

2016

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple-Un But-Une Foi

-----000-----



Ministère de la santé et de l'action sociale

Direction générale de la Santé

Direction de la Lutte contre la Maladie

**PLAN STRATEGIQUE DE
LUTTE INTEGREE
CONTRE LES MALADIES
TROPICALES NEGLIGEES
2016-2020**





PREFACE

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN) constituent un véritable problème de santé publique au Sénégal. Elles sont co-endémiques dans pratiquement toutes les régions et constituent un lourd fardeau pour les populations. En effet, elles ont un impact négatif sur la croissance économique car responsables d'invalidités temporaires ou définitives, de difformités parfois stigmatisantes, d'anémies chroniques et de mauvais état nutritionnel chez les enfants d'âge scolaire réduisant ainsi leurs performances.

Le Sénégal s'est engagé, à l'instar des pays de la sous-région, à lutter efficacement contre ces maladies. Les objectifs visés à l'horizon 2020 sont : le contrôle, l'élimination ou l'éradication conformément à la feuille de route mondiale. Dans la perspective d'agir plus vite pour réduire l'impact de ces MTN, trois (3) plans stratégiques ont été élaborés et dix maladies sont ciblées dans la lutte. Il s'agit de :

- Cinq (5) maladies à Chimiothérapie Préventive de Masse : Trachome, Filariose Lymphatique, Onchocercose, bilharzioses et Géohelminthiases ;
 - Cinq maladies (5) à Prise en Charge de Cas : lèpre, rage, dracunculose, leishmaniose et dengue.
- Sous l'impulsion de l'OMS, de nouveaux partenaires s'impliquent dans la mise en œuvre de stratégies de lutte efficaces et réalistes mettant l'accent sur la rationalisation des ressources disponibles ainsi que sur la pleine utilisation de moyens diagnostiques et thérapeutiques efficaces.

Le Sénégal s'est résolument engagé, à travers ce plan stratégique 2016-2020 pour :

- Eliminer le trachome cécitant, la filariose lymphatique et les incapacités dues à la lèpre d'ici 2020,
- Contrôler les schistosomiasés, les géo helminthiases, la rage, la dengue et la leishmaniose cutanée en mettant l'accent sur les approches préventives, communautaires et les soins de base.

La consolidation des succès obtenus en matière de lutte contre la maladie du ver de guinée et l'onchocercose sera un défi majeur à relever dans un contexte de changement climatique et de perturbation des écosystèmes.

La collaboration déjà établie avec les partenaires et l'engagement des professionnels de santé à tous les niveaux et d'autres acteurs de développement, nous autorisent à croire à un avenir meilleur dans un Sénégal émergent où le fardeau des Maladies Tropicales Négligées sera considérablement allégé.

Professeur Awa Marie COLL SECK
Ministre de la Santé et de l'Action Sociale

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE :	3
ANALYSE DE LA SITUATION	3
I. PROFIL DU PAYS	4
1.1. Contexte géographique	4
1.2. Structure administrative et sociodémographique	5
1.3. Contexte socio-économique	2
1.4. Transports et communications	3
II. Analyse du système de santé	6
2.1 La Gouvernance sanitaire	6
2.2 Le système de santé.....	7
2.3 Les ressources humaines :	13
2.4 Les infrastructures	13
2.5 La politique des médicaments	14
2.6 Le financement de la santé	15
2.7 Les principaux secteurs intervenant dans la lutte contre les MTN	18
III. Analyse de la situation épidémiologique des MTN.....	24
3.2 Géohelminthiases :	28
3.3 Filariose lymphatique :	31
3.4 Onchocercose :	34
3.5 Trachome :	35
3.6 Lèpre.....	39
3.7 La maladie du Ver de Guinée	40
3.9 Dengue.....	42
3.11 Cartographie des MTN à CPM.....	44
IV. ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES MTN.....	52
4.1 Résultats des campagnes de DMM contre les MTN à CPM	52
4.3 : Résultats des activités de lutte contre les MTN à prise en charge par cas.....	55
4.4 Résultats de la Surveillance des MTN cibles.....	59

V. Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces de la lutte contre les MTN.....	60
DEUXIEME PARTIE :	62
CADRE STRATEGIQUE	62
I. Vision :.....	63
II. Mission :.....	63
III. Principes directeurs	63
IV. Priorités stratégiques.....	64
V. Objectifs stratégiques	65
VI. Echéances stratégiques – jalons	66
VII. Buts, OBJECTIFS ET CIBLES DES PROGRAMMES MTN	67
TROISIEME PARTIE :	74
CADRE OPERATIONNEL	74
I. Plan de mise en œuvre des interventions des programmes MTN à CTP	75
1. Mise en œuvre des campagnes DMM par districts d’ici 2020	77
II. Plan de mise en œuvre des interventions de prises en charge de cas.....	81
III. Plan de renforcement de la surveillance des MTN ciblées	82
IV. Activités et ressources	82
V. Gestion du Plan Directeur de Lutte contre les MTN	103
5.1 La Coordination.....	103
5.2 Suivi de la Mise en œuvre du Plan	104
5.3 Evaluation	133
4 Homologation, contrôle qualité et Pharmacovigilance des médicaments MTN	141
QUATRIEME PARTIE :	142
ESTIMATION DU BUDGET	142
I. Estimation du budget par objectifs stratégiques	143
II. Synthèse du budget par priorités stratégiques	165
III. Analyse du budget.....	166
ANNEXES :	167

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAT :	Agence Nationale de l'Aménagement du Territoire
ANSD :	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
APE :	Association des Parents d'Elèves
APOC :	Programme Africain de Lutte contre l'Onchocercose
ARD :	Agence Régionale de Développement
ATPC :	Assainissement Total Piloté par la Communauté
AZT :	Azithromycine
BAD :	Banque Africaine de Développement
BC :	Bon de Commande
BCE :	Biopsie Cutanée Exsangue
BL :	Bordereau de Livraison
CCC :	Communication pour le Changement de Comportement
CDD :	Conseil Départemental de Développement
CDS :	Comité de Santé
CDG :	Comité De Gestion
CDSMT :	Cadre de Dépenses Sectoriels à Moyen Terme
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CHOM :	Centre Hospitalier de l'Ordre de Malte
CICED :	Commission Internationale pour la Certification de l'Eradication de la Dracunculose
CLD :	Conseil Local de Développement
CM :	Conseil Municipal
CMFC :	Charge Microfilarienne moyenne au sein de la Communauté
CODEC :	Collectif des Directeurs d'Ecoles
CR :	Conseil Régional
C.Ruraux :	Conseil Ruraux
CRD :	Conseil Régional de Développement
CRF :	Centres Régionaux de Formation
DAGE :	Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
DAHW :	Association Allemande de lutte contre la Lèpre
DCMS :	Division du Contrôle Médical Scolaire
DES :	Direction des Etablissements de Santé
DIEM :	Direction des Infrastructures, de l'Equipement et de la Maintenance
DER :	Division des Etudes et de la Recherche
DGS :	Direction Générale de la Santé
DLM :	Direction de la Lutte contre la Maladie
DMM :	Distribution de Masse de Médicament
DPM :	Direction de la Pharmacie et du Médicament

DPPD :	Document de Programmation Pluriannuel des Dépenses
DP :	Direction de la Prévention
DPRS :	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
DRH :	Direction des Ressources Humaines
DSISS :	Division du Système information Sanitaire et Social
EDS :	Enquête de Développement et Santé
ESPS :	Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal,
EPS :	Etablissements Publics de Santé
FAR :	Femmes en Age de Reproduction
FAST :	Faculté des Sciences et Techniques
FDAL :	Fin de la Défécation à l'Air Libre
FL :	Filariose Lymphatique
FMPOS :	Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie
FRESH:	Focusing Resources on Effective School Health
GSK :	Glaxo Smith Kline
IA :	Inspecteur d'Académie
ICP :	Infirmier Chef de Poste
ICT :	Immuno-Chromatographie
IDH :	Indice de Développement Humain
IEF:	Inspection de l'Education et de la Formation
IEC :	Information- Education- Communication
IME :	Inspection Médicale des Ecoles
IPD :	Institut Pasteur de Dakar
ISED :	Institut de Santé et Développement
ISL :	Infirmiers Spécialisés en Lépre
ISRA :	Institut Sénégalais de Recherche Animales
ITI :	International Trachoma Initiative
JSE :	Journées de Survie de l'Enfant
HKI :	Hellen Keller International
LEVP :	Laboratoire d'Ecologie Vectorielle et Parasitaire
LNCM :	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
LNERV :	Laboratoire National de l'Elevage et de Recherches Vétérinaires de Dakar
MB :	Multi Bacillaire
MCD :	Médecin Chef de District
MCR :	Médecin Chef de Région
MDP :	Mectizan Donation Program
MDSC :	Centre de Surveillance Pluri pathologique de l'OMS (Ouagadougou)
ME :	Ministère de l'Elevage
MEG :	Médicaments Essentiels Génériques
MEN :	Ministère de l'Education Nationale
MH :	Ministère de l'Hydraulique
MSAS:	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MTN :	Maladies Tropicales Négligées

NC :	Nouveaux Cas
OCB :	Organisation Communautaire de Base
OCP :	Onchocerciasis Control Program
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OMVS :	Organisation pour la Mise en Valeur du Fleuve Sénégal
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
OPH :	Ophtalmologiste
PB :	Pauci Bacillaire
PDEF :	Programme Décennal de l'Education et de la Formation
PEPAM :	Programme d'Eau Potable et d'Assainissement pour le Millénaire
PGIRE :	Projet de Gestion Intégrée des Ressources en Eau
PIB :	Produit Intérieur Brut
PIRP :	Prévention des infirmités et réadaptation physique
PNA :	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDSS :	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNEVG :	Programme National d'Eradication du Ver de Guinée
PNLP :	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRA :	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS :	Poste de Santé
PTA :	Plan de Travail Annuel
RPRG :	Réunion du groupe régional de revue du programme MTN
SCA :	Stratégie de Croissance Accélérée
SFE :	Sage-Femme d'Etat
SIDA :	Syndrome d'Immuno Déficience Acquis,
SLAP :	Service de la Lutte Antiparasitaire
SNPS :	Stratégie Nationale de Protection Sociale
SNEEG :	Stratégie Nationale d'Equité et d'Egalité de Genre
SNEIPS :	Service National de l'Education et de l'Information Pour la Santé
SNH :	Service National de l'Hygiène
SS :	Sight Savers
SSP :	Superviseur des Soins de Santé Primaires
TAS :	Transmission Assessement Survey
TBA :	Taux Brut d'Admission
TBS :	Taux Brut de Scolarisation
TDM :	Traitement De Masse
TF :	Trachome Folliculaire
THA :	Trypanosomiase Humaine Africaine
TIDC :	Traitement de masse avec l'Ivermectine sous Directive Communautaire
TSO :	Technicien Supérieur en Ophtalmologie
TT :	Trichiasis Trachomateux
UCAD :	Université Cheikh Anta Diop

UE :	Union Européenne
UNESCO:	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF:	United Nations of International Children's Emergency Fund
USAID:	United States Agency for International Development
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Données démographiques par région pour 2015	P7
Tableau 2 : Distances entre Chefs-lieux de Régions	P9
Tableau 3: Ratio en personnels en 2014	P19
Tableau 4 : Répartition des infrastructures sanitaires par région en 2015	P19
Tableau 5 : Répartition annuelle des allocations budgétaires du secteur de la santé	P21
Tableau 6 : Coût estimé (en francs CFA) des donations en médicaments MTN	P22
Tableau 7: Donateurs des médicaments MTN	P22
Tableau 8 : Montants des financements reçus des partenaires/MTN de 2011 à 2015	P23
Tableau 9 : Détails par sous-secteur / accès à l'eau et à l'assainissement	P26
Tableau 10: Résultats des enquêtes de base de la schistosomiase	P30
Tableau 11: Prévalence des géo helminthiases au Sénégal	P33
Tableau 12 : Résultats de la cartographie de la filariose lymphatique	P36
Tableau 13 : Résultats de l'enquête nationale de prévalence du trachome en 2000	P41
Tableau 14 : Résultats de la cartographie du trachome réalisée entre 2000 et 2015	P41
Tableau 15 : Evolution des cas de rage notifiés entre 2009 et 2014 par région	P46
Tableau 16 : Synthèse de la cartographie du trachome	P49
Tableau 17: Synthèse de la cartographie des schistosomiasis	P50
Tableau 18 : Synthèse de la cartographie de la filariose lymphatique	P51
Tableau 19: Co-endémicité des MTN à CPM par district sanitaire en 2015	P52
Tableau 20 : Nombre de districts par Co-endémicité en 2015	P56
Tableau 21: Evolution des couvertures géographiques de 2011 à 2015 MTN/CPM	P57
Tableau 22: Evolution des couvertures programmatiques de 2011 à 2015 MTN/CPM	P58
Tableau 23: Nombre de cas de trichiasis opéré entre 2000 et 2015 par région	P59
Tableau 24 : Evolution des cas d'exposition à la rage de 2009 à 2015	P61
Tableau 25: Répartition des nouveaux cas de lèpre de 2010 à 2015 par région	P63
Tableau 26 : Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces	P66
Tableau 27 : Objectifs stratégiques par priorité	P70
Tableau 28 : Buts, Objectifs, Stratégies, Indicateurs de résultats et Cibles	P72
Tableau 29 : Types de Distribution de Masse de Médicaments	P81
Tableau 30: Feuille de route pour la mise en œuvre des DMM d'ici 2020	P83

Tableau 31: Feuille de route des MTN à prise en charge de cas	P86
Tableau 32 : Objectifs stratégiques, objectifs spécifiques, activités et ressources	P88
Tableau 33 : Cadre de suivi de la mise en œuvre du plan	P106
Tableau 34 : Indicateurs de résultats des programmes	P132
Tableau 35: Programmation des évaluations d'impact des DMM d'ici 2020	P139
Tableau 36 : Budget par activités	P147
Tableau 37 : Budget par priorité stratégique	P168

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte administrative du Sénégal	P6
Figure 2: Organisation du système de santé au Sénégal	P12
Figure 3 : Découpage sanitaire du Sénégal en 2015	P13
Figure 4: Organigramme du Ministère de la Santé et de l'Action sociale	P14
Figure 5 : Circuit d'approvisionnement et de distribution des médicaments MTN	P20
Figure 6: Distribution nationale de l'accès à l'eau par adduction en 2013	P26
Figure 7 : Distribution du taux d'accès à l'eau potable en décembre 2013	P26
Figure 8 : Evolution du taux d'accès à l'assainissement en milieu rural de 2005 à 2013	P27
Figure 9: Prévisions d'ici 2025 pour l'assainissement rural	P27
Figure 10: Carte de distribution ancienne de l'onchocercose au Sénégal	P39
Figure 11 : Evolution des cas de ver de Guinée par District de 1991 à 1998	P45
Figure 12 : Evolution de la chirurgie du trichiasis entre 2000 et 2015	P60
Figure 13 : Evolution des cas d'exposition à la rage de 2009 à 2015	P62
Figure 14 : Circuit de collecte, de traitement et de notifications des effets secondaires	P145
Figure 15 : Répartition du budget par priorité stratégique	P169
Figure 16 : Répartition du budget par an	P169

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1: Résultats enquêtes de base et évaluation de l'onchocercose après quelques tours de traitement

Annexe 2 : Couverture thérapeutique pour la DMM contre les bilharzioses entre 2009 et 2015

Annexe 3 : Couverture thérapeutique des DMM contre les géohelminthiases

Annexe 4: Résultats de la DMM contre la filariose lymphatique de 2007 à 2015

Annexe 5: Résultats de la DMM contre l'onchocercose

Annexe 6: Résultats de la DMM contre le trachome

Annexe 7: Feuille de route pour l'élimination du Trachome d'ici 2020

Annexe 8 : Feuille de route pour l'élimination de la FL au Sénégal

Annexe 9 : Feuille de route pour le contrôle des schistosomiasés

Annexe 10 : Feuille de route pour l'élimination de l'onchocercose au Sénégal

Annexe 11 : Feuille de route pour le contrôle des géohelminthiases au Sénégal

INTRODUCTION

Les « Maladies Tropicales Négligées » (MTN) sont des maladies transmissibles très répandues dans les régions tropicales. Elles sont dites négligées du fait qu'elles n'avaient pas jusque-là été l'objet d'une grande attention de la part des décideurs, de la communauté internationale, de l'industrie pharmaceutique et même de la communauté des chercheurs.

Ces maladies, dont certaines affligent l'humanité depuis des millénaires, touchent plus de 1,4 milliards de personnes à travers le monde soit plus d'une personne sur sept. Elles affaiblissent, handicapent et défigurent les victimes qui vivent déjà dans des conditions d'hygiène, d'assainissement et d'éducation précaires et les maintiennent dans un cycle perpétuel de pauvreté. Ainsi, elles entraînent des pertes économiques énormes estimées chaque année à des milliards de dollars dans les pays en voie de développement. Selon une étude réalisée par l'Université Érasme, si les objectifs que s'est fixé l'Organisation Mondiale de la Santé pour 2020 étaient atteints, cela permettrait de générer près de 565 milliards de dollars en gains de productivité d'ici à 2030.

Les MTN sont responsables de plus de 534.000 décès par an dans le monde, soit près de 10 % du nombre de décès dus au fardeau mondial des maladies infectieuses et parasitaires. Elles sont aussi une grande cause de handicap. Pourtant les interventions réalisées contre les MTN sont parmi les plus rentables. Une comparaison des coûts de traitement montre que pour seulement US \$1 par individu et par an, prix des médicaments compris, il est possible d'éviter et de traiter les cinq (5) MTN qui se prêtent à la chimiothérapie préventive par administration massive de médicaments, ce qui contraste avec le coût du traitement d'un cas de paludisme, qui se situe à US \$6,64 environ, tandis que le traitement d'un cas humain de virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida) s'élève à US \$700 par an. Depuis le début des années 2000 il y a un regain d'intérêt de la communauté internationale et la dynamique ne cesse de s'amplifier en faveur du contrôle, de l'élimination et de l'éradication des MTN. Au cours de la cinquante-neuvième session du Comité Régional tenue en septembre 2009 et à la suite de l'adoption par l'Assemblée Mondiale de la Santé des résolutions sur les MTN, les ministres de la Santé des États Membres de la Région Africaine ont exprimé leur engagement à porter à l'échelle les interventions éprouvées de lutte contre les principales MTN.

La publication par l'OMS du document intitulé « *Agir plus vite pour réduire l'impact mondial des Maladies Tropicales Négligées : feuille de route pour la mise en oeuvre* » suivie de la **Déclaration de**

Londres en janvier 2012 ont suscité un engagement public à mettre un terme définitif à dix (10) MTN hautement prioritaires d'ici 2020. En novembre 2012, les parties prenantes à la lutte contre les MTN issues de 65 pays se sont réunies à Washington pour discuter des moyens de s'assurer que les médicaments offerts par l'industrie pharmaceutique atteignent ceux qui en ont besoin.

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

Devant cette initiative mondiale et régionale, le Sénégal a élaboré et mis en œuvre deux plans stratégiques respectivement pour les périodes 2007-2011 et 2011-2015. Ces plans ont été essentiellement consacrés à la lutte contre les MTN à Chimiothérapie Préventive de Masse (CPM). La cartographie des MTN bénéficiant de la chimiothérapie préventive de masse a été achevée depuis 2013 et le passage à l'échelle de la Distribution de Masse de Médicaments (DMM) dans tous les districts éligibles a été mené plus laborieusement. Des performances timides ont été obtenues dans l'exécution des campagnes contre la filariose lymphatique. Ceci s'explique par la faiblesse des ressources humaines et financières disponibles mais aussi par la faible mobilisation des communautés et professionnels de la santé autour des MTN. De plus, les MTN à Prise en Charge de Cas (PCC) ont été très faiblement prises en compte.

Dans la perspective d'agir plus vite pour réduire l'impact des MTN, ce présent plan stratégique est élaboré pour la période 2016-2020. Les dix (10) MTN endémiques au Sénégal seront prises en compte à savoir : la lèpre, le ver de Guinée, la rage, la leishmaniose, la dengue, l'onchocercose, les schistosomiasis, les géohelminthiases, la filariose lymphatique et le trachome. Une attention particulière sera accordée à ces deux dernières maladies qui, conformément aux orientations mondiales, devront être éliminées en 2020.

PREMIERE PARTIE :

ANALYSE DE LA SITUATION



I. PROFIL DU PAYS

1.1. Contexte géographique

Le Sénégal, situé en Afrique de l'Ouest, est compris entre 12°8 et 16°41 de Latitude Nord et 11°21 et 17°32 de Longitude Ouest. Sa superficie est de 196 722 km². Il est limité au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau, à l'Ouest par l'Océan Atlantique. La Gambie forme une enclave de terre à l'intérieur du Sénégal, sur le cours inférieur du fleuve du même nom. Dakar, la capitale, est une presqu'île située à l'extrême ouest.

Le climat est soudano-sahélien avec alternance d'une saison sèche allant de novembre à mai et une saison pluvieuse de juin à octobre, plus longue au sud du pays où les précipitations annuelles sont les plus importantes, avec une moyenne de 1400 mm. Ces précipitations diminuent considérablement au Nord avec moins de 381 mm. Elles déterminent ainsi trois zones climatiques que sont la zone forestière au sud, la savane arborée au centre, la zone de steppe semi désertique au nord. A l'instar des autres pays du Sahel, le Sénégal est confronté à la désertification depuis plusieurs décennies. Le réseau hydrographique comprend trois grands fleuves que sont le Sénégal, la Casamance, la Gambie et des affluents auxquels s'ajoutent quelques cours d'eau temporaires. La zone du fleuve Sénégal est partagée en bassins et deltas, siège d'importants barrages et aménagements hydroagricoles.

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

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

1.2. Structure administrative et sociodémographique

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

Le territoire comprend ainsi :

- des circonscriptions administratives : 14 régions, 45 départements et 117 arrondissements,
- des collectivités locales : 557 communes.

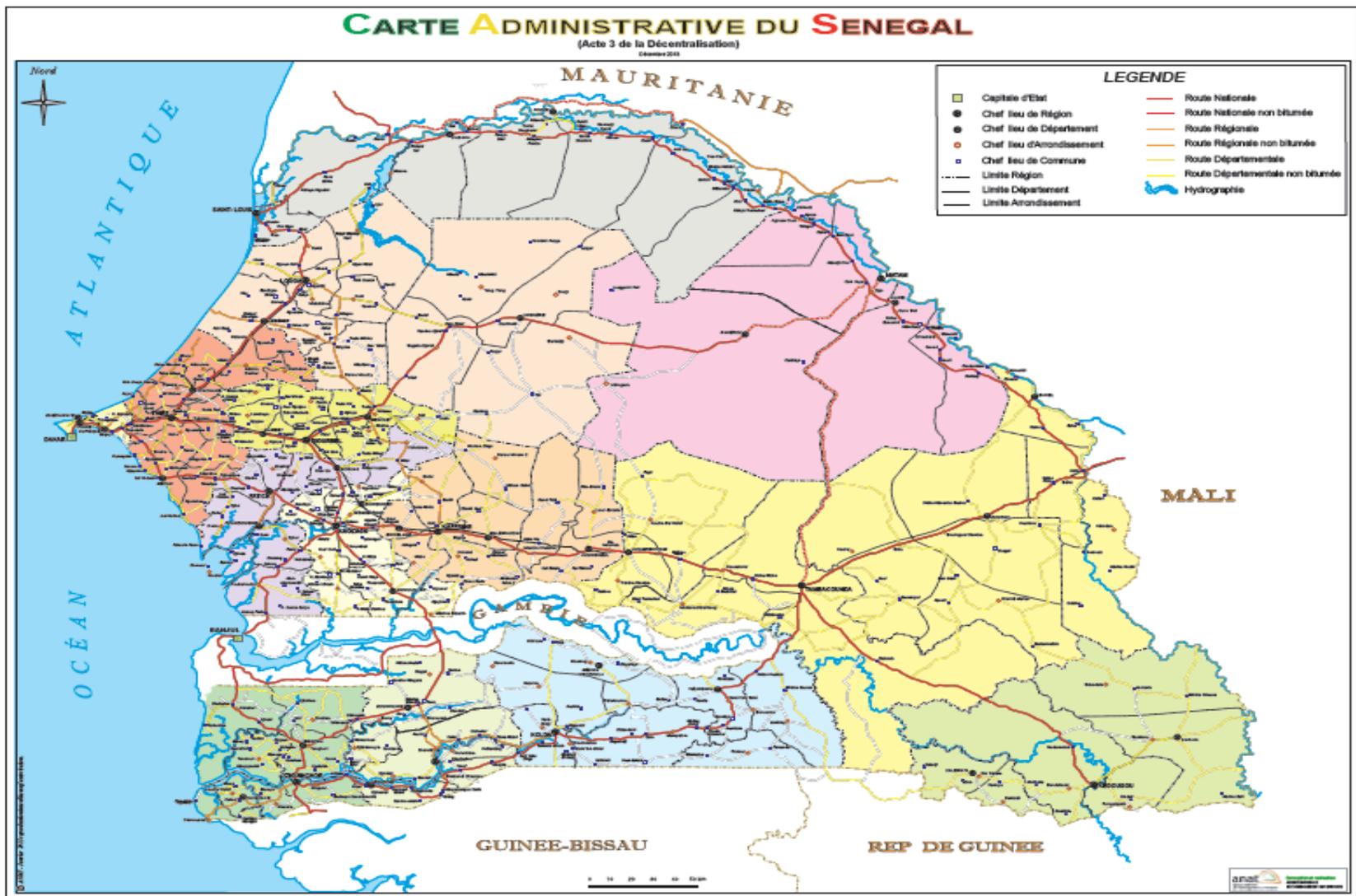


Figure 1 : Carte administrative du Sénégal (Source:ANAT)

La population du Sénégal recensée en 2013 est de 13 508 715 habitants dont 6 735 421 hommes et 6 773 294 femmes. La densité moyenne est de 65 habitants au km². Cependant, cette population est inégalement répartie entre les 14 régions administratives du pays. Les effectifs de population les plus élevés se retrouvent dans les régions de Dakar, Thiès et Diourbel avec, respectivement, 3 139 325 habitants (23,2 % de la population totale), 1 789 923 habitants (13,3 %) et 1 499 867 habitants (11,1 %) alors que les régions septentrionales et orientales du pays se caractérisent toujours par la faiblesse de leur population. La région de Kédougou enregistre le plus faible effectif de population avec 151 715 habitants (1,1 %). La région de Tambacounda, qui représente la région la plus vaste du pays (21,5 % de la superficie du pays), ne compte que 5,0 % de la population du Sénégal.

Tableau 1 : Données démographiques par région en 2015

Régions	Population totale	Enfants de moins de 6 mois	Enfants d'âge scolaire	Adultes	Femmes enceintes
Dakar	3 351 285	65 014	966 175	1 766 127	130 699
Diourbel	1 576 521	30 585	454 511	830 816	830 826
Fatick	780 125	15 134	224 910	411 126	30 425
Kaffrine	596 852	11 579	172 072	314 541	23 278
Kaolack	1 017 148	19 734	293 243	536 037	39 669
Kolda	700 757	13 594	202 029	369 299	27 329
Kédougou	161 446	3 132	46 545	85 083	6 296
Louga	921 744	17 881	265 739	485 759	35 949
Matam	596 528	11 573	171 979	314 370	23 265
Saint- louis	1 015 063	19 693	292 643	534 939	39 588
Sédhiou	478 809	9 289	138 040	252 333	18 674
Tambacounda	716 599	13 901	206 595	377 648	27 947
Thiès	1 886 039	36 589	543 747	993 943	73 554
Ziguinchor	578 846	11 229	166 881	305 051	22 575
Total	14 377 762	278 927	4 145 109	7 577 082	560 733

Source : Annuaire statistique-DSISS/ MSAS 2015

La population croît rapidement : le fort taux de croissance démographique de 2,7 % observé entre 2002 et 2013 résulte essentiellement d'une fécondité encore élevée (ISF de 5,0 en 2012-2013) et d'une mortalité infantile en baisse (61 ‰ en 2005, 47 ‰ en 2010-2011 et 43 ‰ 2012-2013). De cette forte croissance, résulte une extrême jeunesse de la population : l'âge moyen de la population est de 22,7 ans et la moitié de la population a moins de 18 ans (âge médian). (Source : EDS 2014 continue ANSD)

1.3. Contexte socio-économique

Les indicateurs sur la période 2005-2011 révèlent une stagnation relative de la pauvreté, expliquée en partie par un taux de croissance du PIB par tête d'environ de 0,5 % en moyenne par an. Même si l'incidence de la pauvreté a légèrement baissé, elle a été accompagnée par une augmentation absolue du nombre de pauvres sur cette période. Ces résultats mettent en évidence la fragilité de l'économie sénégalaise et sa capacité, dans le long terme, à améliorer de manière durable les conditions de vie des populations.

Selon les résultats de l'EDS 4 continue, le taux de pauvreté est passé de 55,2% en 2001 à 46,7% en 2011. La pauvreté est plus accentuée en milieu rural avec un taux de 57,1% contre 26,1% à Dakar et 41,2% dans les autres villes.

Le Sénégal connaît une forte dynamique de croissance démographique alors que l'offre de services sociaux et les possibilités d'insertion dans le marché du travail sont très réduites notamment pour la population jeune. Les politiques à fort contenu social peinent à se traduire en résultats tangibles : la pauvreté, les inégalités sociales ainsi que les disparités territoriales restent préoccupantes, mettant en évidence l'urgence d'améliorer de manière durable les conditions de vie des populations. Les atouts et opportunités notés sont:

- la stabilité politique et la solidité des institutions,
- la viabilité du cadre macroéconomique et budgétaire,
- le potentiel démographique avec la jeunesse de la population,
- les importantes ressources hydro-agricoles et minières,
- le potentiel de plateformes régionales de services (éducation, santé et finance),
- la position géographique stratégique,
- le capital-image couplé au rayonnement international,
- l'ouverture sur de grands ensembles économiques (UEMOA, CEDEAO) ainsi que le dynamisme de sa diaspora.

C'est ainsi que le pays s'est engagé dans un nouveau modèle de développement à travers une stratégie qui vise l'émergence dans la solidarité à l'horizon 2035 appelée « **Plan Sénégal Emergent** » (PSE). Cette stratégie constitue le référentiel de la politique économique et sociale. Elle met

l'accent sur la création de richesses et d'emplois, le renforcement de la gouvernance, le développement des secteurs stratégiques ayant des impacts significatifs sur l'amélioration du bien-être des populations, particulièrement par la protection des groupes vulnérables et la garantie de l'accès aux services essentiels.

1.4. Transports et communications

Le secteur des transports est administré par des institutions étatiques en partenariat avec les collectivités locales et les opérateurs économiques et comprend le transport maritime, aérien, ferroviaire et routier. Des problèmes internes d'accessibilité géographiques aux structures sanitaires existent surtout dans les régions du Nord et du Sud.

Le Sénégal compte de nombreuses îles dont l'accès n'est pas facile, même si certains Postes de Santé disposent d'une vedette pour les évacuations sanitaires et la liaison avec le centre de santé. Les Centres de Santé des 76 districts sont accessibles. Les postes de santé le sont pour la plupart.

La plupart des Infirmiers Chefs de Poste (ICP) se déplacent en motos et même certains ont été dotés en ambulances. Les moyens de supervision des Equipes Cadres de District et des Equipes Cadres de Région (ECD/ECR) sont également disponibles même s'ils sont parfois vieillissants.

Du point de vue de la communication téléphonique, plusieurs opérateurs existent au Sénégal et au moins l'un d'entre eux est présent dans l'ensemble du territoire national.

L'internet existe dans toutes les villes et il est possible d'utiliser des Smartphones de même que les clés USB pour l'accès à la connexion. Tous les Centres de Santé ont accès à l'internet, et de plus en plus, les Postes de Santé utilisent cette voie de communication.

Il existe actuellement au Sénégal une multitude de radios et télévisions accessibles à tous selon la station. Il faut aussi noter l'existence d'environ 78 radios communautaires fonctionnelles réparties dans les 14 régions du pays (*Source: SNEIPS*).

Par ailleurs, d'autres acteurs appuient le système de santé dans la mise en œuvre de la communication au niveau communautaire. Il s'agit des leaders religieux et administratifs et des Organisations Communautaires de Base (OCB).

Tableau 2: Distances entre Chefs-lieux de Régions

Dakar														
146	Diourbel													
145	62	Fatick												
252	124	104	Kaffrine											
192	64	44	60	Kaolack										
695	573	552	448	508	Kédougou									
691	563	543	439	499	461	Kolda								
193	175	222	237	242	750	741	Louga							
693	679	720	616	676	638	629	504	Matam						
264	250	297	374	317	825	816	75	429	St-louis					
397	269	252	265	205	540	90	444	716	519	Sédhiou				
465	337	317	213	273	235	226	513	403	588	313	Tambacounda			
70	76	92	200	140	648	639	123	627	198	345	413	Thiès		
451	315	306	311	251	647	190	490	817	565	146	414	391	Ziguinchor	

II. Analyse du système de santé

2.1 La Gouvernance sanitaire

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui dispose en son article 17 que «...l'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général, et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ». La politique de santé reste basée sur les Soins de Santé Primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Cette politique de santé s'articule autour des onze (11) orientations stratégiques contenues dans le Plan National de Développement Sanitaire du Sénégal (PNDS) 2009-2018 :

1. Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelle, néonatale et infanto juvénile;
2. Amélioration de la promotion de la santé ;
3. Renforcement de la prise en charge de la maladie ;
4. Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte ;
5. Développement des ressources humaines ;
6. Renforcement des infrastructures, des équipements et de la maintenance ;
7. Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médicochirurgicaux ;
8. Renforcement du système d'information et de la recherche en santé ;
9. Promotion de la gestion axée sur les résultats ;
10. Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière ;
11. Renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan, un outil d'opérationnalisation qu'est le Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme (CDSMT) a été élaboré et vise les quatre (4) objectifs sectoriels suivants :

1. Réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infanto juvénile ;
2. Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ;
3. Renforcer durablement le système de santé ;
4. Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

Le CDSMT reposait sur une planification triennale glissante sur la base de laquelle étaient projetés les besoins de financement. Il est mis en œuvre à travers le Plan de Travail Annuel (PTA). En 2009, suite à une réforme des finances publiques initiée par l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), le CDSMT a muté pour devenir un Document de

Programmation Pluriannuel des Dépenses (DPPD). Ainsi, chaque département ministériel est invité à élaborer un DPPD pour apprécier les résultats attendus de chaque programme en fonction des objectifs poursuivis.

2.2 Le système de santé

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central (Directions, Services centraux et EPS 3), intermédiaire (régions médicales, EPS 2 et services régionaux de l'Action Sociale) et périphérique (district sanitaire, EPS 1).

L'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire. Au sommet, l'hôpital constitue la référence, suivi du centre de santé au niveau intermédiaire et des postes de santé au niveau périphérique. Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé, la médecine traditionnelle et au niveau communautaire, par des cases de santé et des sites communautaires.

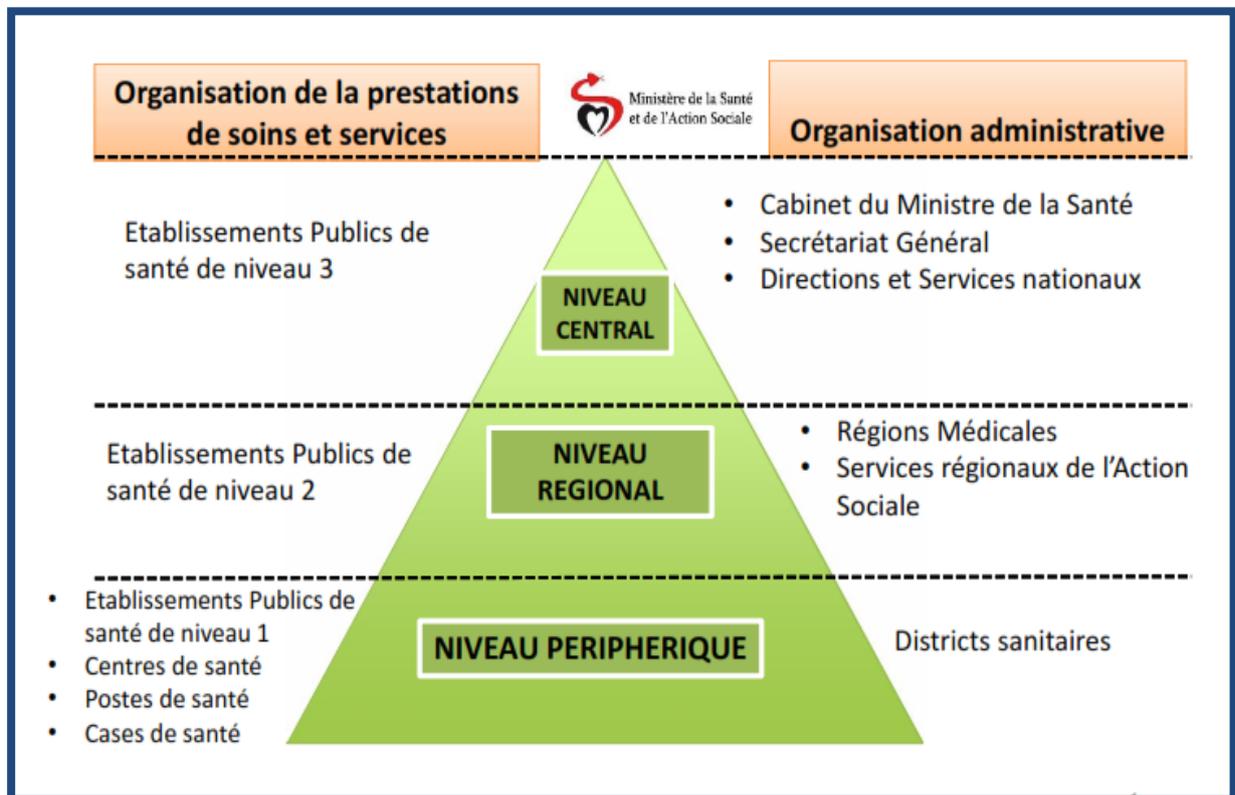


Figure 2: Organisation du système de santé au Sénégal

a) Le District Sanitaire:

Le Sénégal compte 76 Districts Sanitaires qui constituent une subdivision sanitaire proche des populations. Le district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. Le district couvre une population variant entre 100.000 à 150.000 habitants. Le découpage en districts dépend de la taille du département considéré. Les départements peuplés sont subdivisés en plusieurs districts pour assurer une couverture satisfaisante et une accessibilité

des populations aux soins de base. Les départements peu peuplés se confondent avec le district.

Le district est constitué d'un ou de plusieurs Centres de Santé et englobe un réseau de Postes de Santé qui varie de 10 à 25 postes de santé (parfois plus de 30 postes de santé). Le Centre de Santé correspond en théorie à l'hôpital de district dans la terminologie de l'OMS, mais ne joue pas en réalité le rôle dévolu à ce niveau de référence du fait de l'insuffisance du plateau technique. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : préventif, curatif, social et éducatif.

Chaque Poste de Santé est défini par une zone géographique appelée zone de responsabilité du Poste de Santé qui englobe un certain nombre de villages ou quartiers selon qu'il s'agit d'un Poste de Santé urbain ou rural. La population desservie par un Poste de Santé se situe entre 5000 et 10000 habitants parfois plus. Dans cette zone de responsabilité on retrouve plusieurs Cases de Santé et Maternités Rurales.

b) La Région Médicale:

A l'instar du découpage administratif, le Sénégal compte **14 régions médicales**. La région médicale assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leur tâche d'administration, de gestion et de planification. Ce niveau intermédiaire comprend aussi les hôpitaux départementaux et régionaux.

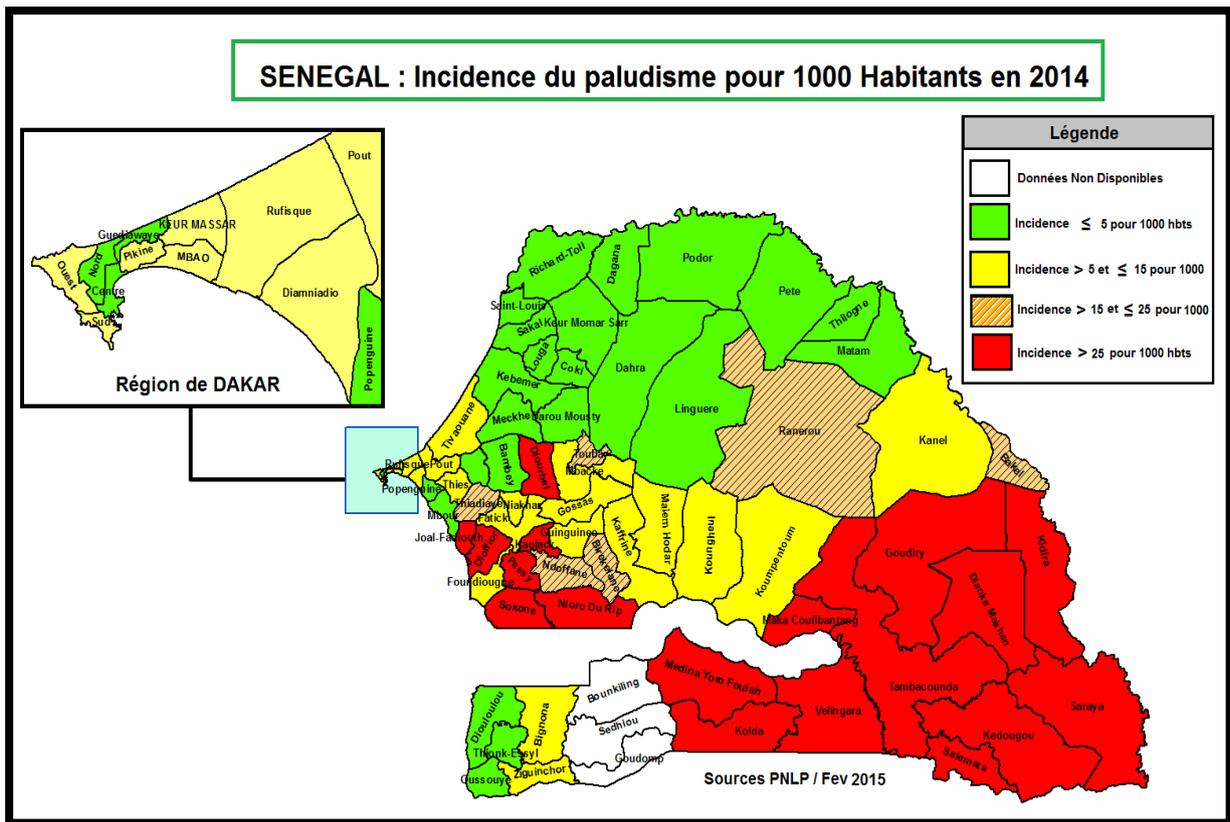


Figure 3: Découpage sanitaire du Sénégal en 2015

c) Le Niveau Central

Le niveau central (national) regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions et les Services rattachés. Il existe 8 hôpitaux nationaux de référence.

Il conçoit les objectifs et les options stratégiques en santé et action sociale. Il veille à :

- La mobilisation et l'utilisation des ressources ;
- L'acquisition des technologies traditionnelles et/ou modernes ;
- L'amélioration de la gestion.

Le ministère de la santé et de l'Action Sociale (MSAS) est structuré selon l'organigramme ci-dessous :

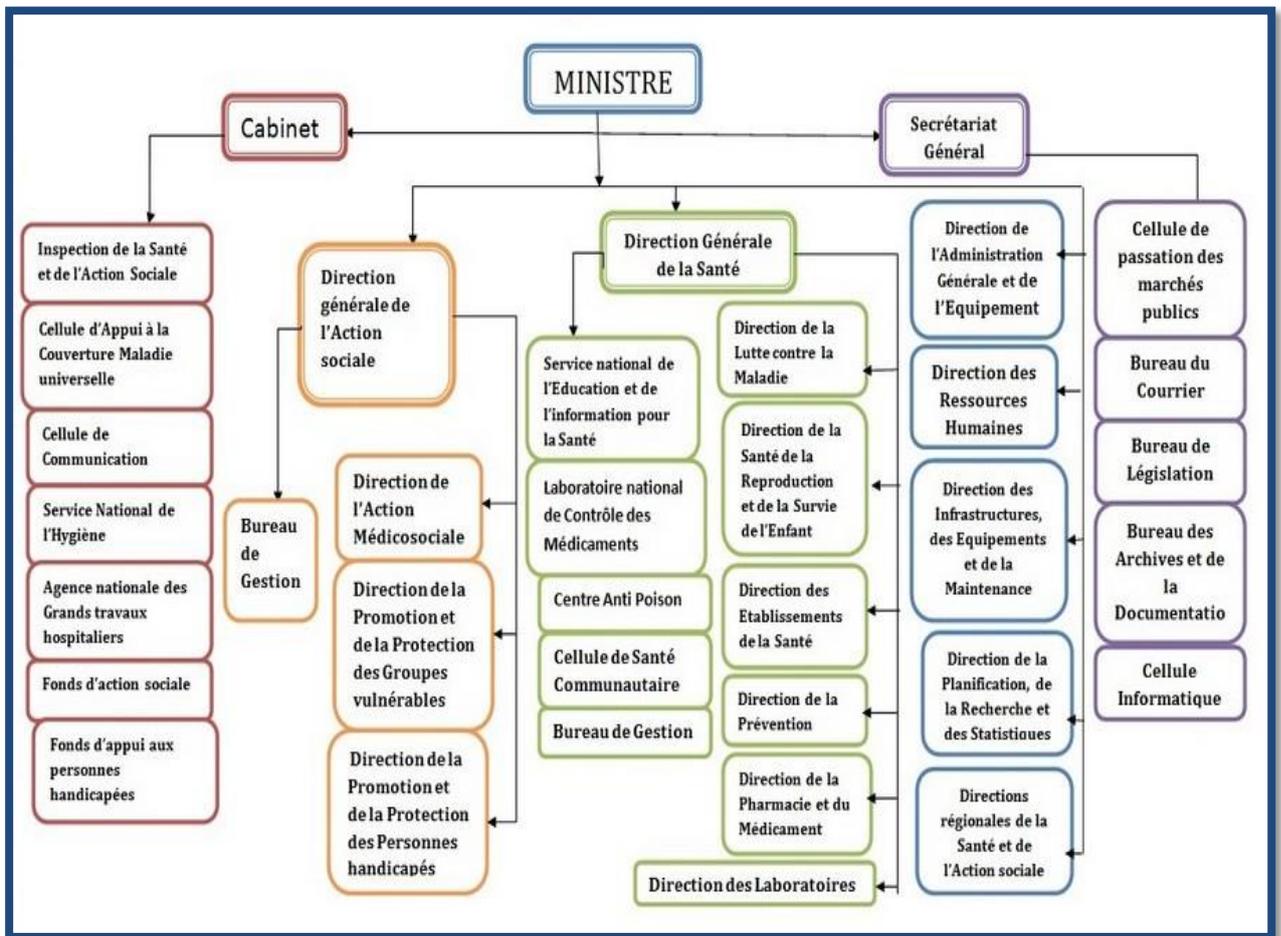


Figure 4: Organigramme du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

✚ La Direction de la lutte contre la maladie (DLM) est une entité de la Direction Générale de la Santé. Elle a pour mission d'organiser la surveillance et la lutte contre les maladies transmissibles, notamment le sida, le paludisme, la tuberculose et les MTN, et les maladies non transmissibles ayant un impact sur la santé publique, surtout les maladies endémiques et à risque épidémique élevé. Elle comprend:

- La Division de Lutte contre le Sida et les Infections sexuellement transmises ;
- La Division de Lutte contre les Maladies non transmissibles ;
- La Division de la Santé Bucco-dentaire ;
- La Division de la Santé mentale ;
- La Division de la Surveillance épidémiologique ;
- Le Bureau de Gestion
- La Division de la Lutte contre les Maladies transmissibles où sont logés tous les programmes de lutte contre les principales MTN à savoir :
 - Le Programme National d'Élimination de la Lèpre (PNEL),
 - Le Programme National de Promotion de la Santé Oculaire (intégrant la lutte contre le trachome),

- Le Programme National de Lutte contre les Bilharzioses et Géohelminthiases,
- Le Programme National pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique et de l'Onchocercose,
- Le Programme National d'Éradication du ver de Guinée (PNEVG).

A la tête de chaque programme existe un coordonnateur qui, en plus des aspects liés au programme, est membre de l'équipe de lutte contre les MTN. La gestion des autres MTN est rattachée directement à certains programmes ou services : la Leishmaniose au PNEL, la Rage au PNEVG, la Dengue au Service de Lutte Antiparasitaire (SLAP). Il faut noter que ces différents programmes nationaux se limitent à une seule personne pour la plupart. Un déficit énorme en ressources humaines est ainsi noté. Ceci constitue une difficulté majeure dans la supervision des activités sur le terrain. Toutefois ces différents coordonnateurs mettent en œuvre de façon intégrée toutes les activités requises dans le cadre de la lutte contre les MTN. Aussi, un gestionnaire des données et un chargé du suivi/évaluation ont été nommés.

 **Le Service National de l'Hygiène** : il a pour mission, seul ou conjointement avec d'autres secteurs :

- d'éduquer les populations en matière d'hygiène et de salubrité publique ;
- de faire respecter la législation et la réglementation en matière d'hygiène dans les agglomérations urbaines et en zones rurales ;
- de surveiller les frontières et de contrôler la circulation des personnes en matière d'hygiène sanitaire ;
- de rechercher et de constater des infractions en matière d'hygiène ;
- d'assister les autorités administratives dans le domaine de l'hygiène et de la salubrité publique ;
- de mener la lutte anti vectorielle et la prophylaxie des maladies endémo épidémiques.

Le SNH occupe une place prépondérante dans la lutte contre les maladies transmissibles en général et dans les MTN en particulier, par la mise en œuvre des activités d'hygiène et d'assainissement. Ainsi, en 2014, dans le cadre de la mise en œuvre de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC) financé par l'UNICEF, 500 villages ont été enrôlés et 258 ont atteint le statut de Fin de la Défécation à l'Air Libre (FDAL). Ce qui correspond à 51,6% des villages déclenchés avec une population touchée de 152 250 habitants pour un objectif préalable de 50%. Le paquet d'activités mené dans le cadre de l'ATPC est :

- Construction de latrines ;
- Promotion du lavage des mains au savon (TIPI-TAPA) ;
- Protection des puits ;
- Traitement de l'eau de boisson à domicile ;
- Entretien des toilettes ;
- Investissements humains (Set- Setal) ;

- Hygiène alimentaire.

✚ **L'Agence pour la Couverture Maladie Universelle (CMU)** chargée de mettre en œuvre une politique de gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans et aux personnes âgées de 60 ans et plus; mais aussi de la césarienne et de l'hémodialyse. Un important volet d'assurance maladie à base communautaire, à travers les mutuelles de santé est mis en place pour assurer la vision d' "un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion à l'horizon 2022". Ceci constitue une opportunité pour le programme MTN pour la prise en charge des cas de morbidité liés à ces maladies.

✚ **La Division du Système d'Information Sanitaire et Sociale:** elle est chargée de la production du bilan annuel des activités appelé annuaire statistique qui fournit les données statistiques de base sur les ressources du système, les activités curatives, préventives, promotionnelles. Concernant la gestion des données MTN, des fiches de collecte ont été élaborées et mises en place au niveau des points de prestations de services. La saisie des données s'effectue au niveau des districts et le traitement aux niveaux régional et central. Des difficultés énormes sont notées tout au long du processus de gestion des données et pour pallier cette insuffisance, un projet d'intégration des données MTN dans la plateforme du District Health Information System 2 (DHIS2) est en cours de concrétisation.

✚ **Le Service National de l'Education et de l'information pour la Santé :** Il a pour mission d'assurer la Promotion de la Santé pour un changement de comportement par l'information, la sensibilisation et la communication. A ce titre, il est chargé :

- De créer chez les individus, les familles et les collectivités la demande en soins de santé, notamment en les informant sur les principales causes de nuisance à la santé et sur les moyens de lutte disponibles ;
- D'amener les individus, les familles et les collectivités à adopter des comportements favorables à la santé ;
- De promouvoir la participation des individus, des familles et des collectivités à la prise en charge des problèmes de santé ;
- De participer à la mobilisation des populations pour les campagnes de masse ;
- D'élaborer et de mettre en œuvre la politique nationale de promotion de la santé ;
- D'appuyer les directions et services dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des stratégies de communication en matière de santé.

2.3 Les ressources humaines :

Le plan de développement des ressources humaines élaboré depuis 1996 a été renforcé en 2002 par l'ouverture des Centres Régionaux de Formation en Santé (CRFS) et en 2003 par la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la mise en œuvre d'une politique de contractualisation. Malgré les efforts consentis pour renforcer les effectifs, les indicateurs de couverture en personnel montrent qu'on est encore très loin des normes de l'OMS.

Le déficit en personnel soignant intéresse toutes les catégories socioprofessionnelles mais est plus important pour les sages-femmes et les infirmiers. Pour les médecins, le ratio est amélioré par la part importante des médecins du privé (49%) ; ceci rend encore plus évidente la nécessité de mettre en place une politique d'intégration du secteur privé dans la mise en œuvre des programmes de santé en général et du programme MTN en particulier.

Tableau 3: Ratio en personnels en 2014

Catégories socio-Professionnelles	Norme OMS	Effectif du secteur Public	Effectif du secteur privé	Effectif total	Ratio National
Médecin	1/10000 habitants	917	896	1 813	1/15129
Sage-femme d'état	1/300 FAR	1 103	ND	1 103	1/2893
Infirmier d'état	1/3000 habitants	3 002	533	3 535	1/3925

Population 2014 = 13 873 450

FAR = $PT \times 0,23 = 3 190 894$

Sources : Ratios calculés à partir des données de la Carte Sanitaire mise à jour 2014 de la DSISS

2.4 Les infrastructures

La situation des infrastructures sanitaires s'est nettement améliorée ces dernières années avec la création des Etablissement Publics de Santé (EPS) et le relèvement du plateau technique existant. Malgré la réalisation d'infrastructures nouvelles, on observe une baisse de la couverture en postes de santé (effets de la croissance démographique). Les ratios calculés sont toujours en deçà des normes de l'OMS.

Le Sénégal compte en 2015:

- **35 Hôpitaux** dont 11 EPS de niveau 1, 14 EPS de niveau 2 et 10 EPS de niveau 3 ; Soit un ratio d'un hôpital pour 410793 habitants (contre 388 412 en 2011) ;
- **89 Centres de santé** ;
- **1270 postes de santé** soit **un poste pour 11 321 habitants** (contre 10 336 en 2011).

Tableau 4 : Répartition des infrastructures sanitaires par région en 2015

Régions	Population	Nombre EPS de niveau 1	Nombre EPS de niveau 2	Nombre EPS de niveau 3	Nombre de poste de santé
Dakar	3 351 285	10	1	3	152
Diourbel	1 576 251	1	1	1	87
Fatick	780 125		1		101
Kaffrine	596 852			1	72
Kaolack	1 017 148		1		96
Kédougou	700 757				30
Kolda	161 446		1		58
Louga	921 744		1	1	114
Matam	596 528		2		87
Saint-louis	1 015 063		2	1	113
Sédhiou	478 809	1			45
Tambacounda	716 599		1		94
Thies	1 886 039		1	2	155
Ziguinchor	578 846		2		115
TOTAL	14 377 762	11	14	10	1 319
Ratio (Habitants par infrastructure)		410 793			11 321
Normes OMS		150 000			10 000

2.5 La politique des médicaments

Au Sénégal, l'accessibilité financière et géographique des médicaments de qualité, sûrs, efficaces et correctement utilisés est un défi majeur de la politique pharmaceutique nationale. Pour atteindre cet objectif l'Etat a mis en place un système national d'approvisionnement reposant sur une centrale d'achat publique (PNA) et des structures de distribution aux niveaux central, régional et district. Parallèlement, les partenaires aussi s'impliquent dans l'approvisionnement en médicaments en apportant un appui logistique afin d'améliorer la distribution et la disponibilité des produits au niveau des Points de Prestation.

Toujours dans la même optique, la Direction de la Pharmacie et du Médicament et le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments mettent en œuvre l'ensemble des activités nécessaires pour assurer un système d'assurance qualité adéquat des médicaments. Ce système repose essentiellement sur l'inspection pharmaceutique, l'homologation des médicaments, le contrôle technique, le contrôle à l'importation des médicaments et le système de pharmacovigilance.

La Direction de la Lutte contre la Maladie, dans le cadre de l'exécution du plan stratégique de lutte contre les MTN, bénéficie de donations de médicaments grâce à l'appui des

partenaires. Ces médicaments sont acheminés vers les postes de santé selon le circuit de distribution habituelle des médicaments essentiels de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) vers les régions avant d'être mis à la disposition des districts sanitaires en vue de l'organisation des campagnes de DMM.

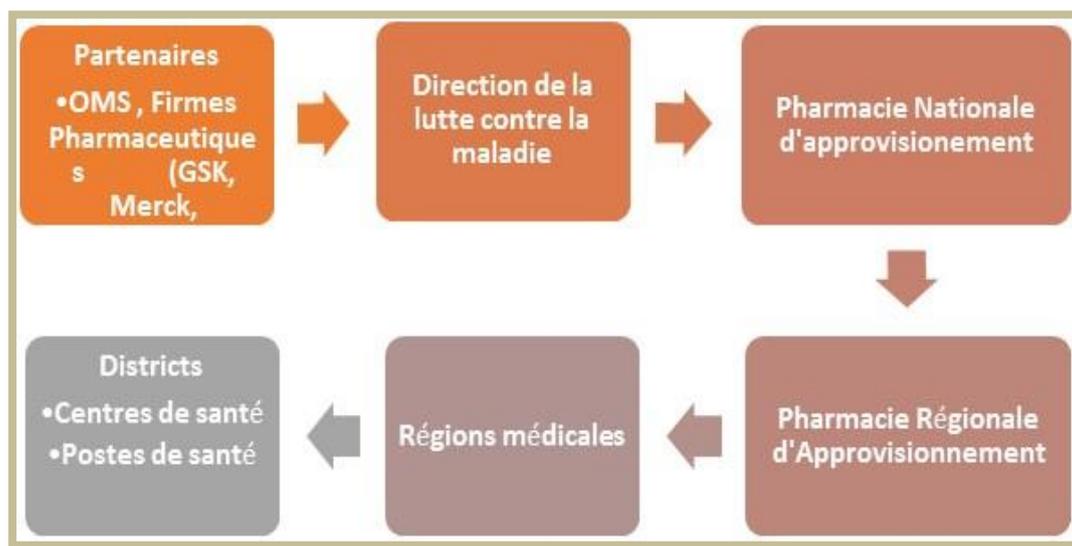


Figure 5: Circuit d'approvisionnement, de distribution et de remontée des médicaments MTN

2.6 Le financement de la santé

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

La part du budget de l'état consacré au secteur de la santé est de 134 702 980 000 FCFA en 2015 (voir tableau ci-dessous).

Le Sénégal, conformément aux engagements des Chefs d'Etat Africains en 2001 à Abuja, alloue près de 15% de leur budget national au secteur de la santé.

Tableau 5: Répartition annuelle des allocations budgétaires du secteur de la santé (2011-2015)

Année	Budget voté	Taux d'exécution (%)
2011	81 935 002 020	83
2012	86 731 288 086	88
2013	103 730 173 500	87
2014	127 095 464 760	91,99
2015	134 702 980 000	En cours

Source : DAGE/MSAS

Au Sénégal, seulement une minorité de la population bénéficie d'une couverture sociale pour la prise en charge de ses frais médicaux, à travers les trois régimes existants : les régimes obligatoires, l'assistance médicale et les organisations mutualistes. Les populations du secteur informel et rural démunies ont d'énormes difficultés pour accéder aux services de santé. Fort de ce constat et dans le souci de rétablir plus d'équité et de justice sociale, il a été mis en place un plan d'action 2013-2017 pour l'extension de la Couverture Maladie Universelle de base à travers les mutuelles de santé. L'objectif visé est « un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion à l'horizon 2022 ».

Tableau 6: Coût estimé (en francs CFA) des donations en médicaments pour la lutte contre les MTN

Années	Albendazole comprimés	Ivermectine comprimés	Praziquantel comprimés	Azithromycine sirop	Azithromycine comprimés	Tétracycline pommade
2011	4 990 000	1 158 375 000	308 509 200		0	0
2012	86 080 000	2 610 375 000	209 151 090	128 455 200	1 032 000 000	0
2013	48 578 000		209 151 090	133 927 200	1 206 000 000	10 755 000
2014	90 100 000	13 893 375 000	387 804 130	137 894 400	1 242 000 000	8 190 000
2015	7 910 000	4 358 250 000	104 950 000	38 440 800	1 308 000 000	19 177 400
Total	237 658 000	22 020 375 000	1 219 565 510	1 658 717 600	4 788 000 000	38 122 400

La lutte contre les MTN a bénéficié d'un financement conséquent de la part des Partenaires Techniques et Financiers conformément à l'engagement des partenaires lors de la Déclaration de Londres. Mais il persiste toujours un fossé important entre la demande et l'offre. Les donations en médicaments destinés à la lutte contre les MTN reçus de la part des firmes

Pharmaceutiques durant les cinq dernières années sont estimées à 24 936 780 510 FCFA et ont pu couvrir les besoins de la période.

Source : Maquette gestion de stock médicament MTN

Tableau 7: Donateurs des médicaments MTN

Médicaments	Albendazole 400mg comprimés	Ivermectine 3mg comprimés	Praziquantel 600mg comprimés	Azithromycine 250mg comprimés	Tétracycline 1% pommade	Azithromycine 1200mg Sirop
Donateurs	GSK	MERCK Sharp- Dohme	MERCK, SA	ITI	RTI International	ITI

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Poly chimiothérapie (PCT) pour la lutte contre la lèpre, l'OMS à travers le laboratoire Novartis met à la disposition du programme les médicaments nécessaires.

Tableau 8: Montants des financements reçus des partenaires pour la lutte contre les MTN de 2011 à 2015

Partenaires	MONTANT EN FCFA					TOTAL
	2011	2012	2013	2014	2015	
OMS	6 600 520	7 122 479	7 429 500	12 906 839	13 000 000	35 358 999
USAID/ CF/PSSCC2	148 995 000	115 029 500	164 247 500	111 244 500	196 200 000	735 716 500
USAID/RTI			4 707 030	119 486 000	73 899 527	198 092 557
USAID/FARA				100 000 000	100 000 000	200 000 000
Sight Savers	145 849 678	345 244 391	232 418 109	265 623 990	153 480 920	1 142 617 088
OMVS	ND	ND	ND	ND	ND	
SCI			40 101 975	-	-	40 101 975
APOC				16 700 000	21 006 520	37 706 520
TOTAL	301 445 198	467 396 370	448 904 114	625 961 329	1 057 586 967	2 193 393 639

ND= Non Disponible

2.7 Les principaux secteurs intervenant dans la lutte contre les MTN

2.7.1 Le Ministère de l'Éducation Nationale

Conformément à la loi N° 2004-37 du 3 décembre 2004 qui stipule l'obligation scolaire pour tous les enfants âgés de 7 à 16 ans, le Gouvernement s'est engagé à assurer, d'ici 2025, une éducation de base de qualité pour tous, partout, afin que chacun puisse se réaliser pleinement et apporter sa contribution à la société. Ainsi, dans la continuité de la réforme du système éducatif mise en œuvre à travers le Programme Décennal de l'Éducation et de la Formation (PDEF) qui s'est achevé en 2012, le Programme d'Amélioration de la Qualité, de l'Équité et de la Transparence de l'Éducation et de la Formation (PAQUET-EF), a été élaboré et couvre la période 2013-2025. Il comporte un important volet de santé pour contribuer à la réduction des inégalités sociales en milieu scolaire mais aussi à l'amélioration des performances scolaires. Les stratégies permettant d'atteindre cet objectif consistent entre autres en une détection précoce des problèmes de santé prévalant, l'offre à l'école d'un paquet de services de santé (dépistage, déparasitage, supplémentation, cantines scolaires, boîtes à pharmacie, promotion de la santé buccodentaire, santé de la reproduction des adolescents etc.).

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

Le taux brut de scolarisation (TBS) est de 93% en 2014. Le taux brut de fréquentation scolaire pour le niveau secondaire s'établit à 68 %. Il varie légèrement entre les sexes (71 % pour les garçons contre 65 % pour les filles) et beaucoup entre les milieux de résidence (41 % en milieu rural contre 102 % en milieu urbain) et les régions (97 % dans la région Ouest à 47 % dans la région Centre). L'écart de fréquentation scolaire entre les filles et les garçons est peu important (53 % pour les garçons contre 56 % pour les filles). L'indice de parité entre les genres égal à 1,04 signifie qu'un peu plus de filles que de garçons ayant l'âge officiel du niveau primaire, fréquentent ce niveau. (EDS 4 ANSD 2014).

2.7.2 Le Ministère de l'Élevage et des Productions Animales

Les maladies animales sont responsables de pertes directes (mortalités) et indirectes (baisses de productions) sur le cheptel. Certaines d'entre elles touchant l'homme sont appelées anthroponozoonoses et ont une importance sur le plan de la santé publique animale et humaine.

Ainsi le concept « one Health, une seule santé » développé ces dernières années montre l'étroitesse des liens qui existent entre la santé animale et humaine et la nécessité pour les deux secteurs de travailler en synergie.

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

2.7.3 Le Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement

En réponse aux problèmes d'assainissement et d'accès à l'eau potable, le Sénégal a mis en place le Programme d'Eau Potable et d'Assainissement du Millénaire (PEPAM) pour atteindre l'objectif 7 des OMD qui visait à « réduire de moitié, d'ici 2015, la proportion de la population qui n'a pas accès de façon durable à l'eau potable et à l'assainissement de base ». C'est ainsi que entre 2005 et 2013 une enveloppe de 624 052 milliards FCFA a été mobilisée par ce programme ambitieux pour faire face aux défis.

Des progrès notables dans l'accès à l'eau potable et des résultats faibles pour l'accès à l'assainissement ont été constatés.

L'analyse de la distribution régionale du taux d'accès par adduction d'eau illustre également bien les disparités zonales. Cinq régions sont en dessous de la moyenne nationale (70%): Kédougou, Kolda, Sédhiou, Ziguinchor et Tambacounda. La cartographie de l'accès par adduction d'eau potable suggère la nécessité d'accélérer les opérations de correction des disparités entre les zones. Cependant, cette situation va être corrigée avec la mise en service de certains ouvrages et les nouvelles interventions qui ciblent bien les zones déficitaires.

Tableau 9 : Détails par sous-secteur / accès à l'eau et à l'assainissement

Sous-secteur	Milieu	Ratio démographique (%)	Taux d'accès (%)
Hydraulique	Rural	55	84,1
	Urbain	45	98
Couverture eau potable		100	90,4
Assainissement	Rural	45	38,7
	Urbain	55	61,7
Couverture assainissement		100	49,1

Source : 8^{ème} revue annuelle sectorielle conjointe 2014/PEPAM

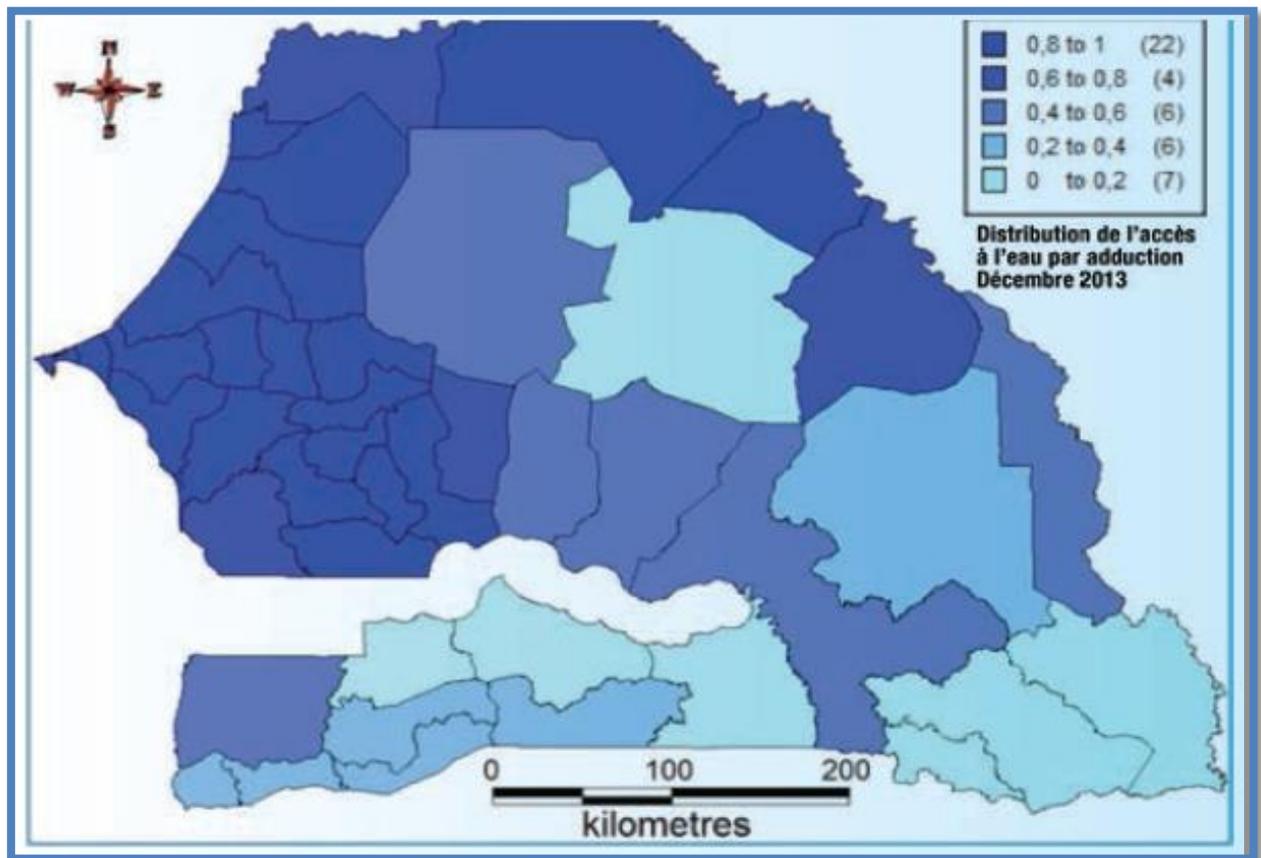


Figure 6: Distribution nationale de l'accès à l'eau par adduction en 2013

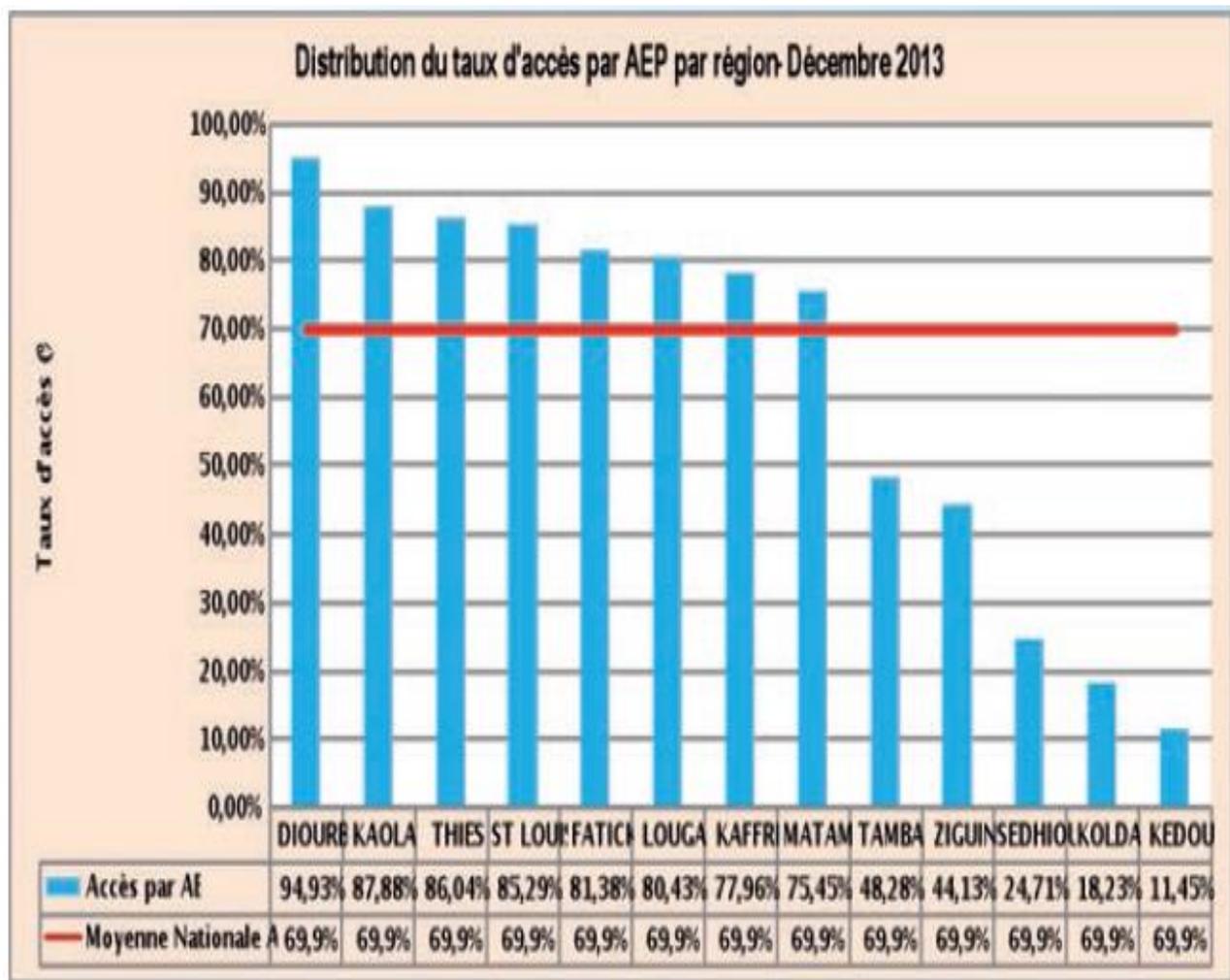


Figure 7: Distribution du taux d'accès à l'eau potable en décembre 2013

Depuis le lancement du PEPAM, des progrès réels ont été enregistrés dans l'accès à des services améliorés d'assainissement en milieu rural. Mais les tendances observées sont pour le moment d'une amplitude insuffisante pour s'inscrire dans la courbe d'objectif des OMD en 2015. Le taux d'accès à l'assainissement en milieu urbain est passé de 56,7% en 2004 à 61,7% en 2013. En milieu rural, un taux de 35,6% est atteint en 2012. Beaucoup d'efforts restent encore à faire pour renforcer l'accès des populations à un système d'assainissement des eaux usées adéquat. La réalisation de plusieurs projets est actuellement en cours pendant cette seconde phase d'accélération du PEPAM qui devrait permettre d'arriver à des niveaux d'accès importants à ces services sociaux de base durant les prochaines années. Une nouvelle Stratégie d'Assainissement Rural a été élaborée en 2013 et est basée sur les trois principaux axes :

- L'établissement des conditions cadre ;
- La génération de la demande ;
- Le développement de l'offre en quantité et en qualité.

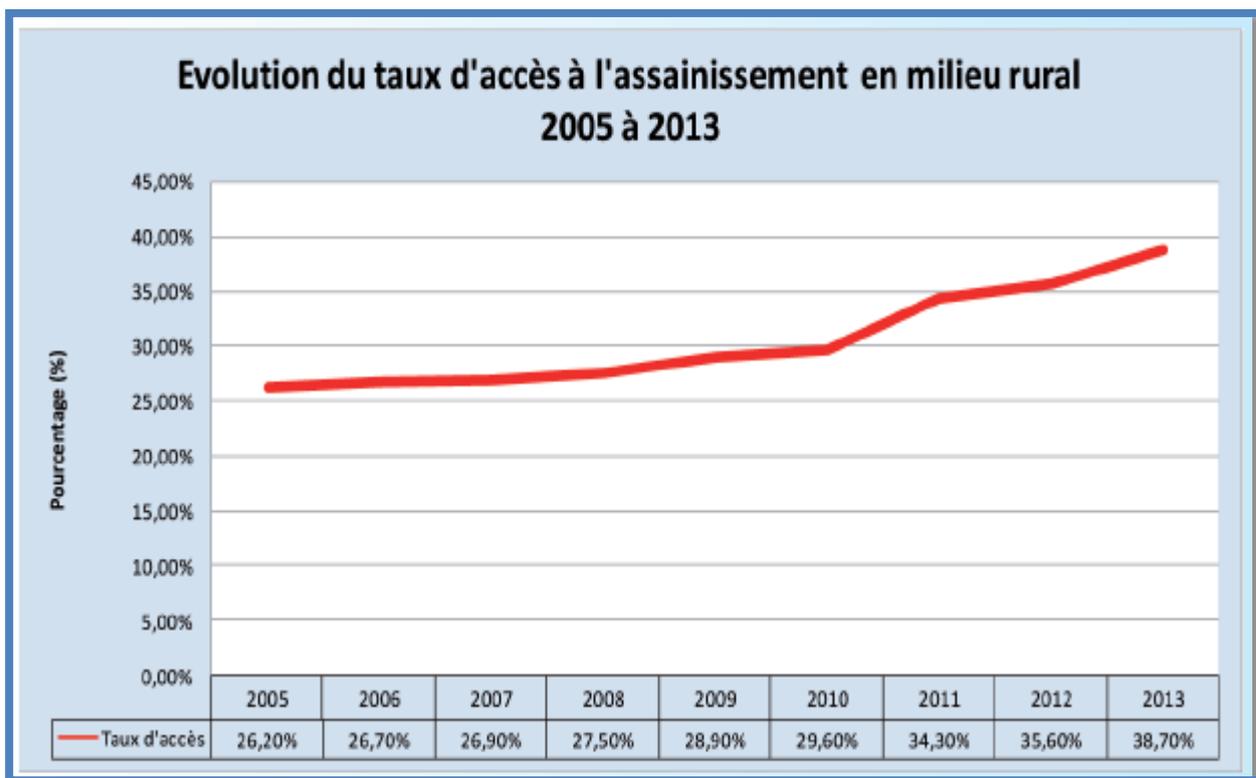


Figure 8: Evolution du taux d'accès à l'assainissement en milieu rural de 2005 à 2013

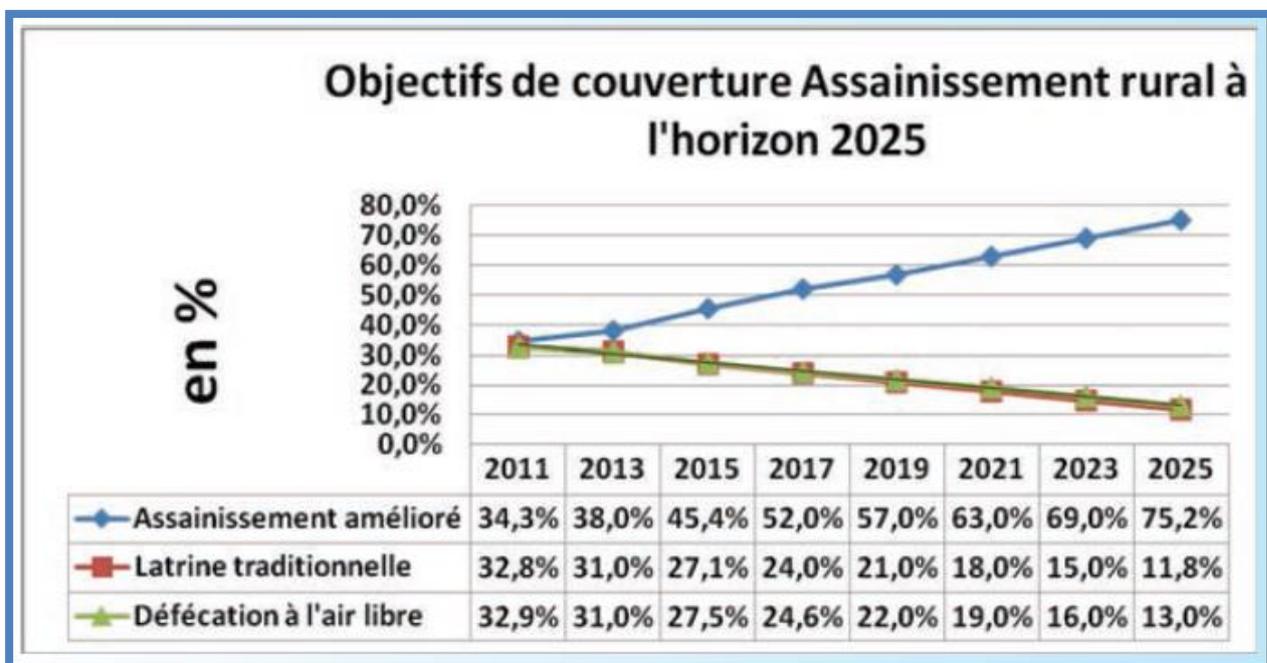


Figure 9: Prévisions d'ici 2025 pour l'assainissement rural

Les résultats de l'enquête ménages de l'ANSD montrent qu'en milieu rural, le taux de Défécation à l'Air Libre (DAL) est de 37,6 %. La défécation à l'air libre est plus importante au centre et au nord du pays. Au sud, la forte présence des latrines traditionnelles 50,2 %, permet de la réduire à 21,2%. Ces mêmes résultats estiment la moyenne nationale de la DAL à 21%. Les projets suivis au niveau de la Direction de l'Assainissement ont montré que pour 500 villages déclenchés, 258 ont atteints l'état de Fin de Défécation à l'Air Libre soit un taux de succès de 51,6%. Dans le cadre de la nouvelle stratégie d'assainissement en milieu rural, il est prévu de réduire le taux de DAL de 33% à au moins 11% en 2025.

2.7.4 Ministère du Renouveau Urbain, de l'Habitat et du Cadre de Vie

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

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

2.7.5 Ministère de la Gouvernance Locale, du Développement et de l'Aménagement du Territoire

Le Gouvernement s'est engagé dans la refondation majeure de l'action territoriale de l'Etat à travers **la Loi n° 2013-10 portant Code général des Collectivités locales plus connue sous le nom "Acte III de la décentralisation"** dont l'objectif général est d'organiser le Sénégal en territoires viables, compétitifs et porteurs de développement durable. Elle offre l'espace adéquat pour construire les bases de la territorialisation des politiques publiques qui deviennent de plus en plus autonomes dans la gestion des ressources locales. Elle se décline en quatre objectifs fondamentaux:

- un ancrage de la cohérence territoriale pour une architecture administrative renouvelée;
- une clarification des compétences entre l'Etat et les collectivités locales ;
- un développement de la contractualisation entre ces deux niveaux décisionnels

- et une modernisation de la gestion publique territoriale, avec une réforme des finances locales et une promotion soutenue de la qualité des ressources humaines.

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

III. Analyse de la situation épidémiologique des MTN

Parmi les 17 MTN ciblées dans la région Africaine de l'OMS dix (10) sont endémiques au Sénégal, dont cinq (5) MTN à Chimiothérapie Préventive de masse (Filariose Lymphatique, Onchocercose, Schistosomiasis, Géo helminthiasis et Trachome) et cinq (5) à Prise en Charge de cas (Lèpre, Ver de guinée, Rage, Leishmaniose et Dengue).

Aucun cas de Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) n'a été trouvé au Sénégal lors des enquêtes menées par l'UCAD en partenariat avec l'OMS et l'IRD entre 2013 et 2014.

3.1 Schistosomiasis

Au Sénégal, il existe la forme urinaire à *Schistosoma haematobium* et la forme intestinale à *Schistosoma mansoni*.

En 1996, une enquête nationale sur les bilharzioses a été menée dans 102 villages chez les enfants d'âge scolaire. D'après ces résultats, la bilharziose à *S. Haematobium* est endémique dans toutes les régions sauf à Dakar, avec une prévalence variable d'une région à une autre et d'un district à un autre. En ce qui concerne la forme intestinale due à *S. Mansoni*, elle était rare et décrite dans la région de Thiès (foyer de Fandène), mais depuis l'avènement des barrages dans le bassin du fleuve Sénégal, elle est devenue un véritable problème de santé publique dans le delta du fleuve Sénégal, notamment dans le département de Dagana (Richard-Toll), où les prévalences peuvent atteindre voire dépasser les 80%. Actuellement on assiste à une extension de la maladie dans la région de Louga, en particulier le long des villages situés au bord du Lac de Guer.

Tableau 10: Résultats des enquêtes de base de la schistosomiase

Codes de distribution de l'enquête de base de la schistosomiase :

NS: Non cartographié mais non suspecté

0 : Non endémique au-dessus du seuil de traitement

1 : Faible prévalence (> 0 et < 10 %) lors de la cartographie initiale par la méthode parasitologique

2: Prévalence modérée (≥ 10 et < 50 %) lors de la cartographie initiale par la méthode parasitologique

3: Prévalence élevée (≥ 50 %) lors de la cartographie initiale par la méthode parasitologique

Régions	Districts Sanitaires	Prévalence S. Haematobium (%)	Prévalence S. Mansoni ¹ (%)	Méthodes utilisées	Années d'enquête	Statut
Dakar	Sud					NS
	Centre					NS
	Ouest					NS
	Nord					NS
	Guédiawaye	1,49*	0	Filtration et Kato Katz	2013	0
	Pikine	0,00	0	Filtration et Kato Katz	2013	0
	Keur Massar	0,32	0	Filtration et Kato Katz	2013	0
	Mbao	0,00	0	Filtration et Kato Katz	2013	0
	Diamniadio	0,00	0	Filtration et Kato Katz	2013	0
	Rufisque	0,00	0	Filtration et Kato Katz	2013	0
Diourbel	Bambey	40,00	0	Kato-Katz	2003	2
	Diourbel	17,00	0	Kato-Katz	2003	2
	Mbacké	6,10	0	Filtration	2003	1
	Touba	6,00	0	Filtration	2003	1
Fatick	Niakhar	34,00	0	Bandelette	1996	2
	Fatick	38,00	0	Bandelette	1996	2
	Dioffior	74,00	0	Bandelette	1996	3
	Passy	49,00	0	Kato-Katz	2012	2
	Foundiougne	56,00	0	Bandelette	1996	3
	Sokone	1,25	0	Filtration et Kato Katz	1996	1
	Gossas	24,00	0	Kato-Katz	2003	2
Kaffrine	Birkelane	75,00	0	Kato-Katz	2012	3
	Kaffrine	35,00	0	Filtration et Kato Katz	2003	2
	Koungheul	18,00	0	Filtration et Kato Katz	2003	2
	Malem hodar	13,50	0	Filtration et Kato Katz	2013	2

¹ Source: rapport d'enquêtes sur les prévalences de la Schistosomiase (Bilharziose) de 1996, 2003, 2008, 2009, 2010, 2012, 2013

Régions	Districts Sanitaires	Prévalence S. Haematobium (%)	Prévalence S. Mansoni ² (%)	Méthodes utilisées	Années d'enquête	Statut
Kaolack	Guinguineo	8,27	0	Filtration et Kato Katz	2013	1
	Kaolack	5,00	0	Filtration et Kato Katz	2003	1
	Ndoffane	22,69	0	Filtration et Kato Katz	2013	2
	Nioro	2,54	0	Filtration et Kato Katz	2013	1
Kédougou	Kédougou	32,00	0	Filtration et Kato Katz	2009	2
	Saraya	75,00	0	Filtration et Kato Katz	2009	3
	Salemata	2,94	0	Filtration et Kato Katz	2003	1
Kolda	Medina Yoro Foulah	20,00	0	Filtration et Kato Katz	2003	2
	Kolda	35,00	5,52	Filtration et Kato Katz	2012	2
	Vélingara	27,00	0	Filtration et Kato Katz	2003	2
Louga	Darou Mousty.	7,00	0	Filtration et Kato Katz	2003	1
	Kebemer	3,00	0	Filtration et Kato Katz	2003	1
	Linguère	47,46	0	Filtration et Kato Katz	2009	2
	Dahra	5,00	0	Filtration et Kato Katz	2003	1
	Coki	28,00	0	Filtration et Kato Katz	2009	2
	K. Momar Sarr	28,00	42,30	Filtration et Kato Katz	2009	2
	Sakal	28,00	0	Filtration et Kato Katz	2009	2
	Louga	28,00	0	Filtration et Kato Katz	2009	2

² Source: rapport d'enquêtes sur les prévalences de la Schistosomiase(Bilharziose) de 1996, 2003, 2008, 2009, 2010, 2012,2013

Régions	Districts Sanitaires	Prévalence S. Haematobium (%)	Prévalence S. Mansoni ³ (%)	Méthodes utilisées	Années d'enquête	Statut
Matam	Kanel	50,94		Filtration et Kato Katz	2009	3
	Matam	32,69		Filtration et Kato Katz	2013	2
	Thilogne	32,69		Filtration et Kato Katz	2009	2
	Ranérou	59,09		Filtration et Kato Katz	2009	3
Saint Louis	Dagana	37,25	23,46	Filtration et Kato Katz	2009	2
	Richard Toll	50,20	88,2	Filtration et Kato Katz	2010	3
	Pete	26,30		Filtration et Kato Katz	2010	2
	Podor	61,11		Filtration et Kato Katz	2009	3
	Saint Louis	25,40	0,1	Filtration et Kato Katz	2009	2
Sédhiou	Boukiling	0,90		Filtration et Kato Katz	2013	0
	Goudomp	0,83		Filtration et Kato Katz	2013	0
	Sedhiou	0,65		Filtration et Kato Katz	2013	0
Tambacounda	Bakel	39,00		Filtration et Kato Katz	2009	2
	Kidira	40,00		Bandelette	1996	2
	Goudiry	50,00		Bandelette	1996	3
	Dianké Makha	68,00		Bandelette	1996	3
	Koumpentoum	85,00		Bandelette	1996	3
	Tambacounda	66,30		Filtration et Kato Katz	2010	3
	Makacolibantang	64,00		Bandelette	1996	3

³ Source: rapport d'enquêtes sur les prévalences de la Schistosomiase(Bilharziose) de 1996, 2003, 2008, 2009, 2010, 2012,2013

Régions	Districts Sanitaires	Prévalence S. Haematobium (%)	Prévalence S. Mansoni ⁴ (%)	Méthodes utilisées	Années d'enquête	Statut
Thiès	Joal	65,00		Filtration	2003	3
	Mbour	0,26		Filtration et Kato Katz	2013	0
	Popenguine	3,00		Filtration et Kato Katz	2003	1
	Thiadiaye	63,00		Filtration et Kato Katz	2003	3
	Pout	0,00		Filtration et Kato Katz	2013	0
	Thiès	0,00		Filtration et Kato Katz	2013	0
	Khombole	27,00		Filtration et Kato Katz	2003	2
	Tivaouane	2,09		Filtration et Kato Katz	2013	1
	Mekhe	0,00		Filtration et Kato Katz	2013	0
Ziguinchor	Diouloulou	71,00		Filtration et Kato Katz	2003	3
	Bignona	22,00		Filtration et Kato Katz	2003	2
	Thionk-Essyl	64,00		Bandelette	1996	3
	Oussouye	16,00		Filtration et Kato Katz	2003	2
	Ziguinchor	55,00		Filtration et Kato Katz	2012	3

3.2 Géohelminthiases :

Les résultats des enquêtes de base effectuées révèlent que le taux global de prévalence des infections parasitaires intestinales est de 21,9%. *Ascaris lumbricoides* constitue la principale cause d'infection parasitaire avec une proportion de 46,7% des cas observés. La région de Saint-Louis enregistre le niveau d'infection parasitaire le plus élevé avec un taux de prévalence de 28,6% largement supérieur à la moyenne observée dans la zone de l'étude (23,2%). Les taux observés dans les régions de Matam et Tambacounda sont respectivement de 14,1% et 18,5%. Les résultats d'une étude menée en 2002/2003 par la Division du Contrôle Médical Scolaire révèlent une forte infestation des élèves. En effet, sur un échantillon de 2376 élèves répartis dans 63 écoles des régions de Tambacounda, Matam et Saint Louis, 47% souffrent d'une anémie modérée et 2% d'une anémie dite sévère. Chez les sujets anémiés, 22,1% ont été infestés par un parasite quelconque et 7,1% par les *Ascaris Lumbricoïdes*.

⁴ Source: rapport d'enquête sur les prévalences de la Schistosomiase (Bilharziose) de 1996, 2003, 2008, 2009, 2010, 2012, 2013

Tableau 11: Prévalence des géohelminthiases au Sénégal

Code de distribution de l'enquête de base des géohelminthiases

- M :** Non cartographié
- 0 :** Non endémique au-dessous du seuil de traitement
- 1 :** Faible prévalence (non endémique au-dessus du seuil de traitement lors de la cartographie initiale, c.-à-d. < 20 %)
- 2 :** Prévalence modérée (≥ 20 et < 50 %) lors de la cartographie initiale
- 3 :** Prévalence élevée (≥ 50 %) lors de la cartographie initiale

Régions	Districts Sanitaires	Prévalence (%)	Méthode utilisée	Années d'études	Statut
Dakar	Sud				M
	Centre				M
	Ouest				M
	Nord				M
	Guédiawaye	70,74	Kato-Katz	2013	3
	Pikine	53,44	Kato-Katz	2013	3
	Keur Massar	13,33	Kato-Katz	2013	1
	Mbao	50,00	Kato-Katz	2013	3
	Diamniadio	7,47	Kato-Katz	2013	1
	Rufisque	26,01	Kato-Katz	2013	2
Diourbel	Bambey	0,09	Kato-Katz	2012	1
	Diourbel				M
	Mbacké				M
	Touba				M
Fatick	Niakhar				M
	Fatick				M
	Dioffior				M
	Passy	0,00	Kato-Katz	2012	0
	Foundiougne				M
	Sokone	0,00	Kato-Katz	2013	0
	Gossas				M

Régions	Districts Sanitaires	Prévalence (%)	Méthode utilisée	Années d'études	Statut
Kaffrine	Birkelane	0,93	Kato-Katz	2012	3
	Kaffrine				M
	Koungheul				M
	Malem hodar	1,81	Kato-Katz	2013	1
Kaolack	Guinguineo	0,00	Kato-Katz	2013	0
	Kaolack				M
	Ndoffane	1,96	Kato-Katz	2013	1
	Nioro	0,00	Kato-Katz	2013	0
Kedougou	Kedougou	0,00	Kato-Katz	2009	0
	Salemata	0,00	Kato-Katz	2009	0
	Saraya	0,00	Kato-Katz	2009	0
Kolda	Kolda	0,00	Kato-Katz	2012	0
	Medina Yoro Foulah	0,00	Kato-Katz	2003	0
	Velingara				M
Louga	Darou Mousty.				M
	Kébémér				M
	Linguère	3,70	Kato-Katz	2009	1
	Dahra				M
	Coki				M
	Keur Momar Sarr	13,46	Kato-Katz	2009	1
	Sakal				M
	Louga				M
Matam	Kanel	0,00	Kato-Katz	2009	0
	Matam	3,85	Kato-Katz	2009	1
	Thilogne	9,27	Kato-Katz	2009	1
	Ranérou	0,00	Kato-Katz	2009	0
Saint Louis	Dagana	3,92	Kato-Katz	2009	1
	Richard toll	1,60	Kato-Katz	2010	1
	Pete	1,30	Kato-Katz	2010	1
	Podor	1,85	Kato-Katz	2009	1

Régions	Districts Sanitaires	Prévalence (%)	Méthode utilisée	Années d'études	Statut
	Saint louis	0,00	Kato-Katz	2009	2
Sédhiou	Boukiling	20,49	Kato-Katz	2013	2
	Goudomp	50,14	Kato-Katz	2013	3
	Sedhiou	21,61	Kato-Katz	2013	2
Tambacounda	Bakel	0,00	Kato-Katz	2008	0
	Kidira	0,00	Kato-Katz	2008	M
	Goudiry	0,00	Kato-Katz	2008	0
	Dianke makha	0,00	Kato-Katz	2008	M
	Koumpentoum	0,00	Kato-Katz	2008	0
	Tambacounda	0,00	Kato-Katz	2010	0
	Makacolibantang	0,00	Kato-Katz	2010	M
Thiès	Joal	21,69	Kato-Katz	2013	2
	Mbour	21,69	Kato-Katz	2013	2
	Popenguine	3,64	Kato-Katz	2012	1
	Thiadiaye	0,00	Kato-Katz	2012	0
	Pout	24,91	Kato-Katz	2013	2
	Thiès	23,24	Kato-Katz	2013	2
	Khombole	0,00	Kato-Katz	2013	0
	Tivaouane	2,11	Kato-Katz	2013	1
	Mékhé	1,30	Kato-Katz	2013	1
Ziguinchor	Diouloulou				M
	Bignona				M
	Thionck-Essyl				M
	Oussouye				M
	Ziguinchor	0,00	Kato-Katz	2012	0

3.3 Filariose lymphatique :

La filariose lymphatique à *W. bancrofti* est endémique dans 12 régions sur 14 que compte le pays. Seules les régions de Matam et Dakar sont épargnées par l'endémie. Au total, 80 localités (villages ou quartiers) ont été testées par la méthode Immuno-Chromatographique de dépistage rapide utilisant la carte ICT. La méthodologie utilisant le logiciel de cartographie a

permis de faire un maillage complet de l'ensemble du territoire. La cartographie de l'endémie montre une répartition très inégale de l'affection avec une focalisation dans les régions de Tambacounda, Ziguinchor et Thiès où l'on trouve les plus fortes prévalences pouvant atteindre 78% (Balafoulbé dans le district de Goudiry). Au total 42 villages sur les 80 enquêtés sont endémiques. Un village est considéré comme endémique, lorsque la prévalence, est égale ou supérieure à 1%. Un district sanitaire est considéré comme endémique, dès qu'il renferme un village endémique. Après une première enquête réalisée en 2003, l'achèvement de la cartographie n'a pu être possible qu'en 2010.

Tableau 12 : Résultats de la cartographie de la filariose lymphatique

Régions	Districts Sanitaires	Sites	Prévalence (%)	Années de l'étude	Coordonnées GPS
Dakar	Dakar Nord	Grand Médine	0	2010	Lat. N :14°44'872";Long. W :17°26'933"
	Dakar Sud	Médina Rue 3 x 12	0	2010	Lat. N :14°40'707";Long. W :17°26'750"
	Dakar Centre	Hann Plage	0	2010	Lat .N :14°43'444";Long. W :17°25'695"
	Dakar Ouest	Yoff village	0	2010	Lat N :14°45'720"; Long W :17°28'552"
	Guédiawaye	Nimzatt	0	2010	Lat N : 14°46'549"; Long W :17°22'290"
	Pikine	Hamdalaye II	0	2010	Lat N : 14°46'188"; Long W :17°22'724"
	M'Bao	Grand M'Bao	0	2010	Lat N :14°43'904"; Long W :17°19'236"
	Rufisque	Keur N'Diaye LO	0	2010	Lat N : 14°44'623"; Long W :17°14'540"
Diourbel	Touba	Touba Bogo	0	2010	Lat N : 14°55'145";Long W : 16°41'254"
		Touba Bélel	1	2010	Lat N : 15°02'656";Long W : 15°51'577"
	Mbacké	M'Boul Kael	2	2003	Lat N: 14°57'122" ;Long W: 15°94'878"
	Diourbel	Taïba N'Dao	0	2003	Lat N : 14°90'669"; Long W:16°25'565"
	Bambey	Bambey Sérère	2	2003	Lat N : 14°71'229"; Long W:16°49'840"
Fatick	Gossas	Keur Diène SENE	0	2010	Lat N : 14°23'085"; Long W :16°05'067"
		M'Bar	3	2010	Lat N :14°32'359"; Long W : 15°45'485"
	Dioffior	Djilas	10	2010	Lat N : 14°14'877; Long W : 16°37'899"
		Pombane	6	2010	Lat N : 14°20'010";Long W : 16°40'459"
	Sokone	Médina Djikoye	2	2010	Lat N : 13°37'589";Long W : 16°17'258"
		Dielmo	2	2010	Lat N : 13°43'353 ;Long W : 16°24'671"
	Fatick	Toucar	2	2010	Lat N : 14°15'541";Long W : 16°11'563"
		Fayil	1	2010	Lat N : 14°17'355;Long W : 16°29'109"

Régions	Distriets Sanitaires	Sites	Prévalence (%)	Années de l'étude	Coordonnées GPS
Kaffrine	Koungheul	Santhié guérane	5	2010	Lat N : 14°05'400";LongW : 14°57'065"
		DiamagueneN'Dam	4	2010	Lat N : 14°05'473";Long W : 14°35'124"
	Kaffrine	Woré	0	2003	Lat N: 14°36'092" ;Long W : 15°43'004"
		Godji AmathN'Dao	3	2003	Lat N : 14°01'861";Long W: 15°62'148"
Kaolack	Kaolack	Diokoul	1	2010	Lat N : 14°15'541";Long W : 16°11'564"
		Khalambasse	5	2010	Lat N : 14°14'703";Long W : 16°19'337"
	Nioro	Keur Serigne Bâ	0	2003	Lat N : 13°68'471";Long W: 15°95'810"
Kédougou	Kédougou	Afia Dande mayo	19	2003	Lat N: 12°54'866";Long W:12°15'480"
		Soukouta	5	2003	Lat N:12°74'842"; Long W: 12°46'745"
		Badioula	5	2003	Lat N: 12°82'487"; Long W:11°80'719"
Tambacounda	Tambacounda	Dialakoto	1	2003	Lat N: 13°31'784";Long W: 13°28'414"
		Lycounda peulh	5	2003	Lat N: 13°79'970";Long W: 13°84'363"
		Sinthiou goundo	40,42	2003	Lat N: 14°07'255";Long W: 14°14'583"
		Yoro donde	52,2	2003	Lat N: 13°60'352";Long W:14°25'175"
	Goudiry	Guelode	34,3	2003	Lat N: 14°08'006";Long W: 12°75'854"
		Balafoulbe	78	2003	Lat N: 13°63'928";Long W: 13°08'725"
	Bakel	Sira doundou	57,5	2003	Lat N: 14°71'103";Long W:12°53'177"
Thiès	Thiadiaye	MboulouctèneSecco	6	2010	Lat N : 14°36'428";Long W : 16°40'605"
		Sandiarra	3	2010	Lat N : 14°26'115";Long W : 16°47'575"
	Mekhé	Khassine	0	2010	Lat N : 15°19'512";Long W : 16°25'500"
		Khayegou N'diang	0	2010	Lat N : 15°11'163 ;Long W : 16°25'618"
	Khombole	Thiénaba	0	2010	Lat N : 14°45'843";Long W : 16°47'947"
		Gade khayé	3	2010	Lat N : 14°49'376";Long W : 16°41'097"
Louga	Darou Mousty	N'Doyenne	0	2010	Lat N :15°14'232" ;Long W :16°05'078"
		Darou Marnane	0	2010	Lat N :15°06'304" ; Long W :16°10'154"
	Louga	Gandé	0	2010	Lat N :15°34'692" ; Long W :15°50'093"
		Baïty Rip	3	2010	Lat N :15°40'684" ;Long W :16°21'196"
	Linguère	Thiel	0	2003	Lat N:14°93'841" Long W: 15°05'736"
		Thiatngol Palol	8	2003	Lat N: 15°48'087"; Long W : 14°80'87"
		Barkédji Djolof	3	2003	Lat N: 15°28'003"; Long W : 14°13'750"

Régions	Districts Sanitaires	Sites	Prévalence (%)	Années de l'étude	Coordonnées GPS
Matam	Ranérou-Ferlo	Bélel	0	2003	Lat N : 15°18'536" ; Long W : 13°74'031"
Saint-Louis	Podor	Vordé	2	2003	Lat N : 16°43'276"; Long W : 14°27'265"
		Méri	0	2003	Lat N : 16°21'810"; Long W : 14°05'970"
Ziguinchor	Oussouye	Fissao	4	2003	Lat N : 14°52'094" ; Long W : 16°51'74"
	Bignona	Koba	24	2003	Lat N : 13°10'430" ; Long W : 16°58'045"
Kolda	Kolda	Kokolé	2	2003	Lat N : 13°16'304"; Long W : 15°06'382"
	Vélingara	Kénéba Yéro	1	2003	Lat N : 13°09'061"; Long W : 14°09'016"

3.4 Onchocercose :

L'Onchocercose, ou cécité des rivières, est une maladie parasitaire des régions tropicales qui sévissait au Sénégal dans les bassins fluviaux de la Gambie, de la Falémé et leurs affluents, couvrant une superficie d'environ 36000 km² (soit 18% du territoire national), et réparti entre 03 régions médicales (Tambacounda, Kédougou, Kolda) et 08 districts sanitaires (Tambacounda, Dianké Makha, Goudiry, Kidira, Kédougou, Saraya, Salémata et Vélingara).

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

Les évaluations épidémiologiques de l'onchocercose réalisées au Sénégal ces dernières années permettent d'envisager son élimination dans l'ensemble des foyers naguère endémiques du pays. Ainsi en sus des évaluations épidémiologiques, des évaluations entomologiques des risques de transmission ont été entreprises en 2014 et en 2015 dans l'ensemble des bassins fluviaux des régions anciennement endémiques. La collecte des simules se fait par capture en vrac et par capture normalisée. Sur les 20 109 femelles simules capturées respectivement en 2014 et en 2015 dans les bassins de la Falémé et de la Gambie et analysées au niveau du laboratoire d'APOC à Ouagadougou, aucune n'a été infectée. La 2^{ème} année d'évaluation entomologique de l'onchocercose est en cours au niveau des 2 bassins. La transmission de la maladie n'a pas été effective au niveau des sites sentinelles. Compte tenu des avancées réalisées par le Sénégal dans la lutte contre l'onchocercose, l'élimination de cette maladie peut être possible bien avant l'échéance mondiale de 2025.

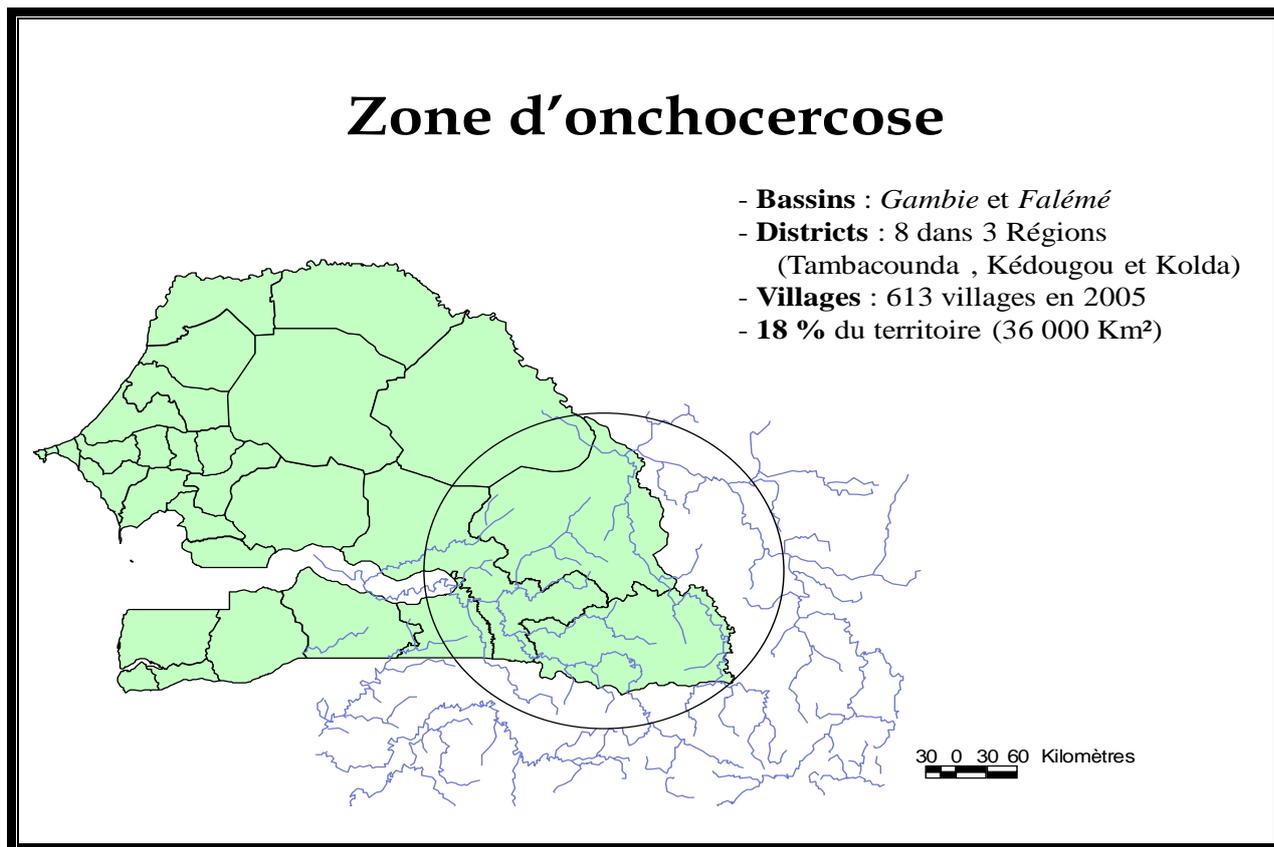


Figure 10: Carte de distribution ancienne de l'onchocercose au Sénégal

3.5 Trachome :

Le trachome est une infection de l'œil due à une bactérie, appelé *Chlamydia Trachomatis*. Il s'agit d'une kérato-conjonctivite (atteinte de la cornée et de la conjonctive) dont la répétition sur plusieurs décennies entraîne le retournement des cils en dedans appelé entropion trichiasis. Ce dernier sera à l'origine d'une opacification de la cornée et de la perte de la vision suite à cette agression mécanique.

La stratégie CHANCE est préconisée par l'OMS pour contrôler la maladie:

- CH: chirurgie de trichiasis
- A: antibiothérapie
- N: nettoyage du visage
- CE: changement de l'environnement

Les recommandations de l'OMS selon le niveau de prévalence du trachome folliculaire (TF) chez les enfants de 1 à 9 ans sont :

- TF supérieur à 10% : mise en œuvre complète de la stratégie CHANCE avec DMM annuelle pendant au moins trois ans ;
- TF compris entre 5 et 10 % : mise en œuvre de la stratégie CHANCE avec un seul passage pour la DMM ;
- TF inférieur à 5 % : Faire la surveillance en mettant en œuvre les composantes N et CE.

Un million sept cent mille (1.700.000) aveugles de Trachome sont dénombrés dans le monde ; ce qui en fait la première cause de cécité évitable. Il sévit surtout dans les pays pauvres (Afrique, Asie et Amérique du Sud).

Au Sénégal, le trachome est la deuxième cause de cécité après la cataracte avec 25 000 aveugles à son actif. L'enquête nationale réalisée en 2000 a révélé l'existence de plus de 320 000 enfants infectés et plus de 91 000 porteurs de trichiasis. Elle a aussi permis d'identifier les régions prioritaires pour les interventions dans la lutte contre le trachome. Ce sont les régions de Thiès, Louga et Diourbel (voir tableau). Les régions Sud d'alors (Ziguinchor et Kolda) ne furent pas investiguées pour des raisons de sécurité.

A la suite de cette enquête nationale, plusieurs investigations de district ont été conduites conformément aux directives de l'OMS ; Elles ont été menées dans 36 districts ; ceci a permis d'identifier :

- 14 districts avec des seuils de prévalence supérieurs à 10% et qui nécessitent des interventions ;
- et quatre (4) districts dont les prévalences sont comprises entre 5 et 10 % mais qui présentent dans certaines communautés rurales des prévalences élevées, justifiant des interventions.

Tableau 13: Résultats de l'enquête nationale de prévalence du trachome en 2000

Code : * Uniquement la banlieue de Dakar (Pikine, Guédiawaye et Rufisque) ** Zone non investiguée pour des raisons de sécurité

Régions	Prévalences du trachome actif (chez les enfants de 0 à 9 ans)	Prévalences du trichiasis (chez la femme de plus de 14 ans)
Dakar*	3.3	1.3
Diourbel	17.9	3.9
Fatick	5.9	2.6
Kaolack	7.6	2.9
Louga	17.3	2.4
Tambacounda	4.8	0.6
Saint-Louis	8.3	0.3
Thiès	12.1	4.1
Total	10,8 : (n= 12 328) Prévalence pondérée sans Dakar	2,6 : (n = 8 753) Prévalence pondérée sans Dakar

Le tableau ci-dessous présente la situation épidémiologique actuelle. Mais il faut noter que pour huit (8) districts, il s'agit d'une prévalence après intervention (Bambèye, Mékhé, Tivaouane, Khombole, Kébémér, Darou Mousty, Niore et Diourbel).

Tableau 14: Résultats des enquêtes sur le trachome réalisées entre 2000 et 2015

Région	Districts	Cartographie de base			Enquêtes d'impact		
		% TF	% TT	Année d'enquête	% TF	% TT	Année d'enquête
Dakar Kédougou Tambacounda	Enquêtes non nécessaires dans ces régions			Non applicable			
Diourbel	Bambey	17,9	3,9	2000	9,1	1,2	2014
	Diourbel	14,9	4,7	2010		6,8	0,9
	Mbacké	13,4	1,6	2011	Enquête prévue en 2016		
	Touba	15,1	3,1	2011	Enquête prévue en 2016		
Fatick	Niakhar	4,38	1,70	2013	N/A		
	Fatick	1,30	2,00	2011			
	Dioffior	1,40	1,40	2011			
	Passy	5,44	1,40	2013			
	Foundiougne	2,38	1,10	2013			
	Sokone	4,50	1,00	2011			
	Gossas	11,70	3,30	2011	Enquête prévue en 2017		
Kaffrine	Birkélane	13,90	1,40	2010	Enquête prévue en 2016		
	Kaffrine	13,90	1,40	2010			
	Koungheul	11,50	2,10	2010			
	Malem Hoddar	11,70	2,90	2011			
Kaolack	Guinguineo	7,60	2,90	2011	Non applicable		
	Kaolack	3,60	1,60	2011			
	Ndoffane	12,90	2,50	2011	Enquête prévue en 2016		
	Nioro	7,4	1,6	2010	3,8	0,7	2015
Kolda	Kolda	3,8	0,6	2014	Non applicable		
	Médina Y.Foulah	3,6	0,2	2014			
	Vélingara	4,0	0,4	2014			
Louga	Darou Mousty	8,8	1,6	2008	3,7	0,8	2015
	Kébémér	17,2	2,7	2000	4,7	1,1	2014
	Linguère	2,80	0,30	2009	Non applicable		
	Dahra	6,3	0,8	2011	Non applicable		
	Coki	9,84	2,33	2012	Enquête prévue en 2017		
	Keur M. Sarr	2,72	0,75	2012	Non applicable		
	Sakal	9,06	1,56	2012	Enquête prévue en 2017		
	Louga	5,10	1,60	2010	Non applicable		

Région	District	Cartographie de base			Enquêtes d'impact		
		% TF	% TT	Année d'enquête	% TF	% TT	Année d'enquête
Matam	Kanel	2,1	0,1	2014	Non applicable		
	Thilogne	3,6	0,1	2014			
	Matam	3,6	0,0	2014			
	Ranérou-Ferlo	1,9	0,0	2014			
Saint-Louis	Dagana	1,9	0,1	2014			
	Richard Toll	3,7	0,1	2014			
	Pété	1,8	0,0	2014			
	Podor	1,8	0,1	2014			
Sédhiou	Saint Louis	5,1	0,4	2014			
	Boukiling	2,5	0,7	2014			
	Goudomp	2,7	1,0	2014			
	Sédhiou	1,8	1,1	2014			
Thiès	Joal-Fadhiouth	7,80	2,00	2004			
	Mbour	7,10	1,50	2005			
	Popenguine	6,20	1,90	2005			
	Thiadiaye	6,70	5,20	2005			
	Pout	4,80	2,10	2005			
	Thiès	4,80	2,10	2004			
	Khombole	11,6	3,6	2004	6,7	1,1	2014
	Tivaouane	28,7	4,5	2004	7,5	0,5	2014
	Mékhé	23,6	4,5	2004	6,6	1,6	2014
Ziguinchor	Diouloulou	2.9	1,10	2010	Non Applicable		
	Bignona	2.3	1,50	2010			
	Thionck-Essyl	2.1	1,70	2010			
	Oussouye	1,4	0,2	2014			
	Ziguinchor	3,0	0,6	2014			

3.6 Lèpre

Le taux de prévalence de la lèpre est passé de 5,3 pour 10 000 habitants en 1991 à 1,06 en 1994 ; et depuis 20 ans il se trouve en dessous du seuil d'élimination (moins d'1 cas pour 10 000), passant de 0,28 en 2009 à 0,60 en 2014. Cette relative augmentation de la prévalence est due à la remise dans les cohortes des perdus de vue et des cas de rechutes. Sur les 14 régions administratives que compte le Sénégal, seule la région de Kédougou, située au sud-est du pays, faisant frontière avec la Gambie, la Guinée et le Mali, continue d'enregistrer régulièrement une prévalence au-dessus du seuil d'élimination. En effet, en 2014 elle était estimée dans cette région à 4,27 pour 10 000 habitants.

Le nombre total de malades nouveaux cas dépistés en 2014 est de 240, soit un taux de détection annuel de 0,17 pour 10 000 habitants. Parmi ces malades :

- 80,42% sont des nouveaux cas multi bacillaires,
- 13,34% sont des enfants (âgés de moins de 15 ans),
- 34,58 % sont des femmes (contre 43,5% en 2009).

Le taux de mutilation de grade 2 lors du dépistage est de 12,1 % contre 17,7% en 2009 soit une baisse de 31,64 % en deçà des objectifs fixés. Ce qu'il faut surtout noter c'est le pourcentage élevé de la proportion de malades présentant des mutilations au dépistage, corollaire d'un dépistage tardif plus accentués dans les régions de Diourbel (12,5), Dakar (19,05), Kaolack (27,03%) et Ziguinchor (33,33).

3.7 La maladie du Ver de Guinée

La dracunculose communément appelée « maladie du ver de Guinée » est une affection parasitaire à transmission essentiellement hydrique qui touche généralement les populations pauvres des communautés qui n'ont pas accès à l'eau potable.

C'est une maladie très douloureuse et très invalidante qui connaît une recrudescence en période hivernale diminuant ainsi la productivité dans les communautés déjà éprouvées par la pauvreté.

Au Sénégal, la lutte contre le ver de guinée remonte à 1992 avec la création du PNEVG et des comités nationaux de pilotage. Les zones touchées recourent les actuels districts de Kanel, Bakel, Kidira, Dianké Maha, Goudiry, Kédougou et Saraya.

Les résultats obtenus ont été satisfaisants (voir tableau) et ont abouti à **la certification de l'interruption de la transmission de la dracunculose** par la Commission Internationale pour la Certification de l'Eradication de la Dracunculose (CICED) en **2004**. La lutte contre le ver de guinée a été l'objet d'un engagement fort et d'une collaboration multisectorielle étroite entre les Ministères de la Santé, de l'Education Nationale, de l'Hydraulique, de la Famille et des Collectivités locales.

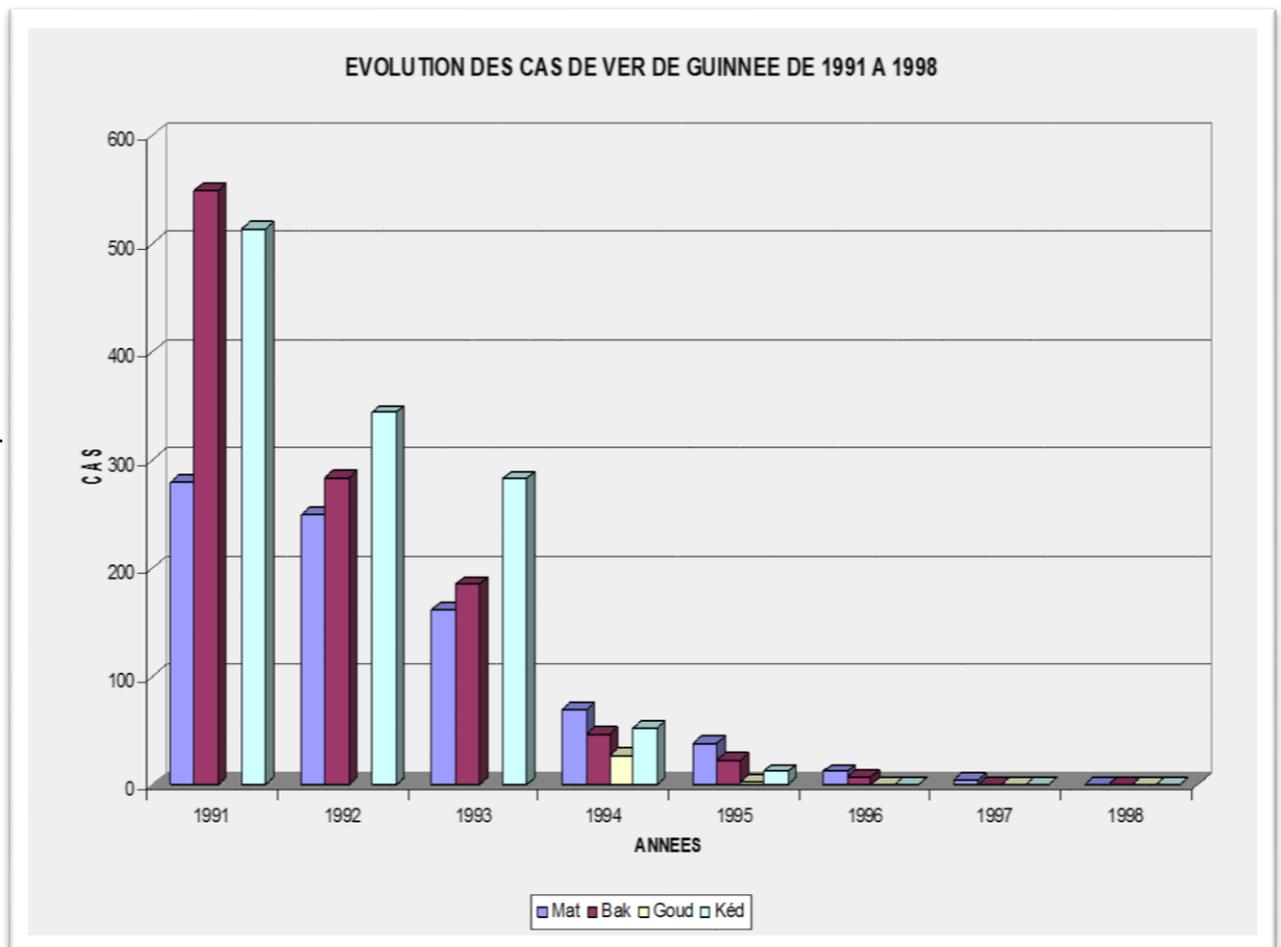


Figure 11: Evolution des cas de ver de Guinée par District de 1991 à 1998

3.8 Rage

Le nombre de cas de rage déclaré pendant ces dernières années doit attirer l'attention sur la faible capacité du système de santé à prendre en charge efficacement les cas d'exposition.

Cependant, comme partout en Afrique, c'est une maladie sous-notifiée d'où la nécessité de considérer avec prudence les données qui semblent être plus liées à la capacité des régions à poser le diagnostic. Ainsi, la région de Dakar totalise plus de 30% des cas; car, le diagnostic de certitude et les centres de traitement antirabique n'existent que dans cette région.

Tableau 15: Evolution des cas de rage notifiés entre 2009 et 2014 par région

REGION	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Dakar	2	5	3	1	0	0		11
Diourbel	0	0	1	1	0	1		3
Kaffrine	1	2	0	0	0	0		3

REGION	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Fatick	0	0	0	2	3	0		5
Kaolack	0	0	0	1	0	0		1
Kédougou	0	0	0		0	0		0
Kolda	0	0	2	1	0	0		3
Louga	0	0	0	0	0	0		0
Matam	0	0	0	0	0	0		0
Saint-Louis	0	2	0	0	0	0		2
Sédhiou	0	1	0	0	0	0		1
Tambacounda	2	2	0	0	1	0		5
Thiès	0	3	0	0	0	1		4
Ziguinchor	0	0	0	0	1	0		1
Total	5	15	6	6	5	2	0	39

3.9 Dengue

En 2009, une importante épidémie de dengue à sérotype 3 a été observée pour la première fois au Sénégal. Le cas index diagnostiqué (porteur du virus Den-3) est un immigré sénégalais de retour d'Italie. Au total 194 cas ont été confirmés par l'Institut Pasteur de Dakar (IPD), mais ces chiffres restent très en dessous de la réalité du fait de la méconnaissance de l'affection et de l'absence de diagnostic.

Les investigations entomologiques d'alors avaient révélé des indices de risque épidémiques : indices de Breteau (IB) et Récepteur (IR) très élevés dans certains quartiers de Dakar et de Mbour. Des femelles d'*Aedes Aegypti* infestées ont été également enregistrées à Dakar. Le risque d'une nouvelle épidémie de Dengue de type 3 à Dakar est donc réel car la transmission est continue (Trans ovarienne) le virus pouvant survivre au niveau des œufs de génération en génération (10 ans). La présence de nombreux gîtes potentiellement productifs (pneus abandonnés, bacs de climatiseurs, pots de fleurs, récipients de stockage d'eau, trous sur les troncs d'arbre, cosses de noix de coco, etc.) d'*Aedes aegypti*, requiert une surveillance épidémiologique mais aussi et surtout une lutte anti vectorielle collective, individuelle et intersectorielle à Dakar et au niveau des autres sites sentinelles.

3.10 Leishmaniose

Les leishmanioses sont des maladies parasitaires communes à l'homme et à certains animaux. Ce sont des anthroponoses dues à des protozoaires flagellés du genre *Leishmania*, transmis à l'homme lors des piqûres nocturnes de la femelle de phlébotomes (*P. duboscqi* surtout au Sénégal). Le réservoir de virus est représenté par les chiens, les rongeurs sauvages (rat de Gambie, écureuil terrestre), les oiseaux, reptiles, lapins etc. Le tropisme cutané, muqueux ou

viscéral de l'espèce parasitaire en cause (dont il existe plus d'une vingtaine), explique l'existence de 3 formes classiques de leishmanioses représentées par la *L. cutanée* pure, la *L. cutanéomuqueuse* et la *L. viscérale* ou Kala-azar. Si la forme cutanée pure est en général auto-involutive chez le sujet immunocompétent, la leishmaniose est une affection grave dans les autres formes et chez l'immunodéprimé. Ainsi, elle a connu un regain d'intérêt particulièrement en Afrique, où elle est co-endémique avec l'infection à VIH qui favorise son explosion et sa gravité.

La leishmaniose est l'une des parasitoses les plus répandues au monde et concerne en général les populations rurales pauvres. Son traitement pose de nombreux problèmes en rapport avec la non disponibilité fréquente des molécules (d'ailleurs, rupture récente de ce produit par défaut de production), mais aussi leur coût élevé (60 USD/boîte d'antimoniote de Meglumine, soit 360USD pour une cure de 15 jours) et leur nombreux effets secondaires imposant une surveillance biologique en milieu hospitalier. Décrite depuis 1933 au Sénégal, la leishmaniose est surtout observée dans les régions chaudes et sèches du pays (Riou M et al. *Bull Soc Path Exot.*1933. 26:254–256). Les plus grands foyers sont enregistrés dans les régions de Kédougou (Saraya, Salemata), Tambacounda (Diawara, Bakel), Matam, Fatick (Niakhar), Diourbel (Bambey, Touba), Thiès (Keur Moussa, Bandia, Sandiara). De rares cas provenant de Dakar ont été notés (Mbao) (figure). La désertification de plus en plus avancée augmente aussi la survenue de nouveaux cas dans des zones jusque-là épargnées. L'affection est endémique avec des poussées épidémiques en Février-Avril et en Octobre, en rapport avec l'abondance de la faune phlébotomienne à ces périodes, liée aux variations climatiques et météorologiques (Niang et al., *Parasite*, 1998 ; 5: 51-59).

Le Sénégal est essentiellement concerné par l'espèce *Leishmania major*, responsable de la forme cutanée pure et plus rarement d'une forme cutanéomuqueuse (Dedet JP et al. *Ann Trop Med Parasitol.* 1979 ; 73:5). Cependant des études récentes à Mont Rolland (région de Thiès) montrent une forte prévalence de la leishmaniose viscérale canine (à *L. donovani*), soulignant le risque d'émergence de cette forme chez l'homme (Faye et al. *Trans. R Soc Trop Med Hyg* 2011 105 ; 333-340). Il n'existe pas de données concernant la prévalence de la maladie au Sénégal. Cependant, entre 1994 et 2008, 117 cas de leishmanioses ont été enregistrés dont une vingtaine de formes cutanéomuqueuses à la Clinique de Dermatologie du CHU de l'hôpital A. Le DANTEC. Dans ce service, environ 30 cas sont reçus annuellement. La prévalence de la leishmaniose au Sénégal, est cependant, sans doute, très largement sous-estimée du fait de sa méconnaissance même par les agents de santé. En outre, il n'existe pas encore de programme de contrôle de la maladie, notamment vectoriel.

3.11 Cartographie des MTN à CPM

a) Trachome :

La cartographie du trachome a été achevée en 2014. Les résultats des évaluations d'impact du traitement à l'Azithromycine ont permis de redéfinir les statuts des districts en 2015. La situation fait état de **8** districts où toutes les composantes de la stratégie chance sont à mettre en œuvre avec trois tours de passage et 32 districts qui doivent être sous surveillance.

Cependant **16** districts ont des prévalences moyennes (5-9 %).

Tableau 16: Endémicité actuelle au trachome (résultats cartographie et enquêtes d'impact)

Prévalence TF (%)	Nombre de districts	Districts
Non suspecté Non enquêté	20	Dakar-Nord, Dakar-Centre, Dakar-Sud, Dakar-Ouest, Guédiawaye, Pikine, Mbao, Rufisque, Keur Massar, Diamniadio, Tambacounda, Koumpentoum, Kidira, Goudiry, Dianké-Makha, Bakel, Makacolibantang, Kédougou, Saraya et Salémata
< 5 %	32	Nioro, Niakhar, Fatick, Dioffior, Foundiougne, Sokone, Kolda, Médina Yoro Foulah, Vélingara, Darou-Mousty, Kébémér, Linguère, Keur Momar Sarr, Kanel, Thilogne, Matam, Ranérou, Dagana, Richard Toll, Pété, Podor, Bounkiling, Sédhiou, Goudomp, Kaolack, Pout, Thiès, Ziguinchor, Oussouye, Bignona, Thionck-Essyl, Diouloulou
5-9	16	Diourbel, Guinguinéo, Kaolack, Coki, Sakal, Louga, Joal-Fadiouth, Mbour, Popenguine, Thiadiaye, Bambey, Khombole, Tivaouane, Mékhe ⁵ , Passy, Dahra, Saint-Louis
10- 29	8	Mbacke, Touba, Gossas, Birkilane, Kaffrine, Kounghoul, Malem-Hodar et Ndoffane

⁵ Bambey, Khombole, Mékhe et Tivaouane ont eu une prévalence comprise entre 5 et 9% après l'évaluation d'impact de 2014.

b) Schistosomiasis et géohelminthiases

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

Concernant les géohelminthiases, tous les districts du pays sont considérés comme méso-endémiques et doivent bénéficier au moins d'un traitement annuel.

Tableau 17: Synthèse de la cartographie des schistosomiasis

Prévalence (%)	Nombre de Districts	Districts
Non cartographiés car non suspectés	04	Dakar Nord, Dakar Centre, Dakar Sud, Dakar-Ouest,
<1	13	Guédiawaye, Pikine, Mbao, Rufisque, Keur Massar, Diamniadio, Sédhiou, Goudomp, Bounkiling, Pout, Thiès, Mékhé, Mbour
1-9	12	Tivaouane, Nioro, Salémata, Darou-Mousty, Kébémér, Dahra, Popenguine, Kaolack, Guinguinéo, Sokone, Touba, Mbacké
10-49	29	Khombole, Oussouye, Bignona, Kédougou, Kolda, Médina Yoro Foulah, Vélingara, Linguère, Coki, Keur Momar Sarr, Sakal, Louga, Matam, Thilogne, Dagana, Pété, Saint-Louis, Bakel, Kidira, Ndoffane, Malem-Hoddar, Kougheul, Kaffrine, Gossas, Passy, Niakhar, Fatick, Diourbel, Bambey
≥ 50	18	Diouloulou, Thionck-Essyl, Ziguinchor, Saraya, Kanel, Ranérou, Richard-Toll, Podor, Goudiry, Koumpentoum, Diankémakha, Tambacounda, Makacolibantang, Joal, Thiadiaye, Birkilane, Foundiougne, Dioffior

c) Filariose lymphatique

La cartographie de la filariose lymphatique a été achevée en 2010. Un total de 50 districts endémiques est recensé ; ceux-ci doivent bénéficier d'un traitement de masse annuel pendant cinq années consécutives.

Tableau 18: Synthèse de la cartographie de la filariose lymphatique

Prévalence (%)	Nombre de Districts	Districts
<1	26	Dakar Nord, Dakar Centre, Dakar Sud, Dakar-Ouest, Guédiawaye, Pikine, Mbao, Rufisque, Keur Massar, Diamniadio, Matam, Ranérou, Thilogne, Kanel, Diourbel, Passy, Foundiougne, Ndoffane, Nioro, Darou-Mousty, Kébémér, Dahra, Dagana, Richard-Toll, Saint-Louis, Mékhé,
≥ 1	50	Diouloulou, Thionck-Essyl, Ziguinchor, Bignona, Oussouye, Saraya, Kédougou, Salémata, Pété, Podor, Goudiry, Koumpentoum, Diankémakha, Tambacounda, Makacolibantang, Bakel, Kidira, Joal, Thiadiaye, Tivaouane, Popenguine, Pout, Thiès, Mbour, Khombole, Birkilane, Kaffrine, Malem-Hoddar, Koungheul, Fatick, Dioffior, Niakhar, Gossas, Sokone, Sédhiou, Goudomp, Bounkiling, Coki, Louga, Sakal, Keur-Momar Sarr, Linguère, Touba, Bambey, Mbacké, Kaolack, Guinguinéo, Kolda, Médina Yoro Foulah et Vélingara.

3.12 Coendémicité des MTN à CPM

Le tableau ci-dessous montre la Coendémicité des MTN à CPM dans les districts sanitaires.

Tableau 19: Coendémicité des MTN à CPM par district sanitaire en 2015

Régions	Districts	Maladies à Chimiothérapie Préventive de Masse				
		SCH	GEO	FL	ONCHO	TRACHOME
Dakar	Dakar Nord	-	+	-	-	-
	Dakar Sud	-	+	-	-	-
	Dakar Centre	-	+	-	-	-
	Dakar Ouest	-	+	-	-	-
	Pikine	-	+	-	-	-
	Guédiawaye	-	+	-	-	-
	Mbao	-	+	-	-	-
	Rufisque	-	+	-	-	-
	Diamniadio	-	+	-	-	-
	Keur Massar	-	+	-	-	-
Diourbel	Bambey	+	+	+	-	-
	Diourbel	+	+	-	-	-
	Mbacké	+	+	+	-	+
	Touba	+	+	+	-	+
Kaffrine	Kaffrine	+	+	+	-	+
	Birkilane	+	+	+	-	+
	Mallem Hodar	+	+	+	-	+
	Koungheul	+	+	+	-	+

Régions	Districts	Maladies à Chimiothérapie Préventive de Masse				
		SCH	GEO	FL	ONCHO	TRACHOME
Fatick	Fatick	+	+	+	-	-
	Dioffior	+	+	+	-	-
	Niakhar	+	+	+	-	-
	Sokone	+	+	+	-	-
	Passy	+	+	-	-	-
	Foundiougne	+	+	-	-	-
	Gossas	+	+	+	-	+
Kaolack	Kaolack	+	+	+	-	-
	N'Doffane	+	+	-	-	+
	Guinguineo	+	+	+	-	-
	Nioro	+	+	-	-	-
Kédougou	Kédougou	+	+	+	+	-
	Saraya	+	+	+	+	-
	Salémata	+	+	+	+	-
Kolda	Kolda	+	+	+	-	-
	Medina Yoro Foulah	+	+	+	-	-
	Vélingara	+	+	+	+	-

Régions	Districts	Maladies à Chimiothérapie Préventive de Masse				
		SCH	GEO	FL	ONCHO	TRACHOME
Louga	Louga	+	+	+	-	-
	Coki	+	+	+	-	-*
	Keur Momar SARR	+	+	+	-	-
	Sakal	+	+	+	-	-*
	Linguère	+	+	+	-	-
	Dahra	+	+	-	-	-
	Darou Mousty	+	+	-	-	-
	Kébémér	+	+	-	-	-
Matam	Matam	+	+	-	-	-
	Ranérou	+	+	-	-	-
	Thilogne	+	+	-	-	-
	Kanel	+	+	-	-	-
Saint-Louis	Saint Louis	+	+	-	-	-
	Dagana	+	+	-	-	-
	Richard Toll	+	+	-	-	-
	Podor	+	+	+	-	-
	Pete	+	+	+	-	-
Sédhiou	Sédhiou	-	+	+	-	-
	Goudomp	-	+	+	-	-
	Boukiling	-	+	+	-	-

Régions	Districts	Maladies à Chimiothérapie Préventive de Masse				
		SCH	GEO	FL	ONCHO	TRACHOME
Tambacounda	Tambacounda	+	+	+	+	-
	Maka Coulibantang	+	+	+	-	-
	Koumpentoum	+	+	+	-	-
	Kidira	+	+	+	+	-
	Bakel	+	+	+	-	-
	Dianké Makha	+	+	+	+	-
	Goudiry	+	+	+	+	-
Thiès	Thiès	-	+	+	-	-
	Pout	-	+	+	-	-
	Khombole	+	+	+	-	-
	Tivaouane	+	+	+	-	-
	Mékhé	-	+	-	-	-
	Popenguine	+	+	+	-	-
	M'Bour	-	+	+	-	-
	Joal	+	+	+	-	-
	Thiadiaye	+	+	+	-	-
Ziguinchor	Ziguinchor	+	+	+	-	-
	Oussouye	+	+	+	-	-
	Bignona	+	+	+	-	-
	Thionck-Essyl	+	+	+	-	-
	Diouloulou	+	+	+	-	-
TOTAL DISTRICTS ENDEMIQUES		59	76	50	8	8

+ = endémiques

- = non endémiques

*districts qui doivent bénéficier d'un passage supplémentaire après 3 interventions (Prévalence entre 5 et 9 % lors des enquêtes d'impact).

Tableau 20: Nombre de districts par Co-endémicité aux MTN à CPM en 2015

Co-endémicité	Nombre de districts	Districts
Géohelminthiases	11	Mékhé, Sud, Centre, Ouest, Nord, Guédiawaye, Pikine, Keur Massar, Mbao, Diamniadio et Rufisque
Schistosomiasés et Géohelminthiases	14	Passy, Foundiougne , Kébémér, Darou Mousty Dahra, Kanel , Matam, Thilogne, Ranerou, Dagana, Richard Toll , Saint Louis, Diourbel et Nioro
Géohelminthiases et filariose lymphatique	6	Sédhiou, Goudomp, Bounkiling, Thiès, Mbour et Pout
Schistosomiasés, Géohelminthiases et Trachome	1	Ndoffane
Schistosomiasés, Géohelminthiases et Filariose Lymphatique	27	Niakhar, Fatick, Dioffior, Sokone, Guinguineo, Kaolack , Kolda , Medina Yoro Foulah , Linguère , Keur Momar Sarr , Louga , Pete , Podor , Bakel , Koumpentoum, Makacolibantang, Khombole, Tivaouane, Joal, Popenguine, Thiadiaye, Diouloulou , Bignona, Thionck-Essyl, Oussouye, Ziguinchor et Bambey
Schistosomiasés, Géohelminthiases, Filariose Lymphatique et Trachome	9	Kaffrine, Birkilane, Malem Hoddar, Koungueul, Touba, Mbacké, Coki, Sakal et Gossas
Schistosomiasés, Géohelminthiases, onchocercose et Filariose Lymphatique	8	Vélingara, Kidira, Tambacounda, Kédougou, Salémata, Saraya, Goudiry, Dianké Makha

IV. ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES MTN

4.1 Résultats des campagnes de DMM contre les MTN à CPM

4.1.1 Couverture géographique

Le passage à l'échelle de la DMM contre la Filariose lymphatique a été effectif en 2015; cependant, les sept (7) districts de la région de Tambacounda n'ont pas été traités en 2014 du fait des évaluations entomologiques et épidémiologiques de l'onchocercose. Concernant les schistosomiasis seul un district de très faible prévalence (Bambey) n'a pas démarré le traitement. Le district de Touba, du fait de sa spécificité urbaine, a vu sa cartographie reprise.

Tableau 21: Evolution des couvertures géographiques de 2011 à 2015 par MTN/CPM

Maladies	Taux de couverture géographique (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Filariose lymphatique	NT	DNT	26,00	12,00	100
Onchocercose	NT	NT	NT	NT	100
Schistosomiasis	NT	69,49	84,74	89,883	98,30
Géohelminthiasis	NT	94,52	82,89	100	100
Trachome	NT		56,25	85,71	88,88

NT : Non Traité

DNT : Données non transmises du fait de la rétention des informations sanitaires par le personnel paramédical

4.1.2 Couverture thérapeutique

La DMM contre la filariose lymphatique a démarré en 2007 et a concerné les districts de la région de Tambacounda qui ont bénéficié de traitement annuels depuis lors. Cependant, la non disponibilité des données durant la période de rétention a conduit le RPGR à ne pas autoriser les enquêtes de surveillance de la transmission dans les sites sentinelles (TAS). Les districts concernés étaient invités à faire deux tours supplémentaires (2015 et 2016). Des taux de couvertures épidémiologiques non satisfaisantes (<65%) ont été obtenus dans la plupart des districts sanitaires.

Concernant les autres MTN à CPM les performances sont en général satisfaisantes.

Tableau 22: Evolution des couvertures programmatiques de 2011 à 2015 par MTN/CPM

Maladies	Taux de couverture programmatique (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Filariose lymphatique	NT	DNT	50,22	44,01	70,04
Onchocercose	NT	NT	NT	NT	68,21
Schistosomiasis	NT	60	84	86	96,80
Géohelminthiasis	NT	69	92	95	94,41
Trachome	NT	83	84	88	98,32

NT : Non Traité

DNT : Données non transmises du fait de la rétention des informations sanitaires par le personnel paramédical

4.2 Gestion de la morbidité des MTN à CPM

Les cas d'hydrocèle dépistés n'ont pas été pris en charge par le programme MTN du fait de la non disponibilité de ressources financières.

Pour le trachome, la mise en œuvre de la composante C de la stratégie CHANCE a permis d'opérer 38 791 cas de trichiasis entre 2000 et 2014. Les stratégies préconisées et mises en œuvre sont les suivantes :

- Décentralisation de la chirurgie au PS,
- Transfert de compétence aux ICP,
- Stratégies communautaires de dépistage (utilisation des relais),
- Réalisation de campagnes de chirurgie gratuite,

Il faut noter la grande variabilité de ces résultats, en rapport avec l'intensité des interventions. Il est apparu que l'offre de routine est fortement limitée par les coûts de cession dans les unités de soins oculaires et par une faible demande. C'est dans ce contexte que les campagnes gratuites trouvent toute leur pertinence, mais se heurtent à l'obstacle du financement. Les Défis de la mise en œuvre de cette Composante CH sont le dépistage faible, l'existence d'une réponse populaire inadéquate (pince à épiler) et la proportion élevée de refus de la chirurgie.

Tableau 23: Nombre de cas de trichiasis opérés entre 2000 et 2014 par région

Régions	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Dakar	114	318	331	346	377	297	278	152	227	236	194	229	7	122	115	74	3 417
Thiès	40	156	121	58	881	791	936	2551	1065	729	340	290	140	277	280	393	9 048
St – Louis	20	93	23	13	42	72	14	17	13	26	24	8	12	0	1	0	378
Matam						27	31	11	14	15	1	5	13	0	8	9	134
Tamba	75	56	5	7	23	17	44	47	30	42	14	21	19	16	7	9	432
Kédougou										7	6	2	0	0	4	10	29
Kaolack	27	49	217*	50	43	63	27	20	65	84	735	128	905	710	816	432	3 722
Kaffrine										214	502	53	980	1842	532	232	4 355
Louga	147	191	166	187	192	200	250	471	780	437	817	561	1653	529	476	91	7 148
Ziguinchor	37	47	41	77	77	75	56	125	129	171	33	335	57	103	63	42	1 468
Diourbel	45	222	451	543	424	162	373	372	433	621	597	233	1180	867	578	1817	8 918
Kolda	0	0	0	0		44	36	33	26	9	5	39	15	4	49	5	265
Sedhiou											12	8	18	32	20	7	97
Fatick	0	0	0	0		0	0	0	0	2	0	0	109	1445	513	215	2 284
Total	505	1132	1355	1281	2059	1848	2045	3799	2782	2593	3280	1912	5099	5947	3463	3336	42 127

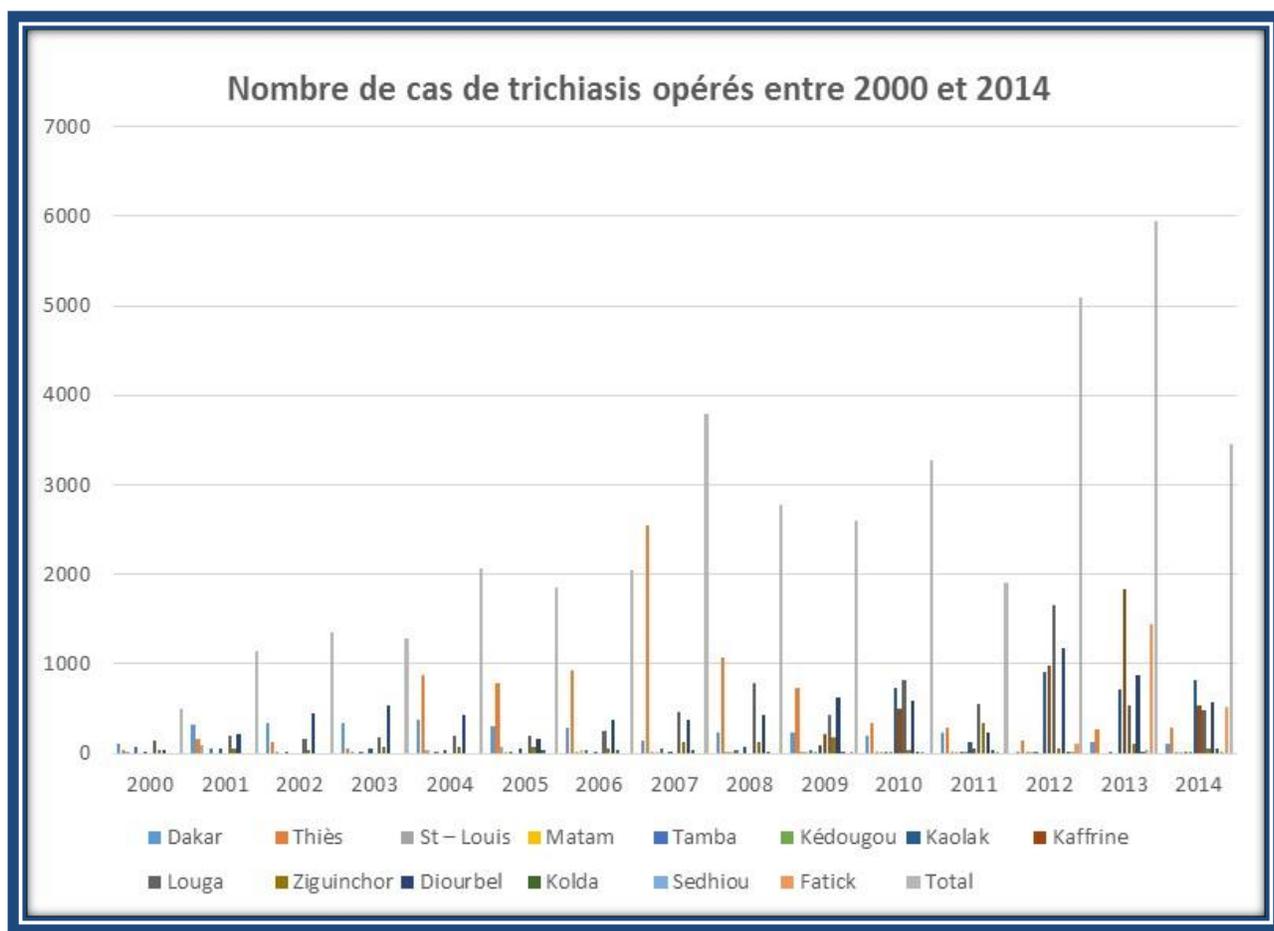


Figure 12: Evolution de la chirurgie du trichiasis entre 2000 et 2014 par région

4.3 : Résultats des activités de lutte contre les MTN à prise en charge par cas

4.3.1 Rage

Concernant la surveillance de la rage humaine des efforts considérables sont faits dans le cadre de la notification systématique des cas d'exposition à cette zoonose mortelle comme en témoigne les données du tableau ci-dessous. Toutefois il persiste toujours quelques insuffisances dans la complétude des données transmises au niveau central. En effet les fiches de notifications ne sont pas régulièrement transmises au niveau central et l'exploitation n'est pas faite. Les données du centre de traitement antirabique de l'Institut Pasteur de Dakar ne sont pas partagées avec le MSAS.

Les difficultés notées dans le cadre de la lutte contre cette maladie sont essentiellement :

- Les problèmes d'accessibilité géographique et financière à la prise en charge post-exposition
- L'insuffisance de la sensibilisation des populations sur cette maladie
- Le non-respect des protocoles de prise en charge en cas d'exposition,
- La non vaccination des chiens de compagnies et la pullulation des chiens errants.

Pour réduire la mortalité liée à cette maladie :

- Un centre de traitement antirabique a été créé dans la région de Fatick en 2012,
- Le vaccin et le sérum antirabiques ont été introduits dans le circuit de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement depuis 2013 ; mais le coût relativement élevé de ces produits limite leur accès à une grande partie de la population.
- Des fiches techniques ont été élaborées et diffusées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- Le véritable défi reste la sensibilisation des populations pour améliorer le recours aux services de santé en cas d'exposition mais aussi la gestion du cadre de vie en vue de la réduction significative de la population de chiens errants et par la même fréquence des expositions.

Tableau 24: Evolution des cas d'exposition à la rage de 2009 à 2015 par région

Régions	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Dakar	7	14	10	31	75	132	122	391
Diourbel	5	7	14	7	5	15	42	95
Kaffrine	14	20	20	12	15	14	16	111
Fatick	9	30	36	89	114	104	191	573
Kaolack	8	1	4	8	25	23	59	128
Kédougou		0	0	9	9	24	61	103
Kolda		0	11	7	5	0	38	61
Louga	1	3	6	2	13	12	30	67
Matam		0	0	4	8	20	25	57
Saint-Louis	1	20	54	55	19	7	69	225
Sedhiou	4	1	3	29	13	12	72	134
Tambacou nda	20	32	39	51	72	34	33	281
Thiès	7	19	22	24	13	33	84	202
Ziguinchor	2	8	11	8	10	22	121	182
Total	78	155	230	336	396	452	963	2610

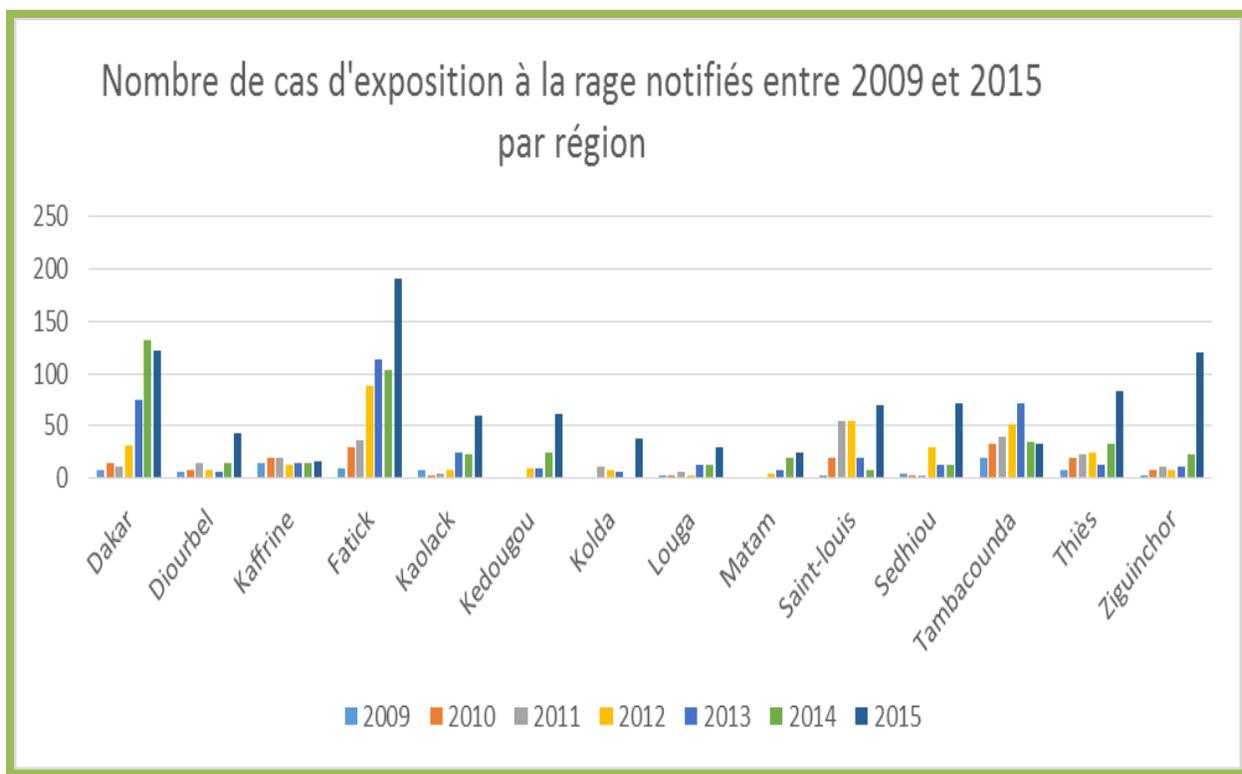


Figure 13: Evolution des cas d'exposition à la rage de 2009 à 2015 (Source BEH)

4.3.2 Leishmaniose

Dans le cadre du renforcement de la lutte contre les MTN, l'Organisation Mondiale de la Santé a organisé en février 2010 à Addis Abéba (Ethiopie) une consultation régionale sur la leishmaniose à laquelle le Sénégal a participé et pris l'engagement de lutter contre cette maladie. C'est pourquoi, elle est prise en compte dans le cadre de ce plan stratégique.

Elle n'est prise en charge qu'au niveau de la Clinique de dermatologie du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le DANTEC de Dakar. Les malades qui arrivent à cette structure ont souvent connu un long itinéraire thérapeutique parsemé d'errements diagnostiques.

La formation de dermatologues dans le cadre du CES de dermatologie au CHU le Dantec et leur affectation dans les régions et certains districts vont sûrement améliorer le dépistage et la prise en charge des cas.

Les aspects entomologiques sont aussi faiblement connus et dans tous les cas non pris en compte par le système de santé où la lutte n'est pas menée de manière satisfaisante. Les institutions de recherche présentes au Sénégal accordent cependant un intérêt à ces vecteurs qui font l'objet de recherches fondamentales.

La leishmaniose, maladie à forte note immunitaire pose quelques difficultés de prise en charge. Il y'a un regain d'intérêt sur cette maladie avec l'émergence de l'infection à VIH qui favorise son explosion en cas de co-infection.

La désertification de plus en plus avancée augmente aussi la survenue de nouveaux cas dans des zones jusque-là épargnées

4.3.3 Lèpre

L'application à grande échelle de la poly chimiothérapie (PCT) pour guérir tous les malades de la lèpre a permis de réduire de manière considérable la charge de morbidité de la maladie au Sénégal. En effet, le taux de couverture en PCT des malades est de 100 % depuis 1994. Le pourcentage des infirmités de grade 2 est passé de 15% en 2010 à 12% en 2014. Quant au nombre d'enfants et de femmes parmi les nouveaux cas, il est passé de 2010 à 2014 respectivement de 16% à 11% et de 49.61% à 34.58%. Le taux de guérison est passé de 46% en 2013 à 48,99% en 2014.

Tableau 25: Répartition des nouveaux cas de lèpre de 2010 à 2015 par région

Régions	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Dakar	45	ND	41	51	42	61	249
Diourbel	42	ND	45	55	24	75	241
Kaffrine	11	ND	7	15	21	6	60
Fatick	10	ND	13	4	4	5	36
Kaolack	22	ND	14	27	37	24	124
Kédougou	10	ND	22	7	3	14	56
Kolda	15	ND	16	3	6	2	42
Louga	11	ND	13	15	19	15	73
Matam	11	ND	3	10	1	0	25
Saint-Louis	17	ND	2	13	21	3	56
Sédhiou	9	ND	0	0	25	13	47
Tambacounda	12	ND	5	5	3	5	30
Thiès	35	ND	38	36	31	24	164
Ziguinchor	6	ND	1	6	3	2	18
Total	260	ND	224	247	240	248	1219

4.4 Résultats de la Surveillance des MTN cibles

4.4.1 Maladie du Ver de Guinée

La notification et l'investigation de deux (2) cas suspects (en 2011 et 2012) dans deux (2) villages anciennement endémiques (Diakhaling dans le district de Saraya et Youpé Hamadi dans le district de Kidira) et dont les prélèvements analysés au CDC Atlanta sont revenus négatifs ont permis de maintenir le statut de post-certification du pays.

Un cas de rumeur a été notifié en 2015 dans le village de Mako (poste de santé de Tomboronkoto, District Sanitaire de Kédougou).

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités de post-certification de l'interruption de la transmission de la dracunculose, le renforcement de capacités des acteurs du système de santé est une stratégie phare mise en œuvre pour améliorer leur niveau de connaissance sur la maladie et les procédures opératoires standardisées élaborées en vue de son éradication. En effet, la méconnaissance de l'affection aussi bien par le personnel soignant que par la population est un frein majeur à la mise à l'échelle de la surveillance. La proximité du Sénégal et les mouvements de population avec des pays endémiques en Afrique de l'Ouest surtout notamment le Mali, et les difficultés d'approvisionnement en eau potable dans certaines zones constituent une menace quant à la réémergence de la maladie.

4.4.2 La dengue

Une épidémie en septembre 2014 a eu lieu dans les régions de Dakar et Diourbel. Au total, 45 cas ont été diagnostiqués par l'IPD. Les investigations locales appropriées ont confirmées l'épidémie. La riposte a été menée par :

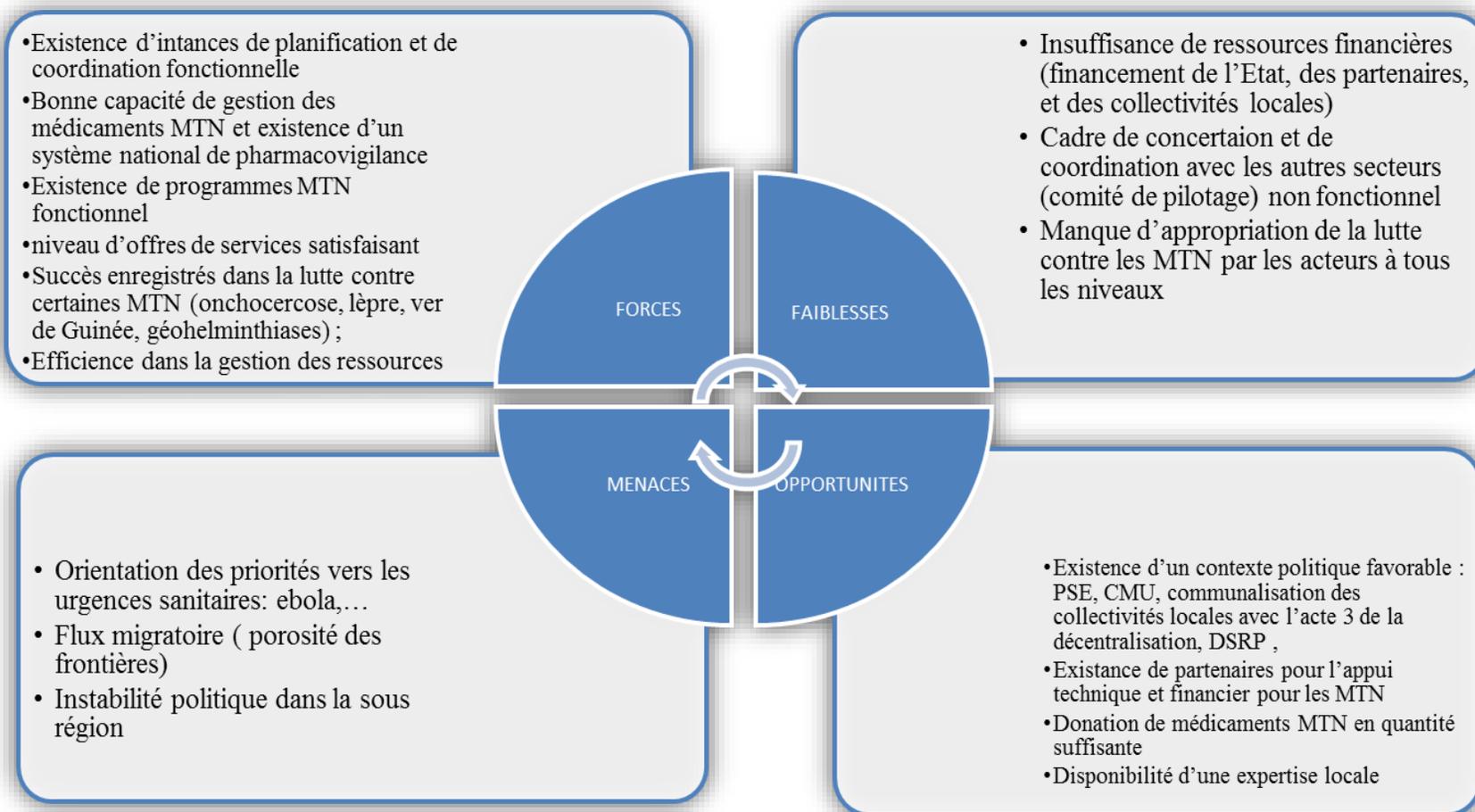
- La mise en œuvre d'une importante campagne de sensibilisation et d'information des populations ;
- l'élaboration et la diffusion des fiches techniques de la dengue à toutes les régions (définition cas, Conduite à tenir...) ;
- la surveillance dans tous les centres de santé de Dakar, Mbour et Louga ;
- la pulvérisation d'insecticides par le Service National de l'Hygiène (Propoxur poudre 3 %, deltaméthrine CE 480) ;

Une investigation entomologique pour l'évaluation du risque épidémique de la dengue à l'échelle nationale et une surveillance dans les zones affectées sont les deux axes prioritaires dégagés pour maîtriser la maladie d'autant plus que les prévisions font état d'un risque de la forme hémorragique qui est fatale lors des prochaines épidémies. L'objectif final étant de proposer des approches, des interventions nouvelles ou des actions visant à adapter celles qui existent dans le contexte actuel, en s'appuyant sur les expériences antérieures et récentes de contrôle-anti-vectoriel développées à travers le monde.

V. Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces de la lutte contre les MTN

L'investissement national et international dans la prévention et le contrôle des MTN est en augmentation. D'autres opportunités sont le partenariat croissant et élargi, plus particulièrement l'engagement d'institutions du système des Nations Unies, d'organisations intergouvernementales, d'organisations non gouvernementales de développement (ONGD), d'institutions académiques, de la société civile et du secteur privé. Les dons des médicaments nécessaires en quantité suffisante et de qualité garantie en vue de la prévention et du traitement des MTN, la disponibilité de ces médicaments et des outils de diagnostic plus fiables, les nouvelles technologies et autres outils, en particulier la cyber santé et les technologies de l'information en temps réel, offrent de nouvelles possibilités d'atteindre rapidement les objectifs.

Tableau 26: Analyse des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces de la lutte contre les MTN.



DEUXIEME PARTIE :

CADRE STRATEGIQUE



I. Vision :

« *Un Sénégal exempt de Maladies Tropicales Négligées* ».

II. Mission :

Accélérer la réduction de la charge de morbidité à travers le contrôle, l'élimination et l'éradication des MTN ciblées.

III. Principes directeurs

La mise en œuvre du présent plan directeur sera régie par les principes directeurs qui devront être largement approuvés par les différents acteurs pour une réussite de l'intégration: la subsidiarité, la codécision, la flexibilité, la transparence et l'équité.

Le succès dans la mise en œuvre de ce Plan stratégique dépendra du respect des principes directeurs ci-après :

- a) **L'appropriation et le leadership national** : au Sénégal, les programmes de lutte contre les MTN sont encore mis en œuvre grâce à l'appui technique et financier des partenaires qui reste toujours insuffisant. **Ce rôle passe par un engagement politique fort et l'allocation de ressources financières à partir du budget de l'état** ; l'implication de tous les acteurs à tous les niveaux devra être un impératif
- b) **L'élargissement et la coordination des partenariats nationaux et internationaux.**

Le plan stratégique national sera fondé sur un partenariat soutenu, coordonné et prenant en compte les priorités des programmes MTN entre les divers acteurs de la lutte contre ces maladies pour une utilisation rationnelle et efficace des ressources disponibles: les collectivités locales, la société civile, le secteur privé et partenaires techniques et financiers.
- c) **L'autonomisation des individus et des communautés** : L'implication de la communauté à toutes les étapes du processus depuis la planification, la mise en œuvre et le suivi évaluation. Cela passe nécessairement par la mise en place d'un vaste programme d'IEC/CCC et de plaidoyer.
- d) **Une approche fondée sur des bases factuelles.** La mise à l'échelle sera basée sur des interventions coût-efficacité prouvés; mais aussi sur les données de cartographie dans le respect strict des directives recommandées.

- e) **Des interventions fondées sur l'équité et le genre** : les interventions tiendront compte des besoins de chaque sexe tout en réduisant les inégalités sociales en matière d'accès aux services. La CMU et la carte d'égalité des chances permettront de favoriser une meilleure équité dans l'offre de soins

- f) **Le renforcement des systèmes de santé** : Toutes les interventions seront mises en œuvre au sein du système de santé existant et contribueront à l'amélioration de l'engagement des différents acteurs.

IV. Priorités stratégiques

Quatre priorités stratégiques guideront l'exécution de ce présent plan stratégique :

- **Priorité stratégique 1** : Elargir l'accès aux interventions et renforcer les capacités du système;

- **Priorité stratégique 2** : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation de ressources et la viabilité financière des programmes nationaux de lutte contre les MTN;

- **Priorité stratégique 3** : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN;

- **Priorité stratégique 4** : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche sur les MTN.

V. Objectifs stratégiques

Tableau 27: Objectifs stratégiques par priorité

Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques
PS 1 : Elargir l'accès aux interventions et renforcer les capacités du système	OS 1.1 : Assurer la chimiothérapie préventive intégrée pour les 5 MTN a chimiothérapie préventive de masse (Filariose lymphatique, Trachome, Onchocercose, Schistosomiasis, Géohelminthiasis)
	OS 1.2 : Assurer la prise en charge intensifiée des cas pour les 5 MTN (rage, lèpre, Dengue, Leishmaniose, Ver de guinée)
	OS 1.3 : Renforcer le système de santé et les capacités des programmes MTN
PS 2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation de ressources et la viabilité financière des programmes nationaux de lutte contre les MTN	OS 2.1 : Améliorer la planification des interventions de lutte contre les MTN à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'ici 2020
	OS 2.2 : Institutionnaliser le financement des programmes de lutte contre les MTN
PS 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale	OS 3.1 : Renforcer les mécanismes nationaux de coordination de la lutte contre les MTN
	OS 3.2 : Renforcer la collaboration intra et intersectorielle
	OS 3.3 : Renforcer la communication sur les MTN, le développement durable et l'émergence
PS 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche sur les maladies tropicales négligées	OS 4.1 : Évaluer les programmes de lutte contre les MTN
	OS 4.2 : Renforcer la Surveillance et la recherche

VI. Echéances stratégiques – jalons

Le présent plan stratégique sera mis en œuvre au cours de la période de 2016 à 2020. Les objectifs fixés à terme sont :

1. Maintenir les acquis de l'interruption de la transmission du ver de guinée en vue de son éradication;
2. Soutenir l'élimination de la lèpre et continuer de réduire davantage les graves incapacités dues à cette maladie;
3. Eliminer la filariose lymphatique et le trachome;
4. Maintenir les acquis en matière de lutte contre l'onchocercose en vue de son élimination à travers la surveillance épidémiologique et entomologique ;
5. Contrôler la schistosomiase, les géohelminthiases, les leishmanioses et la rage ;
6. Prévenir les infirmités dues à la lèpre, à la filariose lymphatique, au trachome cécitant et à la leishmaniose.

VII. Buts, OBJECTIFS ET CIBLES DES PROGRAMMES MTN

Tableau 28: Buts, Objectifs, Stratégies, Indicateurs de résultats et Cibles des programmes MTN

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs de résultats
Programme National de Lutte contre l'Onchocercose	Contrôler et éliminer l'onchocercose dans les communautés endémiques	1. Mettre en œuvre les TDM à l'Ivermectine dans tous les villages d'endémie ; 2. Assurer l'évaluation épidémiologique dans le réseau de villages sentinelles pour le suivi de l'impact des DMM ; 3. Assurer l'évaluation entomologique annuelle au niveau des points de capture pour la détection du risque de transmission ;	-Traitement de masse annuelle par l'Ivermectine dans les zones d'endémie ; -IEC/CCC - Enquêtes	Toute la population vivant dans les zones à risque Contre-indications : -femmes enceintes, -femmes allaitantes dans la première semaine après l'accouchement -enfants de taille <90cm, - malades grabataires	-Taux de couverture géographique -Taux de couverture thérapeutique -Taux de prévalence de la microfilarodermie dans les sites sentinelles -Taux d'infectivité des vecteurs
Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique	Eliminer la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique d'ici 2020	1. Mettre en œuvre les traitements de masse contre la filariose lymphatique avec les couvertures requises 2. Assurer la prise en charge chirurgicale d'au moins 50% des cas d'hydrocèle dépistés. 3. Assurer la prise en charge communautaire d'au moins 75% des cas de lymphœdème dépistés;	-Traitement de masse annuel par l'association des médicaments (Ivermectine + l'Albendazole) dans les districts d'endémie ; - Dépistage des porteurs de complications (hydrocèle et ou lymphœdème) ; - Renforcement de la chirurgie de routine des hydrocèles par des campagnes périodiques ; - Prise en charge communautaire des cas de	Toute la population vivant dans les zones à risque Contre-indications de routine : -femmes enceintes, -femmes allaitantes dans la première semaine après l'accouchement -enfants de taille <90cm,	Taux de couverture géographique Taux de couverture Epidémiologique Taux de prévalence de la microfilarémie dans les sites sentinelles

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs de résultats
		4. Assurer l'évaluation périodique de la microfilaremie dans les sites sentinelles	lymphœdème; - Lutte anti vectorielle ; - IEC/CCC -Evaluation des sites sentinelles	-malades grabataires	

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs de résultats
Programme National de Lutte contre les Géohelminthiases	Contrôler d'ici 2020, les géohelminthiases	1. Mettre en œuvre les traitements de masse avec des couvertures thérapeutiques d'au moins 80% dans les districts endémiques ; 2. Déterminer l'impact des interventions à travers l'évaluation périodique des sites sentinelles.	-Disponibilité du Mebendazole ou de l'Albendazole dans l'ensemble des structures sanitaires du pays ; -Traitement de masse au Mebendazole ou à l'Albendazole ; -Traitement des malades au cas par cas au Mebendazole ou à l'Albendazole au niveau des structures de santé ; -Promotion de l'hygiène et de l'assainissement en collaboration avec les autres secteurs ; -IEC/CCC.	- Enfants d'âge préscolaire 1-4 ans (DANSE) - Enfants d'âge scolaire 5-14 ans - Groupes spécifiques à risque	-Taux de couverture géographique -Taux de couverture thérapeutique

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs de résultats
Programme National de Lutte contre les Schistosomias	Contrôler d'ici 2020, les schistosomias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en œuvre les campagnes DMM dans l'ensemble des districts endémiques ; 2. Déterminer l'impact des interventions dans les districts traités 3. Déterminer la prévalence des complications liées aux schistosomias dans les zones de forte endémicité ; 4. Renforcer la surveillance dans les 17 districts de très faible prévalence à travers les enquêtes LQAS 	<ul style="list-style-type: none"> -Disponibilité permanente du praziquantel dans l'ensemble des structures sanitaires du pays ; -Traitement de masse par le praziquantel dans les zones endémiques ; -Traitement des malades au cas par cas au praziquantel au niveau des structures de santé du pays ; - promotion de l'hygiène et de l'assainissement en collaboration avec les autres secteurs ; - Enquêtes de prévalence -IEC/CCC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfants d'âge scolaire (5-14 ans) - Groupes à risque 	<ul style="list-style-type: none"> -Taux de couverture thérapeutique - Taux de couverture géographique

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs de résultats
Programme National de Promotion de la Santé Oculaire	Eliminer le trachome cécitant d'ici 2020	<p>1. Réduire la prévalence du trachome actif à un taux inférieur à 5% chez les enfants de 1 à 9 ans d'ici décembre 2020 dans les districts endémiques</p> <p>2. Réduire la prévalence du Trichiasis Trachomateux (TT) à un taux inférieur à 0,1% chez les adultes de plus de 15 ans d'ici décembre 2020 dans les districts endémiques</p>	<p>CHANCE :</p> <ul style="list-style-type: none"> Composante CH : Décentralisation au poste de santé ; Promotion des campagnes de chirurgie gratuite. 	Adultes de plus de 15 ans	<p>Prévalence du Trachome actif chez les enfants de 1 à 9 ans</p> <p>-Taux de couverture thérapeutique</p>
			<p>Composante A:</p> <ul style="list-style-type: none"> Distribution d'Azithromycine/ tétracycline dans les districts endémiques. <p>Renforcement des compétences du premier niveau de prise en charge (formation au dépistage, au traitement par les ICP et ASC)</p>	Toute la population sauf les enfants de moins de 6 mois et les femmes enceintes	<p>-Taux de couverture géographique</p> <p>-Taux prévalence TF et TT</p>
			<p>Composante N et CE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Communication pour améliorer la salubrité domestique Plaidoyer pour la mise à disposition d'eau. 	Ménages des districts cibles	<p>- Couverture en latrines</p> <p>- Taux d'accès à l'eau potable</p>

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs de résultats
Programme National d'Eradication du ver de guinée	Maintenir le statut de post-certification en vue de l'éradication de la dracunculose	Renforcer le système de surveillance et de gestion des cas et des rumeurs de ver de guinée dans tous les districts sanitaires ;	- Surveillance communautaire - formation/ recyclage du personnel de santé - IEC/CCC	Toute la population	-Nombres de rumeurs investiguées dans les 24heures -Nombre de cas
Lutte contre la Rage	Contrôler la rage humaine	1. Prévenir la survenue de la rage humaine par la sérovaccination antirabique selon les normes et procédures chez toutes les personnes mordues par animaux vecteurs ;	-Disponibilité permanente du vaccin et du sérum antirabique; -Renforcement de capacité des acteurs; -IEC/CCC. -Collaboration avec le secteur de l'Elevage	Personnes mordues par animaux vecteurs	-couverture sérovaccination antirabique chez les exposés
Programme National de Lutte contre la Lèpre	Diagnostiquer précocement et traiter tous les cas par PCT en vue de l'élimination de la lèpre dans tous les districts sanitaires	1. Réduire d'au moins 35% les nouveaux cas avec infirmité de grade 2 d'ici 2020, en prenant comme niveau de base le taux de 2015. 2. Atteindre le seuil d'élimination de la lèpre moins d'1 cas pour 10 000 habitants dans tous les districts et plus particulièrement dans ceux de la région de Kédougou d'ici 2020;	- Disponibilité permanente des médicaments de la PCT dans tous les districts sanitaires ; - Dépistage précoce et traitement des malades par la PCT standard ou accompagnée ; - Prise en charge médicale des névrites lépreuses - chirurgie réparatrice des complications séquellaires ; -Développement d'interventions à base communautaire par l'implication des anciens malades ; - Prévention des infirmités et réadaptation physiques (PIRP) -Renforcement des compétences des agents de santé ; -Enquêtes contacts chez les MB - IEC/CCC	Malades Rechutes Malades en phase de complications	-Taux de prévalence annuelle par district -Taux de prévalence fin année par district -Taux de détection -% de mutilés chez les nouveaux cas -% de MB chez les nouveaux cas -% d'enfants chez les nouveaux cas -% de femmes chez les nouveaux cas -Taux de régularité -Taux de couverture PCT -taux d'achèvement

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs de résultats
Lutte contre la Dengue	Contrôler la dengue	<p>1. Mettre en œuvre un plan de surveillance de la circulation du virus dans l'ensemble du territoire national en collaboration avec les institutions de recherche intervenant dans ce domaine ;</p> <p>2. Prendre en charge correctement tous les cas (simple et compliqué) de dengue diagnostiqués;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance entomologique périodique ; - Surveillance active périodique chez les animaux sauvages, notamment les singes ; - Traitement approprié des cas ; - Lutte anti vectorielle ; - Renforcement des compétences des agents de santé ; - IEC/CCC 	Toute la population	<p>Nombre de cas diagnostiqués</p> <p>Nombre de cas pris en charge</p> <p>Taux de létalité</p>
Lutte contre la leishmaniose cutanée	Réduire l'incidence de la maladie	<p>1. Déterminer la distribution de la leishmaniose cutanée</p> <p>2. Prendre en charge correctement dans les structures décentralisées spécialisées en dermatologie tous les cas de leishmanioses diagnostiqués pendant toute la période de mise en œuvre du plan</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Renforcement des compétences des agents de santé ; - Disponibilité permanentes des médicaments dans les structures spécialisées ; -IEC /CCC -Lutte anti vectorielle. 	Population	<p>Nombre de cas diagnostiqués</p> <p>Nombre de cas pris en charge</p>

TROISIEME PARTIE :

CADRE OPERATIONNEL



I. Plan de mise en œuvre des interventions des programmes MTN à CTP

Tableau 29 : Types de Distribution de Masse de Médicaments

Co-endémicité	Type de combinaison thérapeutique	Canaux de distribution	Nombre de districts	Districts concernés	Ressources requises
Géohelminthiases	T3	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoles préscolaires (grandes sections), primaires et collèges - Écoles coraniques - Communautés 	11	Mékhé, Sud, Centre, Ouest, Nord, Guédiawaye, Pikine, Keur Massar, Mbao, Diamniadio et Rufisque	Médicaments, désinfectants des mains, enseignants, distributeurs communautaires
Schistosomiasés et Géohelminthiases	T1	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoles préscolaires (grandes sections), primaires et collèges - Écoles coraniques - Communautés 	14	Passy, Foundiougne, Kébémér, Darou Mousty, Dahra, Kanel, Matam, Thilogne, Ranérou, Dagana, Richard Toll, Saint-Louis et Nioro, Diourbel	Médicaments, désinfectants des mains, toises, Enseignants, distributeurs communautaires
Géohelminthiases et filariose lymphatique	DMM 1	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoles préscolaires (grandes sections) primaires, Collèges et lycées - Ecoles coraniques - Communautés 	6	Sédhiou, Goudomp, Bounkiling, Thiès, Mbour et Pout	Médicaments, désinfectants des mains, toises, Enseignants, distributeurs communautaires
Schistosomiasés, Géohelminthiases et Trachome*	T1 DMM 4*	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoles préscolaires (grandes sections) primaires, Collèges et lycées ** - Ecoles coraniques - Communautés 	1	Ndoffane	Médicaments, désinfectants des mains, toises, Enseignants, distributeurs communautaires



Co-endémicité	Type de combinaison thérapeutique	Canaux de distribution	Nombre de districts	Districts concernés	Ressources requises
Schistosomiasés, Géohelminthiases et Filariose Lymphatique	DMM 1 T2	- Ecoles préscolaires (grandes sections) primaires, Collèges et lycées (sauf le praziquantel) - Ecoles coraniques - Communautés	27	Niakhar, Fatick, Dioffior, Sokone, Guinguineo, Kaolack , Kolda , Medina Yoro Foulah , Linguère , Keur Momar Sarr, Louga , Pete , Podor , Bakel , Koumpentoum, Makacolibantang, Khombole, Tivaouane, Joal, Popenguine, Thiadiaye, Diouloulou , Bignona , Thionk-Essyl, Oussouye, Ziguinchor et Bambey	Médicaments, désinfectants des mains, toises, Enseignants, distributeurs communautaires
Schistosomiasés, Géohelminthiases, Filariose Lymphatique et Trachome*	DMM 1 T2 DMM 4*	- Ecoles préscolaires (grandes sections) primaires, Collèges, lycées (sauf le praziquantel) - Ecoles coraniques - Communautés	9	Kaffrine, Birkilane, Malem Hoddar, Koungueul, Touba, Mbacké, Coki, Sakal et Gossas,	Médicaments, désinfectants des mains, toises, Enseignants, distributeurs communautaires
Schistosomiasés, Géohelminthiases, onchocercose et Filariose Lymphatique	DMM 1 T2	- Ecoles préscolaires (grandes sections) primaires, Collèges et lycées (sauf le praziquantel) - Ecoles coraniques - Communautés	8	Vélingara, kidira, tambacounda, kédougou, salémata, saraya, Goudiri, Dianké Makha	Médicaments, désinfectants des mains, toises, Enseignants, distributeurs communautaires

DMM 1 = Ivermectine + Albendazole ; DMM 4 = Azithromycine ; T1 = Praziquantel + Albendazole ; T2 = Praziquantel ;

T3 = Albendazole *la prise d'Azithromycine sera décalée d'au moins une semaine

** le praziquantel sera administré dans les lycées que chez les élèves de moins de 15 ans

1. Mise en œuvre des campagnes DMM par districts d'ici 2020

Tableau 30: Feuille de route pour la mise en œuvre des DMM par districts

Région	District	Paquet A Administrer				
		2016	2017	2018	2019	2020
Dakar	Sud	T3	T3		T3	T3
	Centre	T3	T3		T3	T3
	Ouest	T3	T3		T3	T3
	Nord	T3	T3		T3	T3
	Guédiawaye	T3	T3		T3	T3
	Pikine	T3	T3		T3	T3
	Keur Massar	T3	T3		T3	T3
	Mbao	T3	T3		T3	T3
	Diamniadio	T3	T3		T3	T3
	Rufisque	T3	T3		T3	T3
Diourbel	Bambey	DMM 1	DMM 1+T2	DMM 1	DMM 1+ T2	T3
	Diourbel	T3	T1	T3	T1	T3
	Mbacké	DMM 1 +T2	DMM 1	DMM1	DMM 1+ T2	T3
	Touba	DMM 1 + DMM 4*	DMM1+ DMM 4*	DMM 1 +T2+ DMM 4*	DMM1	DMM 1
Fatick	Niakhar	DMM 1	DMM 1+T2	DMM1	DMM 1+T2	DMM 1
	Fatick	DMM 1	DMM 1+T2	DMM1	DMM 1+T2	DMM 1
	Dioffior	DMM 1+T2	DMM 1	DMM1	DMM 1	DMM 1
	Passy	T3	T1	T3	T1	T3
	Foundiougne	T1	T1 ou T3*	T1 ou T3*	T1 ou T3*	T1 ou T3*
	Sokone	DMM 1	DMM 1	DMM 1+ T2	DMM 1	DMM 1
	Gossas	DMM 1 + DMM4	DMM 1 +T2	DMM1	DMM 1+T2	DMM 1
Kaffrine	Birkélane	DMM 1+ T2	DMM1	DMM 1	DMM 1	DMM 1
	Kaffrine	DMM 1	DMM1+ T2	DMM 1	DMM 1+T2	DMM 1
	Koungheul	DMM1	DMM1+ T2	DMM 1	DMM 1+T2	DMM 1
	Malem Hodar	DMM1	DMM1+ T2	DMM 1	DMM 1+T2	DMM 1
Kaolack	Guinguineo	DMM 1	DMM 1	DMM 1+ T2	DMM 1	DMM 1
	Kaolack	DMM 1	DMM 1	DMM 1+ T2	DMM 1	DMM 1
	Ndoffane	T3	T1	T3	T1	T3
	Nioro	T3	T3	T1	T3	T3

Région	District	Paquet A Administrer				
		2016	2017	2018	2019	2020
Kédougou	Kédougou	DMM 1	DMM1+ T1*	DMM 1	DMM 1+ T1*	DMM
	Salemata	DMM 1	DMM 1	DMM 1+T2*	DMM 1	DMM 1
	Saraya	DMM 1+T2*	DMM 1+T2*	DMM 1+T2*	DMM 1+T2*	DMM 1+T2*
Kolda	Kolda	DMM 1	DMM 1+T2*	DMM 1	DMM 1+T2*	T2 Ou T3*
	Medina Yoro Foulah	DMM 1	DMM 1+T2*	DMM 1	DMM 1+T2*	T2 Ou T3*
	Vélingara	DMM 1	DMM 1+T2*	DMM 1	DMM 1+T2*	T2 Ou T3
Louga	Darou Mousty	T3	T3	T1 Ou T3*	T3	T3
	Kébémér	T3	T3	T1 Ou T3*	T3	T3
	Linguère	DMM 1	DMM 1+T2*	DMM 1	DMM 1+T2*	DMM 1
	Dahra	T3	T3	T1 Ou T3*	T3	T3
	Coki	DMM 1 +DMM 4	DMM 1+T2*	DMM 1	DMM 1+T2*	DMM 1
	Keur Momar Sarr	DMM 1	DMM 1+T2*	DMM 1	DMM 1+T2*	DMM 1
	Sakal	DMM 1 + DMM 4	DMM 1+T2*	DMM 1	DMM 1+T2*	DMM 1
	Louga	DMM 1	DMM 1+T2*	DMM 1	DMM 1+T2*	DMM 1
Matam	Kanel	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*
	Matam	T3	T1 Ou T3*	T3	T1 Ou T3*	T3
	Thilogne	T3	T1 Ou T3*	T3	T1 Ou T3*	T3
	Ranérou	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*

Région	District	Paquet A Administrer				
		2016	2017	2018	2019	2020
Saint Louis	Dagana	T3	T1 Ou T3*	T3	T1 Ou T3*	T3
	Richard Toll	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*
	Pete	DMM1	DMM1+T2*	DMM1	DMM1+T2*	DMM1
	Podor	DMM1+T2*	DMM1+T2*	DMM1+T2*	DMM1+T2*	DMM1+T2*
	Saint Louis	T3	T1 Ou T3*	T3	T1 Ou T3*	T3
Sédhiou	Boukiling	DMM 1	DMM 1	T3	T3	T3
	Goudomp	DMM 1	DMM 1	T3	T3	T3
	Sedhiou	DMM 1	DMM 1	T3	T3	T3
Tambacounda	Bakel	DMM 1	DMM1+T2*	T3	T1 Ou T3*	T3
	Kidira	DMM 1	DMM1+T2*	T3	T1 Ou T3*	T3
	Goudiry	DMM 1	DMM1+T2*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*
	Dianké Makha	DMM 1	DMM1+T2*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*
	Koumpentoum	DMM 1	DMM1+T2*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*
	Tambacounda	DMM 1	DMM1+T2*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*
	Makacoulibantan	DMM 1	DMM1+T2*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*	T1 Ou T3*

Région	District	Paquet A Administrer				
		2016	2017	2018	2019	2020
Thiès	Joal	DMM 1 +T2	DMM1+T2*	DMM1+T2 *	DMM1+T2 *	T3
	Mbour	DMM 1	DMM 1	DMM 1	DMM 1	T3
	Popenguine	DMM 1	DMM 1	DMM 1 + T2	DMM 1	DMM 1
	Thiadiaye	DMM 1+ T2	DMM1+T2*	DMM1+T2 *	DMM1+T2 *	T3
	Pout	DMM 1	DMM 1	DMM 1	DMM 1	DMM 1
	Thiès	DMM 1	DMM 1	DMM 1	DMM 1	T3
	Khombole	DMM 1	DMM 1 +T2	DMM 1	DMM 1+T2	DMM 1
	Tivaouane	DMM 1	DMM 1	DMM 1 + T2	DMM 1	DMM 1
	Mékhé	T3	T3	T3	T3	T3
Ziguinchor	Diouloulou	DMM 1 +T2	DMM1+T2*	DMM1+T2 *	DMM1+T2 *	DMM1+T2 *
	Bignona	DMM 1	DMM 1 +T2	DMM 1	DMM1+T2 *	DMM 1
	Thionck-Essyl	DMM 1 +T2	DMM1+T2*	DMM1+T2 *	DMM1+T2 *	DMM1+T2 *
	Oussouye	DMM 1	DMM 1 +T2	DMM 1	DMM1+T2 *	DMM 1
	Ziguinchor	DMM 1 +T2	DMM1+T2*	DMM1+T2 *	DMM1+T2 *	DMM1+T2 *

*Ces différents paquets seront révisés tous les ans en fonction des résultats des évaluations prévues (tableau 35)

II. Plan de mise en œuvre des interventions de prises en charge de cas

Tableau 31 : Feuille de route des MTN à prise en charge de cas

Stratégies	Cibles	ANNEE					Régions d'interventions
		2016	2017	2018	2019	2020	
Renforcement de capacités	Médecins, ICP, ISL et SFE	X	X	X	X	X	Lèpre : Tous les districts mais une attention particulière sera accordée à ceux des régions de Diourbel, Kaolack, Ziguinchor, Louga et Kédougou Ver de guinée : Tous les districts mais une attention particulière sera accordée aux districts des régions anciennement endémiques de Tambacounda, Kédougou et Matam Leishmanioses : Tous les districts mais une attention particulière sera accordée à ceux des régions de Kédougou, Tambacounda, Matam, Fatick, Diourbel et Thiès Rage : Tous les districts
	Membres de l'IEF et IA	X	X	X	X	X	
	Relais communautaires et matrones	X	X	X	X	X	
	Journalistes	X	X	X	X	X	
	Tradipraticiens	X	X	X	X	X	
IEC/CCC	Population	X	X	X	X	X	
Dépistage et prise en charge	Population	X	X	X	X	X	
Suivi et Evaluation		X	X	X	X	X	

III. Plan de renforcement de la surveillance des MTN ciblées

Dans le cadre de la lutte contre la dengue, des activités de prévention vont viser la surveillance périodique de la circulation du virus au niveau des populations vectorielles pour détecter très tôt une éventuelle épidémie.

Le Sénégal, bien que certifié de l'interruption de la transmission du ver de Guinée n'est pas à l'abri d'une éventuelle réintroduction de la maladie. Tous les districts doivent être sous surveillance afin de détecter de manière précoce les cas importés. Le renforcement de capacités des acteurs du système de santé à tous les niveaux sera déterminant pour renforcer la surveillance épidémiologique et communautaire de la dracunculose en vue du maintien du statut de post-certification. La sensibilisation des communautés se fera surtout dans les zones à haut risque en mettant en exergue les changements dans le cycle de contamination.

IV. Activités et ressources

Tableau 32: Objectifs stratégiques, objectifs spécifiques, activités et ressources

Priorité stratégique 1 : Elargir l'accès aux interventions et renforcer les capacités du système			
Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
OS. 1.1 : Assurer la chimiothérapie préventive intégrée pour les 5 MTN (Filariose lymphatique, Trachome, Onchocercose, schistosomiasis, Géohelminthiases)	1.1.1 : Renforcer la gestion de la DMM	1.1.1.1 Mettre en place les médicaments de la chimiothérapie préventive de masse dans tous les districts ciblés	Médicaments MTN (donations et achats tétracycline), Véhicules, Chauffeurs, Carburant, Prise en charge, restauration et hébergement convoyeurs
		1.1.1.2 Organiser des ateliers régionaux d'orientation des ECD sur la DMM	Véhicules, Carburant, Prise en charge, restauration et hébergement des participants et chauffeurs, Matériels didactiques, Outils de gestion de la DMM
		1.1.1.3 Organiser des ateliers d'orientation des ICP sur la DMM	Véhicules, Carburant, Prise en charge, restauration et hébergement des participants et chauffeurs, Matériels didactiques, Outils de gestion de la DMM
		1.1.1.4 Organiser les campagnes de DMM dans les districts ciblés	Prise en charge des distributeurs communautaires, Supports et canaux de communication, Outils de gestion, Carburant, Prise en charge voyage, restauration des participants et facilitateurs pour l'orientation, la supervision et l'évaluation de la DMM, Matériels didactiques,
		1.1.1.5 Assurer la supervision de la DMM à tous les niveaux	Véhicules, carburant, Prise en charge, restauration et hébergement des superviseurs et chauffeurs
		1.1.1.6 Organiser des ateliers d'évaluation de la DMM au niveau régional et national	Véhicules, carburant, Prise en charge, restauration et hébergement des participants et chauffeurs



Priorité stratégique 1 : Elargir l'accès aux interventions et renforcer les capacités du système

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
		1.1.1.7 Organiser une évaluation de la qualité des données de la DMM	Véhicules, carburant, Prise en charge, restauration et hébergement des évaluateurs et chauffeurs
		1.1.1.8 Organiser une enquête de couverture après la DMM	Frais de consultance

Priorité stratégique 1 : Elargir l'accès aux interventions et renforcer les capacités du système

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
OS. 1.1 : Assurer la chimiothérapie préventive intégrée pour les 5 MTN (Filariose lymphatique, Trachome, Onchocercose, schistosomiasis, Géohelminthiases)	1.1.2 : Renforcer les interventions de prise en charge de la morbidité (trichiasis, hydrocèle et lymphœdème)	1.1.2.1 Assurer le dépistage des cas de morbidité liés aux MTN lors des DMM	PM
		1.1.2.2 Assurer la disponibilité des médicaments et produits destinés à la prise en charge des cas de morbidité	Kits de trabut Kits d'hydrocéléctomie
		1.1.2.3 Assurer la prise en charge des cas d'hydrocèle dépistés lors des DMM	Mise en place des intrants Prise en charge des opérateurs,
		1.1.2.4 Opérer les cas de trichiasis dépistés	
		1.1.2.5 Appuyer la prise en charge communautaire des cas de lymphœdème dépistés	Bassines, détergents, serviettes,
	1.1.3 : Renforcer la collaboration entre le MSAS et le Ministère de l'Education Nationale dans le cadre de la mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN.	1.1.3.1 Organiser des sessions d'orientation des enseignants sur la DMM	Véhicules, carburant, Prise en charge voyage, restauration et hébergement des participants, formateurs et chauffeurs, matériel didactique
		1.1.3.2 Organiser des missions de supervision conjointe	Véhicules, carburant, Prise en charge voyage, restauration et hébergement des participants, et chauffeurs, supports de supervision



Priorité stratégique 1 : Elargir l'accès aux interventions et renforcer les capacités du système

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
OS. 1.2 : Assurer la prise en charge intensifiée des cas pour les 5 MTN (exposition à la rage, lèpre, Dengue, Leishmaniose, Ver de guinée)	1.2.1 : Évaluer la charge de morbidité des MTN à prise en charge de cas	1.2.1.1 Organiser une enquête épidémiologique sur la Leishmaniose au Sénégal	Frais de consultance
		1.2.1.2 Organiser une enquête épidémiologique sur la Rage au Sénégal	Frais de consultance-
		1.2.1.3 Organiser des campagnes de dépistage actif des cas de Lèpre et de Leishmaniose dans les régions ciblées	Logistique Prise en charge des participants
	1.2.2 : Assurer la prise en charge des cas	1.2.2.1 Assurer la disponibilité des médicaments et vaccins pour la prise en charge des cas	Médicaments (lèpre et complications, leishmaniose) , vaccins/sérums antirabiques
		1.2.2.2 Assurer la prise en charge des cas dépistés	Intrants Techniciens de santé formés
	1.2.3 : Prendre en charge les infirmités dues à la lèpre	1.2.3.1 Effectuer des missions PIRP (Prévention des Infirmités et Réadaptation Physique des personnes affectées par la lèpre)	Logistiques Prise en charge des techniciens et chauffeurs
		1.2.3.2 Apporter une aide sociale aux personnes affectées par la lèpre	Frais de transport des malades pour la consultation au CHOM

Priorité stratégique 1 : Elargir l'accès aux interventions et renforcer les capacités du système

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
OS 1.3 : Renforcer le système de santé et les capacités des programmes MTN	1.3.1 : Renforcer le système de santé	1.3.1.1 Organiser un atelier d'intégration des données DMM dans le DHIS2	Prise en charge des participants Matériel didactique
		1.3.1.2 Organiser un atelier de formation des utilisateurs (DLM) du logiciel DHIS2	Prise en charge participants et formateurs, Matériel didactique
		1.3.1.3 Former les chefs de brigades régionales et départementales de l'hygiène sur les MTN	Prise en charge des participants et formateurs, Matériel didactique
	1.3.2 : Renforcer la capacité des programmes nationaux de lutte contre les MTN	1.3.2.1 Doter la coordination d'équipements informatiques et bureautiques	Coût des équipements
		1.3.2.2 Affecter un pharmacien /Logisticien pour la gestion des intrants et de la pharmacovigilance lies aux MTN.	-
		1.3.2.3 Former les équipes de la coordination MTN en suivi évaluation	Frais de formation
		1.3.2.4 Doter les programmes MTN de 3 véhicules de supervision	Frais d'acquisition véhicules, assurance et entretien



Priorité stratégique 1 : Elargir l'accès aux interventions et renforcer les capacités du système

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
	1.3.3 : Renforcer les capacités pour le Diagnostic et la prise en charge des cas	1.3.3.1 Former les professionnels de la Santé (ICP, BREIPS, MCD) sur les MTN	Prise en charge des participants et formateurs, Matériel didactique
		1.3.3.2 Assurer la formation /recyclage des agents de Santé communautaires sur les MTN	Logistique Prise en charge des participants et formateurs, Matériel didactique
		1.3.3.3 Former les techniciens de laboratoire sur le diagnostic	Logistique Prise en charge des participants et formateurs, Matériel didactique
		1.3.3.4 Former les MCD pour le prélèvement des cas suspect de rage (biopsie cutanée)	Prise en charge des participants et formateurs Matériel didactique Kits de biopsie cutanée
		1.3.3.5 Rendre disponibles les kits de prélèvement pour les cas suspects de rage	Kits de biopsie cutanée-
	1.3.4: Améliorer la gestion de la logistique des médicaments	1.3.4.1 Assurer le contrôle de qualité sur les lots des 5 molécules reçus en donation	Réactifs, prise en charge des Opérateurs
		1.3.4.2 Assurer la destruction des médicaments périmés selon les normes requis	Carburant, véhicules, prise en charge chauffeurs et opérateurs, Incinérateur
		1.3.4.3 Effectuer des missions d'inventaire physique des médicaments restants après la campagne	Prise en charge des participants et chauffeurs Carburant, véhicules

Priorité stratégique 2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation de ressources et la viabilité financière du programme

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
OS 2.2 : Institutionnaliser le financement des programmes de lutte contre les MTN	2.2.1 : Intégrer le plan directeur et les budgets des MTN sur le processus national de planification et de budgétisation,	2.2.1.1 Intégrer les MTN dans le prochain plan de développement sanitaire et social	
		2.2.1.2 Intégrer les MTN dans le document de planification pluriannuel des dépenses	
		2.2.1.3 Affecter une ligne budgétaire aux MTN	
	2.2.2: Mobiliser des ressources additionnelles pour la lutte contre les MTN	2.2.2.1 Organiser des missions de plaidoyer sur les MTN auprès des collectivités locales	Prise en charge des participants supports de plaidoyer
		2.2.2.2 Organiser des missions de plaidoyer sur les MTN auprès du secteur privé et mouvements associatifs	Prise en charge des participants supports de communication

Priorité stratégique 2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation de ressources et la viabilité financière du programme

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
OS 2.2 : Institutionnaliser le financement des programmes de lutte contre les MTN	2.2.3 : Renforcer les capacités gestionnaires des programmes de lutte contre les MTN pour la reddition des comptes et le Reporting des activités	2.2.3.1 Former les gestionnaires des programmes MTN sur les outils de Reporting des activités	Prise en charge des participants et formateurs, matériel didactique
		2.2.3.2 Organiser des réunions de coordinations trimestrielles (bilan technique et financier des activités réalisées, activités à planifier)	Prise en charge transport et restauration des participants
	2.2.4 : Entreprendre le plaidoyer pour un financement international prévisible à long terme en faveur de la lutte contre les MTN.	2.2.4.1 Organiser un atelier national de lancement du plan stratégique 2016 - 2020 de lutte contre les MTN	Prise en charge des participants, matériel didactique, frais de reprographie
		2.2.4.2 Organiser une rencontre avec les partenaires techniques et financiers pour définir le financement accordé aux MTN	Frais restauration et de reprographie

Priorité stratégique 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
OS 3.1 : Renforcer les mécanismes nationaux de coordination de la lutte contre les MTN	3.1.1 : Renforcer le dispositif institutionnel de pilotage du programme national de lutte contre les MTN	3.1.1.1 Organiser tous les ans un forum national sur les MTN	logistique, restauration des participants frais de couverture médiatique
		3.1.1.2 Mettre en place un comité des experts techniques de lutte contre les MTN	PM
	3.1.2 : Renforcer les dispositifs de lutte contre les MTN au niveau régional et local	3.1.2.1 Nommer un point focal MTN dans chaque région médicale et district sanitaire	PM
		3.1.2.2 Désigner des responsables nationaux pour les 4 axes du pays (Sud, Nord, Centre et Est)	PM
OS 3.2 : Renforcer la collaboration intra et intersectorielle	3.2.1 : Promouvoir les liens entre les programmes de lutte contre les MTN et d'autres programmes du secteur de la santé, afin d'assurer une couverture plus large et de réduire les coûts opérationnels;	3.2.1.1 Mettre en place un cadre de concertation avec les autres programmes et services du MSAS	PM
		3.2.1.2 Organiser un atelier de partage avec les autres programmes et services du MSAS sur les MTN	Prise en charge transport et Restauration des participants
	3.2.2 Promouvoir la collaboration multisectorielle pour la lutte contre les MTN	3.2.2.1 Mettre en place un comité multisectoriel de lutte contre les MTN	PM
		3.2.2.2 Organiser une revue annuelle des activités multisectorielles de lutte contre les MTN	Prise en charge transport et Restauration des participants
		3.2.2.3 Organiser un atelier de plaidoyer auprès des secteurs impliqués sur les enjeux de la lutte contre les MTN	Prise en charge transport et Restauration des participants, supports de plaidoyer

Priorité stratégique 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
OS 3.3 : Renforcer la communication sur les MTN, développement durable et émergence	3.3.1 D'ici 2020, au moins 80% des enfants d'âge Scolaire sont sensibilisés sur les MTN	3.3.1.1 Appuyer l'organisation d'une journée MTN dans les lycées ou collèges des 76 districts sanitaires	Logistique, supports de communication, prise en charge des animateurs
		3.3.1.2 Contractualiser avec les radios communautaires pour les MTN	Coût des émissions
		3.3.1.3 Contractualiser avec les OCB pour la mise en œuvre d'activités communautaires sur les MTN	Prise en charge des OCB
		3.3.1.4 Mettre en place les supports de communication sur les MTN (affiches, bandes dessinées) au niveau des IA.	Logistique Prise en charge des chauffeurs
		3.3.1.5 Organiser une conférence/ séance de théâtre sur les MTN avec le gouvernement scolaire des lycées et collèges avant la DMM	Forfait pour chaque établissement
		3.3.1.6 Organiser un atelier d'élaboration des fiches pédagogiques sur les MTN	Prise en charge des participants Reprographie Matériel didactique

Priorité stratégique 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
	3.3.2 au moins 90% des populations adhèrent aux campagnes de DMM tous les ans	3.3.2.1 Appuyer l'organisation des VAD pour la gestion des cas de refus enregistrés lors des campagnes précédentes	Carburant
		3.3.2.2 Faire des visites de proximité auprès des chefs de village pour faire adhérer les chefs de ménage à la DMM	Véhicule et carburant
		3.3.2.3 Organiser une journée nationale de lancement de la DMM	Forfait Logistique
		3.3.2.4 Réviser les spots audiovisuels et radiophoniques avant chaque DMM	Pour mémoire
		3.3.2.5 Diffuser des spots et émissions radios et télévisions au niveau national	Coût de diffusion des émissions
		3.3.2.6 Animer des émissions radio sur la DMM	Coût des émissions
		3.3.2.7 Diffuser les spots produits dans les radios régionales et communautaires	Coût de diffusion des émissions
		3.3.2.8 Concevoir 200 banderoles pour la DMM par an	Coût des banderoles
		3.3.2.9 confectionner 7500 dossards et 7500 casquettes pour les distributeurs communautaires	Coût des supports

Priorité stratégique 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN			
Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
		3.3.2.10 Produire 6 000 tee- shirt (PM, GM) et 6000 casquettes pour les cérémonies de lancement.	Coût des supports

Priorité stratégique 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN			
Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
	3.3.3 D'ici 2020 au moins 80% des populations sont sensibilisées sur les MTN et stratégies de lutte	3.3.3.1 Organiser des sessions d'orientation pour les 76 comités de mobilisation sociale de district et 14 comités au niveau régional sur les MTN	Prise en charge des participants et formateurs Matériel didactique
		3.3.3.2 Réaliser et diffuser un publi-reportage télé sur les MTN	Coût de production et diffusion
		3.3.3.3 Diffuser 300 Spots télé durant les cinq ans	Coût de diffusion
		3.3.3.4 Confectionner 50 Panneaux géants sur les MTN	Coût de confection
		3.3.3.5 Assurer la location des espaces publicitaires pour les panneaux géants	Frais de location
		3.3.3.6 Confectionner deux Kakémonos pour le niveau central	Coût de confection
		3.3.3.7 Participer à deux émissions « 3 heures pour savoir et 3 heures pour convaincre » au numéro- vert du MSAS par semestre	Prise en charge restauration
		3.3.3.8 Négocier un temps de parole dans 4 émissions de grande audience (télé et radios)	Frais de diffusion

Priorité stratégique 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN			
Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
		3.3.3.9 Organiser une journée nationale de lancement du plan de communication MTN	Véhicules, carburant, prise en charge hébergement et restauration des participants et chauffeurs, Matériel didactique
		3.3.3.10 Organiser 13 journées de lancement régional du plan de communication MTN	Véhicules, carburant, prise en charge hébergement et restauration des participants et chauffeurs, Matériel didactique

Priorité stratégique 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN			
Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
		3.3.3.11 Organiser des Restitutions communautaires des résultats des activités de lutte contre les MTN au niveau de chaque poste de santé	Forfait
		3.3.3.12 Diffuser des messages sur les mesures d'hygiène individuelle et collective à travers la téléphonie mobile	Coût de diffusion
		3.3.3.13 Organiser des animations publiques sur les MTN dans les zones où la couverture radiophonique est faible	Logistique, carburant
		3.3.3.14 Organiser un atelier de révision des supports de communication sur les MTN au cours de la mise en œuvre.	Véhicules, carburant, prise en charge hébergement et restauration des participants et chauffeurs, Matériel didactique

Priorité stratégique 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN			
Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
		3.3.3.15 Reproduire les supports de communication élaborés sur les MTN.	Frais de reproduction
	3.3.4 D'ici 2020, amener au moins 80% des leaders d'opinions à faire le plaidoyer en faveur des MTN	3.3.4.1 Organiser un forum sur les MTN avec les leaders au niveau des 72 districts	Véhicules, carburant, prise en charge hébergement et restauration des participants et chauffeurs, Matériel didactique
		3.3.4.2 Organiser 50 séances de Dialogue communautaire à l'endroit des leaders par an	Logistique et carburant
		3.3.4.3 Organiser des visites de proximité avec les leaders des confréries et le clergé	Logistique et carburant

Priorité stratégique 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN			
Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
	3.3.5 D'ici 2020, amener au moins 80% des journalistes à mener des actions en faveur de la lutte contre Les MTN	3.3.5.1 Orienter le réseau des journalistes en santé sur les MTN	Véhicules, carburant, prise en charge hébergement et restauration des participants et chauffeurs, Matériel didactique
		3.3.5.2 Orienter les journalistes et animateurs radio des régions sur les MTN	Véhicules, carburant, prise en charge hébergement et restauration des participants et chauffeurs, Matériel didactique
		3.3.5.3 Elaborer un plan- média avec les journalistes	PM

Priorité stratégique 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN			
Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
	3.3.6 D'ici 2020, 80% des maîtres coraniques sont sensibilisés sur les MTN et stratégie de lutte	3.3.6.1 Organiser avec le développement communautaire et l'action sociale une session de plaidoyer avec les maîtres coraniques par district	Véhicules, carburant, prise en charge hébergement et restauration des participants et chauffeurs, Matériel didactique
		3.3.6.2 Organiser des visites de proximité auprès des maîtres coraniques endurcis	Logistique et carburant
	3.3.7 Assurer l'orientation d'au moins 80% des acteurs communautaires sur les MTN	3.3.7.1 Former les relais communautaires sur les MTN au cours d'une réunion de coordination	Véhicules, carburant, prise en charge hébergement et restauration des participants et chauffeurs, Matériel didactique
		3.3.7.2 Former les réseaux des OCB sur les MTN	Véhicules, carburant, prise en charge hébergement et restauration des participants et chauffeurs, Matériel didactique
		3.3.7.3 Organiser des sessions d'orientation aux niveaux national et district à l'intention des praticiens de la médecine traditionnelle sur les MTN	Véhicules, carburant, prise en charge hébergement et restauration des participants et chauffeurs, Matériel didactique

Priorité stratégique 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche sur les MTN.			
Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
OS 4.1 : Contrôle et suivi des	4.1.1: Réaliser des enquêtes	4.1.1.1 Organiser des enquêtes d'impact du traitement de masse à l'Azithromycine dans les districts ayant déjà fait 3 tours de traitement	Véhicules, carburant, prise en charge, Hébergement et restauration des enquêteurs et chauffeurs, Matériel d'enquête, outils de gestion

Priorité stratégique 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche sur les MTN.

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
progrès accomplis	d'évaluation des interventions	4.1.1.2 Organiser des enquêtes d'évaluation de la prévalence des schistosomiasés dans les districts ayant fait 5 à 6 tours de traitement	Véhicules, carburant, prise en charge, Hébergement et restauration des enquêteurs et chauffeurs, matériel d'enquête, outils de gestion
		4.1.1.3 Organiser des enquêtes d'évaluation de la transmission de la FL dans les districts ayant fait 5 à 6 tours de traitement	Véhicules, carburant, prise en charge, Hébergement et restauration des Enquêteurs et chauffeurs, Matériel d'enquête, outils de gestion
		4.1.1.4 Organiser des enquêtes parasitologique pour la Schistosomiase dans les districts LQAS positifs	Véhicules, carburant, prise en charge, Hébergement et restauration des enquêteurs et chauffeurs, Matériel d'enquête, outils de gestion
		4.1.1.5 Organiser des enquêtes d'évaluation entomologiques de l'onchocercose dans les 8 districts endémiques	Véhicules, carburant, prise en charge, Hébergement et restauration des enquêteurs et chauffeurs, Matériel d'enquête, outils de gestion
		4.1.1.6 Organiser des enquêtes d'évaluation transversale dans les districts ayant fait 3 tours de traitement contre les bilharzioses	Véhicules, carburant, prise en charge, Hébergement et restauration des enquêteurs et chauffeurs, Matériel d'enquête, outils de gestion
		4.1.1.7 Réaliser une enquête CAP de base sur les MTN selon le profil épidémiologique	Véhicules, carburant, prise en charge, Hébergement et restauration des Enquêteurs et chauffeurs, Matériel d'enquête, outils de gestion
		4.1.1.8 Réaliser une enquête CAP finale sur les MTN selon le profil épidémiologique	Véhicules, carburant, prise en charge, Hébergement et restauration des Enquêteurs et chauffeurs, Matériel d'enquête, outils de gestion

Priorité stratégique 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche sur les MTN.			
Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
		4.1.1.9 Organiser des enquêtes LQAS pour le suivi des indicateurs de Changement de comportement	Véhicules, carburant, prise en charge, hébergement et restauration des Enquêteurs et chauffeurs, Matériel d'enquête, outils de gestion

Priorité stratégique 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche sur les MTN.			
Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
	4.1.2 : Renforcer l'utilisation des méthodes et technologies de collecte, de rétro information et d'analyse des données	4.1.2.1 Développer une plateforme de collecte de données par smartphone	Frais de consultance
		4.1.2.2 Former les utilisateurs sur les méthodes et technologies de collectes et d'analyse	Véhicules, carburant, prise en charge hébergement et restauration des formateurs et chauffeurs, frais de transport et restauration des participants, smartphones
	4.1.3 : Conduire des revues annuelles de la performance des programmes afin d'améliorer	4.1.3.1 Organiser des revues techniques annuelles	Prise en charge transport et restauration des Enquêteurs et chauffeurs, matériel didactique
		4.1.3.2 Organiser des ateliers de partage avec les différents acteurs de la lutte contre les MTN	Véhicules, carburant, prise en charge hébergement et restauration des participants et chauffeurs, Matériel didactique

Priorité stratégique 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche sur les MTN.

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
	la planification et les résultats	4.1.3.3 Organiser une journée de Suivi/Evaluation des activités des journalistes	Prise en charge hébergement et restauration des participants, matériel didactique
		4.1.3.4 Organiser des réunions de coordination trimestrielle avec les OCB dans chaque district	Restauration et prise en charge transport
		4.1.3.5 Organiser une supervision bimensuelle des OCB au niveau district	Véhicules, carburant, prise en charge

Priorité stratégique 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche sur les MTN.			
Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
OS 4.2 : Renforcer la surveillance et la recherche	4.2.1 Renforcer la surveillance des MTN	4.2.1.1 Organiser des enquêtes LQAS dans les 17 districts pour la Schistosomiase	Véhicules, carburant, prise en charge hébergement et restauration des enquêteurs et chauffeurs, Matériel d'enquête, outils de gestion
		4.2.1.2 Organiser une surveillance entomologique de la dengue	Véhicules, carburant, prise en charge hébergement et restauration des Enquêteurs et chauffeurs, Matériel d'enquête, outils de gestion
		4.2.1.3 Organiser une surveillance entomologique de l'onchocercose dans les districts d'endémie	Véhicules, carburant, prise en charge hébergement et restauration des Enquêteurs et chauffeurs, Matériel d'enquête, outils de gestion
		4.2.1.4 Mettre en oeuvre la surveillance communautaire de la Dracunculose dans tous les districts	Véhicules, carburant, prise en charge Hébergement et restauration des formateurs, chauffeurs et participants, supports de communication
	4.2.2 Entreprendre la recherche fondamentale et opérationnelle	4.2.2.1 Organiser une étude de sensibilité du Praziquantel sur les souches de bilharzies	Frais de consultance
		4.2.2.2 Organiser une recherche opérationnelle sur le lien entre les facteurs favorisants (présence de plan d'eau, absence du système d'assainissement, absence d'eau potable,...)	Frais de consultance
		4.2.2.3 Organiser des enquêtes LQAS pour le suivi des indicateurs de changement de comportement	Frais de consultance
		4.2.2.4 Réaliser une recherche socio-comportementale sur les MTN	Frais de consultance

Priorité stratégique 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche sur les MTN.			
Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Activités	Ressources nécessaires
		4.2.2.5 Organiser une recherche opérationnelle sur la Lèpre	Frais de consultance

V. Gestion du Plan Directeur de Lutte contre les MTN

5.1 La Coordination

La lutte contre les MTN est caractérisée par sa complexité de management du fait qu'elle regroupe plusieurs affections (onchocercose, filariose lymphatique, schistosomiasés, géohelminthiases, trachome, lèpre, ver de Guinée, dengue, rage et leishmaniosés) et plusieurs acteurs. Il existe plusieurs programmes de lutte prenant en compte une ou deux affections. Il importe d'intégrer d'avantage plusieurs maladies dans un seul programme par soucis d'efficience et d'efficacité.

Au sein même du MSAS ces programmes pourront impliquer plusieurs directions ou divisions (Cellule santé communautaire, Direction de la Prévention, Programme National de lutte contre le Paludisme, Etc.) sans compter l'appui transversal dont ils auront tous besoin dans leur mise en œuvre (SNISS...).

De nombreux secteurs sont aussi impliqués dans la lutte contre les MTN dont les principaux sont : Santé, Elevage, Hydraulique, Education...La mise en place de la plateforme multisectorielle de lutte contre la maladie basée sur les déterminants de la santé récemment promue au MSAS est une belle opportunité pour la lutte contre les MTN.

Il importe d'assurer une bonne coordination avec toutes ces parties prenantes. L'ensemble des stratégies (DMM, prise en charge des cas, prévention et surveillance) développées généreront une multitude de données dont il faudra en assurer le suivi périodique et rigoureux.

L'impact des interventions sera évalué à travers des procédures déjà éprouvées.

a) Coordination interne

La tenue d'une réunion de coordination mensuelle de l'équipe de coordination des MTN passera en revue les différentes activités réalisées, appréciera celles qui sont planifiées à moyen terme et consolidera les plages de collaboration entre les différentes divisions intervenant dans la lutte contre les MTN. Elle sera élargie à toute personne dont les compétences sont jugées nécessaires.

b) Coordination au sein du Ministère de la Santé et de l'action sociale

Au sein du MSAS, il importe d'avoir des instances de coordination entre les différentes directions, divisions et services rattachés. Ces réunions de coordination semestrielles, présidées par le Directeur général de la Santé seront tenues sur des thèmes spécifiques.

c) Coordination avec les autres parties prenantes

La lutte contre les MTN concerne plusieurs secteurs dont principalement celui de la santé, de l'élevage, de l'éducation, de l'hydraulique, les ONG, les institutions de recherche, le secteur privé... Il importe d'organiser une coordination régulière pour s'assurer de la mise en œuvre cohérente, efficace et efficiente de la lutte contre les MTN. Ainsi, par exemple les résultats de la lutte contre une maladie donnée seront mis en commun et partagés par toutes les parties



prenantes. Le Comité de Pilotage et le comité technique qui seront mis en place devront jouer un rôle important dans cette coordination.

d) Centres collaborateurs de la lutte contre les MTN

Les orientations stratégiques de la lutte contre les MTN recommandent une gestion pluri pathologique de la lutte par une approche intégrée des interventions avec un souci de l'innovation particulièrement pour les maladies qui ne bénéficient pas de suffisamment d'outils. C'est pourquoi, la collaboration avec les parties prenantes intervenant dans cette lutte est importante particulièrement avec les institutions de recherche.

Le management des programmes établira une étroite collaboration avec les institutions suivantes :

- Institut Pasteur de Dakar,
- Faculté de Médecine et de Pharmacie
- Département de Parasitologie
- Clinique des Maladies Infectieuses
- Clinique Dermatologique
- Clinique Ophtalmologique
- Clinique d'Urologie
- Section de la Lutte Antiparasitaire (SLAP),
- Faculté des Sciences et Techniques : Laboratoire d'Ecologie Vectorielle et Parasitaire (LEVP) de la Faculté des Sciences et Techniques (FAST)
- Laboratoire National de l'Élevage et de Recherches Vétérinaires de Dakar (LNERV)
- Ecole Inter-Etats des Sciences et Médecine Vétérinaires de Dakar (EISMV),
- Institut de Santé et Développement (ISED)
- Institut de Recherche pour le Développement (IRD)
- Centre Hospitalo-universitaire de l'Ordre de Malte (CHOM)
- Organisation pour la mise en valeur du fleuve Sénégal (OMVS).

5.2 Suivi de la Mise en œuvre du Plan

a) Suivi de la gestion des ressources

Dans le cadre de la lutte contre les MTN de nombreuses ressources seront requises (humaines, matérielles, logistiques et financières). Il importe de s'assurer d'une disponibilité effective de ces ressources dans les délais requis. Des principes comme la transparence, l'équité et la promotion de la compétence, du travail bien fait devront animer à chaque instant les responsables. L'obligation de rendre compte doit être un souci permanent des agents responsables de la lutte contre les MTN à tous les niveaux. Il faudra aussi veiller à leur utilisation rationnelle par le respect des procédures de gestion qui seront mises en place et régulièrement revues par le comité de pilotage. Les rapports financiers seront partagés au cours de certaines instances en particulier la revue technique annuelle des activités de lutte contre les MTN.

Les compétences des ressources humaines impliquées dans la gestion des ressources surtout financières et matérielles (médicaments et autres intrants), seront renforcées à tous les niveaux pour leur utilisation efficiente. L'OMS poursuivra son appui au pays pour la commande et la réception des médicaments destinés à la lutte contre les MTN

b) Suivi de l'exécution des activités

Il va permettre de suivre l'exécution des activités planifiées aux différents niveaux pour identifier les contraintes et proposer des mesures correctrices afin d'améliorer les performances. Différents types d'activités ont été inscrits dans ce présent plan en rapport avec le renforcement institutionnel, le plaidoyer, la sensibilisation, la mobilisation sociale, la prise en charge des cas, l'exécution des activités de traitements et leur évaluation. Toutes ces activités devront faire l'objet d'un suivi régulier à travers un tableau de bord au niveau du management de la lutte contre les MTN. L'on devra s'assurer de la prise en compte de cette lutte dans les plans du niveau décentralisé. Une attention particulière sera accordée aux indicateurs de processus identifiés pour l'atteinte des objectifs stratégiques et spécifiques qui visent le contrôle, l'élimination ou l'éradication des MTN.

L'élaboration d'un plan de suivi évaluation dont les axes essentiels sont : la supervision régulière, le monitoring des activités, et la tenue des rencontres périodiques avec les différents acteurs (réunions de coordination mensuelles internes, revues trimestrielles techniques conjointes intra et extra sectorielles, revues techniques annuelles, revues annuelles conjointes des activités avec les institutions de recherche...) permettra de suivre rigoureusement l'exécution du présent plan stratégique.

Tableau 33: Cadre de suivi de la mise en œuvre du plan

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif stratégique 1.1 : Assurer la chimiothérapie préventive intégrée pour les 5 MTN (Filariose lymphatique, Trachome, Onchocercose, schistosomiasés,									
1.1.1: Renforcer la gestion de l'administration massive de médicaments à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	1.1.1.1 Mettre en place les médicaments de la chimiothérapie préventive de masse dans toutes les districts cibles	Taux de couverture de la distribution en médicaments MTN	[Numérateur: Nombre de districts couvert] [Dénominateur: nombre districts ciblé] Calcul : [Numérateur ÷ Dénominateur] x 100	Bordereau de réception	100%	100%	100%	100%	100%
	1.1.1.2 Organiser des ateliers régionaux d'orientation des ECD sur la DMM	Nombre de prestataires formés	[Nombre de districts] * 5	Rapport de formation	380	345	330	330	315
	1.1.1.3 Organiser des ateliers d'orientation des ICP sur la DMM	Pourcentage d'ICP formes	[Numérateur: Nombre d'ICP formé] [Dénominateur: nombre d'ICP Existant] Calcul : [Numérateur ÷ Dénominateur] x 100	Rapports de formation	100%	93%	89%	85%	85%
	1.1.1.4 Organiser les campagnes de DMM dans toutes les régions cibles	Couverture Géographique	[Numérateur: Nombre de districts couvert] [Dénominateur: nombre districts ciblés] Calcul : [Numérateur ÷ Dénominateur] x 100	rapport de campagne	100%	100%	100%	100%	100%
	1.1.1.5 Assurer la supervision de la DMM a tous les niveaux	Nombre de rapports de supervision soumis		Rapports de supervision	14	14	14	14	14
	1.1.1.6 Organiser des ateliers d'évaluation de la DMM au niveau régional et national	Nombre de rapports d'évaluation de la campagne	Nombre de rapports d'évaluation Régionale + Nombre de rapport d'évaluation nationale	Rapport des ateliers d'évaluation	15	15	15	15	15



Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif stratégique 1.1 : Assurer la chimiothérapie préventive intégrée pour les 5 MTN (Filariose lymphatique, Trachome, Onchocercose, schistosomiasés,									
	1.1.1.7 Organiser une évaluation de la qualité des données sur la DMM	Couverture Géographique de l'Enquête	[Numérateur: Nombre de villages échantillonnés] [Dénominateur: nombre de villages enquêtés] Calcul : [Numérateur ÷ Dénominateur] x 100	Rapport du DQA	100%		100%		100%
	1.1.1.8 Organiser une enquête de couverture après DMM	Couverture Géographique de l'Enquête	[Numérateur: Nombre de districts enquêtés] [Dénominateur: nombre de districts cible pour l'Enquête] Calcul : [Numérateur ÷ Dénominateur] x 100	Rapport de l'Enquête de couverture	100%	100%	100%	100%	100%
1.1.2 : Renforcer les interventions de prise en charge de la morbidité (trichiasis, hydrocèles et lymphœdèmes)	1.1.2.1 Assurer le dépistage des cas de morbidité MTN/CTP	Nombre de cas dépistés		Registres de consultation Outils de gestion					
	1.1.2.2 Assurer la disponibilité des médicaments et produits destinés à la prise en charge des cas de morbidité	Type d'intrants disponibles	- Kits pour les cures d'hydrocèles -Kits de trabut - kits de prise en charge des cas de lymphœdèmes	Bons de livraison	3	3	3	3	3
	1.1.2.3 Opérer les cas d'hydrocèles dépistés lors des DMM	Pourcentage de cas d'hydrocèles pris en charge	[Numérateur: Nombre de cas d'hydrocèles opérés] [Dénominateur: nombre de cas dépistés] Calcul : [Numérateur ÷ Dénominateur] x 100	Rapport de campagne d'opération	70%	70%	70%	70%	70%
	1.1.2.4 Opérer les cas de trichiasis dépistés	Nombre de cas de trichiasis dépistés	Somme arithmétique	Rapport de campagnes	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
	1.1.2.5 Appuyer la PEC des cas de lymphœdèmes dépistés après la campagne	Nombre de cas de lymphœdèmes pris en charge		Rapport de distribution	200	200	200	200	200

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif stratégique 1.1 : Assurer la chimiothérapie préventive intégrée pour les 5 MTN (Filariose lymphatique, Trachome, Onchocercose, schistosomiasis,									
1.1.3 : Renforcer la collaboration entre le MSAS et le secteur de l'éducation dans le cadre de la mise en œuvre de la DMM.	1.1.3.1 Organiser des sessions d'orientation de 5000 enseignants sur la DMM	Pourcentage d'enseignants formes	[Numérateur: Nombre d'enseignants formé] [Dénominateur: nombre d'enseignants ciblé] Calcul : $[\text{Numérateur} \div 5000] \times 100$	Rapport de formation	30%	75%	100%		
	1.1.3.2 Organiser des missions de supervision conjointe entre les deux secteurs	Nombre de supervision conjointe organisée		Rapport de supervision	1	1	1	1	1
Objectif Stratégique 1. 2 : Assurer la prise en charge intensifiée des cas pour les 5 MTN (exposition à la rage, lèpre, Dengue, Leishmaniose, Ver de guinée)									
1.2.1 : Évaluer la charge de morbidité	1.2.1.1 Organiser une enquête épidémiologique sur la Leishmaniose au Sénégal	Couverture de l'Enquête épidémiologique de la Leishmaniose	[Numérateur: Nombre de sites enquêtés] [Dénominateur: nombre de sites cible pour l'Enquête] Calcul : $[\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}] \times 100$	Rapport d'Enquête	80%	80%			
	1.2.1.2 Organiser une Enquête épidémiologique sur la Rage au Sénégal	Couverture de l'Enquête épidémiologique de la rage	[Numérateur: Nombre de sites enquêtés] [Dénominateur: nombre de sites cible pour l'Enquête] Calcul : $[\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}] \times 100$	Rapport d'Enquête	80%	80%			
	1.2.1.3 Organiser des campagnes de dépistage actif des cas de Lèpre et de Leishmaniose dans les régions cibles	Couverture géographique de la campagne de dépistage	[Numérateur: Nombre de districts dépistés] [Dénominateur: nombre de districts cible] Calcul : $[\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}] \times 100$	Rapport d'activité	80%	80%	80%	80%	80%

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif Stratégique 1. 2 : Assurer la prise en charge intensifiée des cas pour les 5 MTN (exposition à la rage, lèpre, Dengue, Leishmaniose, Ver de guinée)									
1.2.2 : Assurer la prise en charge des cas (MTN à PEC)	1.2.2.1 Assurer la disponibilité des médicaments et vaccins pour la prise en charge des cas	Couverture géographique	[Numérateur: Nombre de districts couverts] [Dénominateur: nombre de districts cible] Calcul : [Numérateur ÷ Dénominateur] x 100	bordereau de livraisons	100%	100%	100%	100%	100%
	1.2.2.2 Assurer la prise en charge des cas dépistés	Taux de prise en charge	[Numérateur: Nombre de cas pris en charge] [Dénominateur: nombre de total de cas] Calcul : [Numérateur ÷ Dénominateur] x 100	Rapport d'activités	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %
1.2.3 : Prendre en charge les infirmités	1.2.3.1 Effectuer des missions PIRP (prévention des infirmités et réadaptation physique des personnes affectées par la lèpre)	Nombre de mission PIRP organisé	Somme arithmétique	Rapport de mission	2	2	2	2	2
	1.2.3.2 Apporter une aide sociale aux personnes affectées à la lèpre	Pourcentage de personnes affectées par la lèpre assistes	[Numérateur: Nombre de personnes assistées] [Dénominateur: nombre de personnes affectées] Calcul : [Numérateur ÷ Dénominateur] x 100	bordereau	25%	40%	60%	80%	100%

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif stratégique 1.3 : Renforcer le système de santé et les capacités des programmes MTN									
1.3.1 : renforcer le système de santé	1.3.1.1 Organiser un atelier d'intégration des données DMM dans le DHIS2	Nombre d'atelier organisé	Somme arithmétique	Rapport d'atelier	1				
	1.3.1.2 Organiser un atelier de formation des utilisateurs (DLM) du logiciel DHIS2	Nombre d'ateliers de formation organisé	Somme arithmétique	Rapport de formation	1				
	1.3.1.3 Former les chefs de brigades régionales et départementales de l'hygiène sur les MTN	Pourcentage d'agents d'hygiène formé	[Numérateur: Nombre d'agents d'hygiène formé] [Dénominateur: nombre d'agents d'hygiène cible] Calcul : [Numérateur ÷ Dénominateur] x 100	Rapport de formation	50%	50%			
	1.3.1.4 Organiser des missions de supervision formative sur les MTN au niveau des régions et districts	Nombre de régions supervisé	Somme arithmétique	Rapport de supervision	14	14	14	14	14
	1.3.1.5 Intégrer les MTN dans les supervisions des districts	Nombre de supervisions intégrées de district organisé	Somme arithmétique	Rapports de supervision	76	76	76	76	76

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif stratégique 1.3 : Renforcer le système de santé et les capacités des programmes MTN									
1.3.2 : Renforcer la capacité des programmes nationaux de lutte contre les MTN	1.3.2.1 Doter la coordination d'équipements informatique et bureautique	Nombre d'ordinateurs acheté	Somme arithmétique	Bordereau de livraisons	10			10	
	1.3.2.2 Affecter un pharmacien /Logisticien pour la gestion des intrants et de la pharmacovigilance lies aux MTN.	Nombre de pharmacien affecté	Somme arithmétique	Note de prise de service	1				
	1.3.2.3 Nommer un point focal MTN	Nombre de point focal nommé	Somme arithmétique	Arrêté de nomination	1				
	1.3.2.4 Nommer un coordonnateur du PNEFL	Nombre de coordonnateur nommé	Somme arithmétique	Arrêté de nomination	1				
	1.3.2.5 Nommer un coordonnateur du PNLB	Nombre de coordonnateur nommé	Somme arithmétique	Arrêté de nomination	1				
	1.3.2.6 Affecter 3 techniciens supérieurs en Santé à la coordination MTN	Nombre de techniciens affecté	Somme arithmétique	Note de prise de service	3				
	1.3.2.7 Former 3 membres de la coordination MTN en suivi évaluation	Nombre d'agents de la DLM formé	Somme arithmétique	Rapport de formation	3				
	1.3.2.8 Doter la coordination de 3 véhicules de supervision	Nombre de véhicules acheté	Somme arithmétique	Bordereau de livraison	3				

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif stratégique 2.2 : Institutionnaliser le financement des programmes de lutte contre les MTN									
2.2.3 : renforcer les capacités gestionnaires des programmes de lutte contre les MTN pour la reddition des comptes et le Reporting des activités	2.2.3.1 Former les gestionnaires des programmes MTN sur les outils de Reporting des activités	Nombre de gestionnaires de programmes MTN formé sur les outils de Reporting	Somme arithmétique	Rapport de formation	5				
	2.2.3.2 Organiser des réunions de coordinations mensuelles (bilan technique et financier des activités réalisées, activités à planifier)	Nombre de réunion mensuelle tenu	Somme arithmétique	Compte rendu de réunions	12	12	12	12	12
2.2.4 : entreprendre le plaidoyer pour un financement international prévisible à long terme en faveur de la lutte contre les MTN.	2.2.4.1 Organiser un atelier national de lancement du plan stratégique 2016 - 2020 de lutte contre les MTN	Nombre d'atelier de lancement du plan tenu	Somme arithmétique	Rapport d'atelier	1				
	2.2.4.2 Organiser une rencontre des partenaires techniques et financiers pour définir le financement accorde aux MTN	Nombre de table ronde des partenaires tenu	Somme arithmétique	Rapport de réunions	1	1	1	1	1

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif stratégique 3.1 : Renforcer les mécanismes nationaux de coordination de la lutte contre les MTN									
3.1.1 : Renforcer le dispositif institutionnel de pilotage du programme national de lutte contre les MTN	3.1.1.1 Organiser tous les ans un forum national sur les MTN	Nombre de forum national sur les MTN organisé	Somme arithmétique	Rapport du forum national	1	1	1	1	1
	3.1.1.2 Mettre en place un comité des experts techniques de lutte contre les MTN	Nombre de comité d'experts techniques mis en place	Somme arithmétique	Arrêté de création	1				
3.1.2 : renforcer les dispositifs de lutte contre les MTN au niveau régional et local	3.1.2.1 : Nommer un point focal MTN dans chaque région et district sanitaire	Nombre de points focaux MTN nommé	Somme arithmétique	Lettre de nomination	76				
	3.1.2.2 : Désigner des responsables nationaux pour les 4 axes du pays	Nombre de responsables de zone nommé	Somme arithmétique	Lettre de nomination	4				
Objectif stratégique 3.2 : Renforcer la collaboration intra et intersectorielle									
3.2.1 Promouvoir les liens entre les programmes de lutte contre les MTN et d'autres programmes du secteur de la santé, afin d'assurer une couverture plus large et de réduire les coûts opérationnels;	3.2.1.1 Mettre en place un cadre de concertation avec les autres programmes et services du MSAS	Nombre de réunions élargies aux autres services et directions du MSAS tenu	Somme arithmétique	Rapport de réunion	1	1	1	1	1
	3.2.1.2 Organiser un atelier de partage avec les autres programmes et services du MSAS sur les MTN	Nombre d'atelier de partage organisé	Somme arithmétique	Rapport de l'atelier	1	1	1	1	1

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif stratégique 3.2 : Renforcer la collaboration intra et intersectorielle									
3.2.2 : Promouvoir la collaboration multisectorielle pour la lutte contre les MTN	3.2.2.1 Mettre en place un comité multisectoriel de lutte contre les MTN	Nombre de réunions du comité multisectoriel tenu	Somme arithmétique	Rapports de réunion	1	1	1	1	1
	3.2.2.2 Organiser une revue annuelle des activités multisectorielles de lutte contre les MTN	Nombre de revue technique organisé	Somme arithmétique	Rapport de la revue	1	1	1	1	1
	3.2.2.3 Organiser un atelier de plaidoyer auprès des secteurs impliqués sur les enjeux de la lutte contre les MTN	Nombre d'atelier de plaidoyer tenu	Somme arithmétique	Rapport de l'atelier	1		1		1
Objectif stratégique 3.3 : Renforcer la communication sur les MTN, développement durable et émergence									
3.3.1 D'ici 2020, au moins 90% des enfants d'âge Scolaire sont sensibilisés sur les MTN	3.3.1.1 Appuyer l'organisation d'une journée MTN dans les lycées ou collèges des 76 districts sanitaires	Pourcentage de districts ayant organisé une journée MTN dans les lycées et collèges	[Numérateur: Nombre de districts ayant organisé] [Dénominateur: Nombre de districts ciblé] Calcul : $[\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}] \times 100$	Rapport d'activités	76	76	76	76	76
	3.3.1.2 Contractualiser avec les radios communautaires pour les MTN	Taux de contractualisation avec les radios communautaires	[Numérateur : nombre de contrats avec radio communautaires signé] [Dénominateur: nombre de contrats planifié] Calcul : $[\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}] \times 100$	Contrats	80%	80%	80%	80%	80%

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif stratégique 3.3 : Renforcer la communication sur les MTN, développement durable et émergence									
3.3.2 Au moins 90% des populations adhèrent aux campagnes de DMM tous les ans	3.3.2.1 Appuyer l'organisation des VAD pour la gestion des cas de refus enregistrés lors des dernières campagnes	Nombre de VAD	[Numérateur : Nombre de VAD fait] [Dénominateur : Nombre de VAD planifiée] Calcul : $[\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}] \times 100$	Rapport de VAD	90%	90%	90%	90%	90%
	3.3.2.2 Faire des visites de proximité auprès des chefs de village pour faire adhérer les chefs de ménage à la DMM	Pourcentage de visites de proximité effectué	[Numérateur : Nombre de visites de proximité effectué] [Dénominateur : Nombre de visites planifiées] Calcul : $[\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}] \times 100$	Rapport de visites de proximité	90%	90%	90%	90%	90%
	3.3.2.3 Organiser une journée nationale de lancement de la DMM	Nombre de journée de lancement	Somme arithmétique	Rapport d'activité	1	1	1	1	1
	3.3.2.4 Réviser les spots audiovisuels et radiophoniques avant chaque DMM	Nombre de spot révisé	Somme arithmétique	spot	1	1	1	1	1
	3.3.2.5 Diffuser des spots et émissions radios et télés au niveau national sur les MTN	Taux de diffusion	[Numérateur : Nombre de spots/émission radio et télés diffusé] [Dénominateur : Nombre planifié] Calcul : $[\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}] \times 100$	Bon de commande					
	3.3.2.6 Animer des émissions radio sur la DMM	Nombre d'émissions radios tenu	Somme arithmétique	Emissions radio	100	100	100	100	100

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif stratégique 3.3 : Renforcer la communication sur les MTN, développement durable et émergence									
	3.3.2.7 Diffuser les spots produits dans les radios régionales et communautaires	Nombre de spots diffusé	Somme arithmétique	spots	300	300	300	300	300
	3.3.2.8 Concevoir 200 banderoles pour la DMM par an	Nombre de banderoles conçu	Somme arithmétique	banderole	200	200	200	200	200
	3.3.2.9 confectionner 7500 dossards et 7500 casquettes pour les distributeurs communautaires	Nombre de dossards et casquettes confectionné	Somme arithmétique	Dossards casquettes	15000	15000	15000	15000	15000
	3.3.2.10 Produire 6 000 tee-shirts (PM, GM) et 6000 casquettes pour les cérémonies de lancement.	Nombre de tee-shirts et de casquettes confectionné	Somme arithmétique	Tee-shirts casquettes	12000	12000	12000	12000	12000
3.3.3 D'ici 2020 au moins 80% des populations sont sensibilisées sur les MTN et stratégies de lutte	3.3.3.1 Organiser des sessions d'orientation pour les 76 comités de mobilisation sociale de district et 14 comités au niveau régional sur les MTN	Nombre de sessions d'orientation tenu	Somme arithmétique	Rapports de session	76	76	76	76	76
	3.3.3.2 Réaliser et diffuser un publi-reportage télé sur les MTN	Nombre de publi-reportage diffusé	Somme arithmétique	Publireportage	1	1	1	1	1
	3.3.3.3 Diffuser 300 Spots télé durant les cinq ans	Nombre de spots télé diffusés	Somme arithmétique	Spots télé	50	50	50	75	75

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif stratégique 3.3 : Renforcer la communication sur les MTN, développement durable et émergence									
	3.3.3.4 Confectionner 50 Panneaux géants sur les MTN	Nombre de panneaux géants confectionné	Somme arithmétique	Panneaux géants	10	10	10	10	10
	3.3.3.5 assurer la location d'espaces publicitaires pour les panneaux géants	Nombre de panneaux affichés	Somme arithmétique	Panneaux	10	10	10	10	10
	3.3.3.6 Confectionner deux Kakémonos pour le niveau central	Nombre de kakémonos confectionnés	Somme arithmétique	Kakémonos	10	10	10	10	10
	3.3.3.7 Participer à deux émissions « 3 heures pour savoir et 3 heures pour convaincre » au numéro-vert du MSAS par semestre	Nombre de participation à l'émission	Somme arithmétique	Emissions	2	2	2	2	2
	3.3.3.8 Négocier quatre émissions de grande audience (télé et radios)	Nombre d'émissions effectuées	Somme arithmétique	Emissions	4	4	4	4	4
	3.3.3.9 Organiser une journée nationale de lancement du plan de communication MTN	Nombre de journée nationale de lancement du plan de communication	Somme arithmétique	Rapport de la journée	1				

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif stratégique 3.3 : Renforcer la communication sur les MTN, développement durable et émergence									
	3.3.3.4 Confectionner 50 Panneaux géants sur les MTN	Nombre de panneaux géants confectionné	Somme arithmétique	Panneaux géants	10	10	10	10	10
	3.3.3.5 assurer la location d'espaces publicitaires pour les panneaux géants	Nombre de panneaux affichés	Somme arithmétique	Panneaux	10	10	10	10	10
	3.3.3.6 Confectionner deux Kakémonos pour le niveau central	Nombre de katémonos confectionné	Somme arithmétique	Katémonos	10	10	10	10	10
	3.3.3.7 Participer à deux émissions « 3 heures pour savoir et 3 heures pour convaincre » au numéro-vert du MSAS par semestre	Nombre de participation à l'émission	Somme arithmétique	Emissions	2	2	2	2	2
	3.3.3.8 Négocier quatre émissions de grande audience (télé et radios)	Nombre d'émissions effectuées	Somme arithmétique	Emissions	4	4	4	4	4
	3.3.3.9 Organiser une journée nationale de lancement du plan de communication MTN	Nombre de journée nationale de lancement du plan de communication	Somme arithmétique	Rapport de la journée	1				

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif stratégique 3.3 : Renforcer la communication sur les MTN, développement durable et émergence									
	3.3.3.10 Organiser 13 journées de lancement régional du plan de communication MTN	Nombre de journée régionale de lancement du plan de communication	Somme arithmétique	Rapports des journées	13	13	13	13	13
	3.3.3.11 Organiser des Restitutions communautaires des résultats des activités de lutte contre les MTN au niveau de chaque poste de santé	Pourcentage de journées de restitution organisé	[Numérateur: Nombre de journées de restitution organisées] [Dénominateur: nombre de journée prévues] Calcul : $[\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}] \times 100$	Rapports des journées	80%	80%	80%	80%	80%
	3.3.3.12 Diffuser des messages sur les mesures d'hygiène individuelle et collective à travers la téléphonie mobile	Pourcentage de diffusions des messages par téléphonie mobile	[Numérateur: Nombre de messages diffusé par téléphonie mobile] [Dénominateur: nombre de diffusions prévu] Calcul : $[\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}] \times 100$	Messages	80%	80%	80%	80%	80%
	3.3.3.13 Organiser des animations publiques sur les MTN dans les zones où la couverture radiophonique est faible	Pourcentage d'animations publiques	[Numérateur: Nombre de d'animations publiques effectué] [Dénominateur: nombre d'animations prévu] Calcul : $[\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}] \times 100$	Rapport d'animation	80%	80%	80%	80%	80%

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif stratégique 3.3 : Renforcer la communication sur les MTN, développement durable et émergence									
	3.3.3.14 Organiser un atelier de révision des supports de communication sur les MTN	Nombre d'atelier de révision des supports de communication tenu	Somme arithmétique	Supports de communication	1	1	1	1	1
	3.3.3.15 Reproduire les supports de communication élaborés sur les MTN.	Nombre de supports de communication reproduit	Somme arithmétique	Supports de communication	10000	10000	10000	10000	10000
3.3.4 D'ici 2020, amener au moins 80% des leaders d'opinions à faire le plaidoyer en faveur des MTN	3.3.4.1 Organiser un forum sur les MTN avec les leaders au niveau des 72 districts	Nombre de forums de district organisé	Somme arithmétique	Rapports d'activités	72		72		72
	3.3.4.2 Organiser 50 séances de Dialogue communautaire à l'endroit des leaders	Nombre de séances de dialogue communautaire	Somme arithmétique	Rapport d'activités	50	50	50	50	50
	3.3.4.3 Organiser des visites de proximité avec les leaders des confréries et le clergé	Pourcentage d'organisation des visites de proximité avec les leaders	[Numérateur: Nombre de visites de proximité effectuées] [Dénominateur: nombre de visites prévues]	Rapport d'activité	80%	80%	80%	80%	80%

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif stratégique 3.3 : Renforcer la communication sur les MTN, développement durable et émergence									
3.3.7 Assurer l'orientation d'au moins 80% des acteurs communautaires sur les MTN	3.3.7.1 Former les relais communautaires sur les MTN au cours d'une réunion de coordination	Pourcentage de relais communautaires formés sur les MTN	[Numérateur: Nombre de de relais orientés] [Dénominateur: nombre prévu] Calcul : $[\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}] \times 100$	Rapport de formation	80%	80%	80%	80%	80%
	3.3.7.2 Former les réseaux des OCB sur les MTN	Pourcentage de réseaux des OCB formé sur les MTN	[Numérateur: Nombre de de réseaux OCB orientés] [Dénominateur: nombre prévu] Calcul : $[\text{Numérateur} \div \text{Dénominateur}] \times 100$	Rapport de formation	80%	80%	80%	80%	80%
Objectif stratégique 4.1 : Contrôle et suivi des progrès accomplis									
4.1.1: Réaliser des enquêtes d'évaluation des interventions	4.1.1.1 Organiser des enquêtes d'impact du traitement de l'Azithromycine dans les districts ayant déjà fait 3 tours de traitement	Nombre de districts ayant effectué l'Enquête d'impact	Somme arithmétique	Protocole d'Enquête Rapport d'Enquête	10	3		1	
	4.1.1.2 Organiser des Enquêtes d'évaluation de la prévalence des schistosomiasés dans les districts ayant fait 5 à 6 tours de traitement	Nombre de districts ayant effectué l'évaluation de la prévalence	Somme arithmétique	Protocole d'Enquête Rapport d'Enquête	29	8	12		
	4.1.1.3 Organiser des Enquêtes d'évaluation de la transmission de la FL dans les districts ayant fait 5 à 6 tours de traitement	Nombre de districts ayant effectué l'évaluation de la transmission FL	Somme arithmétique	Protocole d'Enquête Rapport d'Enquête	7		6		37

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle					
					2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 4.1 : Contrôle et suivi des progrès accomplis										
	4.1.1.4 Organiser des Enquêtes parasitologique pour la Schistosomiase dans les districts LQAS positifs	Nombre de districts ayant effectué les Enquêtes LQAS	Somme arithmétique	Protocole d'Enquête Rapport d'enquête	17					
	Organiser des Enquêtes parasitologique pour les géohelminthiases	Nombre de districts ayant effectué l'Enquête parasitologique pour les Géohelminthiases	Somme arithmétique	Protocole d'enquête Rapport d'Enquête	27	46	3			27
	4.1.1.5 Organiser des enquêtes d'évaluation entomologiques de l'onchocercose dans les 8 districts endémiques	Nombre de districts ayant effectué l'évaluation entomologique	Somme arithmétique	Protocole d'enquête Rapport d'enquête	8					
	4.1.1.6 Organiser des Enquêtes d'évaluation transversale dans les districts ayant fait 3 tours de traitement contre les bilharzioses	Nombre de districts ayant effectué l'évaluation entomologique	Somme arithmétique	Protocole d'enquête Rapport d'enquête	13					
	4.1.1.7 Réaliser une enquête CAP initiale sur les MTN selon le profil épidémiologique des districts	Nombre d'enquête CAP initiale réalisé	Somme arithmétique	Protocole Résultat	1					
	4.1.1.8 Réaliser une enquête CAP finale sur les MTN selon le profil épidémiologique des districts	Nombre d'enquête CAP finale réalisé	Somme arithmétique	Protocole Résultat						1

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif stratégique 4.1 : Contrôle et suivi des progrès accomplis									
4.1.2 : Renforcer l'utilisation des méthodes et technologies de collecte, d'analyse et de rétro informations des données	4.1.2.1 Développer une plateforme de collecte de données par smartphone	Pourcentage de réalisation d'une plateforme de collecte de données	[Numérateur: Nombre de protocole élaboré] [Dénominateur: nombre de protocole mise en œuvre] Calcul : [Numérateur ÷ Dénominateur] x 100	Protocole d'élaboration de la plateforme	50%	100%			
	4.1.2.2 Former les utilisateurs sur les méthodes et technologies de collectes et d'analyse	Nombre de personnes formé sur la plateforme de collecte de données	Somme arithmétique		400				
4.1.3 : Conduire des revues annuelles de la performance des programmes afin d'améliorer la planification et les résultats	4.1.3.1 Organiser des revues techniques annuelles	Nombre de revues réalisées	Somme arithmétique	Rapport de revue	1	1	1	1	1
	4.1.3.2 Organiser des ateliers de partage avec les différents acteurs de la lutte contre les MTN	Nombre d'ateliers réalisés	Somme arithmétique	PTA	1	1	1	1	1
	4.1.3.3 Organiser une journée de suivi/évaluation des activités des journalistes	Nombre de journée de suivi du plan média tenu	Somme arithmétique	Rapport d'atelier	1	1	1	1	1
	4.1.3.4 Organiser des réunions de coordination trimestrielle avec les OCB au niveau de chaque district	Nombre de réunions de coordination avec les OCB tenu	Somme arithmétique	Rapports de réunion	304	304	304	304	304
	4.1.3.5 Organiser une mission de supervision bimensuelle des OCB au niveau district	Nombre de supervision des OCB mené	Somme arithmétique	Rapports de supervision	456	456	456	456	456

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif stratégique 4.2 : Renforcer la surveillance et la recherche									
4.2.1 Renforcer la surveillance des MTN	4.2.1.1 Organiser des enquêtes LQAS / schisto dans les 17 districts	Nombre d'enquête LQAS/schisto	Somme arithmétique	Protocole et Rapports	17			17	
	4.2.1.2 Organiser une surveillance entomologique de la dengue	Couverture géographique de la surveillance	[N: Nombre de DS surveillés] [D: nombre de DS cibles] Calcul : $[N \div D] \times 100$	rapport annuel de la surveillance	90%	90%	90%	90%	90%
	4.2.1.3 Organiser une surveillance entomologique de l'onchocercose dans les districts d'endémie	Couverture géographique de la surveillance	[N: Nombre de DS surveillés] [D: nombre de DS cibles] Calcul : $[N \div D] \times 100$	rapport annuel de la surveillance	100%	100%	100%	100%	100%
	4.2.1.4 Mettre en œuvre la surveillance communautaire de la Dracunculose dans tous les districts	Couverture géographique de la surveillance	[N: Nombre de DS surveillés] [D: nombre de DS cibles] Calcul : $[N \div D] \times 100$	rapport annuel de la surveillance	100%	100%	100%	100%	100%
4.2.2 entreprendre la recherche fondamentale et opérationnelle	4.2.2.1 Organiser une étude de sensibilité du praziquantel sur les différentes souches de bilharzies	Nombre d'étude menée	Somme arithmétique	protocole de recherche		1			
	4.2.2.2 Organiser une recherche opérationnelle sur le lien entre les facteurs favorisant (présence de plan d'eau, absence du système d'assainissement, absence d'eau potable,...)	Nombre de recherche effectué	Somme arithmétique	Protocole de recherche		1			

Objectifs spécifiques	Activités	Indicateurs	Définition Indicateurs	Source de vérification	Cible Annuelle				
					2016	2017	2018	2019	2020
Objectif stratégique 4.2 : Renforcer la surveillance et la recherche									
	4.2.2.3 Organiser des enquêtes LQAS pour le suivi des indicateurs de CC	Nombre d'enquête LQAS/CC mené	Somme arithmétique	Rapport et protocole d'enquête			1		1
	4.2.2.4 Réaliser une recherche socio-comportementale sur les MTN	Nombre de recherche socio-comportementale menée	Somme arithmétique	Rapport et protocole de recherche		1			
	4.2.2.5 Organiser une recherche opérationnelle sur la Lèpre	Nombre de recherche opérationnelle lèpre menée	Somme arithmétique	Rapport et protocole de recherche	1				

c) Suivi des Résultats

Les résultats, particulièrement ceux en rapport avec les données de couvertures géographiques, thérapeutiques ou même toute offre de soins préventifs ou thérapeutiques ou de surveillance feront l'objet d'un suivi très régulier. Le management du programme et les différents décideurs accorderont une attention particulière aux indicateurs de résultats retenus pour le suivi évaluation afin de procéder aux réajustements nécessaires. Des outils intégrés de collecte des données seront élaborés et diffusés à tous les niveaux d'exécution des activités des programmes ; leur exploitation périodique permettra le suivi des indicateurs retenus. Les résultats seront partagés et intégrés au Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Il sera réalisé après chaque campagne de masse des enquêtes de couverture afin d'apprécier la qualité et la fiabilité des données de couverture rapportées.



Tableau 34: Indicateurs de résultats des programmes MTN

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Indicateurs de processus	Données de base	Cible Annuelle et résultats				
					2016	2017	2018	2019	2020
Programme National d'Élimination de la Filariose Lymphatique	Éliminer la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique d'ici 2020	1. Mettre en œuvre les traitements de masse contre la filariose lymphatique avec les couvertures épidémiologiques requises (au moins 65%) dans les 50 districts endémiques	Taux de couverture géographique		100%	100%	100%	100%	100%
			Taux de couverture Épidémiologique		65%	65%	65%	65%	65%
		2. Assurer la prise en charge chirurgicale d'au moins 50% des cas d'hydrocèle dépistés chaque année dans les zones d'endémie ;	Couverture chirurgicale de l'hydrocèle dépistée en campagne		50%	50%	50%	50%	50%
		3. Assurer la prise en charge communautaire d'au moins 75% des cas de lymphœdème dépistés avec le soutien des services de santé ;	Taux de prise en charge communautaire des lymphœdème		75%	75%	75%	75%	75%
		4. Assurer l'évaluation périodique de la microfilariémie dans les sites sentinelles pour le suivi de l'impact des traitements de masse ;	Taux de prévalence de la microfilariémie dans les sites sentinelles		<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
Programme National d'Éradication du ver de guinée	Maintenir le statut de post-certification en vue de l'éradication de la dracunculose	Renforcer le système de surveillance et de gestion des cas et des rumeurs de ver de guinée dans tous les districts sanitaires ;	Pourcentage de rumeurs investiguées dans les 24heures		100%	100%	100%	100%	100%
			Nombre de cas		0	0	0	0	0



Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Indicateurs de processus	Données de base	Cible Annuelle et résultats				
					2016	2017	2018	2019	2020
Programme National de Lutte contre l'Onchocercose	Contrôler et éliminer l'onchocercose là où c'est possible par le TIDC et les autres interventions	1. Mettre en œuvre les traitements de masse annuels par l'ivermectine avec une couverture thérapeutique d'au moins 80% dans tous les villages d'endémie ; 2. Assurer l'évaluation épidémiologique annuelle dans le réseau de villages sentinelles pour le suivi de l'impact des traitements de masse ; 3. Assurer l'évaluation entomologique annuelle au niveau des points de capture pour la détection précoce du risque de transmission	Taux de couverture Géographique		100%	100%	100%	100%	100%
			Taux de couverture thérapeutique		85%	85%	85%	85%	85%
			Taux de prévalence de la microfilarodermie dans les sites sentinelles		<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
Programme National de Lutte contre les Géohelminthiases	Traiter au moins 80% des enfants d'âge scolaire d'ici 2020	1. Mettre en œuvre les traitements de masse avec des couvertures thérapeutiques d'au moins 80% dans l'ensemble des districts endémiques ; 2. Mettre en œuvre un plan de communication pour la prévention de la transmission et le soutien aux activités de lutte contre les géohelminthiases ; 3. Déterminer l'impact des interventions à travers l'évaluation périodique des sites sentinelles.	Taux de couverture Géographique		100%	100%	100%	100%	100%
			Taux de couverture Thérapeutique		80%	80%	80%	80%	80%
Lutte contre la Rage	Contrôler la rage humaine	Prévenir la survenue de la rage humaine par la sérovaccination antirabique selon les normes et procédures chez toutes les personnes mordues par animaux vecteurs ;	Taux de couverture vaccinale chez les exposés		100%	100%	100%	100%	100%
			Taux prévalence TT		< 1%	< 1%	< 1%	< 1%	< 1%

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Indicateurs de processus	Données de base	Cible Annuelle et résultats				
					2016	2017	2018	2019	2020
Programme National de Lutte contre les Schistosomias	Traiter tous les ans au moins 80% des enfants d'âge scolaire et les groupes à risque	1. Déterminer les prévalences des schistosomias dans les sites sentinelles au niveau des 18 districts non encore explorés ;	Taux de couverture thérapeutique		100%	100%	100%	100%	100%
		2. Mettre en œuvre selon les directives de l'OMS les campagnes DMM dans l'ensemble des districts endémiques ;	Taux de couverture géographique		85%	85%	85%	85%	
		3. Déterminer l'impact des interventions à travers des Enquêtes d'évaluation de la prévalence dans les districts traités	Prévalence		<10%	<10%	<10%	<10%	<10%
		4. Déterminer la prévalence des complications liées aux schistosomias dans les zones de forte endémicité ;	Prévalence du cancer de la vessie		< 1pour 10000	< 1pour 10000	< 1pour 10000	< 1pour 10000	< 1pour 10000
		5. Renforcer la surveillance dans les 17 districts de très faible prévalence à travers les Enquêtes LQAS	Prévalence schistosomias dans ces districts		<1%	<1%	<1%	<1%	<1%

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Indicateurs de processus	Données de base	Cible Annuelle et résultats				
					2016	2017	2018	2019	2020
Programme National de Promotion de la Santé Oculaire	Elimination du trachome cécitant en 2020	1. Réduire la prévalence du trachome actif à un taux inférieur à 5% chez les enfants de 1 à 9 ans d'ici décembre 2020 dans les districts de mise en œuvre ;	Taux de couverture chirurgicale du trichiasis		90%	90%	90%	90%	90%
		2. Réduire la prévalence du trichiasis Trachomateux (TT) à un taux inférieur à 1% chez les adultes d'ici décembre 2020 dans les districts de mise en œuvre ;	Taux de couverture thérapeutique		80%	80%	80%	80%	80%
			Taux de couverture géographique		100%	100%	100%	100%	100%
			Taux prévalence TF		<5%	<5%	<5%	<5%	

Programme MTN	Objectif Général	Objectifs Spécifiques	Indicateurs de processus	Données de base	Cible Annuelle et résultats				
					2016	2017	2018	2019	2020
Programme National de Lutte contre la Lèpre	Diagnostiquer précocement et traiter tous les cas par PCT en vue de l'élimination de la lèpre dans tous les districts sanitaires	1. Réduire d'au moins 35% les nouveaux cas avec infirmité de grade 2 d'ici 2020, en prenant comme niveau de base le taux de 2015.	Baisse du nombre d'infirmités de grade 2		35%	40%	45%	55%	60%
		2. Atteindre le seuil d'élimination de la lèpre moins d'1 cas pour 10 000 habitants dans tous les districts et plus particulièrement dans ceux de la région de Kédougou d'ici 2020;	-Taux de prévalence fin année par district		< 1/10000	< 1/10000	< 1/10000	< 1/10000	< 1/10000
Lutte contre la dengue	Contrôler la dengue	Prendre en charge correctement tous les cas (simple et compliqué) de dengue diagnostiqués;	Pourcentage de cas pris en charge		100%	100%	100%	100%	100%
			Taux de létalité		<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
Lutte contre la leishmaniose	contrôler la leishmaniose	2. Prendre en charge correctement dans les structures décentralisées spécialisées en dermatologie tous les cas de leishmanioses diagnostiqués pendant toute la période de mise en œuvre du plan	Pourcentage de cas pris en charge		90%	90%	90%	90%	90%

d) Pharmacovigilance et contrôle de qualité des médicaments

Les aspects de pharmacovigilance lors des campagnes de traitements de masse feront l'objet d'une plus grande attention. Tous les cas d'effets secondaires feront l'objet d'une notification, particulièrement les effets secondaires graves. Les patients seront pris en charge dans les postes de santé pour les cas bénins et référés pour les cas graves. Les données seront enregistrées et intégrées dans le système national de pharmacovigilance à travers les fiches de notification.

Le contrôle de qualité va concerner tous les lots qui seront réceptionnés et destinés aux traitements de masse. Pour chaque lot, un prélèvement sera effectué et envoyé au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments. Selon les disponibilités offertes au management de la lutte contre les MTN, des lots pourront être transmis à des laboratoires de référence en vue d'un contrôle croisé.

5.3 Evaluation

a) Evaluation du processus d'intégration dans la lutte contre les MTN

Le défi de la lutte contre les MTN est l'intégration effective des programmes, des activités, des ressources, etc. L'atteinte des objectifs fixés à travers la mise en œuvre de ce plan de lutte ne pourra se faire en dehors de l'application de ce principe.

La lutte intégrée contre la maladie en général et celle contre les MTN en particulier a été le grand défi des systèmes de santé en Afrique au cours de la dernière décennie. En effet, la lutte contre les helminthiases en vue de leur contrôle voire leur élimination, repose avant tout sur une bonne organisation des campagnes de chimiothérapie préventive de masse des populations exposées avec des taux de couverture géographique et thérapeutique satisfaisants.

La Co-endémicité de ces affections, la rareté des ressources disponibles (humaines, matérielles comme financières) et le volume du travail très important au niveau des districts sanitaires nous obligent dès lors à adopter cette stratégie d'intégration des interventions pour être efficient. Celle-ci nécessite :

- la mise en commun de toutes les ressources surtout financières allouées aux différents programmes pour l'exécution intégrée des activités de lutte contre les MTN.
- l'usage de documents de formation intégrée,
- l'organisation commune de sessions de formation au profit des personnels de santé et ou communautaires,
- l'organisation de campagnes communes de traitement de masse,
- la supervision intégrée de l'exécution des activités
- et les évaluations communes.



Ainsi, l'exécution des activités telles que prévues dans le plan pourra constituer un bon élément d'appréciation de ce processus d'intégration. Un bon leadership et un soutien des autorités seront requis pour le succès de cette intégration qui a déjà connu un début de réalisation au Sénégal. Les enjeux, surtout individuels devront être contournés voire neutralisés au fur et à mesure de l'avancement de la mise en œuvre. La mise en application de la plateforme multisectorielle pour la lutte contre la maladie, se basant sur les déterminants de la santé, devra être une bonne pratique appliquée au Sénégal dans la lutte contre les MTN.

b) Evaluation de l'impact des interventions

L'évaluation de l'impact des interventions sera mesuré à travers le suivi des taux de morbidité, de mortalité des MTN et la capacité de transmission des populations vectorielles incriminées. Les performances des programmes d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable, d'éducation, etc., contribuent positivement à la réduction du fardeau des MTN. D'où l'importance de la mise en place de la plateforme multisectorielle de lutte contre les problèmes de santé. Il est à préciser que les résultats obtenus ne seront pas forcément liés à l'application des stratégies retenues dans ce plan, du fait de la multitude des déterminants et de la complexité de la lutte contre les MTN. La mise en œuvre du présent plan va contribuer au renforcement du système de santé notamment par l'accroissement de la disponibilité de l'offre en médicaments, en soins, et du système d'information sanitaire.

Dans le cadre de l'évaluation de l'impact des interventions, la collaboration avec les services d'institutions spécialisées comme le Département de Parasitologie et de Mycologie de la Faculté de Médecine, du Département de biologie animale de la Faculté des Sciences et Techniques, de la Section de lutte Antiparasitaire (SLAP) et même de personnes ressources qualifiées sera promue. Le contrôle de qualité se faisant à chaque fois que de besoin.

Plusieurs évaluations sont prévues ; il s'agit :

- Enquête d'impact du traitement de masse à l'Azithromycine
- Enquête de prévalence pour évaluer l'impact du traitement de masse au praziquantel après 5 à -6 tours de traitement
- Enquête transversale pour évaluer l'impact du traitement de masse au praziquantel après 5 à -6 tours de traitement
- Enquête LQAS dans les districts sous surveillance
- Enquête pré TAS pour évaluer l'impact du traitement de masse à l'Ivermectine après 4 tours de traitement
- Enquête TAS pour évaluer l'impact du traitement de masse à l'Ivermectine après 4 tours de traitement
- Enquête parasitologique
- Enquête entomologique

Tableau 35: Programmation des évaluations d'impact des traitements de masse d'ici 2020

Région	District	Evaluations prévues				
		2016	2017	2018	2019	2020
Dakar	Sud	LQAS		Enquête parasitologique géohelminthiases	LQAS	
	Centre	LQAS		Enquête parasitologique géohelminthiases	LQAS	
	Ouest	LQAS		Enquête parasitologique géohelminthiases	LQAS	
	Nord	LQAS		Enquête parasitologique géohelminthiases	LQAS	
	Guédiawaye	LQAS		Enquête parasitologique géohelminthiases	LQAS	
	Pikine	LQAS		Enquête parasitologique géohelminthiases	LQAS	
	Keur Massar	LQAS		Enquête parasitologique géohelminthiases	LQAS	
	Mbao	LQAS		Enquête parasitologique géohelminthiases	LQAS	
	Diamniadio	LQAS		Enquête parasitologique géohelminthiases	LQAS	
Rufisque	LQAS		Enquête parasitologique géohelminthiases	LQAS		
Diourbel	Bambey	2ème enquête d'impact trachome		Évaluation de la prévalence bilharziose Surveillance trachome, Pré-TAS - FL		TAS1 FL
	Diourbel		2ème enquête d'impact trachome	Évaluation de la prévalence bilharziose Pré-TAS - FL Surveillance trachome	Surveillance trachome,	TAS1 FL
	Mbacké	Enquête d'impact trachome		Pré TAS - FL		TAS1 FL
	Touba	Nouvelle cartographie		Pré TAS FL - Enquete d'impact trachome		TAS1 FL Surveillance trachome



Région	District	Evaluations prévues				
		2016	2017	2018	2019	2020
Fatick	Niakhar			Évaluation de la prévalence bilharziose Pré TAS FL		TAS1 FL
	Fatick			Évaluation de la prévalence bilharziose Pré TAS FL		TAS1 FL
	Dioffior		Évaluation de la prévalence bilharziose	Pré TAS FL		TAS FL
	Passy			Évaluation de la prévalence bilharziose		
	Foundiougne	Évaluation transversale bilharziose	Évaluation de la prévalence bilharziose			
	Sokone			Pré TAS FL		TAS1 FL
	Gossas		Enquête d'impact trachome	Évaluation de la prévalence bilharziose Pré TAS	Surveillance district trachome	TAS1 FL
Kaffrine	Birkélane*	Enquête d'impact trachome	Évaluation prévalence bilharziose	Surveillance trachome Pré TAS		TAS1FL
	Kaffrine*	Enquête d'impact trachome		Évaluation de la prévalence bilharziose Surveillance trachome Pré TAS FL		TAS1 FL
	Koungheul	Enquête d'impact trachome		Évaluation de la prévalence bilharziose Surveillance trachome Pré TASFL		TAS1FL
	Malem Hodar	Enquête d'impact trachome		Évaluation de la prévalence Surveillance trachome Pré TAS FL		TAS1 FL

Région	District	Evaluations prévues				
		2016	2017	2018	2019	2020
Kaolack	Guinguineo			Pré TAS FL		TAS1 FL
	Kaolack			Pré TAS FL		TAS1 FL
	Ndoffane	Enquête d'impact trachome		Surveillance trachome		Évaluation prévalence bilharziose
	Nioro			Surveillance trachome		
Kédougou	Kédougou	Évaluation prévalence bilharziose			Pré TAS FL	TAS1 FL
		Évaluation entomologique Onchocercose				
	Salemata	Évaluation prévalence bilharziose			Pré TAS FL	TAS1 FL
	Saraya	Évaluation entomologique onchocercose			Pré TAS FL	TAS1 FL
Kolda	Kolda	Évaluation prévalence bilharziose		Pré-TAS FL		TAS 1 FL
	Medina Yoro Foulah	Évaluation prévalence bilharziose		Pré-TAS FL		TAS 1 FL
	Vélingara	Évaluation entomologique onchocercose		Pré-TAS FL		TAS 1 FL

Région	District	Evaluations prévues				
		2016	2017	2018	2019	2020
Louga	Darou Mousty	Évaluation prévalence bilharziose				
	Kébémér		Surveillance trachome			
	Linguère	Évaluation prévalence bilharziose			Pré TAS FL	TAS 1 FL
	Dahra	Évaluation prévalence bilharziose				
	Coki	Évaluation prévalence bilharziose	Enquête d'impact trachome		Surveillance trachome Pré-TAS FL	TAS 1 FL
	Keur Momar Sarr	Évaluation prévalence bilharziose			Pré TAS	TAS 1 FL
	Sakal		Enquête d'impact trachome		Surveillance trachome, Pré-TAS	TAS 1 FL
	Louga	Évaluation prévalence bilharziose			Pré-TAS	TAS 1 FL
Matam	Kanel	Évaluation prévalence bilharziose				
	Matam	Évaluation prévalence bilharziose				
	Thilogne	Évaluation prévalence bilharziose				
	Ranérou	Évaluation prévalence bilharziose				
Saint Louis	Dagana	Évaluation prévalence bilharziose				
	Richard Toll	Évaluation prévalence bilharziose				
	Pete	Évaluation prévalence bilharziose			Pré-TAS FL	TAS 1 FL
	Podor	Évaluation prévalence bilharziose			Pré-TAS FL	TAS 1 FL
	Saint louis	Évaluation prévalence bilharziose				

Région	District	Evaluations prévues				
		2016	2017	2018	2019	2020
Sédhiou	Boukiling	LQAS	Pré-TAS FL		LQAS, TAS 1 FL	
	Goudomp	LQAS	Pré-TAS FL		LQAS, TAS 1 FL	
	Sedhiou	LQAS	Pré-TAS FL		LQAS, TAS 1 FL	
Tambacounda	Bakel	Évaluation prévalence bilharziose			Pré-TAS FL	TAS 1 FL
	Kidira	Évaluation prévalence bilharziose			Pré-TAS FL	TAS 1 FL
	Goudiry	Évaluation prévalence bilharziose Évaluation entomologique onchocercose			Pré-TAS FL	TAS 1 FL
	Dianké Makha	Évaluation prévalence bilharziose Évaluation entomologique onchocercose			Pré-TAS FL	TAS 1 FL
	Koumpentoum	Évaluation prévalence bilharziose			Pré-TAS FL	TAS 1 FL
	Tambacounda	Évaluation prévalence bilharziose Évaluation entomologique onchocercose			Pré-TAS FL	TAS 1 FL
	Makacolibantang	Évaluation prévalence bilharziose			Pré-TAS FL	TAS 1 FL

Région	District	Evaluations prévues				
		2016	2017	2018	2019	2020
Thiès	Joal	Évaluation transversale bilharziose		Pré-TAS FL		TAS 1 FL
	Mbour	LQAS		Pré-TAS FL	LQAS	TAS1 FL
	Popenguine			Pré-TAS FL		TAS 1 FL
	Thiadiaye	Évaluation transversale bilharziose	Évaluation prévalence bilharziose	Pré-TAS FL	TAS FL	TAS 1 FL
	Pout	LQAS		Pré-TAS FL	LQAS	TAS FL
	Thiès	LQAS		Pré-TAS FL	LQAS	TAS1 FL
	Khombole	Évaluation transversale bilharziose 2ème enquête d'impact		Évaluation prévalence bilharziose Surveillance trachome Pré-TAS FL		TAS 1 FL
	Tivaouane	2ème enquête d'impact trachome		Surveillance trachome Pré-TAS FL		TAS 1 FL
	Mékhé	LQAS 2ème enquête d'impact		Surveillance trachome	LQAS	
Ziguinchor	Diouloulou	Évaluation transversale bilharziose	Évaluation prévalence bilharziose	Pré-TAS FL		TAS 1 FL
	Bignona	Évaluation transversale bilharziose		Évaluation prévalence bilharziose Pré-TAS FL		TAS 1 FL
	Thionck-Essyl	Évaluation transversale bilharziose	Évaluation prévalence bilharziose	Pré-TAS FL		TAS 1 FL
	Oussouye	Évaluation transversale bilharziose		Évaluation prévalence bilharziose Pré-TAS FL		TAS 1 FL
	Ziguinchor	Évaluation transversale bilharziose	Évaluation prévalence bilharziose	Pré-TAS FL		TAS 1 FL

4 Homologation, contrôle qualité et Pharmacovigilance des médicaments MTN

La pharmacovigilance, le contrôle qualité des médicaments et l'homologation des médicaments MTN sont des défis réels dans la gestion des médicaments MTN.

En effet, la plupart des médicaments MTN devront avoir au préalable une autorisation de mise sur le marché (AMM) conformément à la réglementation en vigueur. Des fiches de notification des effets indésirables ont été élaborées et diffusées à tous les niveaux requis. Les effets indésirables qui surviennent à la prise des médicaments utilisés lors des DMM seront l'objet d'une notification systématique, et les cas graves dans les 24 heures. La prise en charge des cas bénins se fera dans les postes de santé; la référence des cas graves vers les centres et/ou hôpitaux de référence. Les données seront enregistrées et intégrées dans le système national de pharmacovigilance.

Le contrôle de qualité concernera tous les lots qui seront réceptionnés et destinés aux traitements de masse. Pour chaque lot, un prélèvement sera effectué et envoyé au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments. Selon les disponibilités offertes au management de la lutte contre les MTN, des lots pourront être transmis à des laboratoires de référence en vue d'un contrôle croisé.

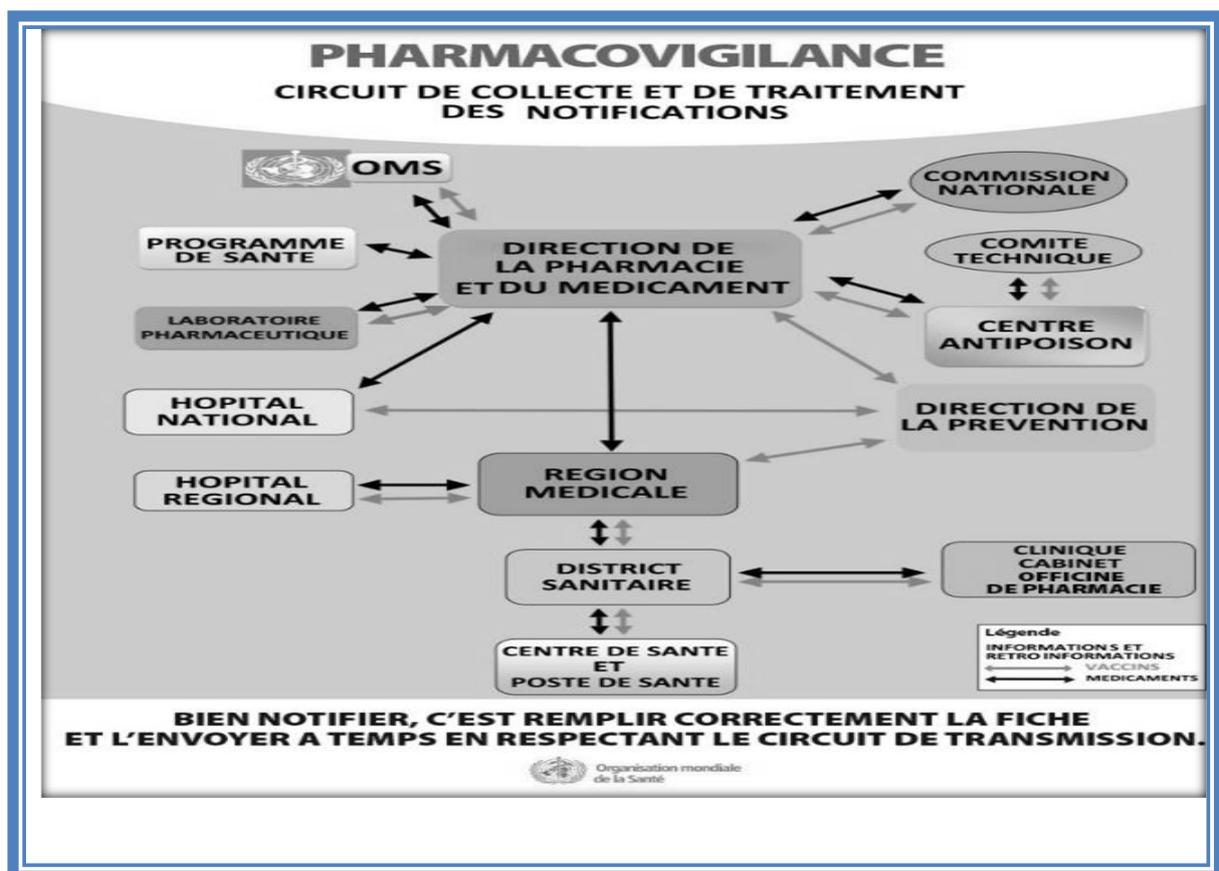


Figure 14: Circuit de collecte, de traitement et de notifications des effets secondaires

QUATRIEME

PARTIE :

ESTIMATION DU BUDGET



I. Estimation du budget par objectifs stratégiques

Tableau 36: Budget par activités

Priorité stratégique 1: Elargir l'accès aux interventions et renforcer les capacités du système							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectifs stratégique 1.1 Assurer la chimiothérapie préventive intégrée pour les 5 MTN à CPM							
1.1.1 Renforcer la gestion de la DMM	1.1.1.1 Mettre en place les médicaments de la chimio thérapie préventive de masse dans toutes les régions cibles	2 010 000	2 311 500	2 658 225	3 056 959	3 515 503	13 552 186
	1.1.1.2 Organiser des ateliers régionaux d'orientation des ECD sur la DMM	10 000 000	11 500 000	13 000 000	14 500 000	16 000 000	65 000 000
	1.1.1.3 Organiser des ateliers d'orientation des ICP sur la DMM	38 000 000	43 700 000	50 255 000	57 793 250	66 462 238	256 210 488
	1.1.1.4 Organiser les campagnes de DMM dans toutes les régions	1 673 498 210	1 422 473 479	1209 102 457	1 027 737 088	873 576 525	6 206 387 758
	1.1.1.5 Assurer la supervision de la DMM à tous les niveaux	36 100 000	41 515 000	47 742 250	54 903 588	63 139 126	243 399 963
	1.1.1.6 Organiser des ateliers d'évaluation de la DMM au niveau régional et national	17 500 000	20 125 000	23 143 750	26 615 313	30 607 609	117 991 672
	1.1.1.7 Organiser une enquête de couverture après DMM		20 000 000		20 000 000		40 000 000

Priorité stratégique 1: Elargir l'accès aux interventions et renforcer les capacités du système							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectifs stratégiques 1.1 Assurer la chimiothérapie préventive intégrée pour les 5 MTN à CPM							
1.1.2 : Renforcer les interventions de prise en charge de la morbidité (trichiasis, hydrocèle et lymphœdème)	1.1.2.1 Assurer le dépistage des cas de morbidité liés aux MTN lors des DMM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
	1.1.2.2 Assurer la disponibilité des médicaments et produits destinés à la prise en charge des cas de morbidité	3 000 000	3 450 000	3 967 500	4 562 625	5 247 019	20 227 144
	1.1.2.3 Opérer les cas d'hydrocèle dépistés lors des DMM	5 000 000	5 750 000	6 612 500	7 604 375	8 745 031	33 711 906
	1.1.2.4 Opérer les cas de trichiasis dépistés	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	250 000 000
	1.1.2.5 Appuyer la prise en charge communautaire des cas de lymphœdème dépistés après la campagne	2 000 000	2 300 000	2 645 000	3 041 750	3 498 013	13 484 763
1.1.3 : Renforcer la collaboration entre le MSAS et le Ministère de l'Éducation Nationale dans le cadre de la mise en œuvre des activités	1.1.3.1 Organiser des sessions d'orientation des enseignants sur la DMM	10 000 000	11 500 000	13 225 000	15 208 750	17 490 063	67 423 813
	1.1.3.2 Organiser des missions de supervision conjointe entre les deux secteurs	8 500 000	9 775 000	11 241 250	12 927 438	14 866 553	57 310 241
Sous-total objectif stratégique 1.1		1 855 608 210	1 644 399 979	1 433 592 932	1 297 951 134	1 153 147 679	7 384 699 933

Priorité stratégique 1: Elargir l'accès aux interventions et renforcer les capacités du système							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 1.2: Assurer la prise en charge intensifiée des cas pour les 5 MTN (exposition à la rage, lèpre, Dengue, Leishmaniose, Ver de guinée)							
1.2.1 : Évaluer la charge de morbidité des MTN /PCC	1.2.1.1 Organiser une enquête épidémiologique sur la Leishmaniose au Sénégal	15 000 000	0	0	0	0	15 000 000
	1.2.1.2 Organiser une enquête épidémiologique sur la Rage au Sénégal	14 000 000	0	0	0	0	14 000 000
	1.2.1.3 Organiser des campagnes de dépistage actif des cas de Lèpre et de Leishmaniose dans les régions ciblées	5 000 000	5 750 000	6 612 500	7 604 375	8 745 031	33 711 906
1.2.2 : Assurer la prise en charge des cas	1.2.2.1 Assurer la disponibilité des médicaments et vaccins pour la prise en charge des cas	50 000 000	57 500 000	66 125 000	76 043 750	87 450 313	337 119 063
	1.2.2.2 Assurer la prise en charge des cas dépistés	PM	PM	PM	PM	PM	PM
1.2.3 : Prendre en charge les infirmités dues à la lèpre	1.2.3.1 Effectuer des missions PIRP (prévention des infirmités et réadaptation physique des personnes affectées par la lèpre	2 000 000	2 300 000	2 645 000	3 041 750	3 498 012,5	13 484 762,5
	1.2.3.2 Apporter une aide sociale aux personnes affectées par la lèpre	983 986	1 131 584	1 301 321	1 496 520	1 720 998	6 634 409
Sous-total objectif stratégique 1.2		86 983 986	66 681 584	76 683 821	88 186 395	101 414 354	419 950 140

Priorité stratégique 1: Elargir l'accès aux interventions et renforcer les capacités du système							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 1.3: Renforcer le système de santé et les capacités des programmes MTN							
1.3.1 : Renforcer le système de santé	1.3.1.1 Organiser un atelier d'intégration des données DMM dans le DHIS2	4 500 000	0	0	0	0	4 500 000
	1.3.1.2 Organiser un atelier de formation des utilisateurs (DLM) du logiciel DHIS2	1 500 000	0	0	0	0	1 500 000
	1.3.1.3 Former les chefs de brigades régionales et départementales de l'hygiène sur les MTN	15 000 000	0	17 250 000	0	19 837 500	52 087 500
	1.3.1.4 Organiser des missions de supervision formative sur les MTN au niveau des régions et districts	15 000 000	17 250 000	19 837 500	22 813 125	26 235 093,75	101 135 719
	1.3.1.5 Intégrer les MTN dans les supervisions des districts	7 600 000	8 740 000	10 051 000	11 558 650	13 292 447,5	51 242 098

Priorité stratégique 1: Elargir l'accès aux interventions et renforcer les capacités du système							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 1.3: Renforcer le système de santé et les capacités des programmes MTN							
1.3.2 : Renforcer la capacité des programmes nationaux de lutte contre les MTN	1.3.2.1 Doter la coordination d'équipements informatique et bureautique	2 000 000	2 000 000	0	0	0	4 000 000
	1.3.2.2 Affecter un pharmacien /Logisticien pour la gestion des intrants et de la pharmacovigilance liés aux MTN.	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	30 000 000
	1.3.2.3 Nommer un point focal MTN à la DLM	0	0	0	0	0	0
	1.3.2.4 Nommer un coordonnateur du PNEFL	0	0	0	0	0	0
	1.3.2.5 Nommer un coordonnateur du PNLB	0	0	0	0	0	0
	1.3.2.6 Affecter 3 techniciens supérieurs en Santé à la coordination MTN	12 600 000	12 600 000	12 600 000	12 600 000	12 600 000	63 000 000
	1.3.2.7 Former 3 membres de la coordination MTN en suivi évaluation	2 500 000	2 500 000	2 500 000	0	0	7 500 000
	1.3.2.8 Doter la coordination de 3 véhicules de supervision	30 000 000	15 000 000	0	0	0	45 000 000

Priorité stratégique 1: Elargir l'accès aux interventions et renforcer les capacités du système							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 1.3: Renforcer le système de santé et les capacités des programmes MTN							
1.3.3 : Renforcer les capacités pour le Diagnostic et la prise en charge des cas	1.3.3.1 Former les professionnels de la santé (ICP , BREIPS,MCD) sur les MTN	97 000 000			111 550 000		208 550 000
	1.3.3.2 Assurer la formation /recyclage des agents de Santé communautaires sur les MTN	635 000 000			730 250 000		1 365 250 000
	1.3.3.3 Former les techniciens de laboratoire sur le diagnostic	21 000 000			24 150 000		45 150 000
	1.3.3.4 Former les MCD pour le prélèvement des cas suspects de rage (biopsie cutanée)	15 200 000			17 480 000		32 680 000
	1.3.3.5 Rendre disponibles les kits de prélèvement pour les cas suspects de rage	2 000 000			2 300 000		4 300 000
1.3.4 : Améliorer la gestion de la logistique des médicaments	1.3.4.1 Assurer le contrôle de qualité sur les lots des 5 molécules reçus en donation	3 000 000	3 450 000	3 967 500	4 562 625	5 247 019	20 227 144
	1.3.4.2 Assurer la destruction des médicaments périmés selon les normes requis	200 000	230 000	264 500	304 175	349 801	1 348 476
	1.3.4.3 Effectuer des missions d'inventaire physique des médicaments restants après la campagne	3 700 000	4 255 000	4 893 250	5 627 238	6 471 323	24 946 811
Sous-total objectif stratégique 1.3:		873 800 000	72 025 000	77 363 750	949 195 813	90 033 184	2 062 417 747
Sous-total priorité stratégique 1		2 816 392 196	1 783 106 562	1 587 640 503	2 335 333 342	1 344 595 217	9 867 067 820

Priorité stratégique 2: Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation de ressources et la viabilité financière du programme							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 2.1 : Améliorer la planification des interventions de lutte contre les MTN à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'ici 2020							
2.1.1 : Elaborer, sur la base du plan stratégique de lutte contre les MTN, des documents de planification	2.1.1.1 Elaborer le plan de gestion des médicaments MTN	1651008526	982331367	1006889651	1032061892	1057863439	5730154875
	2.1.1.2 Elaborer/ actualiser les documents de planification pluriannuelles des activités de lutte contre les MTN	2 500 000	0	2 875 000	0	3 306 250	8 681 250
	2.1.1.3 Elaborer le plan de suivi évaluation des MTN	3 500 000	0	0	0	0	3 500 000
	2.1.1.4 Organiser tous les ans un atelier d'élaboration d'un plan de travail annuel	3 900 000	3 900 000	3 900 000	3 900 000	3 900 000	19 500 000
Sous-total objectif stratégique 2.1		13 100 000	3 900 000	6 775 000	3 900 000	7 206 250	5 761 836 125

Priorité stratégique 2: Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation de ressources et la viabilité financière du programme							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 2.2 : Institutionnaliser le financement des programmes de lutte contre les MTN							
2.2.1 : Intégrer le plan directeur et les budgets des MTN sur le processus national de planification et de budgétisation, et affecter une	2.2.1.1 Intégrer les MTN dans le prochain plan de développement sanitaire et social	PM	PM	PM	PM	PM	PM
	2.2.1.2 Intégrer les MTN dans le document de planification pluriannuel des dépenses	PM	PM	PM	PM	PM	PM
	2.2.1.3 Affecter une ligne budgétaire aux MTN	PM	PM	PM	PM	PM	PM
2.2.2: Mobiliser des ressources additionnelles pour la lutte contre les MTN	2.2.2.1 Organiser des missions de plaidoyer sur les MTN auprès des collectivités locales	5 000 000	5 750 000	6 612 500	7 604 375	8 745 031	33 711 906
	2.2.2.2 Organiser des missions de plaidoyer sur les MTN auprès du secteur privé et mouvements associatifs	2 000 000	2 300 000	2 645 000	3 041 750	3 498 013	13 484 763
2.2.3 : Renforcer les capacités gestionnaires des programmes de lutte contre les MTN pour la reddition des comptes et le Reporting des activités	2.2.3.1 Former les gestionnaires des programmes MTN sur les outils de Reporting des activités	2 500 000	0	0	0	0	2 500 000
	2.2.3.2 Organiser des réunions de coordinations mensuelles (bilan technique et financier des activités réalisées, activités à planifier)	600 000	650 000	700 000	750 000	800 000	3 500 000

Priorité stratégique 2: Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation de ressources et la viabilité financière du programme							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 2.2 : Institutionnaliser le financement des programmes de lutte contre les MTN							
2.2.4 : Entreprendre le plaidoyer pour un financement international prévisible à long terme en faveur	2.2.4.1 Organiser un atelier national de lancement du plan stratégique 2016 - 2020 de lutte contre les MTN	10 000 000	0	0	0	0	10 000 000
	2.2.4.2 Organiser une rencontre avec les partenaires techniques et financiers pour définir le financement accordé aux MTN	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	2 500 000
Sous-total objectif stratégique 2.2		20 600 000	9 200 000	10 457 500	11 896 125	13 543 044	65 696 669
Sous-total priorité stratégique 2		33 700 000	13 100 000	17 232 500	15 796 125	20 749 294	100 577 919

Priorité stratégique 3: Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 3.1: Renforcer les mécanismes nationaux de coordination de la lutte contre les MTN							
3.1.1 : Renforcer le dispositif institutionnel de pilotage du programme national de lutte contre les MTN	3.1.1.1 Organiser tous les ans un forum national sur les MTN	3 800 000	4 370 000	5 025 500	5 779 325	6 646 224	25 621 049
	3.1.1.2 Mettre en place un comité des experts techniques de lutte contre les MTN	PM	PM	PM	PM	PM	PM
3.1.2 : Renforcer les dispositifs de lutte contre les MTN au niveau régional et local	3.1.2.1 Nommer un point focal MTN dans chaque région médicale et district sanitaire	PM	PM	PM	PM	PM	PM
	3.1.2.2 Désigner des responsables nationaux pour les 4 axes du pays (Sud, Nord, Centre et Est)	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Sous-total objectif stratégique 3.1		3 800 000	4 370 000	5 025 500	5 779 325	6 646 224	25 621 049

Priorité stratégique 3: Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 3.2 : Renforcer la collaboration intra et intersectorielle							
3.2.1 : Promouvoir les liens entre les programmes de lutte contre les MTN et d'autres programmes du secteur de la santé, afin d'assurer une couverture plus large et de réduire les coûts opérationnels	3.2.1.1 Mettre en place un cadre de concertation avec les autres programmes et services du MSAS	PM	PM	PM	PM	PM	PM
	3.2.1.2 Organiser un atelier de partage avec les autres programmes et services du MSAS sur les MTN	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	5 000 000
3.2.2 Promouvoir la collaboration multisectorielle pour la lutte contre les MTN	3.2.2.1 Mettre en place un comité multisectoriel de lutte contre les MTN	PM	PM	PM	PM	PM	PM
	3.2.2.2 Organiser une revue annuelle des activités multisectorielles de lutte contre les MTN	2 000 000	2 300 000	2 645 000	3 041 750	3 498 013	13 484 763
	3.2.2.3 Organiser un atelier de plaidoyer auprès des secteurs impliqués sur les enjeux de la lutte contre les MTN	3 500 000	3 500 000	3 500 000	3 500 000	3 500 000	17 500 000
Sous-total objectif stratégique 3.2		5 500 000	5 800 000	6 145 000	6 541 750	6 998 013	30 984 763

Priorité stratégique 3: Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 3.3 Renforcer la communication sur les MTN, développement durable et émergence							
3.3.1 D'ici 2020, au moins 80% des enfants d'âge scolaire sont sensibilisés sur les MTN	3.3.1.1 Appuyer l'organisation d'une journée MTN dans les lycées ou collèges des 76 districts sanitaires	1 484 400	742 200	742 700	0	0	2 969 300
	3.3.1.2 Contractualiser avec les radios communautaires pour les MTN	35 400 000	17 700 000	8 850 000	0	0	61 950 000
	3.3.1.3 Contractualiser avec les OCB pour la mise en œuvre d'activités communautaires sur les MTN	39 825 000	19 912 500	19 912 500	0	0	79 650 000
	3.3.1.4 Mettre en place les supports de communication sur les MTN (affiches, bandes dessinées) au niveau des IA.	200 000	0	200 000	0	200 000	600 000
	3.3.1.5 Organiser une conférence et séance de théâtre sur les MTN avec le gouvernement scolaire des lycées et collèges avant la DMM	4 750 000	4 750 000	4 750 000	4 750 000	4 750 000	23 750 000
	3.3.1.6 Organiser un atelier d'élaboration des fiches pédagogiques sur les MTN	5 456 200	0	0	0	0	5 456 200

Priorité stratégique 3: Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 3.3 Renforcer la communication sur les MTN, développement durable et émergence							
3.3.2 au moins 80% des populations adhèrent aux campagnes de DMM tous les ans	3.3.2.1 Appuyer l'organisation des VAD pour la gestion des cas de refus enregistrés lors des campagnes précédentes	1 048 800	1 048 800	1 048 800	1 048 800	1 048 800	5 244 000
	3.3.2.2 Faire des visites de proximité auprès des chefs de village pour faire adhérer les chefs de ménage à la DMM	6 500 000	0	0	0	0	6 500 000
	3.3.2.3 Organiser une journée nationale de lancement de la DMM	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
	3.3.2.4 Réviser les spots audiovisuels et radiophoniques avant chaque DMM	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	2 500 000
	3.3.2.5 Diffuser des spots et émissions radios et télévisions au niveau national	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	75 000 000
	3.3.2.6 Animer des émissions radio sur la DMM	5 960 000	5 960 000	5 960 000	5 960 000	5 960 000	29 800 000
	3.3.2.7 Diffuser les spots produits dans les radios régionales et communautaires	5 770 000	5 770 000	5 770 000	5 770 000	5 770 000	28 850 000
	3.3.2.8 Concevoir 200 banderoles pour la DMM par an	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	30 000 000

Priorité stratégique 3: Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 3.3 Renforcer la communication sur les MTN, développement durable et émergence							
	3.3.2.9 confectionner 7500 dossards et 7500 casquettes pour les distributeurs communautaires	26 250 000	0	0	0	0	26 250 000
	3.3.2.10 Produire 6 000 Tee-shirts (PM, GM) et 6000 casquettes pour les cérémonies de lancement.	21 000 000	21 000 000	21 000 000	21 000 000	21 000 000	105 000 000
3.3.3 D'ici 2020 au moins 80% des populations sont sensibilisées sur les MTN et stratégies de lutte	3.3.3.1 Organiser des sessions d'orientation pour les 76 comités de mobilisation sociale de district et 14 comités au niveau régional sur les MTN	2 381 667	2 381 667	2 381 667	0	0	7 145 001
	3.3.3.2 Réaliser et diffuser un publi-reportage télé sur les MTN	0	0	11 000 000	0	0	11 000 000
	3.3.3.3 Diffuser 300 Spots télé durant les cinq ans	30 000 000	20 000 000	20 000 000	10 000 000	10 000 000	90 000 000
	3.3.3.4 Confectionner 50 Panneaux géants sur les MTN	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	20 000 000
	3.3.3.5 Faire la location d'espaces publicitaires pour les panneaux géants	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	25 000 000
	3.3.3.6 Confectionner deux Kakémonos pour le niveau central	500 000	0	0	0	0	500 000

Priorité stratégique 3: Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 3.3 Renforcer la communication sur les MTN, développement durable et émergence							
	3.3.3.7 Participer à deux émissions « 3 heures pour savoir et 3 heures pour convaincre » au numéro-vert du MSAS par semestre	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	5 000 000
	3.3.3.8 Négocier un temps de parole dans quatre émissions de grande audience (télé et radios)	800 000	800 000	800 000	0	0	2 400 000
	3.3.3.9 Organiser une journée nationale de lancement du plan de communication MTN	5 000 000	0	0	0	0	5 000 000
	3.3.3.10 Organiser 13 journées de lancement régional du plan de communication MTN	2 600 000	2 600 000	2 600 000	2 600 000	2 600 000	13 000 000
	3.3.3.11 Organiser des Restitutions communautaires des résultats des activités de lutte contre les MTN au niveau de chaque poste de santé	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	15 000 000	75 000 000
	3.3.3.12 Diffuser des messages sur les mesures d'hygiène individuelle et collective à travers la téléphonie mobile	2 000 000	2 300 000	2 645 000	3 041 750	3 498 013	13 484 763
	3.3.3.13 Organiser des animations publiques sur les MTN dans les zones où la couverture radiophonique est faible	1 650 000	1 650 000	1 650 000	1 650 000	1 650 000	8 250 000

Priorité stratégique 3: Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
<i>Objectif stratégique 3.3 Renforcer la communication sur les MTN, développement durable et émergence</i>							
	3.3.3.14 Organiser un atelier de révision des supports de communication sur les MTN au cours de la mise en œuvre.	0	0	9 240 250	0	0	9 240 250
	3.3.3.15 Reproduire les supports de communication élaborés sur les MTN.	0	0	26 550 000	0	0	26 550 000
3.3.4 D'ici 2020, amener au moins 80% des leaders d'opinions à faire le plaidoyer pour la lutte contre les MTN	3.3.4.1 Organiser un forum sur les MTN avec les leaders au niveau des 72 districts	4 320 000	4 320 000	4 320 000	4 320 000	4 320 000	21 600 000
	3.3.4.2 Organiser 50 séances de Dialogue communautaire à l'endroit des leaders par an	7 500 000	7 500 000	0	0	0	15 000 000
3.3.5 D'ici 2020, amener au moins 80% des journalistes à mener des actions en faveur de la lutte contre les MTN	3.3.5.1 Orienter le réseau des journalistes en santé sur les MTN	2 500 000	0	0	0	0	2 500 000
	3.3.5.2 Orienter les journalistes et animateurs radio des régions sur les MTN	6 720 000	0	0	0	0	6 720 000
	3.3.5.3 Elaborer un plan- média avec les journalistes	PM	PM	PM	PM	PM	PM

Priorité stratégique 3: Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale de la lutte contre les MTN			
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET	TOTAL

		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 3.3 Renforcer la communication sur les MTN, développement durable et émergence							
3.3.6 D'ici 2020, 80% des maîtres coraniques sont sensibilisés sur les MTN et stratégie de lutte	3.3.6.1 Organiser avec le développement communautaire et l'action sociale une session de plaidoyer avec les maîtres coraniques par district	11 400 000	11 400 000	0	0	0	22 800 000
	3.3.6.2 Organiser des visites de proximité auprès des maîtres coraniques endurcis	358 800	0	0	0	0	358 800
3.3.7 Assurer l'orientation d'au moins 80% des acteurs communautaires sur les MTN	3.3.7.1 Former les relais communautaires sur les MTN au cours d'une réunion de coordination	19 500 000	19 500 000	19 500 000	19 500 000	19 500 000	97 500 000
	3.3.7.2 Former les réseaux des OCB sur les MTN	5 890 000	5 890 000	0	0	0	11 780 000
	3.3.7.3 Organiser des sessions d'orientation aux niveaux national et district à l'intention des praticiens de la médecine traditionnelle sur les MTN	6 512 500	2 170 833	2 170 833	2 170 833	0	6 512 500
Sous-total objectif stratégique 3.3		319 777 367	213 896 000	227 591 750	138 311 383	136 796 813	1 029 860 814
Sous-total priorité stratégique 3		329 077 367	224 066 000	238 762 250	150 632 458	150 441 050	1 086 466 626

Priorité stratégique 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche sur les MTN.							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 4.1: Contrôle et suivi des progrès accomplis							
4.1.1: Réaliser des enquêtes d'évaluation des interventions	4.1.1.1 Organiser des enquêtes d'impact du traitement de l'Azithromycine dans les districts ayant déjà fait 3 tours de traitement	43 573 000	13 071 900	0	0	0	56 644 900
	4.1.1.2 Organiser des enquêtes d'évaluation de la prévalence des schistosomiasés dans les districts ayant fait 5 à 6 tours de traitement	70 348 800	12 129 103	7 277 462	0	0	89 755 366
	4.1.1.3 Organiser des enquêtes d'évaluation de la transmission de la FL dans les districts ayant fait 5 à 6 tours de traitement	15 000 000	15 000 000	6 428 571,429	6 428 571,429	875 714 285,71	128 571 429
	4.1.1.4 Organiser des enquêtes parasitologiques pour la Schistosomiase dans les districts LQAS positifs	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	20 000 000
	4.1.1.5 Organiser des enquêtes d'évaluation entomologiques de l'onchocercose dans les 8 districts endémiques	27 000 000	0	0	0	0	27 000 000
	4.1.1.6 Organiser des enquêtes d'évaluation transversale dans les districts ayant fait 3 tours de traitement contre les bilharzioses	70 348 800	0	0	0	0	70 348 800

Priorité stratégique 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche sur les MTN.							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 4.1: Contrôle et suivi des progrès accomplis							
	4.1.1.7 Réaliser une enquête CAP de base sur les MTN selon le profil épidémiologique des districts	8 000 000	0	0	0	0	8 000 000
	4.1.1.8 Réaliser une enquête CAP finale sur les MTN selon le profil épidémiologique des districts	0	0	0	0	8 000 000	8 000 000
	4.1.1.9 Organiser des enquêtes LQAS pour le suivi des indicateurs de Changement de comportement	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	0	16 000 000
4.1.2 : Renforcer l'utilisation des méthodes et technologies de collecte, d'analyse, de rétro information des données	4.1.2.1 Développer une plateforme de collecte de données par smartphone	100 000 000	0	0	0	0	100 000 000
	4.1.2.2 Former les utilisateurs sur les méthodes et technologies de collectes et d'analyse	50 000 000	0	20 000 000	0	20 000 000	90 000 000
	4.1.2.3 Organiser une évaluation de la qualité des données sur la DMM	3 500 000	0	4 025 000	0	4 628 750	12 153 750

Priorité stratégique 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche sur les MTN.							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 4.1: Contrôle et suivi des progrès accomplis							
4.1.3 : Conduire des revues annuelles de la performance des programmes afin d'améliorer la planification et les résultats	4.1.3.1 Organiser des revues techniques annuelles	2 500 000	2 875 000	3 306 250	3 802 188	4 372 516	16 855 953
	4.1.3.2 Organiser des ateliers de partage avec les différents acteurs de la lutte contre les MTN	2 500 000	2 875 000	3 306 250	3 802 188	4 372 516	16 855 953
	4.1.3.3 Organiser une journée de suivi/évaluation des activités des journalistes	625 000	625 000	625 000	625 000	625 000	3 125 000
	4.1.3.4 Organiser des réunions de coordination trimestrielle avec les OCB au niveau de chaque district	96 560 000	96 560 000	96 560 000	96 560 000	96 560 000	482 800 000
	4.1.3.5 Organiser une mission de supervision bimensuelle des OCB au niveau district	34 560 000	34 560 000	34 560 000	34 560 000	34 560 000	172 800 000
Sous-total objectif stratégique 4.1		505 515 600	185 696 003	184 088 533	153 777 946	262 833 067	1 318 911 151

Priorité stratégique 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche sur les MTN.							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 4.2: Renforcer la surveillance et la recherche							
4.2.1 Renforcer la surveillance des MTN	4.2.1.1 Organiser des enquêtes LQAS dans les 17 districts pour la Schistosomiase	43 972 436	0	0	0	0	43 972 436
	4.2.1.2 Organiser une surveillance entomologique de la dengue	12 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	52 000 000
	4.2.1.3 Organiser une surveillance entomologique de l'onchocercose dans les districts d'endémie	17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	17 000 000	85 000 000
	4.2.1.4 Mettre en oeuvre la surveillance communautaire de la Dracunculose dans tous les districts	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
4.2.2 Entreprendre la recherche fondamentale et opérationnelle	4.2.2.1 Organiser une étude de sensibilité du Praziquantel sur les différentes souches de bilharzies	8 000 000	0	0	0	0	8 000 000
	4.2.2.2 Organiser une recherche opérationnelle sur le lien entre les facteurs favorisants (présence de plan d'eau, absence du système d'assainissement, absence d'eau potable,...)	5 000 000	0	0	0	0	5 000 000

Priorité stratégique 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche sur les MTN.							
Objectifs Spécifiques	Activités	BUDGET					TOTAL
		2016	2017	2018	2019	2020	
Objectif stratégique 4.2: Renforcer la surveillance et la recherche							
	4.2.2.3 Organiser des enquêtes LQAS pour le suivi des indicateurs de CC	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	20 000 000
	4.2.2.4 Réaliser une recherche socio-comportementale sur les MTN	12 000 000	0	0	0	0	12 000 000
	4.2.2.5 Organiser une recherche opérationnelle sur la Lèpre	10 632 700	0	0	0	0	10 632 700
Sous total objectif stratégique 4.2		103 605 136	24 000 000	24 000 000	24 000 000	24 000 000	199 605 136
Sous-total priorité stratégique 4		609 120 736	209 696 003	208 088 533	177 777 946	286 833 067	1 518 516 287
BUDGET GLOBAL PLAN		3 788 290 299	2 229 968 566	2 051 723 786	2 679 539 871	1 802 618 628	12 572 628 651

II. Synthèse du budget par priorités stratégiques

Tableau 37 : Budget par priorité stratégique

Priorités stratégiques	Budget					
	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
PS 1 : Elargir l'accès aux interventions et renforcer les capacités du système	2 816 392 196	1 783 106 562	1 587 640 503	2 335 333 342	1344595217	9 867 067 820
PS 2 : Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation de ressources et la viabilité financière des programmes nationaux de lutte contre les MTN	33 700 000	13100000	17232500	15796125	20 749 294	100 577 919
PS 3 : Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation nationale	329 077 367	224 066 000	238 762 250	150 632 458	150 441 050	1 086 466 626
PS 4 : Renforcer le suivi, l'évaluation, la surveillance et la recherche sur les MTN	609 120 736	209 696 003	208 088 533	177 777 946	286 833 067	1 518 516 287
Coût des médicaments	1 651 008 526	982 331 367	1 006 889 651	1 032 061 892	1 057 863 439	5 730 154 875
TOTAL	4 830 178 089	3 212 299 932	3 058 613 437	3 711 601 763	2 839 732 773	18 302 783 527

III. Analyse du budget

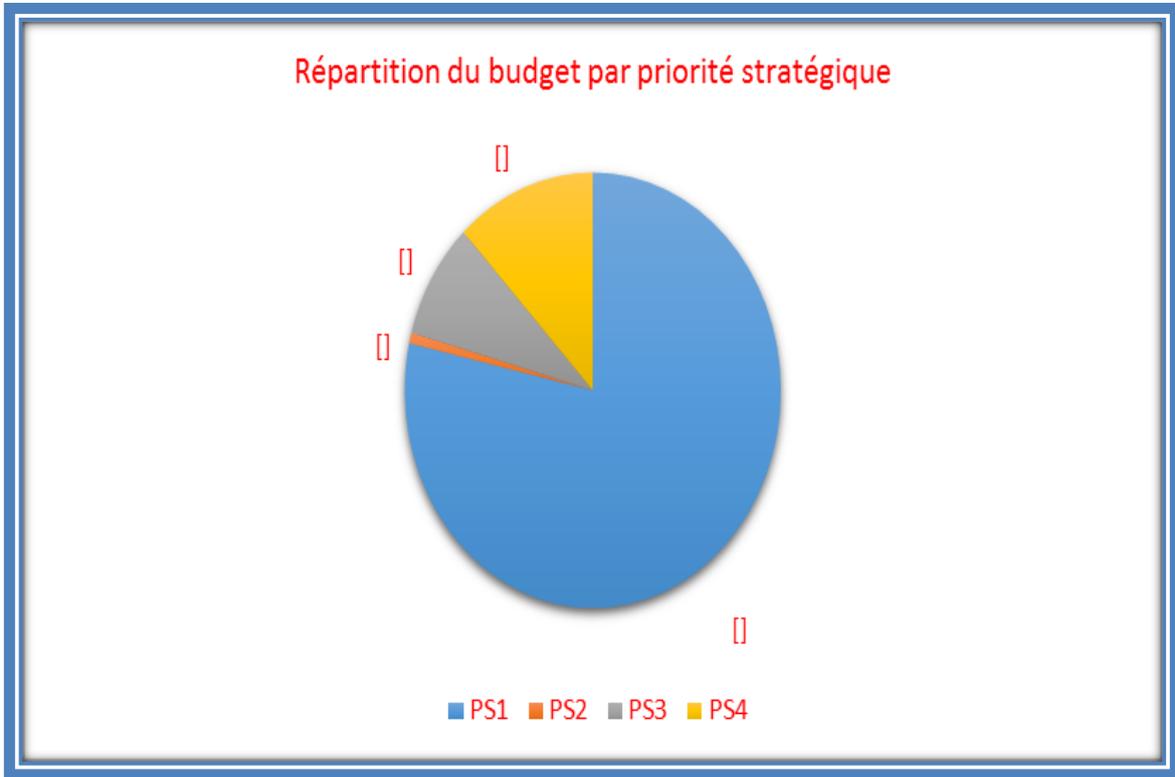


Figure 15: Répartition du budget par priorité stratégique

ANNEXES :



Annexe 1: Résultats enquêtes de base et évaluation de l'onchocercose après quelques tours de traitement

District	Villages	Prévalence de base (%)	Evaluation	
			Date	Prévalence (%)
Tambacounda	Baïtilaye	43,2	mai-99	1
	Barandoufaring	61,7	mai-00	8,3
	Dalakoye	54,6	avr.-02	0
	Dar Salam	9	avr.-01	0
	Djendji	36,3	mai-99	2,4
	Fasse	22,1	-	-
	Kabatekenda	81,9	mai-99	2,3
	Lamé	51,8	avr.-02	0
	Magnankati	58,7	avr.-02	0
	Mansadala	55,2	mai-00	3
	Maroug. Badian	62,6	avr.-01	0
	Oussoukala	68,4	avr.-02	1,3
	Soukouta	6,5	mai-00	6
	Tambanoumouya	66	avr.-01	1,4
	Thiabédji	60,5	mai-00	0,6
	Tikankali	54,7	mai-00	3,9
	Yamoussa	69,4	mai-00	0,7
	Nionghany	3,3	avr.-01	0
	Sabouciré Gatiary	1,2	avr.-01	0
	Kouar Mbailari	4,4	mai-00	1,9
	Wakilibougou	0	avr.-01	0
	Bantankocouta	51,8	mai-00	3,5
	Diakha Madina	19,1	avr.-01	0,3
	Aly nguel	12,6	avr.-01	0
Bambadji	22,5	avr.-01	2,8	

District	Villages	Prévalence de base (%)	Evaluation	
			Date	Prévalence (%)
Saraya	Koundaya	64,2	avr.-02	1,3
	Madina Baffé	43,2	mai-00	3,3
	Maniafé	22,6	avr.-01	0
	Missirah Dantila	20,6	avr.-01	0,3
	Moulounga	56,3	avr.-02	0,6
	Sakhouya	33,2	mai-00	0
	Saroudia	39,5	mai-00	4,8
	Sékhoto	42,5	avr.-02	1,4
	Toubacouta	31,1	mai-00	4,3
	Missira	41,6	mai-99	3,2
	Bountoum	31,5	mai-00	4,7
	Davorola	37,3	avr.-01	0,8
	Frandi	44,9	avr.-01	3,8
	Guémédjé	56,3	avr.-02	7
	Kolya	48,9	avr.-01	1,2
	Linguéya	45,2	-	-
	Moussala	40,1	mai-00	2,3
	Worthokhaty	30,5	avr.-01	1,1
	Ylimalo	41,2	avr.-01	0
Samécouta	36	mai-00	2,2	

District	Villages	Prévalence de base (%)	Evaluation	
			Date	Prévalence (%)
Vélingara	Ouba	50,7	avr.-02	0
	Sounnatou	35,2	mai-99	3,9
	Alahina Bocar	0	avr.-01	0
	Dialamakhan	0	avr.-01	0
	Sam	0,8	avr.-02	0
	Fass	16,8	avr.-01	0
	Kankouyama	19,9	mai-00	4,3
	Kouthidy Pakane	6,1	avr.-01	0
	Lali	0,8	avr.-01	0
	Madina Kokoum	0,8	avr.-01	0
	Madina Tounty	0	avr.-02	0
Kidira	Diyala Bakary	16,8	avr.-01	2,7
	Missira Tracolé	10,4	avr.-01	0
	Sambayaye	10,1	avr.-01	0
	Sanokholé	0	avr.-01	0
	Timindalla	0	avr.-01	0
	Moussala Boundou	25	mai-00	4,7
	Noumoufouga	41,9	avr.-02	2
	Sanséla	37,9	mai-00	3
	Satadougou Baffé	49	avr.-01	1
	Soréto	29,2	mai-00	2,6
	Sounkounkou	21,7	avr.-01	0
	Toumboura	7,7	avr.-01	0
	Wassangara	30,7	mai-00	2,5

Annexe 2 : Couverture thérapeutique pour la DMM contre les bilharzioses entre 2009 et 2015

Région	Districts	Prévalence (%)	Couverture thérapeutique (%)					
			2009	2010	2012	2013	2014	2015
Diourbel	Bambey	40			34	67	97	37
	Diourbel	17			39	83	68	49
	Mbacké	6						NT*
	Touba	6					183	99
Fatick	Niakhar	34			72	91	99	100
	Fatick	38			38	83	77	89
	Dioffior	74			65	88	97	108
	Passy	49			86	81	70	83
	Foundiougne	56			86	120	95	103
	Sokone	1				88	93	72
	Gossas	24			12	82	113	101
Kaffrine	Birkélane	75			491	92	87	117
	Kaffrine	35			210	95	98	112
	Koungheul	18			210		100	122
	Malem Hodar	14			210		58	139

ND= Non Déterminé



Région	Districts	Prévalence (%)	Couverture thérapeutique (%)					
			2009	2010	2012	2013	2014	2015
Kaolack	Guinguineo	8				95	94	113
	Kaolack	5						105
	Ndoffane	23				107	104	101
	Nioro	3						106
Kédougou	Kédougou	32	97	79	ND	82	86	148
	Salemata	3	97	79	ND	93	90	120
	Saraya	75	112	91	ND	93	104	100
Kolda	Kolda	35			46	88	99	103
	Medina Yoro Foulah	20			132	132	109	108
	Vélingara	27			89	26	96	106

Région	Districts	Prévalence (%)	Couverture thérapeutique (%)					
			2009	2009	2009	2009	2009	2009
Louga	Darou Mousty	7				98		109
	Kébémér	3						105
	Linguère	47	36	77	73	78	80	93
	Dahra	5					94	97
	Coki	28	58	76	67	91	110	112
	Keur Momar Sarr	28	58	76	67	84	99	131
	Sakal	28	58	76	93	85	107	117
	Louga	28	58	76	39	52	66	65
Matam	Kanel	51	74	58	59	100	124	89
	Matam	33	11	74	35	63	75	93
	Thilogne	33	11	74	35	62	66	59
	Ranérou	59	20	88	58	56	66	75

Région	Districts	Prévalence (%)	Couverture thérapeutique (%)					
			2009	2009	2009	2009	2009	2009
Tambacounda	Bakel	39	90	83	ND	99	105	92
	Kidira	40	73	86	ND	101	93	121
	Goudiry	50	118	100	ND	105	106	113
	Dianké Makha	68	89	131	ND	110	110	89
	Koumpentoum	85	49	71	8	52	79	112
	Tambacounda	66	93	89	4	64	74	95
	Makacolibantang	64	92	81	36	101	84	112
Thiès	Joal	65			69	73	85	94
	Popenguine	3				71	78	100
	Thiadiaye	63			76	88	78	117
	Khombole	27			108	94	21	110
	Tivaouane	2						115
Ziguinchor	Diouloulou	71			69	99	53	83
	Bignona	22			54	71	64	164
	Thionck-Essyl	64			53	70	40	86
	Oussouye	16			57	63	58	143
	Ziguinchor	55			43	42	47	101
Couverture Nationale								

Annexe 3 : Couverture thérapeutique des DMM contre les géohelminthiases

Régions	Districts	Prévalence (%)	Couverture thérapeutique (%)					
			2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dakar	Sud						89,0	71,0
	Centre						82,0	99,0
	Ouest						107,0	105,0
	Nord						95,0	70,0
	Guédiawaye	70,74					84,0	69,0
	Pikine	53,44					93,0	96,0
	Keur Massar	13,33					137,0	99,0
	Mbao	50,00					101,0	39,0
	Diamniadio	7,47					108,0	88,0
	Rufisque	26,01					132,0	74,0
Diourbel	Bambey	0,09				67,0	97,0	119,0
	Diourbel					83,0	61	93
	Mbacké					91,0	139	142
	Touba					103,0	5	99

Régions	Districts	Prévalence (%)	Couverture thérapeutique (%)					
			2010	2011	2012	2013	2014	2015
Fatick	Niakhar					91,0	99	99
	Fatick					83,0	77	82
	Dioffior					88,0	97	98
	Passy	0,00				81,0	70	83
	Foundiougne					120	95	103
	Sokone	0,00				88,0	93	83
	Gossas					82,0	113	86
Kaffrine	Birkélane	0,93				92,0	87	116
	Kaffrine					87,0	98	115
	Koungheul						100	109
	Malem Hodar	1,81					58	148
Kaolack	Guinguineo	0,00				95	94	106
	Kaolack					103	112	109
	Ndoffane	1,96				107	104	101
	Nioro	0,00				122	138	106

Régions	Districts	Prévalence (%)	Couverture thérapeutique (%)					
			2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kédougou	Kédougou	0,00				82	84	104
	Salemata	0,00				93	90	94
	Saraya	0,00				93	71	79
Kolda	Kolda	0,00				88	99	103
	Medina Yoro Foulah	0,00				140	109	108
	Vélingara					100	96	110
Louga	Darou Mousty.					0,0	98	109
	Kébémér					36	97	101
	Linguère	3				78	80	86
	Dahra					93	94	84
	Coki					91	110	112
	Keur Momar Sarr	13				84	99	95
	Sakal					85	107	111
	Louga					52	66	52
Matam	Kanel	0,00				100	87	81
	Matam	3,85				63	68	84
	Thilogne	9,27				62	57	55
	Ranérou	0,00				56	61	62

Régions	Districts	Prévalence (%)	Couverture thérapeutique (%)					
			2010	2011	2012	2013	2014	2015
Saint Louis	Dagana	3,92				77	71	84
	Richard Toll	1,60				106	95	97
	Pete	1,30				71	88	78
	Podor	1,85				87	70	58
	Saint louis	0,00				70	82	81
Sédhiou	Boukiling	20,49				242	298	134
	Goudomp	50,14				236	226	125
	Sedhiou	21,61				221	230	147
Tambacounda	Bakel	0,00				99	94	79
	Kidira					101	91	88
	Goudiry	0,00				105	106	95
	Dianké Makha					110	110	83
	Koumpentoum	0,00				52	77	43
	Tambacounda	0,00				64	73	80
	Makacolibantang					101	84	61

Régions	Districts	Prévalence (%)	Couverture thérapeutique (%)					
			2010	2011	2012	2013	2014	2015
Thiès	Joal					73	83	143
	Mbour	21,69				114	111	123
	Popenguine	3,64				71	78	95
	Thiadiaye	0,00				88	89	114
	Pout	24,91				108	100	28
	Thiès	23,24				92	87	113
	Khombole					94	89	121
	Tivaouane	2,11				90	89	117
	Mékhé	1,30				100	91	102
Ziguinchor	Diouloulou					99,0	53,0	90,0
	Bignona					71,0	64,0	119
	Thionk esyl					70,0	40,0	85
	Oussouye					63,0	58,0	80
	Ziguinchor	0,00				42,0	47,0	77



Annexe 4: Résultats de la DMM contre la filariose lymphatique de 2007 à 2015

Régions	Districts	Prévalence (%)	Couvertures épidémiologiques de la DMM contre la filariose lymphatique									
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Diourbel	Bambey	2,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	76
	Mbacké	2,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	73
	Touba	1,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	51
Fatick	Niakhar	2,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	29
	Fatick	2,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	27
	Dioffior	10,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	55
	Sokone	2,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	35
	Gossas	3,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	34
Kaffrine	Birkélane	3,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	55
	Kaffrine	3,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	61
	Koungheul	5,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	51
	Malem Hodar	3,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	63
Kaolack	Guinguineo	5,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	62
	Kaolack	5,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	64
Kédougou	Kédougou	19,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	53
	Salemata	19,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	57
	Saraya	19,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	43

Régions	Districts	Prévalence (%)	Couvertures épidémiologiques de la DMM contre la filariose lymphatique								
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kolda	Kolda	2,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	34	47	67
	Medina Yoro Foulah	2,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	38	62	63
	Vélingara	2,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	29	41	76
Louga	Linguère	8,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	36
	Coki	3,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	63
	Keur Momar Sarr	3,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	46
	Sakal	3,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	63
	Louga	3,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	16
Saint Louis	Pete	2,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	39
	Podor	2,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	32
Sédhiou	Boukiling	2,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	70	84	78
	Goudomp	2,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	68	65	71
	Sedhiou	2,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	64	66	76



Régions	Districts	Prévalence (%)	Couvertures épidémiologiques de la DMM contre la filariose lymphatique								
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tambacounda	Bakel	0,00	81	76	81	NT	NT	NT	35	0	31
	Kidira	0,00	90	71	80	NT	NT	NT	22	0	34
	Goudiry	0,00	82	80	59	NT	NT	NT	53	0	37
	Dianké Makha	1,50	79	89	90	NT	NT	NT	75	0	34
	Koumpentoum	0,00	70	71	57	NT	NT	NT	21	0	56
	Tambacounda	0,30	80	76	65	NT	NT	NT	20	0	32
	Makacolibantang	0,00	76	71	58	NT	NT	NT	28	0	22

Régions	Districts	Prévalence (%)	Couvertures épidémiologiques de la DMM contre la filariose lymphatique								
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Thiès	Joal	24,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	87
	Mbour	29,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	85
	Popenguine	13,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	64
	Thiadiaye	6,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	74
	Pout	32,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	10
	Thiès	32,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	69
	Khombole	3,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	63
	Tivaouane	16,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	65
Ziguinchor	Diouloulou	24,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	57
	Bignona	24,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	50
	Thionck-Essyl	24,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	41
	Oussouye	4,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	57
	Ziguinchor	4,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	57

Annexe 5: Résultats de la DMM contre l'onchocercose

Régions	Districts	Couverture thérapeutique pour l'onchocercose							
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2015
Kédougou	Kédougou	78	78	77	78	80	80	80	66,59
	Salémata								70,87
	Saraya							79	54,21
Kolda	Vélingara	82	85	84	84	81	84	79,30	101,46
Tambacounda	Tambacounda	80	79	83	83	72	84	80	48,45
	Dianké Makha								37,48
	Goudiry	79	80	80	85	84	89	82	44,35
	Kidira	78	79	80	95	88	88	85,9	54,33



Annexe 6: Résultats de la DMM contre le trachome

Région	Districts	Couverture Programmatique de la DMM –Trachome (%)											Nombre de tour de traitement
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Diourbel	Bambey			91		91	NC		78,64				4
	Diourbel								75,21	75,13	93,80		3
	Mbacké									83,04	71,60	95,50	3
Fatick	Gossas										91	96,40	2
Kaffrine	Birkélane								NC	82,13	81,50	101,50	4
	Kaffrine								NC	76,82	81,30	89,77	4
	Koungheul								NC	94,92	78,90	87,58	4
	Malem Hodar									80,76	86,80	78,40	3
Kaolack	Ndoffane									92,67	89,60	92,40	3
	Nioro								93,59	93,80	98,10		3
Louga	Darou Mousty.								78,86	79,50	89,10		3
	Kébémér		97			93	86		79,04				4
	Coki										89,20	94,4	2
	Sakal										109	112,9	2
Thiès	Khombole	69	93		59	NC							4
	Tivaouane	97	78		52								3
	Mékhé		73		74	NC	NC						4

Annexe 7 : Feuille de route pour l'élimination du trachome au Sénégal

Région	Feuille de route pour l'élimination du trachome au Sénégal							
	District	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Diourbel	BAMBEY	DMM	Enquête d'Impact		Surveillance			
	DIOURBEL	Enquête d'Impact	DMM	Enquête d'Impact		Surveillance		
	MBACKE	DMM	Enquête d'Impact		Surveillance			
	TOUBA		NC	DMM	Enquête d'Impact			
Fatick	GOSSAS	DMM	DMM	Enquête d'Impact		Surveillance		
Kaffrine	BIRKELANE	DMM	Enquête d'Impact		Surveillance			
	KAFFRINE	DMM	Enquête d'Impact		Surveillance			
	KOUNGHEUL	DMM	Enquête d'Impact		Surveillance			
	MALEM HODAR	DMM	Enquête d'Impact		Surveillance			
Kaolack	GUINGUINEO			Nouvelle Cartographie				
	NDOFFANE	DMM	Enquête d'Impact		Surveillance			
Louga	KEBEMER			Surveillance				
	DAHRA			Nouvelle Cartographie				
	COKI	DMM	DMM	Enquête d'Impact		Surveillance		
	SAKAL	DMM	DMM	Enquête d'Impact		Surveillance		
	LOUGA			Nouvelle Cartographie				
Saint-Louis	SAINT LOUIS			DMM	Enquête d'Impact			
Thiès	KHOMBOLE	DMM	Enquête d'Impact		Surveillance			
	TIVAOUANE	DMM	EI		Surveillance			
	MEKHE	DMM	EI		Surveillance			



Annexe 8 : Feuille de route pour l'élimination de la FL au Sénégal

Région	District	Feuille de route pour l'élimination de la FL au Sénégal					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tambacounda	Bakel	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM	TAS-1	
	Dianké Makha	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM	TAS-1	
	Goudiry	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM	TAS-1	
	Kidira	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM	TAS-1	
	Koumpentoum	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM	TAS-1	
	Makacolibantang	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM	TAS-1	
	Tambacounda	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM	TAS-1	
Kolda	Kolda	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM	TAS-1	
	Médina Yoro Foulah	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM	TAS-1	
	Vélingara	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM	TAS-1	
Sédhiou	Boukiling	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM	TAS-1		
	Goudomp	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM	TAS-1		
	Sédhiou	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM	TAS-1		
Diourbel	Bambey	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Mbacké	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Touba	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
Fatick	Niakhar	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Fatick	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Dioffior	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Sokone	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Gossas	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM

Région	District	Feuille de route pour l'élimination de la FL au Sénégal					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Kaffrine	Birkélane	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Kaffrine	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Koungheul	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Malem Hodar	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
Kaolack	Guinguinéo	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Kaolack	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
Kédougou	Kédougou	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Salémata	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Saraya	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
Louga	Linguère	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Coki	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Keur Momar Sarr	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Sakal	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Louga	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
Saint Louis	Pété	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Podor	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM



Région	District	Feuille de route pour l'élimination de la FL au Sénégal					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Thiès	Joal	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Mbour	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Popenguine	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Thiadiaye	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Pout	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Thiès	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Khombole	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Tivaouane	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
Ziguinchor	Diouloulou	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Bignona	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Thionck-Essyl	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Oussouye	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM
	Ziguinchor	TDM	TDM	TDM	TDM	TDM	Pré-TAS, TDM

Annexe 9 : Feuille de route pour le contrôle des schistosomias

Région	District	Feuille de route pour le contrôle des schistosomias au Sénégal							
		Niveau d'endémicité	Nombre de tours en 2015	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Diourbel	BAMBEY	2	4	DMM		DMM	Eval prévalence		
	DIOURBEL	2	4	DMM		DMM	Eval prévalence		
	MBACKE	1	1		DMM			DMM	
	TOUBA	1	2	DMM			DMM		
Fatick	NIAKHAR	2	4	DMM		DMM	Eval prévalence		
	FATICK	2	4	DMM		DMM	Eval prévalence		
	DIOFFIOR	3	5	DMM	DMM	Eval prévalence			
	PASSY	2	4	DMM		DMM	Eval prévalence		
	FOUNDIOUGNE	3	5	DMM	DMM	Eval prévalence			
	SOKONE	1	3	DMM			DMM		
	GOSSAS	2	4	DMM		DMM	Eval prévalence		
Kaffrine	BIRKELANE	3	5	DMM	DMM	Eval prévalence			
	KAFFRINE	2	4	DMM		DMM	Eval prévalence		
	KOUNGHEUL	2	4	DMM		DMM	Eval prévalence		
	MALEM HODAR	2	4	DMM		DMM	Eval prévalence		
Kaolack	GUINGUINEO	1	3	DMM			DMM		
	KAOLACK	1	1	DMM			DMM		
	NDOFFANE	2	3	DMM		DMM		DMM	
	NIORO	1	1	DMM			DMM		DMM

Région	District	Feuille de route pour le contrôle des schistosomiasés au Sénégal							
		Niveau d'endémicité	Nombre de tours en 2015	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Kédougou	KEDOUGOU	2	5	DMM	Eval prévalence				
	SALEMATA	1	5	DMM	Eval prévalence				
	SARAYA	3	5	DMM	Eval prévalence				
Kolda	KOLDA	2	4	DMM		DMM			
	Medina Yoro Foulah	2	4	DMM		DMM			
	VELINGARA	2	4	DMM		DMM			
Louga	DAROU MOUSTY.	1	2	DMM			DMM		
	KEBEMER	1	1	DMM			DMM		
	LINGUERE	2	6	DMM	Eval prévalence				
	DAHRA	1	2	DMM					
	COKI	2	6	DMM	Eval prévalence				
	KEUR MOMAR SARR	2	6	DMM	Eval prévalence				
	SAKAL	2	6	DMM	Eval prévalence				
	LOUGA	2	6	DMM	Eval prévalence				
Matam	KANEL	3	6	DMM	Eval prévalence				
	Matam	2	6	DMM	Eval prévalence				
	Thilogne	2	6	DMM	Eval prévalence				
	RANEROU	3	6	DMM	Eval prévalence				

Région	District	Feuille de route pour le contrôle des schistosomiasés au Sénégal							
		Niveau d'endémicité	Nombre de tours en 2015	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Saint Louis	DAGANA	2	5	DMM	Eval prévalence				
	RICHARD TOLL	3	4	DMM	Eval prévalence				
	PETE	2	4	DMM	Eval prévalence				
	PODOR	3	5	DMM	Eval prévalence				
	SAINT LOUIS	2	4	DMM	Eval prévalence				
Tambacounda	BAKEL	2	5	DMM	Eval prévalence				
	KIDIRA	2	5	DMM	Eval prévalence				
	GOUDIRY	3	5	DMM	Eval prévalence				
	DIANKE MAKHA	3	5	DMM	Eval prévalence				
	KOUMPENTOUM	3	6	DMM	Eval prévalence				
	TAMBACOUNDA	3	6	DMM	Eval prévalence				
	MAKACOLIBANTANG	3	6	DMM	Eval prévalence				
Thiès	JOAL	3	5	DMM	DMM	Eval prévalence			
	POPENGUINE	1	3	DMM			DMM		
	THIADIAYE	3	5	DMM	DMM	Eval prévalence			
	KHOMBOLE	2	4	DMM		DMM	Eval prévalence		
	TIVAOUANE	1	1	DMM			DMM		DMM

Région	District	Feuille de route pour le contrôle des schistosomiasés au Sénégal							
		Niveau d'endémicité	Nombre de tours en 2015	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ZIGUINCHOR	DIOULOLOU	3	5	DMM	DMM	Eval prévalence			
	BIGNONA	2	4	DMM		DMM	Eval prévalence		
	THIONK ESYL	3	5	DMM	DMM	Eval prévalence			
	OUSSOUYE	2	4	DMM		DMM	Eval prévalence		
	ZIGUINCHOR	3	5	DMM	DMM	Eval prévalence			

1 = Faible prévalence (> 0 et < 10 %) lors de la cartographie initiale par la méthode parasitologique

2= Prévalence modérée (≥ 10 et < 50 %) lors de la cartographie initiale par la méthode parasitologique

3= Prévalence élevée (≥ 50 %) lors de la cartographie initiale par la méthode parasitologique

Annexe 10 : Feuille de route pour l'élimination de l'onchocercose au Sénégal

Region	Feuille de route pour l'élimination de l'onchocercose au Sénégal						
	District	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Kédougou	KEDOUGOU	TDM	Evaluation entomologique	surveillance	surveillance	surveillance	surveillance
Kédougou	SALEMATA	TDM	Evaluation entomologique	surveillance	surveillance	surveillance	surveillance
Kédougou	SARAYA	TDM	Evaluation entomologique	surveillance	surveillance	surveillance	surveillance
Kolda	VELINGARA	TDM	Evaluation entomologique	surveillance	surveillance	surveillance	surveillance
Tambacounda	KIDIRA	TDM	Evaluation entomologique	surveillance	surveillance	surveillance	surveillance
Tambacounda	GOUDIRY	TDM	Evaluation entomologique	surveillance	surveillance	surveillance	surveillance
Tambacounda	DIANKE MAKHA	TDM	Evaluation entomologique	surveillance	surveillance	surveillance	surveillance
Tambacounda	TAMBACOUNDA	TDM	Evaluation entomologique	surveillance	surveillance	surveillance	surveillance

Annexe 11 : Feuille de route pour le contrôle des géohelminthiases au Sénégal

Région	Feuille de route pour le contrôle des Géohelminthiases au Sénégal						
	District	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Dakar	SUD	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	CENTRE	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	OUEST	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	NORD	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	GUEDIAWAYE	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	PIKINE	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	KEUR MASSAR	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	MBAO	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	DIAMNIADIO	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
Diourbel	RUFISQUE	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	BAMBEY	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	DIORBEL	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	MBACKE	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
Fatick	TOUBA	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	NIAKHAR	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	FATICK	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	DIOFFIOR	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	PASSY	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	FOUNDIOUGNE	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	SOKONE	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
GOSSAS	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	

Région	Feuille de route pour le contrôle des Géohelminthiases au Sénégal						
	District	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Kaffrine	BIRKELANE	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	KAFFRINE	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	KOUNGHEUL	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	MALEM HODAR	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
Kaolack	GUINGUINEO	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	KAOLACK	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	NDOFFANE	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	NIORO	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
Kédougou	KEDOUGOU	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	SALEMATA	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	SARAYA	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
Kolda	KOLDA	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	Medina Yoro Foulah	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	VELINGARA	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM

Région	Feuille de route pour le contrôle des Géohelminthiases au Sénégal						
	District	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Louga	DAROU MOUSTY.	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	KEBEMER	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	LINGUERE	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	DAHRA	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	COKI	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	KEUR MOMAR SARR	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	SAKAL	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	LOUGA	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
Matam	KANEL	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	Matam	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	Thilogne	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	RANEROU	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique

Région	Feuille de route pour le contrôle des Géohelminthiases au Sénégal						
	District	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Saint Louis	DAGANA	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	RICHARD TOLL	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	PETE	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	PODOR	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	SAINT LOUIS	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
Sédhiou	BOUNKILING	DMM	DMM	DMM	Enq.parasitologique	DMM	DMM
	GOUDOMP	DMM	DMM	DMM	Enq.parasitologique	DMM	DMM
	SEDHIOU	DMM	DMM	DMM	Enq.parasitologique	DMM	DMM
Tambacounda	BAKEL	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	KIDIRA	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	GOUDIRY	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	DIANKE MAKHA	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	KOUMPENTOUM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique
	TAMBACOUNDA	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique

Région	Feuille de route pour le contrôle des Géohelminthiases au Sénégal						
	District	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	MAKACOLIBANTANG	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique

Région	Feuille de route pour le contrôle des Géohelminthiases au Sénégal						
	District	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Thiès	JOAL	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	MBOUR	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	POPENGUINE	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	THIADIAYE	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	POUT	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	Thiès	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	KHOMBOLE	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	TIVAOUANE	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	MEKHE	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
Ziguinchor	DILOULOU	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	BIGNONA	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM

Région	Feuille de route pour le contrôle des Géohelminthiases au Sénégal						
	District	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	THIONK ESYL	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	OUSSOUYE	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM
	ZIGUINCHOR	DMM	DMM	DMM, Evaluation parasitologique	DMM	DMM	DMM

Annexe 11 : Plan d'action gestion chaine d'approvisionnement MTN

Domaine	Activités	Résultats escomptés	Échéance	Risques en cas de non mise en œuvre	Niveau d'exécution	Responsable
Politiques et dispositions réglementaires	Élaborer un plan d'action sur la politique de gouvernance et de distribution des MMTN.	Assurer le respect des bonnes pratiques de gestion pharmaceutique.	juil-16	Si la gestion de la chaîne d'approvisionnement des MMTN ne fait pas partie intégrante des plans stratégiques nationaux et des plans de travail, elle sera constamment négligée, ce qui entraînera des retards de livraison, le gaspillage des produits non utilisés, un coût et une perte de temps	Réalisée	Pharmacien DLM
	Intégrer le plan d'action dans le plan stratégique national 2016 -2020 de lutte contre les MTN.		Septembre		Non réalisée	Equipe MTN

Domaine	Activités	Résultats escomptés	Échéance	Risques en cas de non mise en œuvre	Niveau d'exécution	Responsable
				pour les gestionnaires de programme.		
	Finaliser la convention entre la DLM et la PNA.	Établir clairement les rôles et responsabilités financières de la PNA et de la DLM, ce qui permettra d'optimiser l'efficacité en coordonnant la gestion des MMTN, à l'instar d'autres programmes de santé.	sept-16	Le retard apporté à la signature de la convention est à l'origine de l'intégration incomplète des MMTN au sein du système de la PNA et la PRA.	En cours	DLM et PNA
	Signer la convention entre la DLM et la PNA.				Non réalisée	MSAS
	Impliquer le point focal de l'OMS au cours de la négociation.				Réalisée	DLM
Coordination et personnel	Recruter un pharmacien au sein de la DLM pour la gestion des MMTN	Ce poste de soutien représente un lien crucial entre la DLM et la PNA et permet une coordination entre les deux organismes.	janv-16	L'absence de poste à temps plein de pharmacien national MTN au sein de la DLM a pour résultat une communication plus lente, une répartition inefficace des responsabilités, une distribution moins rapide à travers la chaîne	Réalisée	DLM

Domaine	Activités	Résultats escomptés	Échéance	Risques en cas de non mise en œuvre	Niveau d'exécution	Responsable
				d'approvisionnement et une DMM potentiellement retardée.		
	Impliquer la DPM et le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments dans les activités afin d'assurer la réglementation, la sécurité médicale et l'assurance de la qualité.	Assurer l'approbation rapide et efficace des demandes et l'entrée des médicaments dans le pays. Assurer le respect de la pharmacovigilance appropriée et la notification des événements indésirables graves (EIG).	oct-15	Des retards dans l'approbation des demandes de médicaments et de leur entrée dans le pays peuvent se répercuter dans la chaîne d'approvisionnement, entraînant un retard des MMTN. Des médicaments de qualité inférieure ou des EIG érodent la confiance des personnes, qui peuvent cesser de venir se faire soigner si elles ne se sentent pas en sécurité dans la prise de médicaments.	Réalisée	DLM

Domaine	Activités	Résultats escomptés	Échéance	Risques en cas de non mise en œuvre	Niveau d'exécution	Responsable
Approvisionnement	Remplir les formulaires de l'OMS avec les populations officielle du MSAS (ANSD).	La quantification correcte de produits nécessaires pour une DMM est indispensable pour résoudre de nombreux problèmes de la chaîne d'approvisionnement, y compris la prévision du nombre de personnes qui auront besoin d'être traitées, assurant que chaque district obtiendra la bonne quantité de médicaments et en minimisant la quantité de MMTN non utilisés qui doivent être retournés dans la chaîne d'approvisionnement et stockés jusqu'à la prochaine DMM. Une	Avant août 2016	Une quantification qui ne repose pas sur un dénombrement précis de la population et des données de consommation et de distribution antérieure se solde par des médicaments non utilisés qui peuvent être potentiellement endommagés ou périmés avant la prochaine DMM, ainsi qu'un stockage supplémentaire et des coûts administratifs pour conserver ces MMTN.	Réalisée	Pharmacien et Gestionnaire de Données DLM.
	Utiliser les microplanifications des Districts pour la répartition des MMTN		Avant mars 2017		Réalisée	

Domaine	Activités	Résultats escomptés	Échéance	Risques en cas de non mise en œuvre	Niveau d'exécution	Responsable
		réduction considérable de coût et de temps pour les gestionnaires de programmes et les entrepôts de stockage.				
Stockage	Former/Recycler les dépositaires dans les DS et PS sur la gestion des MMTN.	Sécurité médicale et assurance de qualité, en plus de l'amélioration du contrôle des stocks entraînant des dommages et des pertes minimisées.	Avant mars 2017	Organisation inadéquate conduit à des MMTN égarés ou perdus. Si des problèmes surviennent et si les DMM ne sont pas réussis, il sera difficile d'identifier l'origine des problèmes et comment les résoudre.	Réalisée	Pharmacien DLM
	Initier une note ministérielle pour l'implication des dépositaires de DS et PS dans la gestion des MMTN lors des DMM				Non réalisée	
Distribution	Assurer le transport adéquat des MMTN de la PRA vers les DS.	Assurer le contrôle de qualité et le renforcement approprié des systèmes	janv-17	L'utilisation de véhicules non standardisés compromet la circulation garantie des MMTN au site	En cours	DLM et PNA

Domaine	Activités	Résultats escomptés	Échéance	Risques en cas de non mise en œuvre	Niveau d'exécution	Responsable
	Prévoir un budget lors des DMM pour assurer le transport adéquat des MMTN des DS vers PS.	pharmaceutiques pour les MMTN.	janv-17	approprié de DMM. Utiliser simplement « tout ce qui est disponible » c'est prendre le risque que rien ne soit disponible. Normalement, les véhicules d'urgence doivent être utilisés conformément à leur destination et non pour la distribution de produits pharmaceutiques.	Non réalisée	DLM
	Assurer le redéploiement des MMTN inutilisés ou en surplus vers les sites nécessaires par les comités techniques national et régional de mise en œuvre de la DMM	Les MMTN non utilisés peuvent être utilisés le plus rapidement possible sans avoir besoin d'être stockés pendant de longues périodes, réduisant ainsi les coûts de transport des produits non utilisés d'un district à l'autre, de manière ponctuelle.	Mars - Mai 2017	Des coûts supplémentaires de distribution, de stockage et d'administration ainsi qu'une gestion inefficace du temps concernant les MMTN, les acheminant vers le haut et puis vers le bas de la chaîne d'approvisionnement plutôt qu'horizontalement	Non réalisée	Pharmacien DLM et PRA

Domaine	Activités	Résultats escomptés	Échéance	Risques en cas de non mise en œuvre	Niveau d'exécution	Responsable
				lorsque cela est possible.		
Utilisation rationnelle des MMTN	Déterminer les cibles DMM par quartiers/villages	Réduire la quantité non utilisée de MMTN à la suite d'une DMM entraînera une diminution des besoins de logistique inversée.	Mars - Mai 2017	Une augmentation de la quantité de MMTN à la suite des résultats d'une DMM entraînera une pression accrue sur les besoins de logistique inverse, ce qui augmente également le risque de médicaments périmés avant la prochaine DMM.	Réalisée	ECD et ICP
	Ravitainer les équipes de DC en fonction des cibles journalières				Non réalisée	ICP
	Faire le monitoring quotidien de la consommation des MMTN				Non réalisée	ECR / ECD /ICP
Production de rapports	Respecter les directives de la DLM pour le reporting lors des DMM	Garantit la génération adéquate des rapports et la gestion primordiale des stocks pour déterminer la quantité nécessaire à la demande de l'année suivante en MMTN.	juin-17	Des rapports incomplets ou en retard, rendent difficile la quantification correcte des besoins de l'année suivante, ainsi que le suivi des progrès vers les objectifs de 2020.	Non réalisée	ECR / ECD /ICP

Domaine	Activités	Résultats escomptés	Échéance	Risques en cas de non mise en œuvre	Niveau d'exécution	Responsable
Logistique inverse	Élaborer une procédure opérationnelle standard (POS) à part pour le retour, la réutilisation ou l'élimination des MMTN endommagés ou périmés.	Le manque d'uniformité dans l'exécution du programme peut être évité avec les POS. Facilitera une meilleure quantification en vue de la prochaine demande de DMM à venir.	mai-17	Si les MMTN ne sont pas rapidement réintégrés dans la chaîne d'approvisionnement, la qualité des médicaments pourrait être compromise. En outre, les MMTN périmés et endommagés qui ne sont pas éliminés posent un risque pour l'environnement et la santé.	Non réalisée	Pharmacien DLM
	Prévoir un budget lors des DMM pour assurer le retour adéquat des MMTN des PS vers DS.		janv-17		Non réalisée	DLM
	Elaborer un rapport finale de qualité après DMM tenant compte de la conformité entre la dotation initiale, le nombre de personnes traitées, le stock restant et les pertes.	La vérification croisée systématique des comprimés inutilisés avec les rapports à chaque niveau pour s'assurer de leur correspondance permettra d'identifier et d'éviter des pertes, ainsi que de veiller à ce que les	juin-17		Des rapports incomplets ou en retard, rendent difficile la quantification correcte des besoins de l'année suivante, ainsi que le suivi des progrès vers les objectifs de 2020. Sans rapports appropriés, les gestionnaires de programme	Non réalisée

Domaine	Activités	Résultats escomptés	Échéance	Risques en cas de non mise en œuvre	Niveau d'exécution	Responsable
		médicaments sont bien transportés et arrivent à leur lieu de stockage approprié. Des rapports précis post-DMM sont essentiels pour assurer une quantification précise de l'année suivante.		devront deviner les quantités nécessaires de la demande, ce qui entraînera des MMTN inutilisés et des problèmes au sein de la chaîne d'approvisionnement inversée.		
Assurance de qualité	Mettre en place un comité de réception des MMTN intégrant la DPM et le LNCM	Actuellement le contrôle de la qualité est effectué juste avant une DMM et seulement à la PNA. Aucun contrôle de qualité n'est effectué sur les produits inutilisés dans les entrepôts de stockage régionaux à la suite d'une DMM.	janv-17	La qualité des médicaments inutilisés peut être compromise lors d'une DMM et du stockage, ce qui conduit à une efficacité réduite des médicaments et, au bout du compte, du programme.	Non réalisée	DLM / DPM /LNCM
	Effectuer des contrôles qualité sur des lots des MMTN par le LNCM		janv-17		Non réalisée	
Gestion des déchets	Gérer les déchets biomédicaux selon les directives du PRONALIN.	Ceci est essentiel pour s'assurer que les médicaments endommagés ou	juil-17	L'élimination inadéquate des MMTN ou son absence peuvent	Non réalisée	ECR /DS / SNH

Domaine	Activités	Résultats escomptés	Échéance	Risques en cas de non mise en œuvre	Niveau d'exécution	Responsable
	Incinérer de manière appropriée les médicaments endommagés ou périmés dans les DS et Hôpitaux régionaux sans délais.	périmés ne sont pas utilisés lors d'une DMM à venir et pour veiller à ce que les normes de santé publique de l'environnement soient respectées.	juil-17	conduire à une utilisation accidentelle de médicaments pendant les DMM futures ; et bien que les MMTN soient reconnus de faible toxicité, une élimination inadéquate pourrait conduire à des niveaux élevés dans l'environnement et les interactions avec d'autres médicaments dont l'impact sur l'environnement et la santé ne sont pas connues.	Non réalisée	
	Insister lors de la formation des ICP sur la collecte efficace et journalière des boites vides.	Dans l'idéal, les déchets devraient être incinérés avec des médicaments endommagés ou périmés ; toutefois, compte tenu de la faible toxicité des MMTN, il serait acceptable d'établir	Février - Mars 2017	L'élimination inadéquate ou le fait de ne pas éliminer les flacons peuvent conduire à une exposition accidentelle aux produits chimiques composant les MMTN.	Non réalisée	Equipe MTN

Domaine	Activités	Résultats escomptés	Échéance	Risques en cas de non mise en œuvre	Niveau d'exécution	Responsable
	Assurer l'incinération des boîtes vides par le DS et le SNH	une politique et des lignes directrices pour les laver correctement et les réutiliser.	juil-17	Bien que les MMTN soient reconnus de faible toxicité, une élimination inadéquate pourrait conduire à des niveaux élevés dans l'environnement et les interactions avec d'autres médicaments dont l'impact sur l'environnement et la santé ne sont pas connues.	Non réalisée	ECR /DS / SNH

