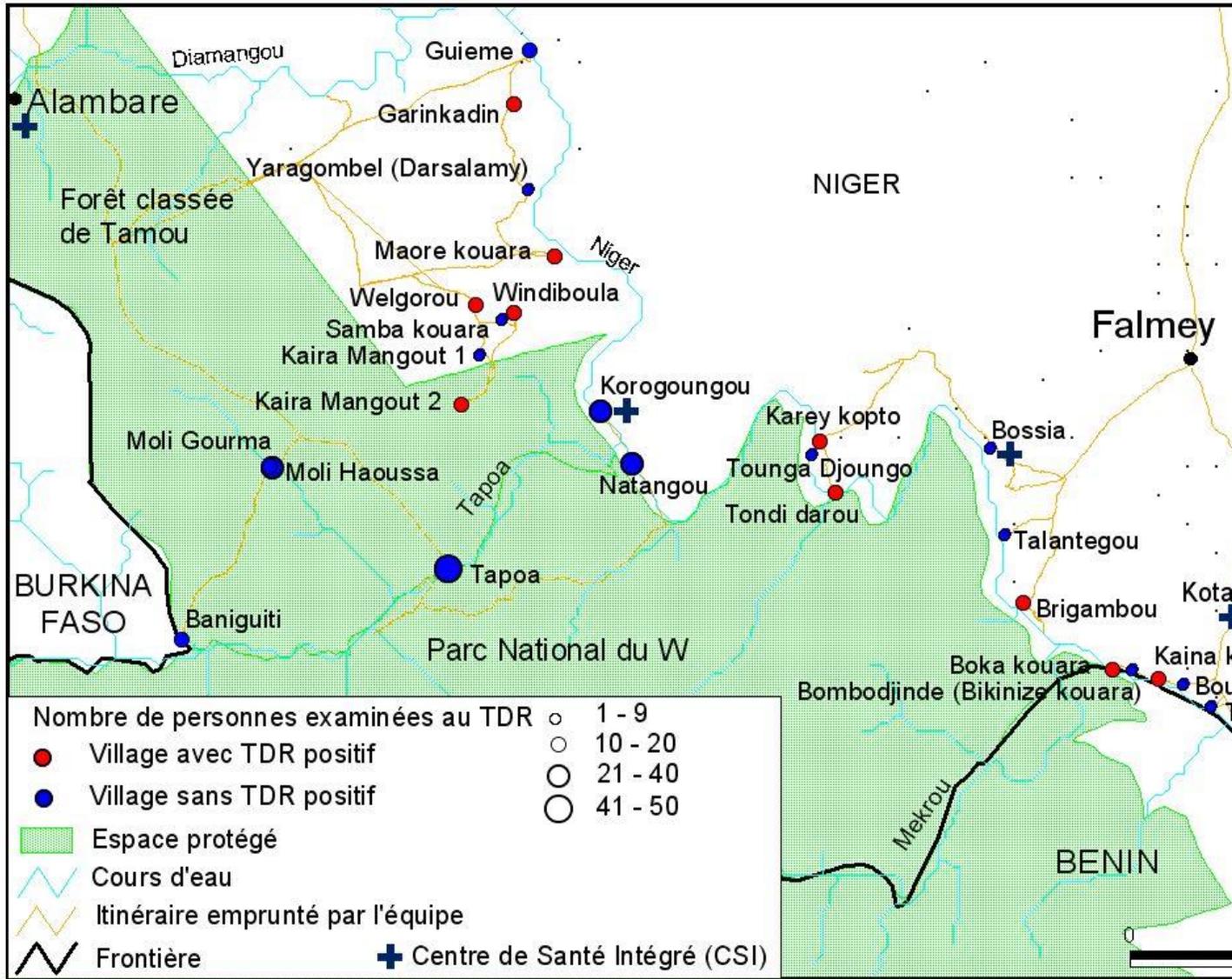
La situation de la Trypanosomiase Humaine Africaine au Niger, pays historiquement touché par cette endémie et où les glossines sont toujours présentes dans le Sud du pays, doit être clarifiée pour permettre de mettre en place les stratégies de lutte adaptée en vue de son élimination. L'exemple du dernier cas de THA reporté au Niger en 1988 (un nigérien en provenance de Gagnoa en Côte d'Ivoire), associé à la persistance des glossines dans le Sud du pays, montre que les 3 acteurs du cycle épidémiologique sont susceptibles de se rencontrer à un moment ou à un autre, et ainsi de réactiver le cycle de transmission qui a su fonctionner dans le passé. Si l'existence de cas importés est tout à fait possible, comme nous le montre les migrations de populations qui s'effectuent en direction de pays endémiques tels que la Côte d'Ivoire, le Tchad ou le Nigéria, la présence de cas autochtone doit être vérifiée.

C'est ainsi qu'un certain nombre de villages, retenus sur la base de critères tels que l'historique de la maladie, le réseau hydrographique, les données entomologiques, le peuplement etc. ont été visités sur le terrain. Au total, sur les 28 villages visités, 10 affichent des TDR positifs (Figure 4). Ces villages sont généralement situés en périphérie des espaces protégés et/ou s'égrainent le long du fleuve Niger et apparaissent donc comme les plus à risque d'héberger un cas de THA au Niger. La plupart de ces villages affichent des caractéristiques géographiques qui les confortent dans leur niveau de risque, tels que la migration vers la Côte d'Ivoire et/ou le Tchad, la pratique de la pêche et de la riziculture. Nous sélectionnons aussi le village de Boumba, même si aucun TDR n'est apparu positif, car il possède un marché commercial très attractif qui coiffe une grande partie de la zone, et il est situé juste en face de la

confluence de la Mékrou infestée de glossines. La liste des 11 villages identifiés comme les plus à risque est ainsi présentée dans le tableau 2 (les villages qui apparaissent en rouge), l'ensemble de ces villages représente une population totale d'environ 10 000 habitants. Nous proposons d'effectuer une prospection médicale exhaustive dans ces 11 villages (voir la proposition de programme en fichier attaché). Si un cas de THA est dépisté, il sera traité avec l'appui de l'OMS et le dépistage actif exhaustif sera renforcé dans la zone concernée.

A l'issue de la prospection médicale menée dans ces villages identifiés comme les plus à risque, une surveillance épidémiologique de la THA intégrée au système national de surveillance devrait être mise en place au niveau des sites sentinelles qui apparaîtront les plus appropriés.

Figure 4. Localisation des villages visités et résultats sérologiques afférents.



3.11 Le Ver de Guinée :

Depuis fin 2008, le Niger n'a notifié aucun cas autochtone du ver de Guinée, il a obtenu la Pré certification en 2012 et la certification en 2013.

Interventions à mener :

Les objectifs poursuivis par le Programme National d'Éradication du ver de Guinée sont de mettre en œuvre les activités de Post certification à travers les axes stratégiques ci-après :

- la surveillance épidémiologique dans les anciennes zones d'endémie du ver de Guinée (y compris les sites de refuges maliens au Niger);
- La recherche active de cas de ver de Guinée pendant les passages des journées nationales de vaccination (JNV)
- Investigation des cas de ver de Guinée;
- le plaidoyer pour la création et la réhabilitation des points d'eau modernes.
- L'octroi de récompense aux cas déclarés du ver de Guinée;
- La diffusion des messages ver de Guinée à travers les médias (radios, télévisions, etc.);
- L'évaluation de niveau de mise en œuvre des recommandations de l'équipe internationale de certification de 2013
- L'intégration de la lutte contre le Ver de Guinée dans le curricula de formations des agents de santé;
- Le suivi et l'évaluation périodique du programme à travers les supervisions, les réunions de coordination nationales

3.12 La Co-endémicité par DS

Tableau N°12 : Co-endémicité des MTN

Régions	District sanitaires	MTN de la Chimiothérapie préventive (CTP)				MTN à Prise en Charge des cas (PCC)				trypano
		FL	Trachome	Schisto	Géo helminthe	Lèpre	ver de Guinée	Leishmaniose	Rage	
Agadez	Arlit	1	0	1	1	0	0	9	9	0*
	Bilma	0	1	0	1	0	0	9	9	0*
	Tchirozerine	0	1	1	1	0	0	9	9	0*
	Agadez Commune	0	0	1	1	0	0	9	9	0*
DIFFA	Diffa département	1	1	1	1	1	0	9	9	0*
	Mainée Soroa	1	1	1	1	1	0	9	9	0*
	N'Guigmi	1	1	1	1	0	0	9	9	0*
DOSSO	BOBOYE	0	0	1	1	0	0	9	9	0**
	Gaya	1	0	1	1	1	0	9	9	0**
	Loga	0	0	1	1	0	0	9	9	0*

	Dozzo com	0	0	1	1	0	0	9	9	0*
	Doutchi	0	0	1	1	1	0	9	9	0*
TAHOUA	BIRNI N'KONNI	1	0	1	1	1	0	9	9	0*
	TAHOUA DEP+COM	1	0	1	1	1	0	9	9	0*
	TCHIN TABARADEN	1	0	1	1	0	0	9	9	0*
	Abalak	0	0	1	1	0	0	9	9	0*
	KEITA	1	0	1	1	0	0	9	9	0*
	BOUZA	1	0	1	1	0	0	9	9	0*
	ILLELA	1	0	1	1	1	0	9	9	0*
	MADAOUA	0	0	1	1	1	0	9	9	0*
ILLABERY	SAY	0	0	1	1	1	0	9	9	0**
	KOLLO	0	0	1	1	0	0	9	9	0**
	TERA	0	0	1	1	1	0	9	9	0*
	TILLABERI DEP	0	0	1	1	1	0	9	9	0*
	Filingue	0	0	1	1	0	0	9	9	0*
	Ouallam	0	0	1	1	0	0	9	9	0*
MARADI	AGUIE	1	1	1	1	1	0	9	9	0*
	GUIDAN ROUMDJI	0	1	1	1	0	0	9	9	0*
	MADAROUNF A	1	1	1	1	1	0	9	9	0*
	DAKORO	0	1	1	1	1	0	9	9	0*
	MAYAHI	1	1	1	1	0	0	9	9	0*
	TESSAOUA	1	1	1	1	1	0	9	9	0*
	Maradi Com	0	0	1	1	0	0	9	9	0*
ZINDER	MIRRIAH	1	1	1	1	1	0	9	9	0*
	ZINDER COMMUNE	1	1	1	1	0	0	9	9	0*
	TANOUT	1	0	1	1	0	0	9	9	0*
	GOURE	1	1	1	1	0	0	9	9	0*
	MATAMEYE	1	1	1	1	0	0	9	9	0*
	MAGARIA	1	1	1	1	1	0	9	9	0*
NIAMEY	NIAMEYI	0	0	1	1	0	0	9	9	0*
	NIAMEYII	1	0	1	1	0	0	9	9	0*
	NIAMEYIII	1	0	1	1	0	0	9	9	0*

NB :

0 investigations menées et absence de la maladie

1 : investigations menées et existence de la maladie

9 : investigation non menée

*districts dont le biotope ne se prête pas au développement du vecteur ;

**districts dont le biotope se prête au développement du vecteur mais dont l'investigation de note l'absence de la maladie

NB : L'onchocercose et le Ver de Guinée sont sous surveillance

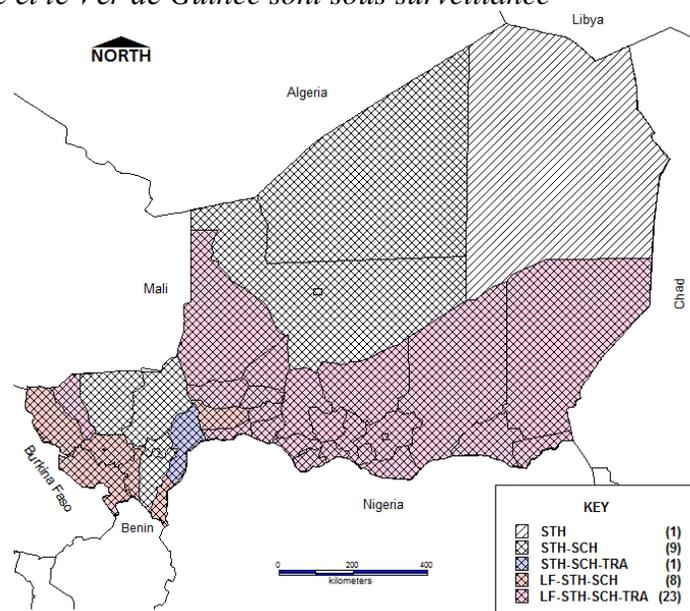


Figure N° 12 : Carte de coendémicité des MTN au Niger

Tableau N°13: Statut de la cartographie des MTN au Niger

Nom de la maladie Endémique	Nombre de districts suspect d'être endémique	Nombre de districts connus d'être endémiques	Nombre de districts dont l'endémicité n'est pas connue (Besoin de cartographie ou de prospexion)
Schistosomiase	42	41	0
Géo helminthes	42	22	20
Filariose Lymphatique	42	23	0

Onchocercose	5	0	0
Trachome	42	17	0
Lèpre	42	16	0
Ver de Guinée	0	0	0
Leishmaniose	42	0	42
Rage	42	0	42
THA	42	0	42

1.3.2. Mise en œuvre du programme MTN

MTN PCT : Schistosomiases, Filariose Lymphatique, Trachome, Géo helminthiases

MTN PCC : Ver de Guinée, Lèpre, Leishmaniose, Rage, THA

Tableau N°14: Information résumée sur les interventions des programmes de MTN-CTP en 2015

au Niger

MTN	Date ou le Programme a commencé	Nbre total de districts ciblés en 2015	Nbre de districts couverts (couverture géographique)	Nbre total de la pop. Visée (cible) dans les districts	Nbre de la pop couverte (pourcentage)	Stratégie clé utilisée	Les partenaires clés
Filariose lymphatique	2007	23	23	10 389 365	ND	TDM Vector contrôle	USAID, OMS, ETAT,, RISEAL
Onchocercose	1976	0	0	0	0	TDM, Lutte anti vectorielle Surveillance	APOC, SIGT SAVERS, OMS, USAID
Schistosomiase Et Géohelminthiases	2004	14	14	1 322 415	ND	TDM Suivi et évaluation	USAID, HKI, RISEAL SCI, OMS
Trachome	2002	9	9	3 501 010	ND	TDM, CHANCE	HKI, USAID, Centre Carter, ITI

**Tableau N°15: Information résumée sur les interventions des programmes de MTN-PCC
Existants au Niger en 2015**

MTN	Date ou le programme a commencé	Nbre total de districts ciblés	Nbre de districts couverts (couverture géographique)	Nbre total de la pop. Visée (cible) dans le district	Nbre de la pop couverte (%)	Stratégies cléutilisée	Les partenaires clés
Ver de Guinée	1993	42	42	100%	100%	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer/Mobilisation --Surveillance Epidemio - Vulgarisation filtres -IEC - Formation/recyclage -approvisionnement en Eau Potable -Isolement des cas -Récompense des cas /Hospitalisation -Lutte anti vectorielle -Suivi/Evaluation 	<ul style="list-style-type: none"> - Etat - OMS -UNICEF -Centre Carter -HDI -JICA - Communauté
Lèpre	1993	16	16	8 073 417	43%	<ul style="list-style-type: none"> - Formation , - Dépistage de masse, - Dépistage des personnes contact des MB - Contrôle de qualité du diagnostic, - Prévention des infirmités et réadaptation physique ; - Sensibilisation ; - Supervision 	Etat, Raoul Follereau, TLM, OMS, Communauté
Leishmaniose	-	42	-	100%	?	Cartographie, prévention,PEC,lutte anti vectorielle, recherche opérationnelle	Etat, OMS
Rage		42	-	100%	?	Cartographie,prévention,PEC, surveillance,IEC	Etat, OMS

Trypanoso miase	-	5	-	10%	?	Prévention, surveillance, IEC	
--------------------	---	---	---	-----	---	-------------------------------	--

1.3.3. Lacunes et Priorités

Tableau N°16: Matrice des Forces, faiblesses, Opportunités et menaces du contexte de la lutte contre les MTN: FfOm (SWOT)

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>Financement:</p> <p>9. Engagement politique pour l'augmentation de la contribution de l'Etat au financement des MTN (PDS 2016-2020) ;</p> <p>10. Bonne couverture géographique pour le CTP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de ligne budgétaire active propre pour les MTN • Difficultés de mobilisation de la contribution de l'Etat dans le financement des activités de lutte contre les MTN • Le sous financement des activités MTN par les partenaires • Insuffisance de financement pour le TDM et la prise en charge de la morbidité liée aux MTN • Problème d'accessibilité géographique pour les MTN a PCC 	<p>- Disponibilité de l'USAID, de l'OMS, du Centre Carter , SCI et des firmes pharmaceutiques à fournir gratuitement les médicaments, et à accompagner les stratégies de lutte</p>	<p>- Etat de précarité des populations</p> <p>- Réorientation des ressources allouées à d'autres fins (épidémies, sécurité)</p>

<p>Coordination</p> <p>2. Existence d'un cadre institutionnel de coordination des activités de lutte contre les MTN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention sélective de certains partenaires dans les activités de lutte contre les MTN • Insuffisance de retro information • Insuffisance de l'intégration des activités de lutte contre les MTN dans les activités de routine • Insuffisance de coordination transfrontalière pour la lutte contre les MTN • 	<p>Effectivité de la décentralisation administrative ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Instabilité du personnel -Existence de foyers actifs de MTN dans certains pays limitrophe - Insécurité
<p>Forces</p>	<p>Faiblesses</p>	<p>Opportunités</p>	<p>Menaces</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Partenariat implication croissante des autorités administratives, coutumières et religieuses <p>Forte collaboration avec le secteur de l'éducation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de communication entre acteurs • Faible appropriation de la lutte contre les MTN par les communautés • Discordance du découpage scolaire avec le découpage sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> -Disponibilité des partenaires techniques et financiers à accompagner la lutte contre les MTN -Existence d'un Bureau sante scolaire ; - possibilité d'une collaboration intersectorielle 	<ul style="list-style-type: none"> -Problèmes Insécurité

<p>Médicaments Existence d'un magasin central de stockage de médicaments et d'un cycle logistique approprié</p> <p>Existence d'un système national de pharmacovigilance</p> <p>Co endémicité des MTN favorise l'intégration du TDM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La quasi-inexistence de systèmes de protection sociale (Mutuelle de santé) • Faible couverture thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence de programme de donation 	<p>Une prolifération du marché illicite des médicaments</p> <p>Risque de péremption de médicaments</p>
---	---	--	--

<p>Planification et renforcement des capacités Elaboration d'un nouveau PDS 2016-2020 qui prend en compte les MTN ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines insuffisantes en quantité et en qualité • Insuffisance dans les activités de lutte anti-vectorielle intégrée • 	<p>Communautés disponibles pour la CTP</p> <p>Existence d'un cadre stratégique régionale pour les MTN</p>	<p>Insuffisance de la couverture sanitaire</p> <p>Difficultés d'accessibilité de certaines zones du pays</p>
--	--	---	--

<p>Suivi évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de directives de l'OMS pour le suivi et l'évaluation des MTN ; - Revues semestrielles et annuelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance dans la notification des maladies MTN par SNIS • Insuffisance dans la cartographie de certaines MTN/PCC 	<p>Disponibilité d'outils de collecte de donnée intégrée</p> <p>Révision des supports de collecte des données du SNIS</p> <p>Existence d'un guide de suivi évaluation du PDS 2011-2015</p>	
--	---	--	--

<p>Plaidoyer et communication Disponibilité de personnel qualifié au niveau de tous les programmes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de plan de communication pour la lutte contre les MTN • Insuffisance dans la diffusion de l'information • Faible financement des activités IEC 	<p>Environnement national et international favorable</p> <p>Existence d'une Direction chargée de l'éducation pour la santé</p> <p>Existence de radio communautaire sur l'ensemble du territoire national</p>	<p>Résistance au changement de comportement</p>
---	--	--	---

Tableau N°17 : Principales lacunes pour la formulation des objectifs stratégiques

Lacunes	Priorité stratégique	Objectifs stratégique
<ul style="list-style-type: none"> • financement pour la prise en charge de la morbidité liée aux MTN • mise en œuvre des activités de lutte anti-vectorielle intégrée • cartographie inachevée pour la leishmaniose • Politique sanitaire en faveur des couches les plus vulnérables • Faible implication de la communauté dans les activités de lutte contre les MTN • Infrastructures adéquates et d'équipements pour le stockage et la conservation au niveau des 	<p>PS1 : Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Déterminer la distribution des MTN pour une meilleure application des stratégies de lutte 2. Assurer la disponibilité des médicaments et autres intrants de qualité pour le passage à l'échelle des interventions de lutte contre les MTN 3. Renforcer les capacités des agents impliqués dans la mise en œuvre y compris les agents de santé communautaire 4. Assurer la mise à l'échelle des interventions de lutte contre les MTN (CTP, Gestion des cas, prévention des cas, etc.) 5. Mettre en place un plan IEC / Mobilisation sociale

<p>formations sanitaires des médicaments ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines en quantité et en qualité - Ressources matérielles 		<ol style="list-style-type: none"> 6. Mettre en place un système de pharmacovigilance lors des interventions de traitements de masse intégré à la politique nationale existante 7. Mettre à profit les interventions de lutte antivectorielle, d'Hygiène et d'Assainissement 8. Mettre en place un mécanisme de supervision performante des interventions aux différents niveaux pour le contrôle et l'élimination des MTN
<ul style="list-style-type: none"> • Ligne budgétaire de l'Etat • Stratégie nationale de lutte contre la maladie (orientée vers les maladies dites prioritaires comme le Paludisme...) • mobilisation de fonds pour la lutte contre les MTN (TDM et morbidité • Plan Stratégique National MTN 2007-2010 à terme ; • plan de communication pour la lutte contre les MTN • répartition du personnel de santé • motivation des agents de santé 	<p>PS2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte/MTN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place un système de planification axé sur les résultats aux différents niveaux de la pyramide sanitaire 2. Mettre en place un mécanisme de financement basé sur le budget de l'Etat et la participation des communautés en plus du soutien des partenaires pour assurer une lutte durable contre les MTN

Lacunes (suite)	Priorité stratégique	Objectifs stratégique
-----------------	----------------------	-----------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse de la Gouvernance et du leadership dans la lutte contre les MTN • Faible Représentativité des MTN dans le système de soins de santé • Verticalité des programmes MTN • Faible collaboration transfrontalière 	<p>PS3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le gouvernement</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promouvoir le leadership du Gouvernement à tous les niveaux y compris au niveau des responsables locaux (niveau central, Région et Aire de Santé) 2. Faire le plaidoyer aux différents niveaux pour la promotion de la lutte contre les MTN et une plus grande visibilité des programmes Renforcer les capacités des agents impliqués dans la mise en œuvre y compris les agents de santé communautaire 3. Renforcer les capacités techniques et managériales des ressources humaines pour une meilleure performance des Programmes de lutte contre les MTN 4. Renforcer la coordination de la lutte contre les MTN aux différents niveaux de la pyramide sanitaire avec toutes les parties prenantes, 5. Renforcer l'approche multisectorielle et inter programme Promouvoir le Partenariat y compris avec le Secteur privé
<ul style="list-style-type: none"> • Notification des malades MTN par le SNIS • Activités de suivi/évaluation 	<p>PS4 : Renforcer le Suivi/Evaluation, la Surveillance et la Recherche Opérationnelle</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place un système fiable de gestion des données des interventions pour un meilleur suivi de la performance des programmes 2. Mettre en place un système de suivi – évaluation du Plan directeur de lutte contre les MTN 3. Mettre en place un système de surveillance épidémiologique des maladies ainsi que de l'évaluation d'impact des interventions 4. Promouvoir la recherche opérationnelle en faveur d'une bonne gestion de la lutte contre les MTN

DEUXIEME PARTIE : AGENDA STRATEGIQUE

2.1 MISSION ET BUTS DU PROGRAMME MTN

Vision

Un Niger libéré du fardeau des MTN

Mission

Intensifier la lutte contre les maladies tropicales négligées en vue de leur contrôle, leur élimination ou leur éradication.

But

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

2.2 PRINCIPES DIRECTEURS ET PRIORITES STRATEGIQUES

- S'assurer d'une coordination continue entre toutes les parties prenantes de la lutte contre les MTN;
- Partager toutes les informations sanitaires en rapport avec la lutte contre les MTN;
- S'assurer de l'intégration effective des activités de lutte contre les MTN à tous les niveaux;
- Renforcer la participation communautaire dans la lutte contre les MTN;
- Garantir des ressources suffisantes pour la lutte contre les MTN en vue de la pérennité des interventions;
- Mener régulièrement des évaluations en vue de suivre la performance des programmes.

Tableau N°18 : Résumé du cadre stratégique

Priorités Stratégiques	Objectifs Stratégiques
<p>PS1 : Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer le traitement de masse pour la lutte contre les MTN ; 2. Renforcer la prise en charge des cas de MTN à tous les niveaux de soins 3. Renforcer la lutte anti-vectorielle intégrée et la prévention de la transmission des MTN 4. Achever la cartographie de la leishmaniose 5. Renforcer les capacités des agents intervenant dans la lutte contre les MTN
<p>PS2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte/MTN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Elaborer et adopter un plan stratégique pluriannuel 2017-2021 de lutte contre les MTN 7. Garantir la prise en compte des activités de lutte contre les MTN dans les PDS et les PDSD 8. Renforcer le plaidoyer pour une mobilisation des ressources financières et matérielles ; 9. Amener l'Etat et les collectivités locales à accroître leur contribution au financement des activités de lutte contre

	les MTN
<p>PS3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le gouvernement</p>	<ol style="list-style-type: none"> 10. Renforcer le cadre institutionnel de la lutte contre les MTN 11. Améliorer le mécanisme de coordination des actions de lutte contre les MTN 12. Renforcer le plaidoyer pour une meilleure visibilité des programmes 13. Renforcer l'intégration des activités de lutte contre les MTN dans le système de santé ; 14. Renforcer le partenariat dans la lutte contre les MTN
<p>PS4 : Renforcer le Suivi/Evaluation, la Surveillance et la Recherche Opérationnelle</p>	<ol style="list-style-type: none"> 15. Renforcer le monitoring des activités de lutte contre les MTN 16. Renforcer la supervision des activités de lutte contre les MTN aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ; 17. Procéder à des évaluations périodiques de l'impact des interventions de lutte contre les MTN ; 18. Assurer la surveillance des MTN ; 19. Appuyer la recherche opérationnelle en soutien à la lutte contre les MTN ; 20. Assurer l'intégration au SNIS des données relatives aux MTN

TROISEME PARTIE : CADRE OPERATIONNEL

3.1 OBJECTIFS, STRATEGIES, CIBLES ET INDICATEURS DU PROGRAMME MTN

Tableau N°19 : Résumé des buts et objectifs des programmes MTN spécifiques

But mondial du programme MTN	Objectif national	Objectifs	Stratégies	Indicateurs	Canaux de prestation
Eliminer la Filariose Lymphatique en tant que problème de santé publique d'ici 2020	Eliminer la FL au Niger d'ici 2020	-Interrompre la transmission de la FL -Prévenir et prendre en charge les complications de la FL	Distribution de masse de médicaments Chirurgie -Hygiène personnelle et auto-soins à domicile - Lutte anti vectorielle	-- Taux de couverture thérapeutique; - Proportion de cas d'hydrocèle opéré; - Proportion de malade éléphantiasis pris en charge - Prévalence brute de la microfilarémie lymphatique - Infectivité des femelles de moustiques vecteurs à <i>Wucheria bancroftii</i>	Communautés ; Soins à domicile Pulvérisation intra domiciliaire Dans la communauté en collaboration avec le programme paludisme Hôpitaux de districts Centre de santé intégré Case de santé
Eliminer les schistosomias es comme étant un problème de Santé Publique d'ici 2025;	Contrôler la schistosomia se comme problème de santé publique au Niger	-Administrer un traitement précoce régulier à au moins 75% des enfants d'âge scolaire et les groupes à haut risque exposés, -Rendre accessible le	- Réalisation de la cartographie complète de la schistosomiase - Traitement précoce, régulier et élargi à toutes les personnes à risque de développer la morbidité ; - Formation des différents personnels impliqués dans	-Proportion d'enfants d'âge scolaire traité par an (y compris TDM)	IEB/Ecoles. communauté. DRSP, DS, CSI, CS

		médicament contre la schistosomiase à tous les niveaux dans les zones endémiques ; -Intégrer la lutte contre les schistosomiasés dans le système national de soins de santé primaires	les activités de lutte à tous les niveaux (enseignants, les ASC, les coopérateurs, le personnel de santé, etc.) - IEC pour une meilleure prise de conscience du rôle de l'homme dans la transmission de la maladie		
Réduire en 2020 la morbidité des géohelminthiase chez les enfants d'âge pré scolaire et scolaire a un niveau où elles ne seront plus considérées comme un problèmes de santé publique	Contrôler géohelminthiase comme problème de santé publique au Niger	-Administrer un traitement précoce régulier à au moins 75% des enfants d'âge scolaire et les groupes à haut risque exposés, -Rendre accessible le médicament contre les géohelminthiases à tous les niveaux dans les zones endémiques ; <ul style="list-style-type: none"> Intégrer la lutte contre les géohelminthiases dans le système national de soins de santé primaires 	-Réalisation de la cartographie complète des géohelminthiases - Traitement précoce, régulier et élargi à toutes les personnes à risque de développer la morbidité - Formation des différents personnels impliqués dans les activités de lutte à tous les niveaux (enseignants, les ASC, les coopérateurs, le personnel de santé, etc.) - IEC pour une meilleure prise de conscience du rôle de l'homme dans la transmission de la maladie	-Proportion d'enfants d'âge scolaire traité par an (y compris TDM)	IEB/Ecoles. communauté. DRSP, DS, CSI, CS
Eliminer le trachome en tant que cause de cécité d'ici 2020	Eliminer le trachome dans le pays d'ici 2015	Interrompre la transmission de du trachome actif Prévenir et prendre en charge les complications du trachome (trichiasis) Promouvoir le nettoyage du visage Promouvoir le changement de l'Environnement	Distribution de masse de médicaments Chirurgie du trichiasis Hygiène personnelle Lutte anti vectorielle Construction des latrines	<ul style="list-style-type: none"> Prévalence du trachome Folliculaire TF chez les 1- 9 ans Prévalence du TT chez les 15 ans et plus 	Communauté Centre de santé Communauté

<p>Eliminer l'onchocercose avec le TIDC et d'autres interventions efficaces d'ici 2015</p>	<p>Consolider les acquis de la lutte menée (prévalence 0) pour éviter toute recrudescence de l'onchocercose au Niger</p>	<p>Détecter précocement à temps toute recrudescence de la maladie</p> <p>Contribuer au développement socioéconomique des communautés de la zone « ai noma »</p>	<p>-Surveillance épidémiologique</p> <p>Surveillance entomologique</p> <p>-Renforcement de l'IEC</p> <p>-Lutte contre la nuisance simuliidienne</p> <p>Suivi évaluation</p>	<p>- Prévalence brute de la microfilariémie onchocercienne</p> <p>- CMFL : Charge microfilarienne de la Communauté</p> <p>- Infectivité des femelles de simulies</p> <p>-</p>	<p>Communauté</p> <p>Centre de santé MDSC,APOC</p> <p>Centre de santé Radio communautaire</p>
<p>Eliminer la lèpre en tant que problème de santé publique D'ici 2020</p>	<p>Consolider les acquis de l'élimination de la lèpre et réduire le fardeau de la maladie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminer la lèpre en tant que problème de santé publique au niveau de 29 centres de santé intégrés endémiques - Réduire de 50% la prévalence de la Lèpre (Consolider les résultats d'élimination a tous les niveaux) -Traiter 100% des malades présentant des névrites et ou de réactions pour Réduire les infirmités de degré 2 à moins d'1 cas par million d'habitants et zéro cas d'infirmité de degré 2 chez les enfants de moins de 15 ans d'ici 2020 - prendre en charge au moins 90 % des malades 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage et prise en charge précoce des cas par la PCT (dépistage passif et dépistage de masse, recherche des cas parmi les contacts des malades) - Formation des agents de santé - Sensibilisation des populations sur les signes de la maladie l'existence des centres de dépistage et la gratuité du traitement - Renforcement de la Prévention des Invalidités et la Réadaptation Physique (Prise en charge des névrites et des réactions liées a la lèpre , Renforcement de la capacité du bloc opératoire du CNDL et Réadaptions physique) - Renforcement des mécanismes de coordination fonctionnement PNLL, réhabilitation des infrastructure, réunion de coordination ...) - Suivi et évaluation 	<p>Taux de détection</p> <p>Taux de prévalence</p> <p>Taux d'infirmité de degré 2</p> <p>Proportion des enfants % MB parmi les NC</p> <p>Taux de guérison,MB et PB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de santé • Centre de dépistage • Séminaire de formation • Radio communautaire

		nécessitant une chirurgie de propreté pour contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes affectées par la lèpre Couvrir 100% des besoins en chaussures adaptées aux lépreux	recherche et surveillance (Supervision formative Contrôle de qualité du diagnostic, recherche		
Eradiquer la dracunculose d'ici fin 2015	Consolider les acquis de la certification du Ver de Guinée	Surveiller les anciennes zones endémiques de ver de Guinée	Plaidoyer et mobilisation sociale Surveillance épidémiologique Formation des agents -Information – communication – Education -Approvisionnement en eau potable -Suivi-Evaluation	- Rapport d'activité - Nombre de cas de rumeurs investigués	DRSP, DS, CSI, Cases de santé et villages
Eliminer la trypanosomiase humaine africaine en tant que problème de santé d'ici 2015	Renforcer la surveillance de la Trypanosomiase humaine africaine au Niger	Mener des activités de la surveillance épidémiologique de la THA dans les districts jadis endémiques	-Surveillance épidémiologique -Surveillance entomologique Mise en place -un réseau de sites sentinelles de surveillance -Réduire la population du vecteur et réservoirs	-Prévalence de la maladie	-Communauté -Districts sanitaires -Centre de santé intégrée -Case de santé -SNIS
Réduire l'incidence de la leishmaniose par le renforcement du réseau de surveillance épidémiologique	Réduire de 80% la morbidité imputable à la leishmaniose d'ici 2020	-Déterminer l'ampleur de la leishmaniose au Niger -Assurer le diagnostic et la prise en charge des cas dans les structures de soins	-Cartographie de la leishmaniose -Renforcement des capacités des agents de santé -Acquisition de médicaments et réactifs de laboratoire -Sensibilisation des communautés -Lutte antivectorielle -Recherche opérationnelle	Prévalence de la maladie	Communauté Centre de dermatologie Hôpitaux nationaux et régionaux Districts sanitaires Centre de santé intégré Case de santé
Réduire la morbidité et la mortalité imputable à la rage humaine	Réduire de 80% la morbidité et la mortalité attribuable à la rage humaine	-Déterminer la prévalence de la rage au Niger -Réduire la transmission de la rage humaine -Assurer la	-Actualiser la cartographie de la rage au Niger -Mettre en place des textes régissant la prise en charge des morsures suspectes -Assurer la prise en charge adéquate des morsures	Incidence de la maladie	Communauté Districts sanitaires Hôpitaux Centre de santé intégrée Services de

	d'ici 2015	collaboration avec le ministère de l'élevage pour une synchronisation des interventions	suspectes -Prévenir les cas de morsures à risques -Assurer la surveillance de la rage par communauté -Promotion de la possession responsable d'animaux de compagnie -Renforcement des capacités en réactifs de laboratoire, petits matériel et médicaments		l'élevage
--	------------	---	--	--	-----------

Activities and Sub-activities	Total budget (\$)	Contribution		Gap
		Country	Partners	
1. Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme				
Renforcement du traitement de masse	3 959 190 476	50 000 000	3 380 000 000	529 190 476
Renforcement de la PEC des MTN à tous les niveaux	5 760 388 125	10 000 000	800 000 000	4 950 388 125
Renforcement de la lutte antivectorielle	127 142 500 000	0	0	127 142 500 000
Achever la carographie de la leishmaniose	70 000 000 000	50 000 000	0	69 950 000 000
renforcement des capacités des agents intervenants dans la lutte contre les MTN	3 513 150 000	0	0	3 513 150 000
Total 1	206 862 078 601	110 000 000	4 180 000 000	202 572 078 601
2. Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte/MTN				
Elaborer et adopter un plan stratégique pluriannuel 2016-2020 de lutte contre les MTN	163 050 000	15 000 000	0	148 050 000
Garantir la prise en compte des activités de lutte contre les MTN dans les PDS et les PDS	-	0	0	0
Renforcer le plaidoyer pour une mobilisation des ressources financières et matérielles	-	50 000 000	80 000 000	-130 000 000
Amener l'Etat et les collectivités locales à accroître leur contribution au financement des activités de lutte contre les MTN	-	0	0	0
Total 2	163 050 000	65 000 000	80 000 000	18 050 000
3. Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le gouvernement				
Renforcer le cadre institutionnel de la lutte contre les MTN	-	250 000 000	1 962 500 000	-2 212 500 000
Améliorer le mécanisme de coordination des actions de lutte contre les MTN	128 588 584 739	0	20 000 000	-2 212 500 000
Renforcer le plaidoyer pour une meilleure visibilité des programmes	-	0	0	128 568 584 739
Renforcer l'intégration des activités de lutte contre les MTN dans le système de santé	3 023 225 000	50 000 000	150 000 000	0
Renforcer le partenariat dans la lutte contre les MTN	27 700 000	30 000 000	0	2 823 225 000
Total 3	131 639 509 739	330 000 000	2 132 500 000	126 966 809 739
4. Renforcer le Suivi/Evaluation, la Surveillance et la Recherche Opérationnelle				
Renforcer le monitoring des activités de lutte contre les MTN	4 185 000 000	0	581 000 000	2 632 900 000
Renforcer la supervision des activités de lutte contre les MTN aux différents niveaux de la pyramide sanitaire	1 262 900 000	0	0	
Procéder à des évaluations périodiques de l'impact des interventions de lutte contre les MTN	2 672 900 000	0	40 000 000	
Assurer la surveillance des MTN	51 000 000	0	210 000 000	
Appuyer la recherche opérationnelle en soutien à la lutte contre les MTN	13 750 000	0	0	-159 000 000
Assurer l'intégration au SNIS des données relatives aux MTN	-	0	1 000 000	13 750 000
Total 4	8 185 550 000	-	832 000 000	2 487 650 000
GRAND TOTAL	346 850 188 341	505 000 000	7 224 500 000	332 044 588 341