



REPUBLICA DEMOCRÁTICA DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE
Ministério da Saúde
Centro Nacional de Endemias
Programa Nacional de Luta Contra SIDA
(Unidade – Disciplina – Trabalho)

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

Sao Tomé, Avril 2016

Sommaire

Parte 1 – ANALYSE DE LA SITUATION	4
1.1. Profil du pays	4
1.1.1. Structures administratives, démographiques et communautaires	4
1.1.2. Transports et communications	9
1.2. Analyse de la situation du système de sante	10
1.2.1. Objectifs et priorités du système de santé	10
1.2.2. Données sanitaires.....	12
1.3. Analyse de la situation des maladies tropical négligé (MTN)	16
1.3.1. Epidémiologie et charge de la maladie	16
1.3.2. Mise en œuvre du programme de lutte contre les MTN	24
1.3.3. Lacunes et priorités	24
Parte 2 – AGENDA STRATEGIQUE DE LUTE CONTRE LES MTN	25
2.1 Mission et Objectifs généraux du programme de lutte contre les MTN	25
2.1.1 – Vision	25
2.1.2. Mission générale du programme MTN	25
2.1.3. But	25
2.1.4. Axes programmatiques	25
2.2 Principes directeur et stratégie prioritaires.....	26
2.2.1. Les principes directeurs pour la lutte intégrée contre les MTN reposent sur:	26
2.2.2 Priorités stratégiques	26
Parte 3. CADRE OPERATIONNELLE.....	30

Liste des Abréviations en français

Á. Grande – Água Grande	MILDA – Mosquiteiros Impregnados de Longa Duração de Ação
ASC - Agent des Santé Communautaire	MS – Ministério da Saúde
ADRA - Organização Não Governamental de caracter religiosa	MECC – Ministério da Educação Ciência e Cultura
ASPF – Association Santomense pour la promotion de la famille	ONGs – Organização Não Governamental
CPN – Consultation Pré Natal	OMS – Organização Mundial de Saúde
Cant – Cantagalo	PNS - Politique Nationale de Santé
CST - Compagnie Santomeenne de Télécommunication	PNB - Produit National Brut
CS - Centre de Santé	PNUD – Programme de développement des Nations Unies
CT - Cantre Time	PNLP – Programme National Lutte contre le Malaria
CNE – Centro Nacional de Endemias	PEV – Programa Elarge de Vaccination
CV - Croix Rouge	PSR – Programme de Sante de Reproduction
DSPEID -	PNDS - Programme National de Développement Sanitaire
FL – Filariase Linfatica	PIB – Produto Interno Bruto
FAO - Fundo Mundial para Alimentação	RAP Região Autónoma do Príncipe
FG - Fundo Global	RGPH -
hab/km2 – Habitantes por Kilometro quadrado	RNDH - Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano
HAM - Hôpital Dr. Ayres de Menezes	STP - São Tomé et Príncipe
HMQDG – Hospital Dr. Manuel Quaresma Dias da Graça	SCH – Schistosomiase
INE – Instituto Nacional de Estatística	STH – Geo-hementiases
ICT - Equipa inter- Países	SIDA – Síndrome de Imuno Deficiencia Adequerida
IDS – Inquerito Demografico Sanitario	Soins de Santé Primaires (SSP)
IDH - Indice de Développement Humain	MTN – Maladie Tropical Négligée
Infections respiratoires aiguës (IRA)	TVS - televisão de Santomeenne
IMVF – Instituto Marques de Valle Flor	TB –Tuberculose

JNV -	USD – Dolares Norte Americano
Lob. – Lobata	UNICEF - Fundo das Nações Unidas para as Crianças
MICS – Indicadores Múltiplos de Saúde	UNITEL – Companhia de telecomunicação
MTN – Maladie Tropical Négligé	VIH – Vírus de Himuno Deficiencia Humena

Parte 1 – ANALYSE DE LA SITUATION

1.1. Profil du pays

1.1.1. Structures administratives, démographiques et communautaires

São Tomé et Príncipe (STP) est un archipel composé de deux îles principale (São Tomé et Príncipe). Le pays, indépendant depuis 1975, est divisé administrativement en 6 districts localisés dans l'île de Sao Tome auxquels s'ajoutent l'île de Principe qui détient le statut de Région Autonome de Principe (RAP) depuis 1995. Sur la division administrative se calquent les sept districts sanitaires.

Figure 1 : Subdivision administrative de l'île de Sao Tomé et l'île du Principe



Source –WWW.mapSofWorld.com,2016

✓ Données démographiques

Selon les données du dernier recensement réalisé en 2012, la population du pays est de 178739 habitants en 2012 et estimée de 187604 en 2014 (INE), avec un taux de croissance annuelle de 2.45%, dont 43,5% ont moins de 15 ans et une densité démographique moyenne de 187 hab/ km². (RGPH – INE, 2012)

L'île de Sao Tomé a une superficie de 859 km², avec une population de 179 975 habitants (INE-Design 2014) et une densité de population moyenne de 210 habitants / km². L'île de Principe (RAP) a une superficie de 142 km², avec une population de 7 629 habitants (INE-Design 2014) et une densité de population moyenne de 54 habitants / km².

La majorité population de Sao Tomé (96%) vit dans les régions côtières basses du pays avec une forte concentration dans le district d'Água Grande (où se situe la capitale Sao Tome) et où la densité démographique moyenne est de 4430 hab/km². La population de l'île de Principe ne représente qu'environ 5% de la population totale.

La population est essentiellement urbaine : 63,4% vivaient en milieu urbain selon les données de recensement de 2012.

L'espérance de vie à la naissance est de 64,3 ans pour les hommes et de 68,3 pour les femmes (RNDH,2014). Le taux de mortalité générale est de 8,3‰, la mortalité infantile est de 38‰, l'indice synthétique de fécondité est d'environ 4,7 enfants par femme (RGPH – INE, 2012).

São Tomé et Principe ex-colonie Portugaise a une culture bantu, très riche avec une population divisée en trois ethnies (forro, monco et angolares) et avec une influence très grande des immigrants de Cap-Vert, Angola, Mozambique Guinée Bissau expatriés pendant l'esclavage. Cependant, on constate de plus en plus le métissage, produit de la fusion des races existantes. En général, les usages et les coutumes de ces groupes ne présentent pas de différences marquées.

La langue officielle du Pays est le portugais et près de 100 % de la population perçoit cette langue.

Le pays est laïc, avec une prédominance du catholicisme (Profils Sanitaires STP, 2015).

Tableau 1 : Données démographiques nationales et données sur les établissements scolaires et sanitaires au niveau des districts

Île	Districts	N° villages/communes	Population totale	< 5 ans	5–14 ans	Nbre d'écoles préscolaire		Nbre d'écoles basique		Nbre d'écoles secondaire		N° formations sanitaires
						Publique	Privé	Publique	Privé	Publique	Privé	
ST	Á. Grande	51	73312	11 044	18 110	10	15	16	4	3	1	8
	M.Zóchi	156	46807	7 082	12 570	17	3	20	0	4	0	7
	Lob.	79	20258	3 369	5 340	14	0	11	0	2	0	6
	Cant.	57	18002	2 870	4 978	14	0	10	0	5	0	8
	Lembá	39	15532	2 616	4 372	11	1	10	0	3	0	3
	Caué	32	6135	935	1 746	6	1	10	0	2	0	3
RAP	Príncipe	58	7608	1 187	2 112	13	0	9	0	4	0	7
Total		472	187 604	29 103	49 228	85	20	86	4	23	1	42

RGPH - INE, 2012 (estimativa 2014) e Estatística do MECC, 2016

Dans le domaine de l'éducation le pays a attend l'objective du millénium n°2 – Enseignement primaire universel. Il a trois universités a S. Tomé et Principe, soit une université publique, qui comprend quelques formations en matière de santé, y compris les infirmiers, et deux privé. Aucune de ces universités ne font pas de formation dans les domaines de la médecine.

Le taux d'alphabétisation est de : 69,5%.

✓ **Caractéristiques géographiques**

Sao Tome et Principe (STP) pays de l'Afrique centrale est un archipel formé de deux îles et des îlots adjacents, situé dans le Golfe de Guinée, à environ 350 km de la côte occidentale africaine. Il s'étend sur une superficie de 1001 km² dont 859 km² pour l'île de Sao Tomé et 142 km² pour l'île de Principe.

Figure 2 : Carte géographique de Sao -Tomé et Principe



Les deux îles distantes l'une de l'autre d'environ 150 Km, de par leur origine volcanique ont une géographie caractérisée par de nombreuses formations montagneuses dont le mont de S. Tomé, est le plus haut sommet qui a 2024m.

Le climat est tropical humide ou équatorial, caractérisé par une saison des pluies, d'une durée d'environ neuf mois, allant de Septembre à Mai et une saison sèche nommée "Gravana", d'une durée d'environ trois mois (Juin à Août). Il existe toutefois plusieurs microclimats : en effet les zones montagneuses ont une pluviométrie d'environ 7.000 mm par an, tandis que les basses (Nord et Nord-ouest) sont les moins arrosées avec environ 1.000 mm de pluies par an. La température moyenne annuelle est de 26°C.

✓ **Situation socio-économique et indicateurs**

Avec une population en croissance moyenne de 2,45% (2012) par an, Sao Tomé-et-Principe en 2010 a atteint un PIB de l'ordre de US \$ 181,3 millions, avec une croissance en termes réels à un taux annuel moyen de 4%, ce qui se traduit par une PIB / habitant de USD \$ 1148,6.

Le taux de chômage est encore élevé, car il a atteint en 2008 environ 14% de la population active, ce qui explique en partie que près de 54,4% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté fixé à moins de un dollar par jour.

Tableau 2. Données démographiques -STP

Données démographiques	
Population totale	187604 habitants (Données de projection 2014)
Population masculine	49,7%
Population urbaine	63,4%
Population rurale	36,6%
Enfants 0 - 4 ans	12,0%
Enfants 5 - 14 ans	26,0%
Taux de croissance annuel	2,45%
Femmes 15-49 ans	47%
Esperance de vie femme	68,3 ans
Esperance de vie homme	64,3 ans
Indice de pauvreté humaine	22,1%
Taux d'alphabétisation	69,5%
% Population ayant accès à l'eau de fontaine	16,4%
PIB/2012	264 millions USD
Croissance PIB	4,5% (2014)

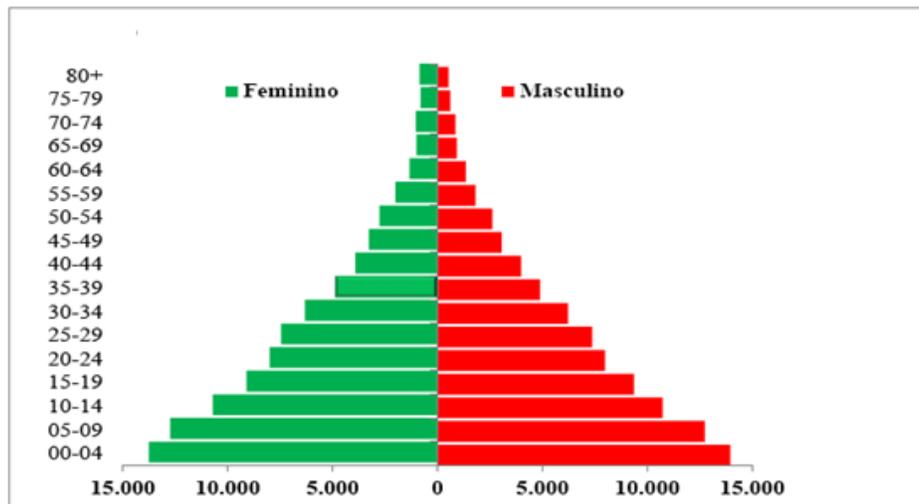
Sources: Obtenu à partir de différentes sources : MICS - 2014, RGPH -2012 e IDS-2008/2009, RNDH-2014, Relatório DSPEID-2014

Selon le Recensement général de la population humaine (RGPH-2012), la population de Sao Tomé-et-Principe est relativement jeune. L'effectif de moins de 20 ans correspond à 52,1% de la population totale et 3,8% seulement ont l'âge de 65 ans ou plus. Cette jeune caractéristique est confirmée par l'âge médian de la population au recensement correspondant à 18,9ans (ce qui signifie que la moitié de la population est plus jeune que 18,9 ans et la moitié ont plus de cet âge), avec des différences significatives entre les sexes, en d'autres termes, l'âge médian correspond à 18,7 ans pour les hommes et 19,2 ans pour les femmes.

La pyramide d'âge de Sao Tomé-et-Principe (graphique 1), met en évidence les éléments suivants: (i) a une base large qui diminue vers le haut, ce qui signifie qu'il ya des taux élevés de natalité et de l'espoir durée de vie moyenne de la population est faible; (ii) le graphique met en évidence qu'il y a presque équilibre entre les sexes dans la plupart des groupes d'âge. Ceci est également démontré par le sex-ratio correspondant à des valeurs très proches de 100 à 65 ans;

iii) malgré les différences, les deux sexes ont un nombre d'enfants et les jeunes plus que les autres groupes d'âge.

Graphique 1. Pyramide d'âge de Sao Tomé-et-Principe, RGPH - 2012



L'économie de São Tomé et Príncipe est basé sur l'agriculture, la pêche, le tourisme et dernièrement une initiation de l'exploration du pétrole.

La consommation des aliments est basé sur la banana, le taro, la manioque, du riz, les légumes, poisson et viande. La population de STP est parmi les populations africaines qui consomment beaucoup le poisson, environ 28 kg/habitante/an (source FAO) contre 4 kg/hab/an de viande. Les importations sur le marché international comble le déficit en matière de serials (du riz, de la farine), le haricot, l'huile, du lait et produits dérivés, sucre et les produits d'origine animal. L'agriculture familiale répond actuellement pour le besoins en banana, le taro, la manioque, mais et verdure. A São Tomé et Príncipe l'Exportation commerciale de produits alimentaires est nulle.

Le pays est très peux industrialiser, avec quelques usines de petit porte lieu à l'industrie de transformation de produit locale. La plus grande industrie est localise au nord, la brasserie Rosema. Region A. de Príncipe est considéré comme réserve mondiale de la biodiversité.

Deux sources d'énergie domestique sont disponibles, soit l'énergie produite a diesel et l'énergie hydraulique provenant de l'unique barrage avec une production de 6 Méga Watt. Le pays possède un réseau routier d'environ 1180 km, dont 250 de pavée

L'approvisionnement de l'Eau à la population est essentiellement en robinet publique. 93,9 % de la population ont Access à l'eau traitée dans la proximité de son habitat (MICS 2014). Dans les centres villes l'approvisionnement de l'eau est domiciliaire, par ailleurs dans les zones rurales presque toute la population utilise l'eau de rivière pour s'approvisionner.

La pêche, l'habitat et l'agriculture sont les secteurs d'activités les plus négligés alors que ce sont des déterminants importants pour la santé.

Taux de croissance économique annuel est de 2,45%. Il est classé par le PNUD au 144^{ème} rang sur 187 pays pour son Indice de Développement Humain (IDH), avec un Produit National Brut (PNB) de 1 805 USD par habitant. Ce PNB le situe parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et à développement humain faible.

Le pays a mis des objectifs pour la réduction de la pauvreté les inscrivant dans une perspective de consolider les acquis déjà obtenus au cours de la dernière décennie. Par conséquent il a identifié les domaines prioritaires d'intervention pour cinq ans (2012-2016), ce qui implique créer et assurer les conditions essentielles pour la croissance et la création d'emplois et de réduire ainsi la pauvreté qui touche aujourd'hui 66,2% de la population saotoméenne. Dans ce contexte, il a été identifié quatre domaines dans la Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté II, 2012-2016, donc l'axe III est lié au développement du capital humain et l'amélioration des services sociaux de base contenant amélioration de l'accès et de la qualité de la santé, l'approvisionnement en eau et à l'assainissement de base.

Cet axe vise à contribuer à l'amélioration de l'accès et de l'équité des services de soins de santé, à la fois composante préventive et curative, ainsi que l'amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement de base. À cette fin, les programmes suivants ont été fournis: (i) l'équité dans l'accès et l'utilisation de la santé et de la viabilité du système de santé, (ii) la réhabilitation, l'expansion et l'amélioration des systèmes d'approvisionnement en eau et (iii) l'amélioration de l'accès à l'assainissement de base

En ce qui concerne la croissance et de l'inflation, la stratégie de croissance économique est basée sur le développement du secteur privé et la diversification économique. Selon la Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté II, 2012-2016, le cadre à moyen terme (2012-2016) prévoit une croissance annuelle du PIB d'environ 5,5% en 2012 et 6% en 2014.

Les perspectives d'inflation reflètent la baisse projetée des prix des produits de base non carburants à moyen terme. L'inflation devrait baisser d'une moyenne de 14,3% en 2011 à environ 9% en 2012, avec de nouvelles baisses pour atteindre environ 3% en 2015, à mesure que la parité fixe avec l'euro peut ancrer les attentes d'inflation et la poursuite de la diversification économique.

1.1.2. Transports et communications

Le Pays dispose d'un vaste réseau routier (environ 1280 km, dont 250 sont goudronnées). Le réseau de télécommunications est bien développé et couvre l'ensemble du pays. La majorité des unités de santé périphériques (postes de santé) sont dotées d'un téléphone.

Le transport en milieu urbain est assuré par des taxis et des mototaxis et en milieu rural il est assuré par voiture 4x4, mototaxi et taxi, Hiace. Pour ce qui concerne la liaison entre les deux principales îles et le continent, elle est assurée par avion et par bateau de petite porte. Il existe des aéroports, soit un international à Sao Tomé et un domestique à l'île de Principe. L'entrée maritime est faite à travers trois principaux ports (Ana Chaves, Principe et Neves), entre tant au tour des îles vers la côte, il a tout un lot de petits ponts accostables, qui servait pour la charge du cacao à l'époque coloniale.

La communication dans le pays est considérée de bonne qualité et elle est assurée par deux agences, soit la Compagnie Santomeenne de Communication – CST et UNITEL. Les deux réseaux couvrent tout le pays.

A Sao Tomé e Príncipe la media est constituée d'une station de télévision – TVS et des plusieurs stations de radio, dont la principal est la Radio National de Sao Tomé et Príncipe qui couvre la plus par du pays. A part de ça il y a des répéteurs de stations internationales, des stations privées et des stations de radio régional e distraites

Pour la presse écrite il y a disponibles des journaux publiques et privés. Il y a aussi plusieurs journaux on-line.

L'accès à l'internet dans le pays est acceptable, avec quelques décennie des place et centre internet publique et gratuits.

Différents moyens de transport et de communication pourront contribuer à la planification et à la mise en œuvre des activités du programme MTN.

1.2. Analyse de la situation du système de sante

1.2.1. Objectifs et priorités du système de santé

Les principaux défis fixes par le système sont liés à la nécessité, de répondre avec efficacité les enjeux de la sante promotionnelle, préventive et curative de la population, dispenses par une chaîne des soins opérationnelles, différences par niveau de pris en charge, pour offrir avec qualité un accès universelle, intégral, décentralisé et avec équité.

Les principales priorités du système de santé sont :

- Prendre en charge les problèmes prioritaires de santé qui perturbent la population de Sao Tomé et Príncipe, en développent des activités préventives et curatives pour le contrôle des principales maladies transmissibles et non transmissibles et la promotion des habitudes et des modes de vie sains.
- Planifier et mettre en œuvre des activités préventives et curatives ciblant les grandes maladies : le paludisme, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës, la tuberculose, le sida et autres maladies sexuellement transmissibles.
- Élaborer un cadre stratégique pour le développement d'un partenariat pour la santé afin de maximiser la participation des citoyens, des organisations non gouvernementales, nationales et la coopération internationale bilatérale et multilatérale.

L'organisation du système de santé de STP est calquée sur la structure administrative du pays.

Le pays, est divisé en sept districts sanitaires qui correspondent à six districts administratifs et une Région Autonome de Príncipe, qui par son isolement, est dotée d'une certaine autonomie d'actions et est de ce fait dénommée Région Autonome de Príncipe. Le pays est favorisé en couverture sanitaire

et en accès de la population aux services de santé : en effet 91% de celle-ci se trouve à moins d'une heure d'une structure sanitaire.

Le système de santé est organisé de façon pyramidale et basé sur la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires (SSP) au niveau des districts sanitaires. On distingue :

- Le niveau central qui regroupe le cabinet du Ministre et les directions centrales dont la Direction du CNE, d'où dépende le programme de lutte contre les maladies tropicales.
- Le niveau district, niveau opérationnel du système de santé, dispose d'une structure sanitaire correspondante appelée centre de santé (CS), d'où dépendent les postes de santé (PS) qui sont sous la responsabilité d'un infirmier.
- Le District sanitaire d'Água Grande, de par sa démographie, sa structure urbaine et son caractère de pôle d'attraction du pays, ainsi que la Région autonome de Príncipe, possèdent une organisation particulière, qui les différencient quelque peu des 5 autres districts sanitaires.
- Le niveau périphérique, dépendant du niveau district et est constitué des postes communautaires avec Agent de Santé Communautaire (ASC), dont le rôle principal est d'appuyer le district dans la mise en œuvre des activités de santé publique et de contrôle des maladies endémiques.

Le niveau communautaire reçoit appui des PS sans faire partie du système de santé du pays.

Le réseau d'infrastructures de soins de santé est présent dans le tableau 3

Tableau 3 : Structures de santé à Sao Tomé et Príncipe

Niveau	Services de santé
Central/Sao Tomé	Hôpital Dr. Ayres de Menezes (HAM)
Périphérique	1 Hôpital/Région Autonome du Príncipe 6 Centres de santé 30 Postes de santé 22 Postes de santé communautaire

- 1 Centre hospitalier de Sao Tomé, (CHST) où sont concentrées les différentes spécialités
- 1 hôpital de Príncipe
- Six centres de santé, situés en général dans les capitales des districts : Água Izé, Angolares, Neves, Guadalupe, Trindade, São Tomé (la ville capitale) et à l'île de Príncipe. Ces Centres de santé desservent une population totale estimée à 131.587 personnes. L'Hôpital Central de Sao Tomé, situé dans le district d'Água Grande (district où est située la capitale) est l'hôpital de référence nationale. Les centres de santé avec ou sans hospitalisation sont gérés par un médecin délégué.
- 30 postes de santé - (PS) situés principalement en milieu rural. La population desservie est variable allant d'un maximum de 10.626 personnes pour les postes de santé péri-urbains à 145 personnes. La plupart des PS couvrent une population entre 1595 et 2594 habitants. Les postes de santé sont gérés par une infirmière

- 22 Postes de santé communautaire (PSC) qui sont des unités créées dans les zones rurales, à la charge des agents de santé communautaires (ASC) ; mais il n'est pas possible de déterminer une éventuelle relation entre les centres de santé communautaires et les tailles de la population qu'ils devraient servir par manque d'informations fiables.

Environ 95,5% de la population ont accès aux services de santé à moins de une heure de marche (*Survey Report on Access to essential medicines, STP 2008*). Par ailleurs, il existe une certaine inaccessibilité géographique et financière pour les soins de santé spécialisés (INE, 2008), une fois qu'ils sont concentrés à l'hôpital de référence.

L'analyse du comportement de la demande de services de santé dans les districts, indique que dans les districts d'Água Grande et Lemba environ 25% de la population se dirige au PS et 75% un accès direct au CS (ou à l'hôpital), tandis que dans les autres districts la situation est inversée: à Lobata 63,4% de la population cherche premièrement les postes de santé, 57,3% à Cantagalo et 52,0% Mezochi e Cauê (Rapport - " Satisfaction de l'utilisateur à la sortie de la consultation, 2015"). En termes d'accessibilité, 53,3% de la population vit à une demi-heure de soins dispensés par une infirmière et régulièrement par un médecin, 38,8% entre une demi-heure et une heure et seulement 7,8% à plus d'une heure.

Le ratio médecin/population (32/100 000), médecin/infirmier (1/7), médecin/lit(1/10), infirmier/population (226/100.000), infirmier/lit(1/1,3), Résumé analytique de Sao Tomé et Príncipe, 2015

Le secteur privé et non gouvernemental de santé, limité à quelques cabinets individuels dans la ville de Sao Tomé, est peu développé et influe très peu sur le niveau des prestations de santé du pays.

L'Assistance santé facultative est assurée par des ONGs, telle que la Croix Rouge, ADRA, et ASPF, qui collaborent avec le Ministère de la santé et agissent à travers des programmes bien définis sous la supervision des programmes de santé

À part de la médecine conventionnelle, il existe à São Tomé et Príncipe des pratiques parallèles. Partout dans le pays on peut trouver des curandiers, des patronnes et des actes religieux qui interviennent dans la gestion des cas de maladies diverses.

1.2.2. Données sanitaires

Le climat du pays favorise le développement des maladies tropicales, principalement les maladies transmissibles au premier rang desquelles des Infections respiratoires aiguës (IRA) et des diarrhées aiguës, après, le paludisme. La prévalence du VIH / SIDA est passée de 1.5%(IDS2008-2009) à 0.5 %(MICS 2014). Il y a le risque de coinfection par la tuberculose et l'Hépatite B. La malnutrition infantile constitue également une autre préoccupation pouvant aggraver les effets du paludisme sur ce groupe cible.

Les principales causes de morbidité et de mortalité chez les adultes sont Hypertension artérielle, Poly traumatisme, Diabète Mellites, chez les enfants Maladies respiratoires aiguës, Maladies diarrhéiques aiguës.

La taux de mortalité sont : néo-natale 22/1000 ; infantile 38/1000 ; juvénile 7/1000 et infanto juvénile 45/1000 (MICS 2014).

La mise en œuvre des Plans stratégiques 2001-2010 et 2012-2016 a abouti à des changements épidémiologiques notables du paludisme dans le pays, notamment à une réduction de plus de 90% des cas signalés entre 2001 et 2014 (Graphique1).

La notification de zéro cas de maladies du PEV ces dernières années démontre également une très bonne couverture vaccinale des enfants. De même, le taux de couverture des CPN est excellent (98,7% (2012, PSR). L'indice de fécondité est de 4,9 en 2009, le taux de prévalence contraceptive avec les méthodes modernes a augmenté, passant de 15% en 1996 à 37,9% en 2012. Toutefois la plupart des problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents découlant des limitations en matière d'offre et d'accès aux services et aux informations demeurent une réalité.

Actuellement le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) rédigé en 2012, a fixé les grandes orientations de politique en matière de santé pour la période 2012- 2016.

Le pays n'a pas encore élaboré une politique nationale pour les maladies tropicales négligées. Cependant, avec l'appui des partenaires, certaines actions de contrôle de ces maladies sont mises en œuvre.

✓ **Analyse de situation du système de santé selon les 6 piliers**

i. Prestations de service

Les services de santé sont organisés en deux niveaux, soit soins de santé primaires et secondaires/tertiaires. Les soins de santé primaires sont offerts par les centres et postes de santé des districts et les soins de santé secondaires et tertiaires sont délivrés par l'unique hôpital de référence du pays.

La prestation de soins de santé à la population est règlementé par trois documents cadre : la politique nationale de santé, la carte sanitaire et le plan national de développement sanitaire

Le paquet d'activités de chaque niveau est différent. Le niveau périphérique délivre des soins curatifs, préventifs et promotionnels. Ils ont de ressources humaines de base (médecins, infirmier, techniciens de laboratoire, pharmacie e stomatologie). Il y est concerné une maternité dans chaque district avec des sache femmes dument formées. L'Hôpital de référence possède tous les moyens pour prendre en charge les cas compliqués de maladies aiguës et chronique, des urgences et des chirurgies diverses. Il n'y est pas disponible des ressource humaines et des équipements pour les chirurgies compliquées. Le laboratoire de l'hôpital n'a pas disponible la biologie moléculaire. La rupture du stock des intrants diminue la capacité d'intervention de l'hôpital de référence.

Les services de santé de durée, affections chroniques et les soins de santé pour les groupes cibles sont de la responsabilité des districts sanitaires avec des orientations stratégiques des programmes respectifs.

De même, les Soins de santé dentaires, santé mentale et santé scolaire sont délivrés au niveau district.

Le service de réhabilitation est installé à l'hôpital de référence et à l'île de Principe il est fourni par l'Église catholique.

Les soins de santé spécialisés sont assurés par des médecins spécialistes nationaux et étrangers.

ii. Ressources humaines

Un déficit en personnel de santé qualifié et l'inégalité de la répartition géographique affecte négativement la performance des districts de santé. La valorisation insuffisante des ressources humaines (salaires de base, l'absence de promotion et de carrière professionnelle) est un facteur de démobilisation du personnel, ce qui favorise par conséquent la fuite des cadres à d'autres secteurs apparemment plus attractifs, la plupart à l'étranger. L'inexistence d'un plan de développement des ressources humaines pour la santé est aussi un problème à souligner

Les médecins spécialistes disponibles à Sao Tome et Principe sont décrits dans le tableau 5.

Tableau 4. Répartition des médecins spécialistes en STP, 2016

Spécialités	Spécialistes nationaux	Spécialistes étrangers
Chirurgie	1	1
Gynécologie	2	1
Traumatologie	2	1
Ophtalmologie	0	1
Stomatologie	4	1
Psiquiatria	0	1
ORL	0	1
Urologie	0	0
Pédiatrie	3	1
Médecine interne	2	1

Les services spécialisés sont centralisés à L'Hôpital de référence, là où se trouvent les deux uniques chirurgies du pays. Néanmoins, pour des consultations les spécialistes font de déplacements vers les districts de façon dromadaire.

Par ailleurs, des missions itinéraires de spécialistes portugais et taïwanais rentrent au pays pour des chirurgies plus compliquées des malades

Les malades de paludisme, HIV/SIDA et Tuberculose (les trois grandes endémies) sont pris en charge selon une approche centrée sur la personne. Toute la gestion des malades est gratuite et ils ont un suivi journalier (TB), hebdomadaires (paludisme) et mensuelle pour le HIV/SIDA.

A part de la médecine conventionnelle, il existe à São Tomé et Principe des pratiques parallèles. Partout dans le pays on peut trouver des curandiers, et des patronnes religieuses qui interviennent dans la gestion des cas de maladies diverses.

Selon l'enquête de satisfaction des patients à la sortie des formations sanitaires réalisée en 2013, la qualité des services de santé est considérée satisfaisante.

La formation de spécialistes, la construction d'un nouvel hôpital de référence, le renforcement de la capacité du diagnostic sont les défis pour l'avenir.

Après 2001, l'accès universel aux services de santé et de services intégrés ont été adoptés comme principes stratégiques. A ce moment 70% de la population a accès à une structure de santé en moins d'une heure, cependant, il existe des difficultés dans l'accessibilité géographique et financière, plus évident pour les habitants de l'île Principe qui doivent voyager 12 heures en bateau pour arriver à

l'Hôpital Central à Sao Tome. De graves difficultés surviennent avec ceux qui vivent dans les districts éloignés de la capitale, à savoir Lembá et Cauê.

En règle générale, les infrastructures et équipements sont insuffisants, et le manque de normalisation des équipements en même temps que l'absence d'une politique de maintenance explique la rupture fréquente des services. Les services de diagnostic comme les laboratoires et les services de radiologie sont faibles et non structurés. Il y a des insuffisances des procédures et des documents normatifs. Le peu qui existe réellement n'est pas suffisamment diffusé

iii. Système d'information sanitaire

Le système national d'information sanitaire est confrontée à des difficultés tels que: (1) de l'organisation (2) insuffisance de la formation des agents de santé dans la collecte et le traitement des données, (3) rupture de stock des matériels de collecte et insuffisance des moyens de transport (4) insuffisance et de irrégularité de la supervision. Ces insuffisances ont des répercussions sur la qualité du suivi et de l'évaluation et de la non-disponibilité à temps réel pour la prise de décision. En raison de la faiblesse du système de santé national et face à la nécessité de l'information pour la gestion, les programmes (programme de santé reproductive, programme national de lutte contre le paludisme et le programme national de lutte contre le sida) ont mis en place son système de collecte de données et des rapports. Un système de pharmaco vigilance n'existe pas.

Recherche opérationnelle: la recherche opérationnelle n'est pas fréquente et ses résultats ne sont pas suffisamment diffusés.

iv. Médicaments et autres produits de santé

Produits médicaux et la gestion des achats et des stocks: Le pourcentage de la population ayant accès à des médicaments de qualité et de coût abordable ne sont toujours pas connus en raison de la limitation du secteur pharmaceutique. Stratégie et législations sont insuffisantes. Insuffisance des données épidémiologiques et des capacités de gestion faibles affectent la quantification des besoins en produits pharmaceutiques, achat et gestion des stocks. De l'autre côté, l'existence d'une multiplication de l'offre de fonds non coordonnés conduit parfois à une rupture de stock des médicaments, les réactifs et autres consommables stratégiques avec des répercussions sur la qualité des soins aux patients. Au niveau des districts, le problème avec le stockage et la gestion des médicaments et produits médicaux pose la question de l'infrastructure et de la capacité de gestion. Le contrôle de la qualité des médicaments, des réactifs et d'autres consommables stratégiques n'existe pas.

Les médicaments de routine utilisés pour lutter contre les maladies TN sont acquis par le gouvernement. Pour le traitement de masse, il y a plusieurs co-financement particulièrement l'ONG Santé Pour Tous (pour le traitement des enfants en âge préscolaire) et l'OMS, a travers les entreprises pharmaceutiques pour le traitement des enfants des écoles primaires

Les médicaments utilisés dans le secteur de santé (traitement de routine) sont stockées et gérées par le Fonds National des Médicaments (dépôt central) et ce que sont mis à disposition par l'OMS pour le traitement de masse sont stockés dans le CNE.

v. Financement de la santé

Malgré l'effort de l'Etat, le financement des interventions de santé provient essentiellement de l'aide internationale. Actuellement, le budget alloué au secteur de la santé est d'environ 10% du budget national, contre 15% promis pour le secteur de la santé, par le chef des États africains dans les Conférence d' Abuja de 2001 et 2006. Cette dépendance importante des ressources externes constitue un risque pour des actions permanentes inscrites dans certains projets. Il y a un manque d'informations précises sur le coût de la santé et l'insuffisance de la législation sur le financement de la santé.

vi. Leadership et gouvernance

Le processus de réforme initié en 2000 avec l'élaboration de documents stratégiques tels que la politique nationale de santé (PNS) et la carte sanitaire, n'a pas réussi dans sa mise en œuvre en raison de l'instabilité institutionnelle. Le PNDS 2001-2005 (Plan national de développement sanitaire) reste le document de référence, mais les axes stratégiques principales n'ont pas été mis en œuvre. Actuellement le PNDS est en cours de révision pour actualisation.

1.3. Analyse de la situation des maladies tropical négligé (MTN)

1.3.1. Epidémiologie et charge de la maladie

En ce qui concerne la situation épidémiologique de *Schistosoma haematobium* plusieurs études ont été menées depuis 1983 avec les résultats suivants :

- 1983, une étude a révélé 30 % des cas de *Schistosoma haematobium* cependant, aucun cas de transmission de cette forme de *Schistosoma haematobium*, ou tout mollusque hôte intermédiaire avaient déjà été marqués dans le pays ;
- 1992- une étude à São Tomé et Príncipe méthode de filtration n'a révélé aucuns œufs de *Schistosoma haematobium* dans les échantillons d'urine et pas de forte cas d'hématurie a été trouvé. Cependant par la méthode biochimique, on a observé deux cas de hématurie et 5 de protéinurie .
- 2000- recherche de *S. haematobium* dans les échantillons d'urine des enfants de M. Zochi , Á . Grand et lobata , était négative.
- 2011 et 2014 des études révèlent une fois de plus le manque d'œufs de *S. haematobium* dans des échantillons d'urine.

Selon les données du contexte épidémiologique actuellement, quatre (4) MTN ont été ciblées au niveau du pays. Le programme MTN porte actuellement sur trois maladies : la filariose lymphatique, la schistosomiase et les géohelminthiases alors que la lèpre est gérée au sein du programme tuberculose.

Les cartographies des géohelminthiases (Tableau 5) et de la schistosomiase (Tableau 6) réalisées respectivement en 2014 et en 2015 ont permis d'actualiser les données sur la situation des MTN dans le pays et qui sont présentées dans le tableau ci-après :

Tableau 5. Synthèse des résultats de la cartographie de SCH en 2015 et de STH en 2014

Région sanitaires	Districts sanitaires	Prévalence SCH	Action SCH	Prévalence STH	Action STH
SAO TOME	Lobata	4,39		51,35	
SAO TOME	Lembá	4,84		61,29	
SAO TOME	Me-Zóxi	10,84		62,35	
SAO TOME	Cantagalo	3,08		65,20	
SAO TOME	Água Grande	20,75		71,76	
SAO TOME	Caué	3,17		88,49	
PRINCIPE	Príncipe	1,01		90,60	

SCH

	Traitement (PZQ) des EAS Tous les 3 ans ou 2 fois dans le cycle primaire
	Traitement (PZQ) des EAS et des groupes d'adultes à risque tous les 2 ans
	Traitement (PZQ) des EAS et des adultes à risque (groupes ou communautés) chaque année

STH

	Traitement cas par cas (ALB/MBD)
	Traitement des EAP et EAS une fois par an (ALB/MBD)
	Traitement des EAP et EAS deux fois par an (ALB/MBD)

Tabela 6. Prévalence de la Schistosomiase et des géohelminthiases par district à STP, cartographie 2014

Districts	Prévalence			
	S. Intercalatum	Ascaris	Tricocéfalos	Ancilostomas
Lembá	4,8	9,7	57,3	1,2
M: Zochi	10,9	23,9	52,9	5,4
R. A. P	1,0	78,6	72,2	3,7
Lobata	4,4	26,3	43,4	2,4
Á. Grande	20,9	59,1	40,3	3,8
Cauê	3,2	4,4	87,3	11,9
Cantagalo	3,1	13,6	61,8	3,9
STP	7,6	33,1	58,1	4,6

Cette cartographie a montré que les sept districts du pays sont co-endémiques aux géohelminthiases, à la schistosomiase et à la filariose lymphatique.

✓ Distribution des géohelminthiases

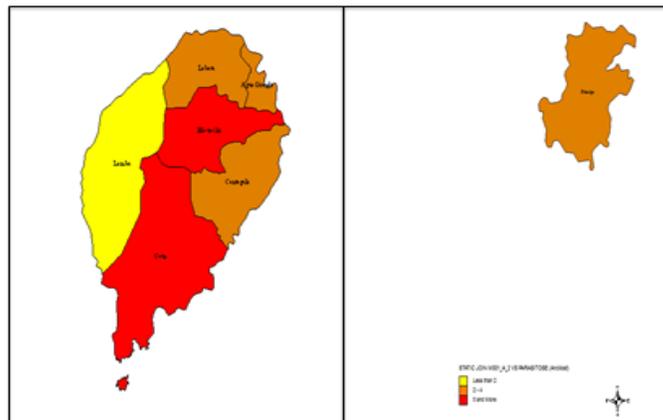
Plusieurs études de prévalence des géohelminthiases ont été réalisées notamment chez les enfants d'âge scolaire. Des résultats des quelques études menées montrent que l'ascaridiose, la trichocéphalose et l'ankylostomiase ont une prévalence forte dans les communautés.

En effet une étude réalisée en 1991 sur la prévalence des helminthiases intestinales a montré que *A lumbricoides* et *T. trichiura* ont une forte prévalence dans la population infantile des 7 districts par méthode de Kato-Katz sur les prélèvements de selles (Almeda et al 1994).

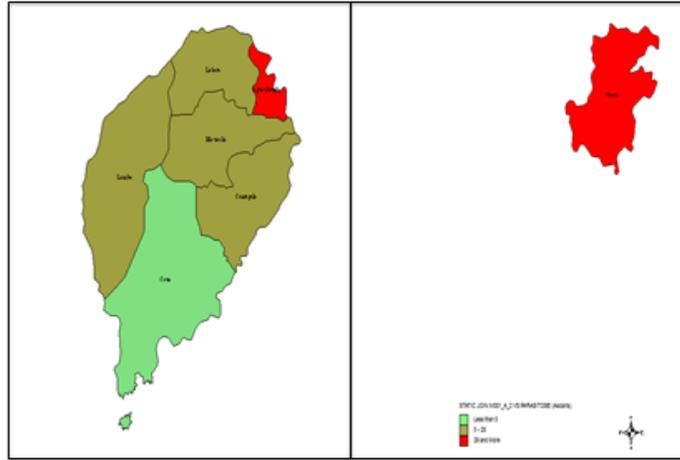
Le climat tropical humide et le degré d'humidité du pays sont des facteurs favorisant au développement des géohelminthes surtout chez les enfants d'âge scolaire et certains groupes cibles comme les professionnels de la terre. Le manque d'information sur les moyens de protection contribue à l'augmentation de la prévalence de ces affections dans le pays.

Les cartes des Figures 3, 4, 5 et 6. montre les résultats des études menées à Sao Tomé et Principe.

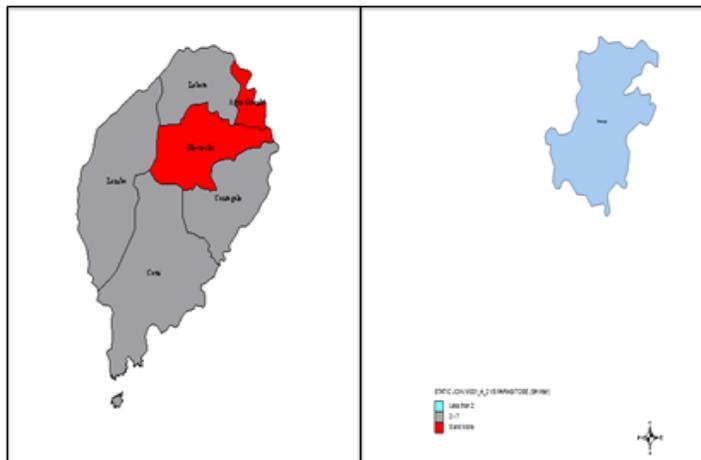
Mapa 1 – Ancilostoma



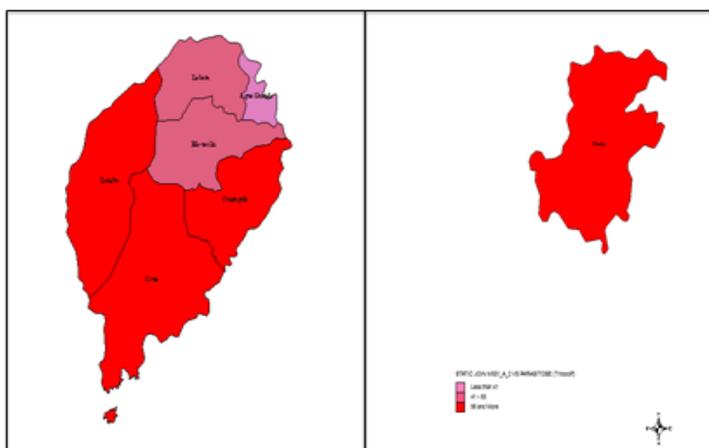
Mapa 2 – Ascaris



Mapa 3 – Shistosoma Intercalatum



Mapa 4 – tricocefalos



Ankylostomiase

La cartographie réalisée en 2014 a montré une prévalence moyenne de 4,6% (1,2% à 11,9%). Cinq districts (Agua Grande, Cantagalo, Lemba, Lobata et Principe) présentent des prévalences inférieures à 5%. Les districts de Mé Zochi et de Cauè ont des prévalences respectives de 5,4% et de 11,9%. La prévalence moyenne est passée de de 9,4% en 1991, à 4,6% en 2000 et à 5% en 2014.

Ascaridiase

La prévalence moyenne de l'ascaridiase en 2014 est de 33,1% avec des variations de 4,4% à 78,6%. Le niveau d'endémicité est très élevé au niveau des districts de RA de Principe et d'Agua avec respectivement 78,6% et 59,1% de prévalence. Deux districts (Lemba et Cauè) ont des niveaux de prévalence inférieurs à 10% alors que les trois autres districts (Me Zochi, Lobata et Cantagalo) ont des taux de prévalence compris entre 10 et 50%. La prévalence moyenne de l'ascaridiase est en baisse passant de 87,1% en 1991 à 71,5% en 2000 dans les districts de Mé Zochi, d'Agua Grande et Lobata et à 32% en 2014

Tricocéphales

Les niveaux d'endémicité aux tricocéphales sont très élevés avec une prévalence moyenne de 58% et des variations de 40,3% à 87,3% entre les districts. La prévalence moyenne des trichocéphales est passée de 87% en 1991, à 68,5% en 2000 et à 58% en 2014.

Tableau 7. Evolution des taux de prévalence des Géohelmenthoses de 1991 à 2014

LIEUX DES ETUDES	GROUPES ETUDIÉS	GEOHELMENTIASE	ANNEES			
			1991	1992	2000	2014
M. Zóchi ,Á. Grande Lobata (1991 a 2000);	Enfants	Ascaris lombricoides	87,1%	73,7%	71,5%	32%
M. Zóchi	Enfants 5-15 années /2000	T. trichiura	87%	73,7%	68,5%	56%
Cantagalo	5-16 années /2014	Ancilóstoma	9,4%	---	4,6%	5%
STP - 2014	(47 écoles)	S. stercorali	0,1%	---	---	---
		N. americanus	---	35,5%	---	---

Schistosomioses

Les données parcellaires de quelques études réalisées ont montré l'endémicité de Sao Tomé et Principe aux schistosomioses.

Les travaux de **Corochan et al en 1988** ont montré que c'est *S. intercalatum* transmise par *Bulinus forskalii* (**Brown et al en 1989**) qui est prévalent sur l'île.

Les statistiques portant sur la prévalence de *S. intercalatum* chez les enfants d'âge scolaire retrouvées en 1991 et 1992 ont montré la même tendance.

D'après les données de l'enquête réalisée par **C. Ripert et al en Mars 1992** sur un échantillonnage de 446 personnes de tout âge, à Guadalupe dans le district de Lobata, la prévalence de *S. intercalatum* est de 25,5% avec une charge parasitaire faible sur les prélèvements de selles, ces résultats confirment ceux obtenus un an plus tôt par **Almeda et Sousa et al** lors d'une enquête d'hygiène scolaire effectuée chez 782 enfants provenant des 7 districts de STP avec une prévalence de *S. intercalatum* de 11%.

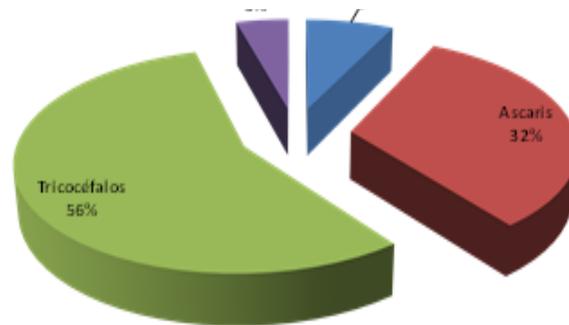
L'étude réalisée en 2000 par Rampao H. et al de l'institut d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Lisbonne a retrouvé une prévalence élevée de 36,2% pour *S. intercalatum* par la méthode de concentration de Kato-Katz sur un échantillon de 130 enfants dans 3 districts, résultat confirmé par la forte positivité des tests immunologiques spécifiques également utilisés concomitamment avec les techniques parasitologiques. L'évaluation macologique partie intégrante de cette dernière étude a noté la présence de *Bulinus forskalii*, mollusque identifié comme hôte intermédiaire spécifique de *S. intercalatum*.

La cartographie réalisée en 2015 dans la perspective de l'élaboration et de la finalisation du plan directeur a montré que la schistosomiase *intercalatum* est fortement prévalente dans tout le pays. La prévalence moyenne de la schistosomiase est de 7,6%. Cette prévalence très variable (1% à 20,9%) en fonction de districts est de 1% dans le district de Principe, de 3,1% et 3,2% respectivement dans les districts de Cantagalo et Cauè, de 4,4% à Lobata, de 4,8% à Lemba, de 10,9% à Mé Zochi et de 20,9% dans le district d'Água Grande. Les études réalisées depuis 1983 jusqu'à 2015 n'ont pas révélé la

présence de schistosoma hématobium une surveillance épidémiologique s'impose car B. forskalii dans certains pays peut être potentiellement hôte intermédiaires de S. haematobium.

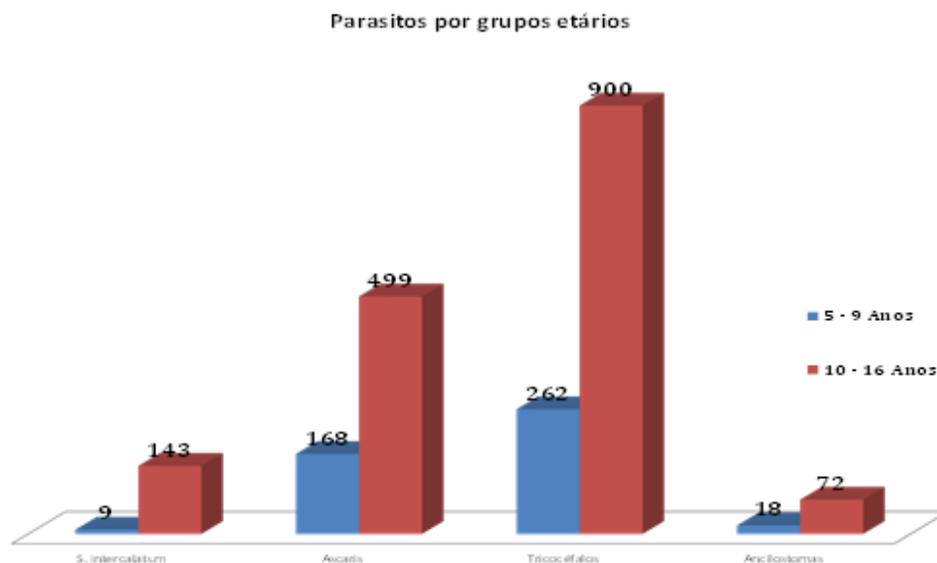
Les résultats de la cartographie réalisée en 2014 ont montré que 99 % des 2000 enfants ayant participé ont été infestés par 1, 2 ou même 4 parasites identifiés notamment l'Ascariase, la schistosomiase, les tricocéphales et l'ankylostomiase.

Graphique 2. Parasite par groupe etaire, STP/2014



Percentagem das amostras positivos por parasitas

Graphique 3. Parasitas pour tranche d'âge



Les enfants du groupe d'âge de 10 à 16 ans sont les plus parasités.

Filariose lymphatique

Une seule étude réalisée par carte ICT en 2008 à Malanza dans le district de Cauê et à Porto Reel sur l'île de Principe a révélé une prévalence respective de 2 et 5,2%, démontrant ainsi l'endémicité sur les deux îles. Dans la plupart de villages des cas de lymphoedèmes ont été notifiés démontrant l'histoire naturelle de la filariose lymphatique dans les différents districts. Par contre peu de cas d'hydrocèles sont signalés par les centres de santé et les postes de santé.

Une étude de prévalence de la filariose lymphatique et de la loase a été réalisée en 2015. Selon les données actualisées de cette cartographie, la prévalence de la loase est nulle dans tout le pays alors que celle de la filariose lymphatique varie de 0,50% à 3,9%. Tous les districts sont endémiques à la Filariose selon les recommandations de l'OMS. Le pays est indemne de la loase et de l'onchocercose.

Tableau 8. **Synthèse des résultats de la cartographie de la FL et de la loase en 2015**

Districts	Localités	N° d'échantil Lons	Teste FTS		Prévalence %	Selon Recommandat ions OMS	DBS recueillies		Goute épaisse		Préval %
			Nég.	Posit			Jour	Noct urne	Nég.	Posit	
Agua Grande	Riboque Capital	100	99	1	0.50	Endémique	100	1	100	0	0
	Praia Gamboa	100	100	0			100	0	100	0	
Mé – Zochi	Praia Melão	100	99	1	0.50	Endémique	100	0	100	0	0
	Cruzeiro	100	100	0			100	0	100	0	
Camtagalo	Ribeira Afonso	100	93	7	3.6	Endémique	100	7	100	0	0
	Riboque Santana	150	148	2			150	1	150	0	
Lobata	Agostinho Neto	92	92	0	0.54	Endémique	92	0	92	0	0
	Micolô	93	92	1			93	0	93	0	
Lemba	Diogo Vaz	78	78	0	3.93	Endémique	78	0	78	0	0
	Santa Catarina	100	93	7			100	6	100	0	
Cauê	Poto Alegre	100	99	1	1	Endémique	100	0	100	0	0
	Angolares	100	99	1			100	1	100	0	
Principe	Paria Burra	100	99	1	1	Endémique	100	1	100	0	0
	Poro Real	100	99	1			100	1	100	0	
TOTAL		1413	1390	23			1413	18	1413	0	

Co-endémicité des MTN

Tableau9. Co-endémicité des MTN CTP/

Région (Ile)	Districts	Maladies		
		FL	SCH	STH
Sao Tome		Chimiothérapie préventive		
	Agua Grande	+	+	+
	Me_Zochi	+	+	+
	Lobata	+	+	+
	Cantagalo	+	+	+
	Lemba	+	+	+
Caue	+	+	+	
Principe	Principe	+	+	+

Les MTN bénéficiant de la chimiothérapie préventive de masse (FL, SCH et STH) sont co-endémiques dans les sept districts (ou sur l'ensemble) du pays comme dans le tableau ci-dessus.
En ce qui concerne les MTN bénéficiant de la prise en charge des

Le pays est indemne de l'onchocercose et de la loase. Aucun cas d'onchocercose n'a été enregistré dans le pays. Pour ce qui concerne la loase quelques cas importés ont été identifiés dans une étude réalisée il y a plus de 20 ans. Selon les données de la cartographie de 2015, la prévalence de la loase est nulle.

1.3.2. Mise en œuvre du programme de lutte contre les MTN

Le Pays a déjà élaboré deux plans stratégiques nationaux de lutte intégrée contre les MTN pour les périodes 2009-2013 et 2013 -2015, mais ces plans n'ont pas été mis en œuvre totalement. Durant ces périodes, certaines actions y compris la mise à jour des données de la cartographie sur les géohelminthiases, la schistosomiase, la filariose lymphatique et la loase et TM ont été mises en œuvre avec le soutien de différents partenaires internes comme l'OMS, Sterna.

1.3.3. Lacunes et priorités

Tableau 10. Analyse des forces et faiblesses, des opportunités et des menaces

<p>FORCES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Engagement du Gouvernement 2. Existence du Plan stratégique 2013 et 2017 3. Existence du plan opérationnel PNLCDTN 4. Existence des ASC 5. Existence des documents recteurs (Politique Nationale de Santé, Plan National de Développement Sanitaire et Carte Sanitaire) 6. Bonne couverture du réseau sanitaire 7. Engagement des autres secteurs extra santé et ONGs (Education, Santé pour tous, Zatonadil, etc.) 8. Disponibilité de partenaires 	<p>FAIBLESSES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité au niveau du programme 2. Insuffisance d' allocation budgétaire spécifique l'état pour le programme MTN 3. Faible décentralisation des activités du Programme 4. Faible capacitation et formation des RH du district 5. Insuffisance du contrôle de qualité de l'eau et de l'assainissement 6. Absence de points focaux des districts
<p>OPPORTUNITES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Co- endémicité de la plupart des MTN, donnant une opportunité d'intégration et de - mise en œuvre conjointe 2. Superficie limitée et caractère insulaire du pays 3. Taille de la population permettant de viser des objectifs d'élimination en visant la totalité de la population pour 	<p>MENACES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manque de financement 2. Instabilité institutionnelle 3. Forte dépendance du programme de santé du financement extérieur 4. Comités de district de santé peu fonctionnels 5. Mobilité des fonctionnaires de la santé 6. Effets secondaires des médicaments

<p>les différentes interventions</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Existence des partenaires disponibles pour appuyer e financer la lutte contre les DTN (programmes de donation et firmes pharmaceutiques, OMS et autres agences des NU) 5. Disponibilité de Techniciens dans le pays 6. Expériences de mise œuvre intégrée des programmes notamment les JNV 7. Gratuité des médicaments 	<p>chez certains enfants pouvant conduire au refus des parents des élèves</p>
---	---

Parte 2 – AGENDA STRATEGIQUE DE LUTE CONTRE LES MTN

2.1 Mission et Objectifs généraux du programme de lutte contre les MTN

2.1.1 – Vision

Avoir le pays libéré du fardeau des MTN d’ici 2020.
(ou São Tomé et Príncipe libéré du fardeau des MTN d’ici 2020)

2.1.2. Mission générale du programme MTN

La mission du programme est de fournir à la population des interventions intégrées pour la prévention, le contrôle et l’élimination des MTN d’une manière efficace et équitable des Maladies Tropicales Négligées afin de réduire progressivement la morbidité, les incapacités et la mortalité liées à ces maladies. .

2.1.3. But

D’ici 2020, contrôler et éliminer les MTN ciblées : la filariose lymphatique, les schistosomiasés et les géohelminthiasés.

2.1.4. Axes programmatiques

Au cours des cinq prochaines années, le programme portera sur les quatre maladies suivantes:

- a) Filariose Lymphatique– Réaliser annuellement le traitement de masse dans tous les districts
- b) Schistosomiase - Continuer le traitement de masse dans toutes les écoles du pays et ultérieurement dans toute la population
- c) Géo-helminthiases - Continuer le traitement de masse dans toutes les écoles du pays et ultérieurement dans toute la population Lèpre – Réaliser une enquête cartographique, la prise en charge et le suivi des cas, la prévention des incapacités.

2.2 Principes directeur et stratégique prioritaires

2.2.1. Les principes directeurs pour la lutte intégrée contre les MTN reposent sur:

- le développement du partenariat et la recherche des opportunités en vue du renforcement de la collaboration;
- l’engagement et la participation communautaires aux activités de lutte contre les MTN ;
- la mobilisation des ressources;
- le leadership et la gouvernance ;
- le renforcement des capacités des ressources humaines ;
- l’intégration dans les systèmes de santé existants et la reconnaissance du district santé comme unité opérationnelle;
- La collaboration intra et intersectorielle des prestations des services de santé;
- Le renforcement du leadership national et local en matière de lutte contre les MTN;
- La mise en place et l’utilisation d’un cadre conjoint de suivi et évaluation

2.2.2 Priorités stratégiques

Ce plan s’articule sur les priorités stratégiques suivantes pour l’atteinte des objectifs fixés.

1. Renforcer l’appropriation de la lutte par le gouvernement, le plaidoyer, la coordination et les partenariats;
2. Améliorer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources financières et la durabilité des programmes de lutte contre les MTN ciblées ;
3. Améliorer l’accès aux interventions, le traitement et au renforcement des capacités du système ;
4. Renforcer le suivi-évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle dans le domaine des MTN.

Tableau 11. résumé des priorités et des objectifs stratégiques.

PRIORITES STRATEGIQUES	OBJECTIFS STRATEGIQUES
Priorité stratégique 1 : Améliorer l'accès aux interventions, le traitement et au renforcement des capacités du système	Renforcer la chimiothérapie préventive intégrée contre les MTN ciblées : la schistosomiase et les géo helminthiases y compris le traitement de masse pour la lutte contre la filariose lymphatique.
	Renforcer la prise en charge intégrée des cas de MTN, des incapacités et des complications de la filariose lymphatique et la schistosomiase à tous les niveaux de soins
	Prendre en charge les incapacités physiques engendrées pour les MTN -CTP
	Renforcer les capacités des agents intervenant au niveau national pour la gestion et la mise en œuvre du programme.
	Renforcer la lutte anti-vectorielle intégrée et la prévention des MTN ciblées
Priorité stratégique 2 : Améliorer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources financières et la viabilité des programmes de lutte contre les MTN ciblées ;	Finaliser / Adopter le Plan stratégique de lutte contre les MTN 2016-2020
	Elaborer les plans opérationnels annuels de mise en œuvre du plan stratégique national de lutte intégrée contre les MTN
	Assurer le plaidoyer pour une mobilisation des ressources financières, humaines et matérielles nécessaires à la mise en œuvre des activités de lutte intégrée contre les MTN tous les niveaux.
	Amener l'état, les districts et leurs collectivités locales à accroître leurs contributions au financement des activités de lutte contre les MTN.
Priorité stratégique 3 : Renforcer l'appropriation de la lutte par le gouvernement, le plaidoyer, la coordination et les partenariats;	Renforcer la participation communautaire aux différentes interventions de lutte contre les MTN
	Renforcer le plaidoyer et la sensibilisation pour une meilleure appropriation à tous les niveaux
	Renforcer le mécanisme de coordination des actions lutte intégrée contre les MTN aux niveaux national et décentralisé
	Renforcer l'intégration des activités de lutte contre les MTN (FL, SCH, STH et lèpre) dans le système de santé et au sein du CNE
	Renforcer /promouvoir la collaboration et le partenariat
Priorité stratégique 4 : Renforcer le suivi-évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle dans le domaine des MTN.	Renforcer l'implication des autres secteurs dans la lutte intégrée contre MTN
	Elaborer et promouvoir un cadre intégré de suivi/évaluation des MTN et améliorer le suivi des MTN dans le cadre du SNIS.
	Diffuser les rapports périodiques de situation
	Réaliser les évaluations (mi-parcours et finale)
	Renforcer le suivi et la supervision des activités de lutte contre les MTN aux différents niveaux du système de santé
	Assurer la surveillance épidémiologique des MTN
	Appuyer la recherche opérationnelle en soutien à la lutte contre les MTN
Mettre en place un système fonctionnel de pharmacovigilance en rapport avec les MTNs	
Mettre en place une base de gestion des données intégrées pour les MTNs (ou Assurer l'intégration au SNIS des données MTN)	

Tableau 12. **Objectifs nationaux programmatiques (Objectifs, stratégies et cibles)**

Objectifs programmatiques	Buts	Objectifs	Stratégies	Mise en œuvre
Éliminer la filariose lymphatique et	D'ici 2020 éliminer la FL	Interrompre la transmission de la filariose lymphatique	Traitement de masse Contrôle du vecteur (PID e MILDA)	Districts/communautés Districts/communautés
		Prévenir les séquelles / incapacités physiques à travers le traitement des cas	Chirurgie	Hôpitaux, CS
		Réduire la prévalence de Schistosomiase	D'ici 2020 réduire la prévalence de la schistosomiase	Interrompre la transmission de la Schistosomiase et Prévenir les séquelles
Diminuer la prévalence des géohelminthiases	D'ici 2020 réduire considérablement la densité parasitaire chez les enfants de moins de 15 ans	Interrompre la transmission de la Schistosomiase	Traitement de masse	Écoles / communautés
		Prévenir les séquelles des cas graves des géo helminthiases	Traitement précoce des cas cliniques	Structures sanitaires
Éliminer la Lèpre	D'ici 2020 éliminer la lèpre	Traiter tous les cas de lèpre	Traitement précoce des cas cliniques	Communauté et Unité de traitement

Tableau 13. **Récapitulatif des buts et objectifs spécifiques par MTN**

PROGRAMME	BUT MONDIAL DU PROGRAMME MTN	OBJECTIFS NATIONAUX
PNLFL	Éliminer la FL en tant que problème de santé publique d'ici 2020	Éliminer la FL en tant que problème de santé publique d'ici 2020
PNLB/PI	Traiter au moins 75% de tous les enfants d'âge scolaire d'ici 2020	Traiter au moins 80% de tous les enfants d'âge scolaire d'ici 2020
	Traiter au moins 75% de tous les enfants âgés par école en danger d'ici 2020.	Traiter au moins 80% de tous les enfants d'âge scolaire 2020.
PNLL	Diagnostiquer précocement et traiter avec MDT, éliminer la lèpre comme problème de santé publique au niveau national d'ici 2005, et puis éliminer aux niveaux sous-nationaux.	Éliminer la lèpre au niveau des zones de santé endémiques du pays

Tableau 14. **Buts, objectifs, stratégies, cibles indicateurs pour chaque MTN**

PROGRAMME	BUTS NATIONAUX	OBJECTIFS	STRATEGIES	CIBLES NATIONALES	CANAUX /modes DE PRESTATION	INDICATEURS
PNLDTN	Eliminer la FL en tant que problème de santé publique d'ici 2016	Interrompre la transmission de la FL ; Prévenir et prendre en charge les incapacités dues à la FL	TMM Contrôle du vecteur, Chirurgie, Hygiène personnelle, exercice des membres affectés	84% de la population des zones endémiques	Communauté, Pulvérisation à effet rémanent dans les domiciles, services de santé centre de santé soins à domicile	CT, CG Prévalence mf, ICT
	Traiter au moins 80% de tous les enfants d'âge scolaire 2020	Réduire de façon sensible la charge de morbidité due aux HTS	TMM IEC, assainissement du milieu, Approvisionnement en eau potable Hygiène individuelle et collective	Enfants d'âge scolaire de 6 à 14 ans et dans les communautés hyper endémiques	Communautés, écoles	CT, CG
	Traiter au moins 80% de tous les enfants d'âge scolaire 2020.	Réduire de façon sensible la charge de morbidité due aux SCH	TMM Assainissement du milieu, Approvisionnement en eau potable Modification de l'environnement	Enfants d'âge scolaire de 6 à 14 ans et dans les communautés hyper endémiques	Communautés, écoles	CT, CG
PNLL/TB	Eliminer la lèpre au niveau des zones de santé endémiques du pays	Prendre en charge les cas Prévenir et prendre en charge les complications dues à la lèpre	Dépistage, traitement des cas	Traitement de tout nouveau cas détecté	Centres de santé, Hôpitaux	Taux de détection Taux de guérison

Parte 3. CADRE OPERATIONNELLE

Le Plan Stratégique a une durée de 5 ans et contient 4 principaux axes stratégiques avec les respectives activités, comme décrit ci-dessous: Les interventions pour l'élimination ou le contrôle du DTN seront basées principalement sur les mesures de traitement de masse.

Tableau 15. Tpe de Traitement de mass a réalisé au pays

Type de Traitements de masse	Mise en œuvre	Chronogramme					Combinaisons des maladies	Nécessités	Groups Cibles	Autres interventions de contrôle de masse
		16	17	18	19	20				
TM – Praziquantel + Albendazole	Pre-scolaire, Ecoles de base et secondaires	X	X	X	X	X	Schistosomiase et Géo-helmenthiase	*Médicaments * Financement	Enfants du milieu scolaire (5 – 16 ans)	Communication pour le changement de comportement
TM – Praziquantel + Albendazole	Communautés			X	X	X	Schistosomiase et Géo-helmenthiase	* Médicaments * Financement	Adultes	Communication pour le changement de comportement, lutte contre les vecteurs
Ivermectine	Communautés	X	X	X	X	X	Filariose lymphatique	* Médicaments * Financement	Adultes de plus de 15 ans	Communication pour le changement de comportement, lutte contre les vecteurs

Tableau 16. CADRE OPERATIONNELLE

Priorité stratégique 1. Renforcer l'appropriation de la lutte par le gouvernement, le plaidoyer, la coordination et les partenariats								
Activités	Sous -activités	Chronogramme				Partenaires d'appui	Ressources requises	
		16	17	18	19			
Objectif stratégique 1. Renforcer le plaidoyer et la sensibilisation à tous les niveaux pour une meilleure appropriation des actions de lutte contre les MTN								
Entreprendre des actions (rencontres, réunions) et évènements de plaidoyer et de sensibilisation auprès du gouvernement, des autorités politico-administratives et des célébrités nationales (musiciens et ambassadeurs)	Identifier les cibles pour le plaidoyer et la sensibilisation	X						Humaine, Financière et matérielle
	Elaborer / produire les outils de plaidoyer (dépliants, prospectus et bulletins d'information)	X						Humaine, Financière et matérielle
	Organiser des rencontres/réunions de briefing, de sensibilisation et de plaidoyer avec les autres ministères concernés, les célébrités et partenaires identifiés	X	X	X	X			Humaine, Financière et matérielle Transport
Mobiliser les ressources financières et matérielles pour la lutte intégrée contre le MTN	Faire le plaidoyer auprès des ministères de la Santé, de la Planification et des Finances ainsi que des autres secteurs et des districts pour l'allocation de ligne budgétaire à la lutte contre les MTN	X	X	X	X	X	CNE PNLDTN	Transport Communication Ressources humaines
	Organiser une réunion de mobilisation des ressources avec les partenaires nationaux et internationaux	X		X	X			Ressources humaines; perdiems, communication, carburant

	Doter les districts et la coordination nationale MTN en ressources et moyens de fonctionnement pour la lutte contre les MTN	X	X					Ressources matérielles, financières, carburant & perdiems
Objectif stratégique 2: Renforcer le mécanisme de coordination des actions de lutte intégrée contre les MTN aux niveaux national et décentralisé								
Mettre en place le comité de pilotage au niveau national et les groupes techniques de travail au niveau des districts	Elaborer les textes portant Création, organisation, fonctionnement et composition du comité de pilotage et des groupes techniques	X					CNE PNLDTN	Ressources matérielles, financières, carburant & perdiems
	Organiser les réunions trimestrielles de coordination des équipes techniques et de pilotage	X	X	X	X	X	CNE PNLDTN	
	Doter la coordination nationale MTN et les districts des moyens de fonctionnement : fourniture, carburant, lubrifiants, consommables informatiques, communication	X	X	X	X	X	MS, CNE PNLDTN OMS UNICEF et autre	

Priorité stratégique 1: Renforcement de l'appropriation du programme par le gouvernement, du plaidoyer, de la coordination et des partenariats								
Activités	Sous-activités	Chronogramme				Partenaires d'appui	Ressources requises	
		16	17	18	19			
Objectif stratégique 3: Renforcer la capacité de gestion et de mise en œuvre du programme de lutte intégrée contre les MTN								
Renforcer les conditions du programme pour le bon fonctionnement	Affectation de 2 techniques pour le PNLDTN	X	X	X	X	X		Ressources matérielles, financières, carburant & perdiems
	Doter le programme et les districts en moyens de fonctionnement: moyens de fonctionnement : fourniture, carburant, lubrifiants, consommables informatiques, communication		X				MS OMS	
Former les agents de santé et des intervenants à tous les niveaux	Assurer la formation en gestion des cadres du PNLDTN, des équipes de district et de région	X	X	X	X	X	MS OMS	
	Assurer la formation/le recyclage des formateurs nationaux/régionaux et des districts	X	X	X	X	X		
	Former en cascades des agents de santé et des ASC	X	X	X	X	X	MS OMS UNICEF	

Objective stratégique 4: Renforcer / Promouvoir l'intégration, la collaboration et le partenariat dans le cadre de la lutte intégrée contre MTN

Participer au processus de planification aux niveaux central et des districts	Participer à l'élaboration du PNDS, des plans de districts pour une meilleure prise en compte des MTN	X	X	X	X	X	Ressources matérielles, financières, carburant & perdiems
	Faire le plaidoyer pour l'intégration des MTN sous une seule coordination	X	X				
Mettre en place un cadre de collaboration intra et intersectoriel	Organiser 2 fois par an, les réunions de concertation interministérielles entre le ministère de la santé et les ministères ayant un impact direct ou indirect sur la lutte contre les MTN (éducation, environnement, agriculture et élevage, information et communication, plan, budget et finances).	X	X	X	X	X	
	Organiser des réunions annuelles avec les partenaires pour le partage des rapports et les publications de données	X	X	X	X	X	

Priorité Stratégique 2: Amélioration de la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la viabilité financière des programmes MTN

Activités	Sous -activités	Chronogramme				Partenaires d'appui	Ressources requises
		16	17	18	19		

Objectif stratégique 1: Elaborer et adopter le Plan directeur les plans opérationnels annuels de mise en œuvre du plan stratégique national de lutte intégrée contre les MTN

Valider/adopter le Plan directeur et les plans opérationnels annuels	Organiser un atelier de validation et d'adoption /endossement du plan directeur par les partenaires et le Ministère de la santé	X					MS OMS MECC	
	Organiser chaque année des réunions d'élaboration des plans opérationnels annuels de mise en œuvre au niveau central et des districts	X	X	X	X	X	MS OMS MECC	Ressources humaines, matérielles et financières Fournitures de bureau, communication, location de salle, reprographie
	Faire le Plaidoyer auprès du gouvernement et des partenaires pour la mobilisation des ressources en faveur des MTN auprès du gouvernement, des districts et des partenaires	X	X	X	X	X	PNDTN	
	Diffuser le plan stratégique aux districts de santé, auprès des autorités des districts et du gouvernement et des	X					PNLDTN	
Impliquer les districts et leurs collectivités locales dans la mobilisation des ressources en faveur des MTN	Développer des actions de plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur des MTN auprès du gouvernement, des districts et des partenaires	X	X	X	X	X	MS OMS	2,500
	Appuyer les districts et les collectivités		X				MS	3,500

	dans l'élaboration des requêtes de financement						OMS UNICEF	
--	---	--	--	--	--	--	---------------	--

Priorité stratégique 2. Amélioration de la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la viabilité financière des programmes MTN								
Activités	Sous-activités	Chronogramme				Partenaires d'appui	Ressources requises	
		16	17	18	19			
Objectif stratégique 2. Assurer la mobilisation de ressources financières, humaines et matérielles à tous les niveaux pour la mise en œuvre des activités de lutte intégrée contre les MTN								
Mener des actions de plaidoyer avec le MS et les partenaires	Organiser un atelier de présentation du plan directeur pour la mobilisation de fonds	X	X	X	X	X	MS OMS UNICEF e d'autres partenaires	
Impliquer les districts et leurs collectivités locales dans la mobilisation des ressources en faveur des MTN	Développer des actions de plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur des MTN auprès du gouvernement, des districts et des partenaires							
	Appuyer les districts et les collectivités dans l'élaboration des requêtes de financement							
Objectif stratégique 3 Renforcer la participation communautaire aux différentes interventions de lutte contre les MTN								
Impliquer les ONGs	Réaliser des ateliers pour la formation des ONG, de la communauté basée sur l'organisation de MTN	X					Gouvernement OMS UNICEF	
	Former/récycler les ASC	X	X	X	X		Gouvernement	

								OMS UNICEF	
--	--	--	--	--	--	--	--	---------------	--

Priorité stratégique 3: Amélioration de l'accès aux interventions, au traitement et au renforcement des capacités du système (prestations de service)

Activités	Sous -activités	Chronogramme				Partenaires d'appui	Ressources requises
		16	17	18	19		

Objectif stratégique 1 : Renforcer la chimiothérapie préventive intégrée contre les MTN ciblées : schistosomiasés et les géohelminthiases y compris le traitement de masse pour les filarioses lymphatiques.

Sensibiliser les communautés, les ASC, les agents de santé et les autorités pour leur participation et leur implication dans la mise en œuvre des campagnes annuelles de TM	Elaborer un plan intégré de communication pour les MTN	X						Ressources humaines, matérielles et financières
	Développer / réviser et diffusés les supports d'IEC et de sensibilisation de la population							Ressources humaines, matérielles et financières
	Organiser des ateliers de de sensibilisation avec les organisations communautaires et les ONG sur leurs rôles en matière d'IBC en faveur de la lutte intégrée contre les MTN	X	X	X	X	X	UNICEF, OMS, ONGs	Ressources humaines, matérielles et financières

	Diffuser les messages d'IEC et de CCC sur les radios et télévisions nationales Organiser le lancement de la campagne et des caravanes de sensibilisation							Ressources humaines, matérielles et financières
Assurer la disponibilité des médicaments et intrants et outils requis (réactifs de labo, supports IEC, modules de formation et guide pour le traitement de masse de la SCH, des Géohelmenthiases et de la filariose lymphatique)	Commander et acquérir les médicaments et intrants spécifiques pour le traitement de masse y compris les médicaments pour la prise en charge des effets secondaires Mettre en place les médicaments	X	X	X	X	X	OMS, MDP UNICEF Firmes pharmaceutiques	Frais afférents Stockage Transport
		X	X	X	X	X	MECC, MS ONGs, IMVF	Ressources humaines, matérielles et financières
Renforcer les capacités des agents de santé et des intervenants pour le traitement de masse	Former /recycler les formateurs nationaux et au niveau des districts (au niveau des secteurs de la santé et de l'éducation)	X	X	X	X	X		Ressources humaines, perdiems, pause café, fournitures de bureau, communication, location de salle, reprographie
	Former /recycler en cascades les enseignants et les agents de santé	X	X	X	X	X		Idem
	Former en cascades les ASC	X	X	X	X	X		Idem

Assurer la distribution de masse des médicaments (DMM)	Distribuer les médicaments pour la SCH et les Géohelminthiases dans les écoles		X	X	X		OMS, MDP UNICEF Firmas farmaceuticas	Ressources humaines, matérielles et financières
	Réaliser annuellement le traitement de masse de la SCH, des Géohelminthiases et de la filariose dans les communautés			X	X	X	MECC MS ONGs IMVF	Ressources humaines, perdiems, pause café, fournitures de bureau, communication, location de salle, reprographie
	Superviser les agents de santé, les enseignants et les ASC lors de la campagne							
	Collecter les données du Tm							
	Evaluer la campagne							
	Evaluer annuellement l'impact du TM		X	X	X	X	PNDTN	
	Rediger et diffuser le rapport de la campagne							

Priorité stratégique 3: Amélioration de l'accès aux interventions, au traitement et au renforcement des capacités du système (prestations de service)								
Activités	Sous-activités	Chronogramme				Partenaires d'appui	Ressources requises	
		16	17	18	19			
Objectif stratégique 2 Renforcer les interventions de prise en charge intégrée des cas de MTN, des incapacités et des complications de la filariose lymphatique et de la schistosomiase à tous les niveaux de soins								
Etudier la situation des complications de la FL	Organiser un recensement actif des cas de complications de la FL dans les 7 districts	X	X				OMS UNICEF	
	Réaliser une enquête afin de déterminer l'ampleur des complications chez les personnes déjà infectées							
	Prendre en charge tous les cas de MTN détectés (Lymphœdèmes, complications des schistosomiase)	X	X	X	X	X	Districts sanitaires Et hôpitaux	
Mettre en place les médicaments et consommables pour la prise en charge à la disposition des acteurs	Commander, acquérir les médicaments, les kits de chirurgie et les consommables	X	X	X	X	X	OMS, MDP UNICEF Firmes pharmaceutiques	
	Approvisionner les hôpitaux de districts et les CS en médicaments, kits de chirurgie et consommables	X	X	X	X	X	PNDTN Pharmacies districts	
Dépister les cas	Assurer la sensibilisation et la mobilisation communautaire (à la radio, la télévision, dans les églises et les écoles) Appuyer l'organisation des actions de dépistage de la lèpre au niveau communautaire	X	X	X	X	X	PNDTN, Districts sanitaires ONGs, Ecoles	

	Organiser des campagnes de dépistage actif et passif des cas ainsi que de recensement des cas de complications de la FL chaque année	X	X	X	X	X	Districts sanitaires hôpitaux	
	Assurer le suivi des cas traités	X	X	X	X	X	Districts sanitaires, CHA M e HMQDG	
Renforcer les capacités du personnel de différents niveaux sur la prise en charge des cas de morbidité	Former : <ul style="list-style-type: none"> - 7 chirurgiens de districts sur les techniques opératoires des hydrocèles - Former les agents de santé sur la prise en charge des cas d'éléphantiasis Former les patients et leurs parents sur la prise en charge à domicile des cas d'éléphantiasis / lymphoedèmes							
Organiser des campagnes de prise en charge et de chirurgie	Prendre en charge les cas d'éléphantiasis / lymphoedèmes Opérer les cas d'hydrocèles recensés Opérer les patients souffrant des complications de la lèpre							

Priorité stratégique 3: Amélioration de l'accès aux interventions, au traitement et au renforcement des capacités du système (prestations de service)

Activités	Sous-activités	Chronogramme				Partenaires d'appui	Ressources requises
		16	17	18	19		

Objectif stratégique 3. Prendre en charge les incapacités physiques engendrées par les MTN à CTP

Renforcer les capacités de dépistage, de diagnostic et de traitement des cas de filariose	Former le personnel de santé (médecins, infirmières et d'autres travailleurs de la santé en techniques de dépistage et de diagnostic et sur la prise en charge des cas	X	X	X	X	X	MS OMS UNICEF	
	Mener un plaidoyer avec les ONG et d'autres partenaires pour acquérir des chaises fauteuil roulant		X	X	X	X	PNDTN Districts sanitaires	
	Approvisionner les centres de santé et les hôpitaux en médicaments, kits de chirurgie et intrants spécifiques à la prise en charge des cas	X	X	X	X	X		Humaines, matérielles, financières et médicaments

Objectif stratégique 4: Mettre en œuvre la lutte anti-vectorielle de la filariose lymphatique

Intensifier la campagne de lutte ante vectorielle	Distribuer les moustiquaires imprégnées en collaboration avec le PNLP	X	X	X	X	X	PNDTN Districts sanitaires, FG Taïwian, PNLP	
	Réaliser la pulvérisation intra-domiciliaire résiduelle	X	X	X	X	X		
	Contribuer à l'assainissement et à l'hygiène du milieu pour lutter contre les gîtes larvaires de moustiques	X	X	X	X	X		
	Sensibilisation de la communauté pour éliminer la reproduction des moustiques	X	X	X	X	X	Districts sanitaires	

Priorité stratégique 4: Renforcement du suivi/évaluation, de la surveillance, et de la recherche opérationnelle sur les MTN								
Activités	Sous-activités	Chronogramme				Partenaires d'appui	Ressources requises	
		16	17	18	19			
Objectif stratégique 1 Elaborer et promouvoir un cadre intégré de suivi/évaluation des MTN et améliorer le suivi des MTN dans le cadre du SNIS								
Mettre en place un système fonctionnel de suivi et d'évaluation des MTN	Organiser un atelier pour le développement d'un plan de suivi et évaluation des MTN	X					MS, OMS UNICEF	ressources humaines; matérielles, financières et logistiques
	Actualiser/réviser les outils de collecte des données et des indicateurs de suivi Multiplier et diffuser les outils de collecte des données révisés	X	X					Ressources financières, matérielles et humaines
	Assurer la collecte régulière, l'analyse et le contrôle de qualité des données MTN	X	X	X	X	X		ressources humaines; matérielles, financières et logistiques,
	Renforcer les capacités des agents impliqués dans le suivi et évaluation	X	X	X	X	X		ressources humaines; matérielles, financières et logistiques
	Organiser des supervisions périodiques et régulières aux différents du système de sante	X	X	X	X	X		perdiems, fournitures de bureau, communication, reprographie,

								carburant
Priorité stratégique 4: Renforcement du suivi/évaluation, de la surveillance, et de la recherche opérationnelle sur les MTN								
Activités	Sous-activités	Chronogramme				Partenaires d'appui	Ressources requises	
		16	17	18	19			
Objectif stratégique 1 Elaborer et promouvoir un cadre intégré de suivi/évaluation des MTN et améliorer le suivi des MTN dans le cadre du SNIS								
Mettre en place un système fonctionnel de suivi et d'évaluation des MTN	Organiser un atelier pour le développement d'un plan de suivi et évaluation des MTN	X					MS, OMS UNICEF	ressources humaines; matérielles, financières et logistiques
	Actualiser/réviser les outils de collecte des données et des indicateurs de suivi Multiplier et diffuser les outils de collecte des données révisés	X	X					ressources humaines; matérielles, financières et logistiques
	Assurer la collecte régulière, l'analyse et le contrôle de qualité des données MTN	X	X	X	X	X		ressources humaines; matérielles, financières et logistiques
	Renforcer les capacités des agents impliqués dans le suivi et évaluation	X	X	X	X	X		ressources humaines; matérielles, financières et logistiques
	Organiser des supervisions périodiques et régulières aux différents du système de sante	X	X	X	X	X		ressources humaines; matérielles, financières et logistiques perdiems, fournitures de bureau, communication,

									reprographie, carburant
--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------------

Priorité stratégique 4: Renforcement du suivi/évaluation, de la surveillance, et de la recherche opérationnelle sur les MTN							
Activités	Sous-activités	Chronogramme				Parceiros	Ressources requises
		16	17	18	19		
Objectif stratégique 2: Assurer / renforcer la surveillance épidémiologique des MTN, notamment la filariose lymphatique et la schistosomiase							
Mettre en œuvre un système de notification des cas	Dissémination du manuel LIFE à la définition de cas d'ATN	X				MS PNLDTN	
	Organiser des évaluations malacologiques pour la schistosomiase						
	Actualiser et diffuser les formulaires de déclaration des cas	X					
	Elaboration des rapports trimestriels sur la base des cas signalés au niveau du district pour transmission au niveau central	X	X	X	X	PNLDTN Districts sanitaires	
	Réaliser des enquêtes au niveau des sites sentinelles : Fl, SCH et STH						
	Réalisation des réunions semestrielles pour la rétro information et la diffusion des résultats	X	X	X	X	PNLDTN	
Objective stratégique 3. Appuyer/Promouvoir les recherches opérationnelles axées sur les MTN à STP							
Mener des recherches opérationnelles sur les MTN	Identifier les sujets de recherches opérationnelles et élaborer les protocoles de recherches	X	X	X			Ressources financières, matérielles, humaines
	Réaliser les recherches opérationnelles sur les sujets identifiés	X	X	X			
	Disséminer/diffuser les résultats des des travaux de recherche	X	X	X			
	Réaliser/actualiser la cartographie des MTN (cartographie comparative des Géohelminthiases et de la schistosomiase, de la FL)		X			PNLDTN	Ressources financières, matérielles, humaines, actualiser la cartographie des MTN
	Réaliser une étude sur la situation de la lèpre	X				PNLDTN	
	Réaliser une étude Malacologique des schistosomiasés	X				MS OMS	

Priorité stratégique 4: Renforcement du suivi/évaluation, de la surveillance, et de la recherche opérationnelle sur les MTN							
Activités	Sous-activités	Chronogramme				Partenaires d'appui	Ressources requises
		16	17	18	19		
Objectif stratégique 4: Mettre en œuvre un système de pharmacovigilance pour les MTNs							
Assurer le contrôle de qualité des médicaments de lutte contre les MTN	Former les points focaux de districts et régionaux en matière de pharmacovigilance	X				MS OMS UNICEF	
	Procéder au contrôle des échantillons aléatoires des médicaments prélevés à l'arrivée des commandes de médicaments et sur le terrain	X	X	X	X		
	Surveiller les effets secondaires des médicaments MTN						
	Former les agents de santé sur la prise en charge des effets secondaires des médicaments MTN Disposer des médicaments pour la prise en charge des effets secondaires Assurer la prise en charge des cas d'effets secondaires graves						
	Assurer une bonne gestion des médicaments	X	X	X	X	PNLDTN	
Objectif stratégique 5: Mettre en œuvre une base de gestion intégrée des données pour les MTNs							
Renforcer les capacités des districts sanitaires pour une bonne gestion des données	Installer la base de données dans les ordinateurs des districts	X				PNLDTN	
	Assurer le suivi et l'évaluation du système de saisie des données	X	X	X	X	PNLDTN	
	Organiser des Supervisions trimestrielles aux districts sanitaires et aux RAP	X	X	X	X	PNLDTN	