



MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE L'HYGIÈNE
PUBLIQUE ET DE LA COUVERTURE MALADIE
UNIVERSELLE



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

PLAN DIRECTEUR DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES 2021 - 2025



pour le Droit à la Santé



Organisation
mondiale de la Santé



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Ascend
Afrique de l'Ouest et Centrale



american
leprosy missions



Sightsavers

Act to End
NTDs
W E S T

Table des matières

Figures et tableaux	3
Abréviations et acronymes	5
Principales définitions	7
But du document	9
Résumé d'orientation	11
Introduction	12
PARTIE 1 : ANALYSE DE LA SITUATION	16
1.1. Réévaluation des priorités nationales et les engagements pris au niveau national, régional et mondial envers la lutte contre les MTN	17
1.2. Analyse du contexte national	19
1.2.1 Analyse du pays	19
1.2.2. Analyse du système de santé	25
1.3. Évaluation des lacunes	44
1.4. Analyse du contexte du programme	46
1.4.1. Lutte contre les MTN	46
1.4.2. Performance du programme de lutte contre les MTN	73
1.5 : Les atouts des programmes de lutte contre les MTN	82
1.5.1. Opportunités et menaces	82
1.5.2. Forces et faiblesses	83
1.5.3. Lacunes et priorités	85
PARTIE 2 : CADRE STRATEGIQUE DU PLAN DIRECTEUR	86
2.1 : vision, mission et but des programmes MTN	87
2.1.1. Vision	87
2.1.2. Mission des Programmes MTN	87
2.2 : Objectifs stratégiques, jalons et cibles	89
2.2.1 : Objectif stratégique	89
2.2.2 : Les Cibles	89
2.2.3 : Les Jalons	92
2.3. Principes directeurs et priorités du plan directeur	Error! Bookmark not defined.
2.3.1 Principes directeurs	Error! Bookmark not defined.
2.3.2 : Priorités pour la viabilité du Plan directeur	Error! Bookmark not defined.
2.4 : Piliers et objectifs stratégiques	95
2.4.1 : Piliers stratégiques du Plan directeur 2021-2025	95

2.4.2 : Objectifs stratégiques	95
<i>PARTIE3 : Mise en œuvre de la stratégie : Cadre opérationnel de la lutte contre les MTN</i>	98
3.1 : Initiatives et activités stratégiques	99
3.2 : Activités opérationnelles par Programme	100
3.2.1 : Les Programmes MTN CP	100
3.2.2 : Programme National de Lutte contre L'Ulcère de Buruli (PNLUB)	105
3.2.3 : Programme National d'Elimination de la Lèpre	108
3.2.4 : Programme National d'Elimination de la THA	111
3.2.5 : Programme National d'Elimination du Ver de Guinée et Assainissement	112
3.2.6 : Vers la durabilité des programmes : intensification de la coordination et des partenariats	114
3.3 : Hypothèses, risques et atténuation	117
3.4. Cadre de performance	121
<i>PARTIE 4 Budgétisation de l'impact : Estimations et justifications</i>	122
<i>Annexes</i>	125
Annexe 1 : Étapes à suivre pour élaborer ou passer en revue un plan directeur de lutte contre les MTN national	126
Annexe 2 : Cibles, étapes importantes et indicateurs proposés pour la feuille de route	127
Annexe 3 : Intégration de la lutte contre les MTN dans les systèmes de santé nationaux	134
Annexe 4 : Coordination avec les ministères de la Santé et d'autres ministères et autorités	135
Annexe 5 : Organigramme du Ministère de la Santé et du programme national de lutte contre les MTN	139
Annexe 6. Innocuité	140
Annexe 7 : Soutenir la prise de décisions éclairées par des données probantes	145
Annexe 8 : Ressources humaines	149

Figures et tableaux

Figure 1:Principaux éléments du Plan directeur de lutte contre les MTN.....	13
Figure 2:Plan directeur de lutte contre les mtn : Processus et cycles de gestion	14
Figure 3:Processus du Plan directeur de lutte contre les MTN	14
Figure 4 : L'analyse PEST	25
Figure 5:Cartographie distribution des infirmiers par districts sanitaire.....	34
Figure 6:Part des ressources publiques allouées au secteur de la santé	Error! Bookmark not defined.
Figure 7:Proportion (%) out of pocket expéditeurs/current expenditures... Error! Bookmark not defined.	
Figure 8:Place des Programmes de Lutte contre les MTN dans l'Organigramme du Ministère Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle.....	47
Figure 9:Evolution de l'incidence de l'Ulcère de Buruli de 2006 à 2020 (source bilan des activités PNLUB 2020)	49
Figure 10:Répartition du nombre de cas d'ulcère de Buruli par district sanitaire en 2020 ...	49
Figure 11:carte de détection de la lèpre en Côte d'Ivoire en 2019	53
Figure 12:Nombre de cas déclarés THA de 2008 à 2020	56
Figure 13:Derniers foyers THA	57
Figure 14:Cartographie de la filariose lymphatique	59
Figure 15:Coendemicite Filariose lymphatique et Onchocercose 2020	59
Figure 16:Cartographie de l'enquête Pretas 2020	60
Figure 17:Cartographie de l'enquête Pretas 2021	61
Figure 18:Cartographie de la Situation épidémiologique de la schistosomiose en Côte d'Ivoire	62
Figure 19:prévalence de la schistosomiose en Côte d'Ivoire en 2020	64
Figure 20:Endémicité du trachome	66
Figure 21:Cartographie des Géohelminthiases	67
Figure 23:Coendémicité des MTN à CP 2020	72
Figure 23:Coendémicité des MTN à PCC en.....	72
Figure 24:Modèle de schéma logique de l'agenda stratégique du programme.....	97
Figure 26:Mécanisme de coordination des programmes.....	115
Figure 27:Contribution des programmes au budget total	125

Liste des tableaux

Tableau 1:Outils du Plan directeur de lutte contre les MTN	15
Tableau 2:Liste des programmes de lutte contre les MTN	18
Tableau 3:Ratio des prestataires de santé par région selon l'analyse de la situation régionale.....	34
Tableau 4:Liste des structures sanitaires spécialisés de prise en charge des cas de MTN ...	50
Tableau 5:Liste des centres de prise en charge des complications de la lèpre.....	54
Tableau 6:Nombre de districts LF traités par année	61
Tableau 7:protocole de prise en charge de la schistosomiose	63
Tableau 8:Nombre de districts endémiques à la schistosomiose traités par année	64
Tableau 9:Cartographie des Districts sanitaires par type de trachome par année.....	65

Tableau 10: Districts avec une prévalence supérieure à 20% pour les Géohelminthiases 2020	67
Tableau 11: Coendémicité des MTN	69
Tableau 12: Situation de la cartographie des MTN 2020	72
Tableau 13: Liste et niveau des performances des interventions mise en œuvre par les programmes(1).....	74
Tableau 14: Liste et niveau des performances des interventions mise en œuvre par les programmes(2).....	75
Tableau 15: Cartographie des Partenaires Techniques et Financiers soutenant la lutte par type intervention.....	76
Tableau 16: Cartographie de la situation des MTN	79
Tableau 17: Cartographie des parties prenantes et de possibilités de collaboration	80
Tableau 18: Opportunités et menaces.....	82
Tableau 19: Forces et faiblesses.....	83
Tableau 20: Lacunes et priorités	85
Tableau 21: Cibles spécifiques pour chaque maladie	90
Tableau 22: Étapes importantes à franchir en ce qui concerne les MT	93
Tableau 23: Objectifs stratégiques pour l'élimination des maladies tropicales négligées	96
Tableau 24: Matrice des partenariats	116
Tableau 25: Critères de risques et évaluation des risques.....	119
Tableau 26: Budgétisation des activités	124

Abréviations et acronymes

AFOM	Atouts, Faiblesses, Opportunités Et Menaces
AIM	Accelerating Integrated Management
AIRP	Autorité Ivoirienne de régulation Pharmaceutique
ARTCI	Agence de Régulation des Télécommunication en Côte d'Ivoire
CHR	Centres Hospitaliers Régionaux
CNRAO	Centre National de Radiothérapie Alassane Ouattara
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CP	Chimio-prévention
CSRS	Centre Suisse de Recherche Scientifique
EDCTP	European and Developing Country Clinical Trials Partnership.
ESPC	Etablissements Sanitaires de Premier Contact
FHI	Family Health International
FRF	Fondation Raoul Follereau
HCI	Hope Commission International
HKI	Helen Keller International
ICA	Institut de Cardiologie d'Abidjan
IMENA	Instituts Nationaux Spécialisés dont l'Institut de Médecine Nucléaire d'Abidjan
INHSP	Institut National d'Hygiène Publique
INS	L'Institut National de la Statistique
INSP	Institut National de la Santé Publique
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
IRFCI	Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire
IVM	Ivermectine
FL	Filariose Lymphatique
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
LSTM	Liverpool School of Tropical Medicine
MDA	Administration Massive de Médicaments (Massive Drug Administration)
MSHPCMU	Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle
MTN	Maladies Tropicales Négligées
Nouvelle PSP CI	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMS/AFRO	Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique
Oncho	Onchocercose
ONG	Organisation Non Gouvernementale
P.E.H	Projet d'Etablissement Hospitalier
PCC	Prise en Charge des Cas
PCMPI	Prise en Charge des Morbidités et Prévention des Incapacités
PCS	Pôles de Continuum des Soins
PCT	Chimio prévention
PDN	Plan Directeur National
PEST	Analyse Politique, Economique, Social et Technologique
PIB	Produit Intérieur Brut
PNB	Produit National Brut
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNEL	Programme National d'Elimination de la Lèpre

PNETHA	Programme National d'Elimination de la Trypanosomiase Humaine Africaine
PNEVG/EA	Programme National d'Eradication du Ver de Guinée/Eau Assainissement
PNLMTN-CP	Programme National de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées à Chimiothérapie Préventive
PNLUB	Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli
PNSME	Programme National de la Santé de la Mère et de l'Enfant
PRES	Pôles Régionaux d'Excellence Santé
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressources Humaines
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SBCC	Communication sur les Changements Sociaux et Comportementaux
SCH	Schistosomiase
SCIF	Schistosomiasis Control Initiative Foundation
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SS	Sightsavers
SSP	Soins de Santé Primaires
STH	Géohelminthiases
TRA	Trachome
UA	Union Africaine
UEMOA	Union des Etats Monétaires Ouest Africaine
WASH	Eau, Assainissement et Hygiène (Water Sanitation and Hygiene)

Principales définitions

Lutte : réduction de l'incidence et de la prévalence d'une maladie et de la morbidité et la mortalité liées à celle-ci, à un niveau acceptable au plan local, au moyen d'efforts délibérés. Des interventions continues sont nécessaires pour que la réduction se poursuive. Cette lutte peut avoir un rapport ou non avec les cibles mondiales fixées par l'OMS.

Élimination (interruption de la transmission) : incidence de zéro cas de l'infection causée par un agent pathogène spécifique dans une zone géographique donnée, avec un risque de réintroduction minime, à la suite d'efforts délibérés. Des interventions continues visant à empêcher la reprise de la transmission peuvent être nécessaires. La documentation de l'élimination de la transmission s'appelle la vérification.

Élimination en tant que problème de santé publique : ce terme concerne à la fois les infections et les maladies. Il s'agit de l'atteinte de cibles mesurables fixées par l'OMS relativement à une maladie spécifique. Une fois qu'elles ont été atteintes, des actions continues doivent être menées en vue de les maintenir et de poursuivre l'interruption de la transmission. La documentation de l'élimination en tant que problème de santé publique s'appelle la validation.

Éradication : incidence mondiale permanente de zéro cas de l'infection causée par un agent pathogène spécifique, à la suite d'efforts délibérés, sans risque de réintroduction.

Hygiène : conditions ou pratiques permettant de préserver la santé et de prévenir les infirmités.

Lutte antivectorielle intégrée : processus rationnel de prise de décisions pour une utilisation optimale des ressources destinées à la lutte antivectorielle.

Administration de masse de médicaments : distribution de médicaments à l'ensemble de la population d'une zone administrative donnée (état, région, province, district, sous-district ou village par exemple), indépendamment de l'apparition de symptômes ou d'une infection. Des critères d'exclusion peuvent cependant être appliqués. (Dans le présent document, les termes administration de masse de médicaments, traitement de masse et chimioprévention sont employés de façon interchangeable).

Morbidité : effets cliniques décelables et mesurables des infections et des maladies qui nuisent à la santé des individus. Les signes de morbidité peuvent être manifestes (présence de sang dans les urines, anémie, douleurs chroniques ou fatigue, par exemple) ou subtils (retard de croissance, ralentissement de la performance scolaire ou professionnelle ou sensibilité accrue à d'autres maladies).

Suivi et évaluation : processus visant à augmenter les performances et à mesurer les résultats en vue d'améliorer la gestion des résultats, des réalisations et de l'impact.

Plateforme : structure à travers laquelle les programmes ou les interventions de santé publique sont mis en œuvre.

Chimioprévention : administration de médicaments à grande échelle, seuls ou en association, lors des interventions de santé publique. L'administration de masse de médicaments constitue une forme de chimio prévention. D'autres formes peuvent être limitées à des groupes de population spécifiques comme les enfants d'âge scolaire et les femmes en âge de procréer.

Prévention : comprend des mesures prises pour empêcher la survenue d'une maladie. On distingue la Prévention primaire qui vise à diminuer l'incidence de la maladie (exemple : la vaccination) ; la Prévention secondaire qui vise à diminuer la prévalence de la maladie (exemple : dépistage de la rubéole, antibiothérapie) et la Prévention tertiaire qui vise à diminuer la prévalence des incapacités, de la dépendance et des rechutes (exemple : chirurgie réparatrice ou reconstructrice).

Contrôle : consiste en la réduction de l'incidence ou de la prévalence d'une maladie à un niveau où celle-ci n'est plus un problème de santé publique.

Surveillance : processus de collecte, de compilation et d'analyse systématiques et continues de données à des fins de santé publique et diffusion d'informations de santé publique en temps voulu à des fins d'évaluation et aux fins d'une action de santé publique, selon les besoins, OMS.

Durabilité : répondre aux besoins des générations actuelles, sans toutefois affecter la capacité des générations futures, et en termes opérationnels, promouvoir le progrès économique et social tout en respectant les écosystèmes naturels et la qualité de l'environnement.

Certification : procédure par laquelle une tierce partie donne une assurance écrite qu'un produit, un processus ou un service est conforme à des exigences spécifiées.

Référence : ISO/IEC 17000, 2004. La certification est souvent un processus volontaire (Guide SLIPTA, OMS-Afrique 2020).

But du document

Le présent document a pour but de fournir des informations utiles pour les cinq (5) programmes de lutte contre les MTN en Côte d'Ivoire, en vue de l'élaboration des prochains plans directeurs de lutte contre les MTN, conformément à la feuille de route à l'horizon 2030 de l'OMS.

Ce document servira en outre de guide pour aider les programmes MTN du pays à élaborer leurs différents plans stratégiques, conformément à la feuille de route mondiale pour le contrôle, l'élimination et l'éradication des MTN à l'horizon 2030. L'élaboration de ce plan directeur fait suite à la révision du précédent, élaboré en s'appuyant sur le guide du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique de 2012.

Le présent document vise à encourager trois (3) changements fondamentaux dans l'approche utilisée pour lutter contre les MTN :

- Accroître la responsabilisation en ce qui concerne l'impact en utilisant des indicateurs d'impact, plutôt que des indicateurs de processus,
- S'éloigner des programmes cloisonnés et consacrés à des maladies spécifiques en intégrant les programmes dans les systèmes de santé nationaux et en intensifiant les approches transversales axées sur les besoins des personnes et des communautés, et
- Changer les modèles et les habitudes de fonctionnement afin de permettre une plus grande appropriation des programmes par le pays. Passer d'un financement reposant sur des partenaires et des donateurs extérieurs à une appropriation et un financement par le pays.

Préface :

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN) constituent un véritable problème de santé publique en Côte d'Ivoire de par les souffrances et les handicaps qu'elles entraînent. Elles sont encore co-endémiques dans pratiquement toutes les régions et constituent une cause de vulnérabilité des populations. Chez les enfants d'âges scolaires, les MTNs sont responsables d'anémie chronique et de mauvais état nutritionnel, réduisant ainsi leurs performances pouvant conduire à l'arrêt de leur cursus scolaire.

La Côte d'Ivoire a perçu très tôt le problème et la nécessité d'organiser la lutte contre ces maladies et a mis en place des programmes dédiés. Il a élaboré plusieurs plans stratégiques/Directeurs dont la mise en œuvre a permis d'enregistrer des avancées notables en particulier pour certaines MTN notamment, le ver de Guinée, la lèpre, la trypanosomiose humaine africaine, la filariose lymphatique et l'onchocercose.

Afin de maintenir les acquis et contribuer à l'atteinte des objectifs de développement durable, la Côte d'Ivoire s'est engagée, à l'instar des pays endémiques, à renforcer les stratégies de lutte. Les objectifs visés à l'horizon 2030 sont le contrôle, l'élimination ou l'éradication de ces maladies, conformément à la feuille de route de l'OMS 2021-2030. Cette perspective passe par la maîtrise et la mise en œuvre des 3 piliers de la feuille de route MTN 2021-2030 à savoir : *l'accélération de l'action programmatique, l'intensification des approches transversales et enfin le changement des modèles de fonctionnement et la culture afin de faciliter la prise en main par les pays.*

L'atteinte de ces objectifs requiert la mobilisation et la participation de toutes les parties prenantes dans un élan de lutte multisectorielle impliquant tous les acteurs à tous les niveaux et ainsi que les partenaires techniques et financiers.

Le présent Plan Directeur MTN 2021-2025 qui promeut l'intégration de la lutte, se veut un instrument pour lutter contre la pauvreté par le contrôle et l'élimination des MTN et contribuer en conséquence à l'atteinte des ODD 1, 2, 3, 4, 5, 8, 16.

La collaboration avec les partenaires, l'engagement des professionnels de la santé et des autres acteurs de développement à tous les niveaux, autorisent à croire que ce Plan Directeur sera mis en œuvre selon la lettre et l'esprit de sa rédaction dans une Côte d'Ivoire émergente et permettra d'alléger considérablement le fardeau des MTN.

Il est donc impérieux que tous les acteurs du système de santé se concertent avec les autres secteurs ministériels, la société civile dans une approche « One Health » s'approprient ce document de référence, qui donne des orientations en matière de lutte contre les MTN en Côte d'Ivoire.

Aussi voudrais-je exprimer toute la gratitude du gouvernement ivoirien à l'ensemble des acteurs de notre système de santé, aux bénéficiaires et aux partenaires techniques et

financiers pour les efforts soutenus depuis des décennies dans cette lutte, qui nous a déjà valu beaucoup de lauriers et les exhorter à poursuivre le combat.

Il ne reste plus qu'un pas à faire. Relevons tous ce défi pour que la Côte d'Ivoire résiliente soit exempte de MTN à l'horizon 2030 où aucun individu affecté et infecté par les MTN ne soit laissé pour compte, car chaque personne compte.

Résumé d'orientation

Le Plan Directeur est un outil essentiel pour une planification et une mise en œuvre efficace de programmes durables de lutte contre les MTN.

Les pays endémiques aux MTN ont passé les 3 à 5 dernières années à mettre en œuvre les plans qu'ils ont développés.

En 2021, à l'orée de la nouvelle décennie, la possibilité de redéfinir les objectifs s'offre à la Côte d'Ivoire pour la lutte, le contrôle et l'élimination des MTN selon la "**WHO NTD Global Roadmap 2021-2030**" dans un contexte de Covid 19.

Sur la base de l'expérience acquise lors du précédent Plan Directeur national et compte tenu du changement que représente la nouvelle feuille de route mondiale de l'OMS sur les MTN pour 2021-2030, le présent Plan Directeur se présente comme suit :

- **Analyse de la situation des MTN**, qui décrit l'environnement dans lequel les programmes MTN seront développés et mis en œuvre, y compris les facteurs environnementaux, contextuels nationaux et internationaux qui sont essentiels pour comprendre la répartition des MTN et leur contrôle.
- **Agenda stratégique** définit les buts et objectifs, donne un aperçu des cibles et des étapes pour toutes les MTN qui sont endémiques en Côte d'Ivoire.
- **Mise en œuvre de la stratégie** est un cadre opérationnel de lutte contre les MTN, qui vise à assurer trois changements fondamentaux dans l'approche de la lutte contre les MTN : (i) *une responsabilité accrue en matière d'impact en utilisant des indicateurs d'impact au lieu d'indicateurs de processus*; (ii) *l'abandon des programmes cloisonnés et spécifiques à une maladie en intégrant les programmes dans le système de santé national et en intensifiant les approches transversales centrées sur les besoins des personnes et des communautés*; (iii) *et un changement dans les modèles opérationnels et la culture pour faciliter une plus grande appropriation des programmes par le pays*.
- **Budgétisation de l'impact** définit les estimations et les justifications, un outil de gestion essentiel pour la planification et la mise en œuvre des activités.

Introduction

La région africaine supporte environ 40 % de la charge mondiale de morbidité due aux maladies tropicales négligées (MTN). Une maladie tropicale négligée au moins est endémique dans les 47 pays de la Région, et cinq maladies tropicales au moins sont coendémiques dans 36 (78 %) d'entre eux. Étant donné qu'elles altèrent les capacités physiques et intellectuelles des personnes touchées et se développent dans des zones où l'accès à des soins de santé de qualité, à de l'eau potable et à des installations sanitaires est limité, les MTN perpétuent un cycle de pauvreté.

Des plans pluriannuels complets de lutte contre l'ensemble des maladies tropicales négligées présentes dans les pays, appelés *plans directeurs du Programme de lutte contre les maladies tropicales négligées*, constituent des documents stratégiques essentiels pour que les gouvernements puissent planifier et mettre en œuvre efficacement des programmes durables de lutte contre les MTN dans la Région africaine. Chaque plan directeur définit les buts, les objectifs et la stratégie annuelle de chaque programme de lutte contre les MTN en s'appuyant sur une analyse approfondie de la situation et aborde tous les aspects pertinents pour le pays. Il accroît les synergies entre diverses initiatives de lutte contre les MTN, constitue le point de départ pour l'élaboration de plans de projets intégrés ou liés aux MTN, et inclut les exigences en matière de coût et de financement, afin que les programmes de lutte contre les MTN soient efficaces. Le plan directeur national de lutte contre les MTN 2021-2025 servira de base pour une mise en œuvre harmonisée et le suivi des résultats de toutes les interventions en matière de lutte contre les MTN menées dans le pays.

Ce Plan Directeur de lutte contre les MTN régit la lutte contre les MTN, leur prévention et si possible, leur élimination et éradication. Il est conforme à la feuille de route pour les MTN intitulée « Lutter contre les maladies tropicales négligées pour atteindre les objectifs de développement durable : Feuille de route pour les MTN 2021-2030. » Le Plan Directeur est un outil destiné à permettre au gouvernement de planifier tous les programmes nationaux de lutte contre les MTN qui facilitent l'alignement des partenaires et des parties prenantes, afin qu'ils fournissent un appui conjoint et complémentaire aux pays en vue d'accélérer les progrès vers la lutte contre toutes les MTN présentes dans les États Membres, leur prévention, leur élimination et leur éradication. Il offre à tous les partenaires de la lutte contre les MTN dans la région africaine un outil harmonisé qui leur permettra de fournir un appui conjoint aux pays.

Le Plan Directeur fixe des cibles spécifiques et mesurables à atteindre d'ici à 2025 en ce qui concerne la lutte contre toutes les MTN endémiques présentes dans chaque

pays, leur élimination et leur éradication, ainsi que des cibles transversales conformes au treizième programme général de travail 2019-2023 de l'OMS et aux ODD. On y trouve les stratégies et les approches qui permettent d'atteindre ces cibles, ainsi que des questions transversales relatives à plusieurs maladies, et il est axé sur la prévention des infections et le soulagement des souffrances des personnes touchées par l'ensemble élargi de 20 maladies et groupes de maladies de l'OMS, et la manière dont cela contribue à la réalisation des ODD. Le nombre de MTN endémiques est différent d'un pays à l'autre. Le Plan Directeur inclut toutes les maladies classées par l'OMS comme étant des MTN. Les pays devraient lutter contre toutes les MTN endémiques dans le pays.

Les progrès accomplis en ce qui concerne la mise en œuvre des activités planifiées, ainsi que la performance et les résultats du programme, seront régulièrement suivis et évalués à des intervalles appropriés par le gouvernement. Le plan stratégique servira de cadre pour la coordination, l'harmonisation et l'alignement des gouvernements centraux et infranationaux, ainsi que des partenaires. Un consensus sur le contenu permettra ainsi de renforcer l'engagement et la responsabilisation de toutes les parties prenantes en ce qui concerne la réussite de la mobilisation de ressources.

Il est essentiel que les MTN soient intégrées dans le système de santé national. Les plans nationaux de développement de la santé devraient par conséquent inclure le Plan Directeur de lutte contre les MTN et en tenir compte.

Le présent document comprend quatre sections principales : le contexte opérationnel, les cibles programmatiques, le cadre opérationnel et la budgétisation.

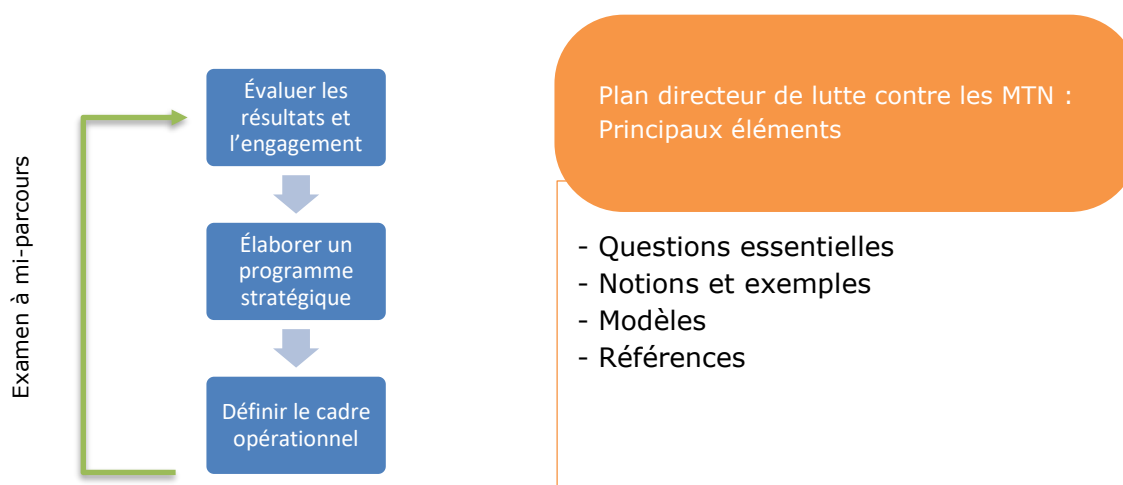


Figure 1: Principaux éléments du Plan directeur de lutte contre les MTN

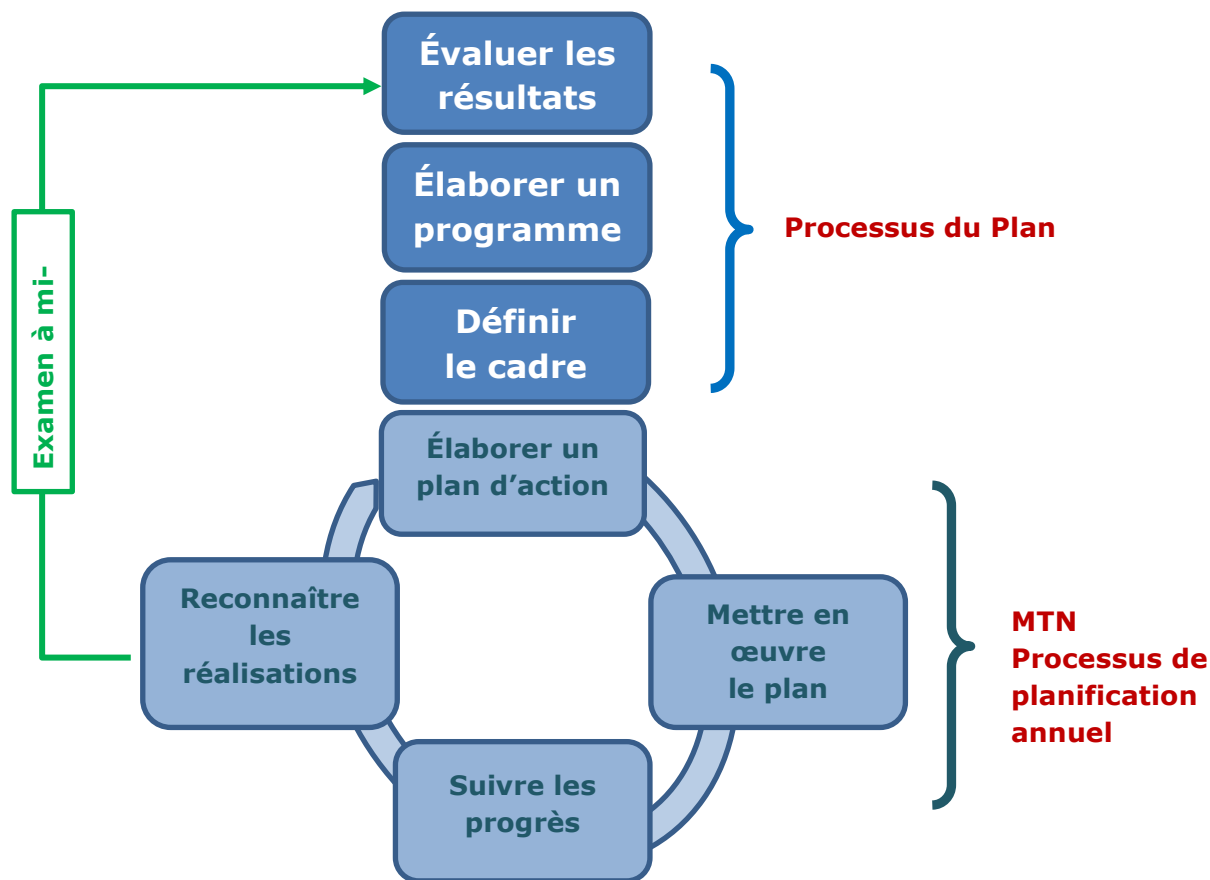


Figure 2: Plan directeur de lutte contre les mtn : Processus et cycles de gestion

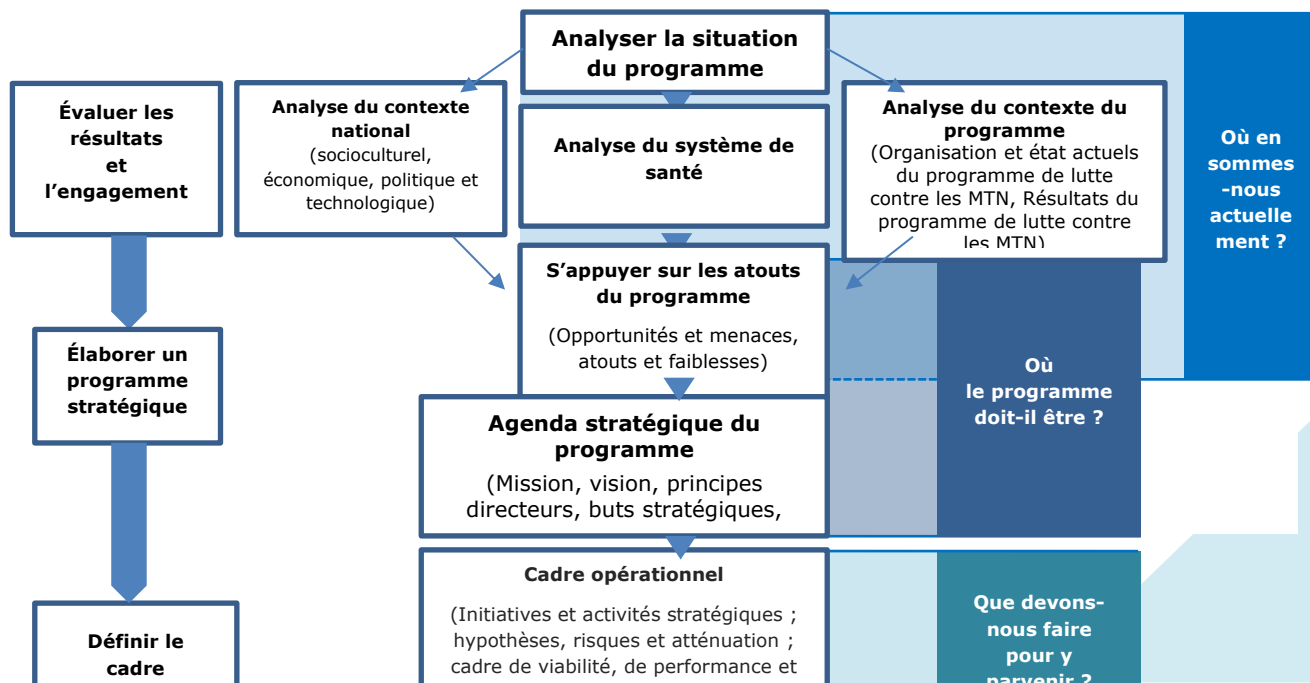


Figure 3:Processus du Plan directeur de lutte contre les MTN

Tableau 1:Outils du Plan directeur de lutte contre les MTN

Domaine essentiel	Outils
Analyse du contexte national	Analyse PEST
Analyse du système de santé	Six éléments constitutifs
Analyse du contexte du programme	Programme Analyse des résultats et de la tendance en matière d'impact, évaluation des écarts, examen de la structure et du fonctionnement
S'appuyer sur les atouts du programme	Analyse AFOM
Agenda stratégique du programme	Énoncé de la mission, vision, principes directeurs et énoncés des objectifs, définition des cibles, tableaux des étapes importantes, hiérarchie entre les objectifs à trois niveaux, Schéma logique stratégique du Plan Directeur
Cadre opérationnel	Outils de planification des opérations, réorientations stratégiques du programme, culture du programme et modèle de fonctionnement double, matrice des partenariats, tableau des mécanismes de coordination et mandats, matrice des probabilités de survenue et de l'impact des risques, registre des hypothèses et des risques, plan d'atténuation des risques, cadre de suivi et d'évaluation, tableau de bord prospectif, outils de budgétisation

PARTIE 1 : ANALYSE DE LA SITUATION

1.1. Réévaluation des priorités nationales et les engagements pris au niveau national, régional et mondial envers la lutte contre les MTN

L'OMS a défini une liste de 20 MTN qui sévissent dans les zones tropicales et subtropicales et qui affectent principalement les personnes les plus vulnérables et les communautés les plus pauvres. Elles se retrouvent dans les zones où les mesures d'assainissement sont insuffisantes ; où l'eau potable est rare pour permettre une bonne hygiène individuelle ; où les conditions de logement sont déplorables et les insectes porteurs de maladie omniprésents. Ce sont des maladies à évolution lente qui aboutissent souvent à des complications débilantes et marginalisantes. En altérant les capacités physiques et intellectuelles des personnes affectées, ces maladies perpétuent le cycle de la pauvreté et influent négativement sur le développement socioéconomique du pays. Plus d'un milliard de personnes (un sixième de la population mondiale) souffrent d'une ou de plusieurs de ces maladies, qui figurent au bas de la liste des priorités des programmes sanitaires¹.

La Côte d'Ivoire subit le lourd fardeau de douze (12) MTN qui se classent en deux (2) groupes :

- **Les MTN à Chimiothérapie Préventive (MTN-CP)** que sont : (i) l'onchocercose, (ii) la filariose lymphatique, (iii) la schistosomiase, (iv) les géohelminthiases, (v) le trachome
- **Les MTN à prise en charge de cas (MTN-PCC)** à savoir : (i) la trypanosomiase humaine africaine, (ii) l'ulcère de Buruli, (iii) la lèpre, (iv) la dracunculose, (v) la gale, (vi) les envenimations et (vii) le pian.

Le mycétome fait partie de ce dernier et semble être endémique. Des cas ont été notifiés mais l'on ne dispose pas d'une base de données fiable pour connaître l'ampleur de la situation

Le pays fait de la lutte contre ces maladies une priorité sanitaire. Cela se justifie par la création de cinq programmes de santé.

Tableau 2: Liste des programmes de lutte contre les MTN

Programmes de Santé	Maladies Cibles
Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli (PNLUB)	<ul style="list-style-type: none"> - Ulcère de Buruli, - (Pian la réponse de lutte contre le pian est menée par le PNLUB cependant le cadre légal reste à être défini) - Gale : le PNLUB recueille des données lors de la mise en œuvre des activités. Cependant le cadre légal reste à être défini)
Programme National d'Elimination de la Lèpre (PNEL)	Lèpre
Programme National d'Elimination de la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNETHA)	Trypanosomiase Humaine Africaine
Programme National de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées à Chimiothérapie Préventive (PNLMTN-CP)	Onchocercose, Filariose Lymphatique, Géohelminthiase, Schistosomiase, Trachome.
Programme National d'Eradication du Ver de Guinée Eau Assainissement (PNEVG/EA)	Ver de Guinée

Cependant, quatre des maladies tropicales négligées (pian, gale, envenimations et mycétomes) ne sont pas gérées par des programmes de santé spécifiques. Bien que ne faisant pas partie des missions du PNLUB, cette structure notifie des cas de Pian, et de Gale dépistés lors de la mise en œuvre de ses activités. Le PNLUB assure le leadership et travaille en collaboration avec le PNEL sur la cartographie du pian qui a débuté en Côte d'Ivoire.

La Côte d'Ivoire adhère aux Objectifs du Développement Durable (ODD) ainsi qu'à ceux de la feuille de route de l'OMS sur les MTN 2021-2030. Elle inscrit la lutte contre les MTN dans son Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

Le pays s'est doté d'un Plan Directeur National (PDN) de lutte contre les MTN (2016-2020) ; un plan de pérennisation des acquis de la lutte contre les MTN à Chimiothérapie Préventive 2021-2023 ; une analyse situationnelle de la lèpre et feuille de route 2021-2030 pour zéro lèpre en Côte d'Ivoire assorti d'un Plan Stratégique 2022-2026 pour l'élimination de la lèpre en Côte d'Ivoire et d'un Plan stratégique de Prise en Charge des Morbidités et Prévention des Incapacités (PCMPI) de la filariose lymphatique et du trachome en Côte d'Ivoire 2021-2025.

Ces plans permettent d'orienter les interventions dans le sens de l'accélération de l'atteinte des objectifs de contrôle, d'élimination, arrêt de la transmission, et d'éradication de ces maladies.

Le présent Plan Directeur 2021-2025 présente la situation des MTN en Côte d'Ivoire et propose les stratégies les mieux adaptées à notre environnement pour une lutte plus efficace.

1.2. Analyse du contexte national

1.2.1 Analyse du pays

1.2.1.1 : Facteurs Politiques

La Côte d'Ivoire est une république présidentielle multipartite. Concernant la situation sécuritaire actuelle de la Côte d'Ivoire, elle s'est considérablement améliorée depuis 2015, traduite par une baisse du niveau de la criminalité sur l'ensemble du territoire national. L'indice de sécurité en Côte d'Ivoire estimé à 1,6 en Janvier 2015 s'est établi à 1,2 en 2019.

Selon le PND 2021-2025, Le Gouvernement a fourni de multiples efforts pour apaiser le climat social et politique en Côte d'Ivoire. Une étude menée par PBF, (Commission de Consolidation de la Paix) sur la perception des populations, les relations intercommunautaires sont jugées positives et les tensions semblent diminuer, sauf dans la région de Cavally (l'ouest du pays). Les tensions restent néanmoins prévalentes, surtout autour des questions politiques et du foncier rural.

Les tensions intercommunautaires se nourrissent des rivalités grandissantes pour l'utilisation des terres et l'accès aux ressources naturelles comme l'eau, les forêts, les minerais. Ces tensions sont aggravées par : (i) le désordre régnant au niveau des droits fonciers que ni la loi coutumière ni la loi moderne ne parviennent à réguler ; (ii) le développement de l'orpaillage clandestin pratiqué par des migrants allochtones ou étrangers ; (iii) le sentiment qu'ont des communautés autochtones d'être spoliées de leurs terres ou de ne pas bénéficier des mêmes opportunités socio-économiques que les allochtones ou les étrangers au motif que les chefs coutumiers auraient été

corrompus par ces derniers et que le pouvoir central favoriserait délibérément les gens du nord ou de l'est ;(iv) la forte présence de populations étrangères sur le territoire et la régulation insuffisante des flux migratoires³⁵ ;(v) la présence d'un grand nombre de jeunes désœuvrés et défiants à l'égard de toute forme d'autorité ; et (vi) la lutte acharnée pour le contrôle du pouvoir local, dans un contexte d'affaiblissement des chefferies traditionnelles

Un autre facteur de fragilité susceptible de déboucher sur des situations d'urgences humanitaires est lié au contexte régional, marqué par la montée en puissance des mouvements djihadistes au Mali et au Burkina Faso, deux pays avec lesquels la Côte d'Ivoire partage plus de 1 100 km de frontières et dont de nombreux ressortissants vivent sur le territoire ivoirien. Bien que la Côte d'Ivoire ait jusqu'ici été relativement épargnée par les attaques terroristes et que le nord du pays ait connu au cours des dernières années un rattrapage important sur le plan économique et social, il est à craindre que les similarités socio-économiques observées dans d'autres pays de la région et la déstabilisation du Mali et du Burkina Faso ne favorisent les infiltrations des organisations terroristes sur le territoire ivoirien et ne débouchent sur des attaques entraînant des déplacements importants de populations et un durcissement durable des rapports interconfessionnels, voire des violences à caractère ethno-religieux.

Les élections présidentielles de 2020 et législatives de 2021 pourraient conduire à une aggravation de l'ensemble des fragilités que connaît le pays et déboucher sur des incidents graves. En effet, sous l'effet de l'intensification de la compétition politique pour la conquête du pouvoir, il est probable que les différents candidats seront tentés, au cours de la campagne, d'attiser les fractures et tensions sociales existant dans le pays⁴⁰, au risque d'alimenter de nouveaux cycles de violence. Bien qu'une généralisation de la violence débouchant sur une situation d'urgence humanitaire à l'échelle du pays ne soit pas le scénario le plus probable, des violences localisées sont à redouter et il apparaît essentiel de renforcer, dès à présent, les systèmes d'alerte précoce et les mécanismes locaux, régionaux et nationaux de prévention et de régulation des conflits, en veillant à établir une forte interconnexion entre les différents niveaux.

Selon les résultats des études menées par l'Institut National de la Statistique (INS) en 2015 et en 2018 à la demande de la Haute Autorité pour la Bonne Gouvernance, la perception négative des populations au regard de la corruption dans l'administration publique reste encore élevée. Cependant, selon l'indice de perception de la corruption (IPC) de Transparency International, la Côte d'Ivoire fait partie des pays d'Afrique Subsaharienne qui ont réalisé des progrès notables et qui sont sur une bonne dynamique. L'Indice de perception de la corruption (IPC) qui est passé de 27% en 2013 à 34% en 2016 d'après Transparency International, la moyenne étant de 50%.

Toutefois, la lutte contre la corruption reste confrontée à plusieurs défis majeurs, notamment :

(i) la nécessité de poursuivre la réforme du cadre légal et réglementaire de prévention et de lutte contre la corruption ; (ii) la faiblesse des mécanismes de prévention, de poursuite et de répression des faits de corruption ; (iii) la faible culture des valeurs d'éthique et d'intégrité au sein des populations ; (iv) la persistance de la petite corruption ; (v) la faible coordination des interventions des acteurs en matière de lutte contre la corruption, ainsi que (vi) le dysfonctionnement des dispositifs locaux de lutte contre la corruption.

Les tensions communautaires, le niveau non négligeable de la corruption dans l'administration publique pourraient constituer un frein à l'accès aux informations, aux services de prévention et de prise en charge des MTN.

1.2.1.2 : Facteurs Economiques

Depuis 2012, l'économie ivoirienne est une des plus dynamiques du continent africain, avec des taux de croissance du PIB supérieurs à 7%. Dans les années à venir, la croissance économique devrait se poursuivre, tirée par l'industrie et le secteur des services (communications, transports, finances), dont la contribution au PIB se situe respectivement autour de 25% et 31%.² Toutefois, certains risques socio-économiques susceptibles d'affecter le bien-être et le développement demeurent.

Le premier est lié à la place qu'occupe la production agricole – en particulier la culture du cacao – dans l'économie et aux fragilités structurelles de ce secteur. Bien que sa contribution à la croissance du PIB soit tendancielle en recul (19,8% en 2018), le secteur primaire fournit encore près d'un emploi sur deux et est la première source de devises du pays (60% des exportations en 2018, dont 40% pour le seul cacao). Or la production agricole reste exposée aux fluctuations des cours sur les marchés internationaux ainsi qu'aux aléas climatiques, ce qui rend les ménages, notamment ceux vivant dans les zones rurales, particulièrement vulnérables aux chocs.

De plus, en dépit d'une demande mondiale dynamique, les exportations de cacao ivoirien pourraient être affectées par : la stagnation de la production consécutive au manque de terres disponibles, au vieillissement des plantations, à la réduction de la main d'œuvre agricole du fait de l'exode rural et à l'impact du changement climatique

² Cote d'Ivoire : l'avancée des réformes/ vers l'émergence en 2020/ Rapport d'avancement de mi-parcours (N°4)

qui assèche les terres cacaoyères et réduit leur fertilité, l'apparition de nouveaux concurrents sur le marché mondial ; et des pressions exercées par les États-Unis et l'Union européenne pour que les produits agricoles ivoiriens, en particulier le cacao, soient certifiés de façon à garantir qu'ils n'ont pas été obtenus en ayant recours au travail forcé, au travail des enfants, à la déforestation.

Le second risque est lié au fait que la croissance reste insuffisamment inclusive, ce qui, dans le contexte des élections présidentielles de 2020, pourrait exacerber les tensions. Selon le FMI, le PIB par habitant s'élevait en 2019 à 1 720 USD, plaçant la Côte d'Ivoire dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Toutefois, la Côte d'Ivoire ne se situe qu'au 165^e rang sur 189 de l'indice de développement humain (IDH) et au 149^e rang sur 157 de l'indice de capital humain (ICH), et une très grande partie de la population continue de vivre dans la grande pauvreté : en 2015, 46,3% de la population vivait ainsi en dessous du seuil national de pauvreté, dont 56,8% de la population rurale, 44% de la population urbaine hors Abidjan et 22,7% de la population d'Abidjan. Face à cette situation, le gouvernement a lancé un programme social (PSGouv) pour les années 2019-2020 qui vise à renforcer le volet social du PND et le caractère inclusif de la croissance au moyen de douze mesures phares en faveur des secteurs sociaux clé.

1.2.1.3 : Facteurs sociaux

Au plan démographique³

Bien que le taux d'accroissement démographique ait reculé de 3,8% entre 1975 et 1988 à 2,9% entre 1998 et 2021, la population ivoirienne a continué de croître à un rythme rapide. Selon les dernières données du Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) réalisé en 2021.

Cette dynamique démographique est due, pour l'essentiel, au niveau encore élevé du taux de fécondité qui est de 3,46. En effet, il apparaît que les effets des autres moteurs de la croissance démographique que sont la réduction de la mortalité néonatale et le solde migratoire ont tendance à se neutraliser sur le long terme. Du fait du niveau actuel du taux de fécondité, les projections de l'Institut national de la statistique (INS) indiquent que, dans les années à venir, la population devrait continuer de croître (+24,8% en 2030) et l'explosion démographique des jeunes se poursuivre à un rythme soutenu : le nombre des moins de 20 ans devrait augmenter de 18% pour atteindre 16,15 millions en 2030 contre 13,65 en 2020.

Le recensement général de population et de l'habitat de 2021 a permis de ressortir les Caractéristiques suivantes.

De manière générale, la Côte d'Ivoire connaît des changements démographiques rapides avec une population en majorité jeune dont 75,6% ont au plus 35 ans, la

³Cette référence fait allusion à quoi ? SVP préciser

population en âge de travailler en Côte d'Ivoire s'élève à 62% de la population totale en 2020. C'est donc un pays qui présente une main d'œuvre relativement importante d'environ 8 040 947 personnes avec 60,1% d'hommes et 39,9% de femmes. La pyramide des âges a comme conséquence une forte entrée des jeunes, estimée entre 350.000 et 400.000 par an, sur le marché du travail. Cette jeunesse constitue un atout pour bénéficier du dividende démographique ; elle peut aussi constituer un risque si la forte croissance actuellement enregistrée ne débouche sur la création d'opportunités d'emplois.

Au plan social

Il faut noter que même si la récente croissance économique est solide, elle ne profite toutefois pas à tous. La pauvreté est omniprésente en Côte d'Ivoire : près de 46% de la population ivoirienne vit en dessous du seuil national de pauvreté et une proportion encore plus importante (57%) de la population pauvre habite en zone rurale (Banque mondiale, 2016). Le taux d'alphabétisation des adultes est estimé à 45%, marqué par une forte disparité entre les hommes et les femmes : 53% des hommes sont capables de lire et d'écrire contre 36% de femmes⁴.

Le principal enjeu social sera de maintenir l'économie ivoirienne sur une trajectoire de croissance forte afin d'éradiquer la pauvreté et de réduire significativement les inégalités.

1.2.1.4 : Facteurs Technologiques

La Côte d'Ivoire connaît un développement rapide des Technologies de l'Information et de la communication (TIC).

Communication

Téléphonie : Trois opérateurs interviennent dans le domaine. Le réseau de téléphonie mobile couvre la quasi-totalité du territoire national.

Le parc d'abonnés au 31 Décembre 2020⁵ selon les statistiques du marché des télécommunications en Côte d'Ivoire de l'ARTCI est d'environ 40 millions.

Internet :

Il existe, en Côte d'Ivoire, trois possibilités majeures de se connecter à internet : via la ligne ADSL, c'est-à-dire les lignes de téléphonie fixe ou filaire, par l'internet mobile fourni par les opérateurs de téléphonie mobile qui utilisent essentiellement deux technologies, à savoir : la 4G [1] et la WIMAX [2], ou par la fibre optique.

⁴ Financement de la santé/Dossier d'investissement 2020-2023

⁵ https://www.artci.ci/images/stories/pdf/rapport_activite/statistiques-4e-trim-2020.pdf

Les médias sociaux WhatsApp, Facebook, tweeter, Instagram, Tik-Tok sont accessibles sans restriction à la plupart des abonnés à internet.

Les transferts de fonds et paiements par téléphonie mobile en plein développement (Orange Money, MTN Money, Moov (flooz), Wave, Ûwizllmoney). Western Union, Money Gram, retrait par distributeurs automatiques opèrent également dans les domaines de transferts de fonds et de paiements.

Avec l'avènement de la Covid 19, le pays a adopté les réunions virtuelles à travers les applications Skype, Zoom, Teams, Google meet, etc.

Télévision et Radio :

La Côte d'Ivoire dispose de trois chaînes de télévision et de deux chaînes de radio nationales publiques. À côté de ces chaînes publiques existent plusieurs chaînes de télévisions privées. Des radios de proximités existent dans la plupart des départements de même que des radios communautaires et confessionnelles qui diffusent à travers le pays.

Electricité :

La Côte d'Ivoire, compte plus de 1.300.000 abonnés au réseau électrique avec un taux de couverture de la population de 80%⁶ Selon la banque mondiale, en 2018, en zone rurale 32,9% de la population avait accès à l'électricité, pendant qu'en zone urbaine, depuis 2017, 100% de la population avait accès à l'électricité⁷. L'utilisation des panneaux solaires pour la production et la consommation individuelle d'électricité se développe.

Drones :

Il n'existe pas de restriction au niveau de la législation mais ces moyens ne sont pas utilisés pour le moment dans le domaine de la santé en Côte d'Ivoire

Recherche et innovation :

Depuis sa création, la SIBIM (la Société Ivoirienne de Biosciences et d'Informatique Médicale) a impulsé le développement et la promotion de la télémédecine en Côte d'Ivoire par l'organisation d'activités de vulgarisation dans les centres hospitaliers et les formations sanitaires. Il s'agit entre autres de :

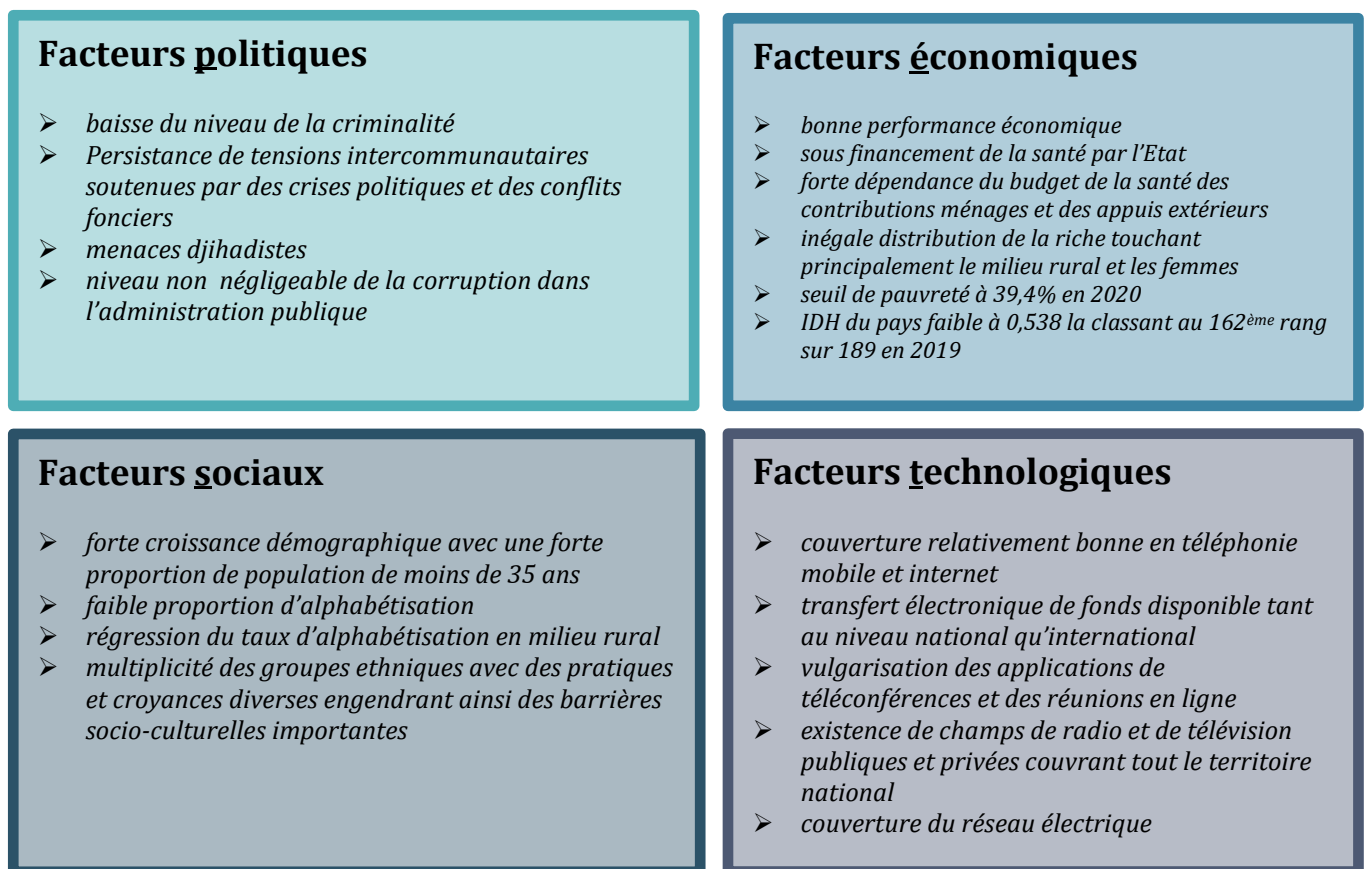
- Incitation en 2008 de la mise en place par le MSHP du 1^{er} groupe de Travail sur la Télémédecine
- Organisation à Grand- Bassam en 2009 de la 6^{ème} Conférence Africaine d'Informatique Médicale (HELINA),

⁶ <https://www.cie.ci/pept/index.php?p=acces-a-electricite-en-cote-ivoire>

⁷ <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/EG.ELC.ACCS.RU.ZS?locations=CI>

- Organisation en 2010 des 1ères Journées Ivoiriennes de Télémédecine et d'Informatique Médicale (JITIM)
- Mise en œuvre du Pan African Network Project (2010)
- Participation à la validation du Plan National de Développement de la Cybersanté 2012-2016 qui a repris à son compte deux projets de la SIBIM, à savoir le projet d'Interconnexion des 3 CHU d'Abidjan ainsi que la construction et l'équipement en 2015 du Centre National de Télémédecine (CNT) au CHU de Yopougon par l'ATCI (aujourd'hui ARTCI)

Figure 4 : L'analyse PEST



1.2.2. Analyse du système de santé

1.2.2.1 : Objectifs et priorités du système de santé

Les prochaines interventions du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle 2021-2025 seront bâtis autour de sept axes prioritaires qui sont (i) Positionner la Côte d'Ivoire comme une destination médicale de premier ordre en Afrique de l'Ouest et offrir des soins de santé dans des secteurs de pointe ; (ii) Améliorer l'efficacité et la performance des établissements sanitaires de deuxième et de

troisième niveaux et du système de santé avec des Pôles Régionaux d'Excellence Santé (PRES) dans le cadre du développement des Pôles de Continuum des Soins (PCS) ; (iii) Généraliser les bonnes pratiques d'hygiène publique, la prévention des maladies et la promotion de la santé ; (iv) Accroître l'accessibilité, la proximité et la qualité des soins avec un accent particulier sur les zones d'accessibilité réduite dans le cadre de la mise en place des Pôles de Continuum de Soins (PCS) ; (v) Réduire la mortalité maternelle et infantile ; (vi) Renforcer les capacités, développer les ressources humaines, planifier et rationaliser leur déploiement ; et (vii) Améliorer la communication, la publication, l'échange et le partage des connaissances et des expériences.

Axe prioritaire C : Généraliser les bonnes pratiques d'hygiène publique, la prévention des maladies et la promotion de la santé et la lutte contre les maladies

Cet axe prioritaire sera organisé autour : (i) du développement et de la mise en œuvre des campagnes sur l'hygiène publique; (ii) la participation à l'institutionnalisation et à la mise en œuvre des campagnes communautaires de salubrité publique ainsi qu'au développement de la pratique sportive Communautaire; (iii) le renforcement de la mise en œuvre des différents programmes de vaccination; (iv) la délivrance des soins préventifs et promotionnels aux populations; (v) l'accélération et l'intensification de la mise en œuvre des Programmes de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles; (vi) le renforcement des capacités et de la surveillance épidémiologique et la recherche; et (vii) l'intensification de l'éducation à la sexualité, aux IST/MST et à la santé de la reproduction.

1.2.2.2 : Analyse de l'ensemble du système de santé

- Organisation du système de santé

Le système de santé ivoirien est de type pyramidal avec un versant administratif ou gestionnaire et un versant offre de soins ou prestataire, répartis chacun en trois échelons.

Le versant administratif ou gestionnaire, du système sanitaire comprend :

- **Au niveau central**, le Cabinet du Ministre, les Directions et Services centraux et les Programmes de santé. Ces structures sont chargées de la définition de la Politique ainsi que de l'appui et de la coordination globale de la santé ;
- **Au niveau intermédiaire**, 33 Directions Régionales qui ont pour mission d'appuyer les districts sanitaires dans la mise en œuvre de la politique sanitaire et ;
- **Au niveau périphérique**, 113 Directions Départementales de la Santé ou Districts Sanitaires chargés de coordonner l'action sanitaire dépendant de leur ressort

territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Par ailleurs, le district sanitaire qui constitue l'unité opérationnelle du système de santé est subdivisé en aires sanitaires qui représentent le bassin de dessert d'un établissement sanitaire de premier contact.

Quant au **versant offre de soins ou prestataire**, il comprend également trois niveaux :

- **Le niveau primaire ou périphérique** composé de tous les établissements sanitaires publics qui assurent une fonction de premier contact avec les usagers pour dispenser des prestations de type curatif, préventif, éducatif et promotionnel. En 2020, 2311 établissements sanitaires de premier contact (ESPC) ont été recensés⁸ pour le public.
- **Le niveau secondaire** comprend tous les établissements de soins publics assurant une fonction de premier recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau primaire et possédant une capacité technique de diagnostic et de traitement. Le pays compte 131 Hôpitaux de référence (100 hôpitaux publics, 12 confessionnels et 19 Centres Hospitaliers Régionaux) et 2 Centres Hospitaliers Spécialisés (Hôpitaux psychiatriques de Bingerville et de Bouaké)⁹.
- **Le niveau tertiaire** est constitué de toutes les structures sanitaires publiques assurant une fonction de second recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau secondaire et possédant une capacité technique de diagnostic, de traitement, de formation et de recherche. Ce sont les cinq Centres Hospitaliers Universitaires et les Instituts Nationaux Spécialisés dont l'Institut de Médecine Nucléaire d'Abidjan (IMENA), le Centre National de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) et la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (Nouvelle PSP CI), l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), l'Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire (IRFCI), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), l'Institut National de la Santé Publique (INSP) et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

A cela s'ajoute le **secteur privé** de la santé qui est en plein essor et contribue au niveau national à environ 40% de l'offre de service de santé. Il permet d'accroître l'accessibilité de la population à certains services. Son rôle est essentiel en matière d'amélioration de la proximité des soins, de la qualité des prestations, d'utilisation de nouvelles technologies et de création d'emplois. Il est organisé par le décret N°96-877 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés, complété par l'Arrêté N° 21/MSHP/DGS/DEPS/S-DESP du 16 juillet

⁸ RASS 2020

⁹ RASS 2020

2007 qui crée le cadre du partenariat public-privé. En 2020, la DEPS/MSHP a répertorié 2668 établissements de santé privés dans ses registres et une estimation d'environ 38 000 autres de toutes natures non répertoriés¹⁰.

A côté du système de soin public ou privé, il existe un système communautaire basé sur les prestations des agents de santé communautaire.

On note dans ce système communautaire, des organisations à base communautaire et des leaders communautaires qui sont des canaux de sensibilisation et qui constituent des réseaux sociaux et favorisent l'autonomie des membres des communautés à la prise en charge de leur propre problème de santé.

Les travailleurs communautaires que sont les agents de santé communautaires sont des membres des communautés dans lesquelles ils travaillent, après avoir été sélectionnés par elles, qui répondent de leurs activités devant elle et sont soutenus par le système de santé. Ils sont encadrés et supervisés par les agents de santé des établissements de premiers contacts (infirmier et ou sage-femme).

Les travailleurs communautaires collectent des données primaires appelées données communautaires à travers des outils primaires, lesquels sont compilés par l'agent de santé superviseur. Après analyse et compilation ces données sont transmises mensuellement au district sanitaire là où elles sont intégrées dans le Système National d'Information Sanitaire (SNIS).

Enfin, il existe un secteur en pleine extension de la **médecine traditionnelle** dont l'exercice et l'organisation est réglementée par la Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 et le Code d'Ethique et de Déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles par le Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016

- *Analyse des composantes du système de santé*

L'analyse des composantes du système de santé a été faite à partir des résultats de la revue du PNDS 2016-2020, des différentes analyses situationnelles réalisées dans les vingt (33) régions sanitaires, des enquêtes et évaluations ayant eu cours ces 5 dernières années. Cette analyse a porté sur les principaux piliers du système de santé que sont : (i) les prestations des services de santé, (ii) les ressources humaines, (iii) le système d'information sanitaire (iv) Les infrastructures, les équipements, les médicaments, autres produits médicaux et technologies de la santé, (v) le financement du secteur (vi), la gouvernance et leadership.

La prestation de services

¹⁰ Rapport d'activité 2020 DEPS

Au niveau des infrastructures, de gros efforts ont été consentis pendant ces dix dernières années dans la construction et la réhabilitation de nombreux établissements hospitaliers et de centres de santé sur l'ensemble du territoire national. Au cours de la période 2012-2019, dix Hôpitaux Généraux (HG) ont été construits et 22 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ont été réhabilités ainsi que 78 HG et 233 centres de santé urbains et ruraux. Le nombre total d'ESPC est passé de 2,023 établissements en 2016 à 3,411 établissements en 2020 dont 3,311 ESPC Publics et 1,100 ESPC privés. Les établissements privés comprennent 760 établissements privés lucratifs de premier niveau, 96 privés confessionnels, 190 privés ONG et 54 privés d'entreprise.

Ces efforts financiers se poursuivent avec la mise en œuvre d'un large programme d'investissements dans les infrastructures sanitaires de 631.8 milliards FCFA¹¹. Ce programme de développement des infrastructures sanitaires connaît cependant d'importants retards malgré les progrès réalisés sur le terrain. De manière générale, ces retards dans la délivrance des programmes de réalisation des infrastructures hospitalières et des centres de santé affectent la programmation des futurs investissements et l'efficacité générale du secteur de la santé.

Ces différents investissements ont permis de réduire les distances aux centres de santé et autres établissements hospitaliers et d'accroître l'accessibilité physique des populations. Environ 69% des ESPC se situaient à une distance de moins de 5 kilomètres des populations alors que 22% de ces centres se trouvaient à une distance comprise entre 5 et 10 kilomètres des populations et que 9% de ceux-ci se trouvaient à une distance supérieure à 15 kms¹² des populations en 2020 contre respectivement 44% ; 27% et 29% en 2007. En outre, la proportion d'habitants vivant à moins de 5 kilomètres d'un centre de santé a augmenté passant de 68% en 2019 à 70.17% en 2020¹³. Le ratio ESPC/population était de 1.29 ESPC pour 10,000 habitants en 2020, soit 1 ESPC pour 7,755 habitants. Ce ratio est en hausse par rapport à celui de 2019 qui était de 1.05 ESPC pour 10,000 habitants et de 0.9 en 2017. En 2020, le ratio hôpital pour 150,000 habitants se situait à 0.74 correspondant à un ratio d'un hôpital de référence pour 201,935 habitants. Ce ratio est en dessous de la norme nationale (1 hôpital pour 150,000 habitants).

Le fonctionnement optimal des établissements sanitaires reste gravement affecté par l'indisponibilité de nombreux équipements qui souffrent d'un manque d'entretien avéré. L'absence de maintenance des équipements est patente. La culture de non maintenance des infrastructures et des équipements sanitaires se généralise et devient de plus en plus ancrée dans les habitudes. L'hygiène défectueuse et le manque de

¹¹ Ce montant correspond au montant des conventions signées car le montant de l'ensemble des programmes envisagés est supérieur à ce chiffre.

¹² RASS 2018

¹³ RASS 2020

propreté des hôpitaux sont devenus monnaie courante. Ces insuffisances persistantes et établies représentent de sérieux risques pour durabilité des systèmes de santé et pour la qualité des soins en Côte d'Ivoire.

Une des conséquences de cette situation est que plus de 28% des blocs opératoires¹⁴ et 18% des services de radiologie n'étaient pas fonctionnels en 2020. La Côte d'Ivoire devra continuer d'investir dans ses infrastructures sanitaires afin de mettre à niveau l'ensemble de ses plateaux technique dans la mesure où seulement 63% des districts sanitaires disposaient de blocs opératoires. Il n'existait aucun service de radiologie dans les établissements publics de soins dans 44% des districts sanitaires en Côte d'Ivoire en 2020 comme il n'existait pas de services publics de laboratoire d'analyses biomédicales dans près de 9% de ces districts sanitaires. Par exemple, les districts sanitaires de Korhogo 2, Kouassi-Kouassikro, Bouaké Sud, Bouaké Nord-Est, Transua, Doropo, Tehini et Botro n'ont ni blocs opératoires, ni services de radiologie, ni laboratoires d'analyses biomédicales dans leurs établissements publics de soins comme il n'existait pas de dépôts de sang dans 16% des districts sanitaires.

Le taux d'utilisation des services publics de santé est le nombre de personnes utilisant les différents services de santé rapportés à la population totale. Il est passé de 49.7% en 2019 à 46.75% en 2020, enregistrant une baisse de 5.94% sur cette période. Le taux d'utilisation des services de santé n'était que de 47.7% quand le taux d'utilisation des ESPC n'était que de 38.4%.¹⁵ Le taux d'utilisation des ESPC au niveau des régions a connu une baisse de 6.11 %, passant de 41.4% en 2019 à 38.87% en 2020. Il en est de même pour les hôpitaux de référence dont le taux d'utilisation est passé de 8.3% en 2019 à 7.28% en 2020.

Le taux de couverture universelle de santé (*Universal Health Coverage*) est passé de 26.5% en 1990 à 33.7% en 2010 pour ensuite atteindre 43% en 2019¹⁶. Atteindre une couverture universelle de santé est la capacité à offrir des services de santé de qualité dont les populations ont besoin (et qu'elles utilisent) sans qu'elles n'expérimentent de pressions financières particulières. Le taux de croissance de la couverture universelle de santé est resté très faible même s'il est passé de 1.2% par an entre 1990 et 2010 à 2.7% par an entre 2010 et 2019¹⁷.

¹⁴ De nombreux blocs opératoires sont fermés à cause du manque de personnels appropriés.

¹⁵ Projet d'Implémentation du réseau de soins de proximité (diagnostic et plan stratégique)

¹⁶ IHME. www.healthdata.org.

¹⁷ IHME. www.healthdata.org. L'index de couverture universelle de santé a pour objet de représenter la couverture en service des besoins en santé des populations et comment ses services peuvent contribuer à améliorer la santé.

La qualité des soins de santé est largement affectée par le faible taux de disponibilité des médicaments qui n'a été que 67.4% en 2020 au niveau national. Ce taux de disponibilité malgré sa faiblesse est malheureusement plus élevé que le taux de disponibilité des produits traceurs du Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant (PNSME) avec 52.5%. Le taux de disponibilité des traceurs au niveau du pays est nettement plus faible que l'objectif national de 95%. En 2020, aucun district sanitaire n'avait atteint l'objectif national de 95% de disponibilité des produits traceurs. Les districts sanitaires de Duekoue (83,9%), Vavoua (80,5%) et Ferkessédougou (80,2%) sont les districts sanitaires avec les taux de disponibilité les plus élevés parmi les 113 districts sanitaires. Par contre, les districts sanitaires de Kaniasso (10,4%), de Tehini (13,7%) et de Kounahiri (29,2%) enregistraient les plus faibles taux de disponibilité en produits traceurs. Cette situation oblige les patients à acheter leurs médicaments dans les pharmacies privées et à accroître les dépenses des populations.

Au niveau des pharmacies de district, le processus de mise aux normes a induit une augmentation des espaces de stockage et équipements, la réhabilitation de 21 des 30 pharmacies de district planifiées entre 2018 et 2019, le renforcement du processus de distribution au dernier kilomètre (outils et moyens roulants) avec une augmentation de la proportion d'ESPC livrés par les districts (79% des ESPC livrés par les districts en 2020 contre 58% en 2018). Malgré ces acquis, des difficultés demeurent et portent sur l'insuffisance et l'inadéquation dans la planification des produits, les faibles moyens de locomotion adaptés à la distribution des produits de santé pour certains sites et l'inaccessibilité géographique des populations dans certains districts sanitaires.

L'index d'accès et de qualité de la santé¹⁸ (HAQ) peut être représenté par la mesure des taux de mortalité qui ne devraient pas être fatals pour des personnes en présence de soins médicaux effectifs pour des causes dont les traitements existent¹⁹ (i.e., *amenable mortality*). Cet index se mesure sur une échelle de 0-100 et plus l'index est élevé plus la qualité des systèmes de santé est appréciable. Cet index est passé de 19.9 en 1990 à 20.7 en 2000 et à 27.3 en 2016²⁰. L'index de la Côte d'Ivoire a toujours été plus faible que celui du Ghana sur les mêmes périodes (25.6 en 1990 ; 29.6 en 2000 et 39.3 en 2016) et du Sénégal (22.4 en 1990 ; 24.5 en 2000 et 31.1 en 2016).

La capacité opérationnelle moyenne à tous les niveaux des systèmes de santé en Côte d'Ivoire était seulement de 57% avec une capacité opérationnelle de 81% pour la prévention des infections, de 28% pour les médicaments essentiels, et de 47% pour les

¹⁸ *Health Access and Quality Index*

¹⁹ *Health care access and quality index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Diseases 2015 study; Ryan Barber, Christopher J. L. Murray and Nancy Fullman.*

²⁰ Cet index pour la Côte d'Ivoire est nettement plus faible que celui du Cap Vert qui est passé de 38.1 en 1990, à 41.4 en 2000 et 54.8 en 2016. Cet index en Côte d'Ivoire progresse très lentement et son taux d'accroissement n'a été que de 1.76% par an entre 2000 et 2016, supérieur au taux d'accroissement de 0.37% entre 1990 et 2000.

diagnostics. Il est extrêmement inquiétant de noter que seulement 5% des centres de santé disposaient de sang pour les besoins de transfusion et 22% des établissements sanitaires avaient l'ensemble des matériels pour la prévention des infections et que seulement 4% de ces établissements avaient tous les équipements pour faire les diagnostics²¹. Enfin, seuls 5.5% des établissements sanitaires avaient l'ensemble des facilités et des services nécessaires au fonctionnement normal d'une structure sanitaire²²

De plus, les infrastructures de santé existantes souffraient de nombreuses insuffisances qui affectent sérieusement leur fonctionnement et ne leur permettent pas de fournir les meilleurs services de santé pour les populations. En effet, 45% des centres de santé au niveau primaire et secondaire n'étaient pas raccordés à l'électricité, 35% n'avaient pas d'accès à l'eau potable et 32% n'avaient accès ni à l'eau ni à l'électricité²³.

Les ressources Humaines de santé

Le ratio infirmier prestataire de soins/population qui était de 2,36 infirmiers pour 5,000 habitants en 2020 est en hausse par rapport à 2019 (où l'on avait enregistré 2.2 infirmiers pour 5,000 habitants) et par rapport à 2015 (1.7 infirmier pour 10,000 habitants).

Au plan national, entre 2016 et 2020, le ratio médecin-population est passé de 1,3 à 1,4 médecins pour 10 000 habitants.

Malgré tous ces progrès, la densité en personnel de santé (médecin, infirmier, sage-femme-infirmier) de 8.57 pour 10,000 habitants en 2020 était très largement inférieure à la norme OMS de 23 personnels de santé pour 10,000 habitants. Cependant, les régions sanitaires des Grands-Ponts (16,06 professionnels de santé pour 10 000 habitants), du Sud-Comoé (12,46 professionnels de santé pour 10 000 habitants) et du Bélier (10,8 professionnels de santé pour 10 000 habitants) présentent des densités les plus fortes. Les régions qui ont enregistré les densités les plus faibles sont : le Guémon (3,78 professionnels de santé pour 10 000 habitants) ; la Nawa (4,32 professionnels de santé pour 10 000 habitants) et le Tchologo (4,91 professionnels de santé pour 10 000 habitants).

En outre, plus de 11,000 agents de santé communautaire ont été déployés depuis 2018 et sont inclus dans la pyramide sanitaire du pays. Leur déploiement sur le terrain offre de grandes opportunités pour accompagner la mise en place des programmes des promotions de la santé et de prévention des maladies.

²¹ Source OMS 2015, *Health Systems Assessment for Cote d'Ivoire, Discussion Paper, WB, August 2020*.

²² Il s'agit d'assainissement fonctionnel, de l'accès à l'eau potable, d'une salle de consultation privée, des équipements de communication, du transport d'urgence, d'une source d'énergie, d'ordinateurs et d'accès à internet.

²³ *Health Systems Assessment for Cote d'Ivoire, Discussion Paper, WB, August 2020*.

Les ressources humaines restent cependant inégalement réparties sur l'ensemble du territoire national avec des sureffectifs en zones urbaines et particulièrement dans la région d'Abidjan et des sous-effectifs dans les zones rurales et les besoins en ressources humaines restent inférieurs à la demande.

Cette inadéquation est encore plus sensible dans un certain nombre de spécialités et la problématique des ressources humaines en santé en Côte d'Ivoire a récemment pris une dimension nouvelle avec la mise place du programme Hospitalier qui prévoit la construction d'une vingtaine d'hôpitaux et de près de 350 ESPC d'ici 2025.

Il existe une insuffisance de cadres supérieurs spécialisés. On dénombrait 300 spécialistes médicaux alors que les besoins étaient de 375 spécialistes en 2020. Ce personnel spécialisé de santé est très mal reparti géographiquement parce que 55% de ses spécialistes se trouvent en activité dans les régions sanitaires d'Abidjan et des Grands Ponts.

L'incapacité à mobiliser des ressources humaines en nombre et en qualité pour répondre à la demande est liée à un très important déficit en matière de planification des besoins au niveau du Ministère de la Santé. Ce déficit est doublé par l'inadéquation dans la formation des cohortes des étudiants en médecine et les besoins sur le terrain et aux capacités financières limitées du ministère en charge de la santé à recruter les profils nécessaires. Les défis en matière de formation tant initiale que continue des ressources humaines sont : (i) une insuffisance des capacités d'accueil des établissements de formation du personnel paramédical liée en grande partie à un défaut de planification-budgétisation des besoins, mais aussi au sous-financement des besoins exprimés ; et (iv) à l'insuffisance de financement par l'État pour la formation continue.

Les MTN requiert des soins promotionnels (éducation sanitaire), préventifs (Traitement de Mase) et curatifs (prise en charge des morbidités).

Les soins curatifs comportent, le traitement médical, la chirurgie, la réhabilitation fonctionnelle et la prise en charge psychologique.

Dans ce sens, les défis à relever sont : l'inégale répartition du personnel de santé à travers le pays alors que tous les 113 districts sont endémiques à au moins une MTN, le contenu de la formation initiale des professionnels de la santé qui ne prend pas suffisamment en compte les directives de lutte contre les MTN justifiant le recours à des séminaires/ateliers de formation couteux des personnels en fonction.

La faible densité des professionnels de la santé par rapport à la population indique une surcharge de travail pour les professionnels en poste pouvant affecter la qualité des soins administrés.

Tableau 3: Ratios des prestataires de santé par région selon l'analyse de la situation régionale

(Voir l'annexe 8)

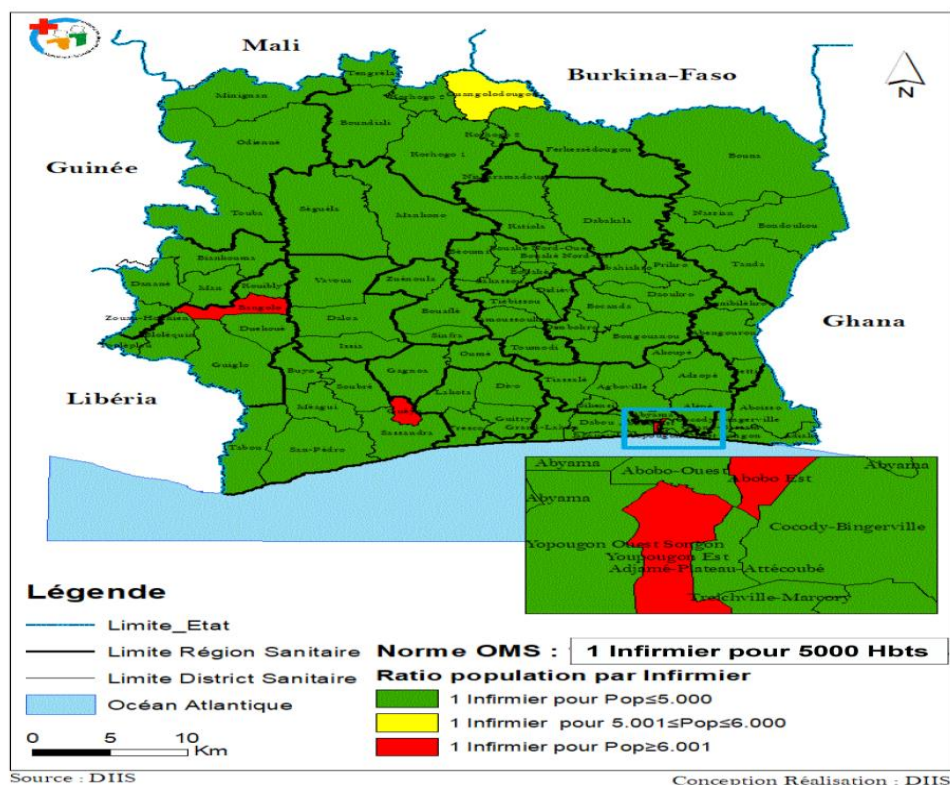


Figure 5: Cartographie distribution des infirmiers par districts sanitaire

Le Système d'Information sanitaire

Le ministère en charge de la santé a développé des outils papiers et des outils électroniques pour le rapportage régulier des données. Il s'agit notamment pour les outils électroniques, : i) DHIS 2, pour la gestion de données de routines, déployé dans toutes les DRS, DDS, CHR, HG et quelques ESPC, DVD-MT pour les données du PEV et MAGPI pour les données de surveillance épidémiologique ; ii) E-SIGL, utilisé par les clients directs de la NPSP pour la gestion des rapports de commandes; iii) OPENELIS, pour la gestion des données de laboratoire (charge virale et autres examens de routines), utilisé dans plus de 80 laboratoires ; iv) SIGDEP 2 , pour la gestion des données des patients vivants avec le VIH; v) DPI (Dossier Patient Informatisé), pour automatiser le parcours du patient au sein d'un hôpital en voie d'expérimentation et (vi) Situation Room, lancé officiellement en 2017.

Concernant l'intégration des données des EPN hospitaliers, des établissements de santé privés libéraux et associatifs et de l'armée, des processus d'intégration des données ont été initiés pour les CHU et les structures parapubliques, le secteur privé lucratif, le secteur communautaire et instituts hospitaliers et ont permis l'immatriculation de 1523 établissements sanitaires privés. Pour les données communautaires, le processus a démarré en mai 2018 par un consensus de toutes les parties prenantes sur les indicateurs et sur les outils de collecte du secteur communautaire et a permis : i) l'intégration des nouvelles informations dans les outils, ii) l'élaboration d'outils communautaires, iii) le paramétrage des rapports communautaires dans la base DHIS2 et le rapportage des données de 50% des districts sanitaires dans la base DHIS2 au troisième trimestre 2019.

En ce qui concerne l'élaboration et la diffusion de l'information sanitaire, des documents ont été produits : i) le Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire (RASS) et les RASS régionaux ont été initiés ; ii) la carte sanitaire actualisée. La complétude des rapports des districts en 2020 est de 100% et la promptitude, de 98,23%.

L'on observe également une amélioration de la rétro-information sur la chaîne d'approvisionnement et sur la qualité des données dans la base DHIS 2 (Rapport PRISM). De même, l'existence du site internet de la DIIS (www.dipe.info) et la mise en place d'une plateforme d'échange pour la mise à disposition et la diffusion des documents au grand public sont des avancées notables.

Afin d'améliorer la qualité et l'utilisation des données, des actions ont été menées : i) le renforcement des capacités des acteurs en matière de gestion des données, d'utilisation des outils de collecte et de traitement des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et ii) le développement des outils et méthodes de validation des données.

Malgré la dynamique dans le développement des outils et dans la gestion des données, des défis importants restent à adresser par le ministère. Il s'agit de l'amélioration de : (i) la disponibilité et de l'utilisation des outils, (ii) la disponibilité, (iii) l'utilisation des données la qualité des données, (iv) et du développement de la recherche et l'innovation en santé.

La certification du contrôle, de l'élimination et de l'éradication des MTN passent nécessairement par une bonne documentation des progrès réalisés et de la surveillance dans l'atteinte des objectifs nationaux.

A ce jour le SIG et la DHIS 2 qui sont les outils principaux de collecte et d'analyse de données de routines n'ont pas suffisamment pris en compte les données sur les MTN. Les efforts en cours pour l'intégration de la collecte et la gestion des données dans le SIG et le DIHS2 devraient être poursuivis.

Les médicaments, autres produits médicaux, les infrastructures, les équipements, et technologies de la santé

La réforme du secteur pharmaceutique débuté depuis 2012 a conduit à la création de plusieurs entités à savoir, la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (NPSP-CI), l'Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique (AIRP), la Direction de l'Activité Pharmaceutique (DAP).

La production locale de produits pharmaceutiques a connu des avancées notables du fait d'une volonté politique manifestée le 9 août 2017 pour le renforcement des capacités industrielles de la production pharmaceutique, devant passer progressivement de 6 à 12% de couverture des besoins nationaux en médicaments.

Aussi, la production locale de médicaments traditionnels améliorés a été encadrée à travers (i) la sensibilisation des praticiens de médecine traditionnelle à la déclaration de leur unité de production artisanale et des médicaments traditionnels améliorés, (ii) la réalisation des études pharmacologiques sur les médicaments traditionnels améliorés jugés efficaces, (iii) la sensibilisation des praticiens de médecine traditionnelle à la protection de leurs savoirs à l'OAPI.

Par ailleurs, ont été réalisées notamment (i) la construction d'une unité de production de médicaments génériques à la nouvelle zone industrielle à Attinguié, (ii) la pose de la première pierre du laboratoire pharmaceutique SAIF, (iii) la construction des laboratoires pharmaceutique Africure Pharmaceuticals et Pharmanova CI installés dans la zone franche de Grand-Bassam VITIB.

Au niveau de la Nouvelle PSP Côte d'Ivoire, il faut noter une amélioration des conditions et capacités de stockage. L'augmentation des capacités opérationnelles se traduit par un accroissement des espaces de stockage entre 2017 et 2020 (passant de 11 552 à 32 518 palettes).

Quant à l'amélioration des conditions de stockage, elle se traduit par la réhabilitation des entrepôts et magasins de stockage, la mise aux normes et la modernisation des entrepôts avec 60% d'espaces en atmosphère contrôlée et un plan de progression, le monitoring centralisé de la température et de l'hygrométrie et la surveillance externalisée et centralisée. A cela, il convient d'ajouter le renforcement du parc automobile, des engins de manutention et du système pharmaceutique avec le contrôle qualité des produits pharmaceutiques par des laboratoires pré-qualifiés OMS et la traçabilité pour sécuriser les médicaments de la Nouvelle PSP Côte d'Ivoire.

En matière de disponibilité des médicaments et intrants stratégiques, il est noté une amélioration de la disponibilité des stocks à 80%, avec une bonne réponse aux urgences nationales et crises sanitaires, et une amélioration de l'accessibilité géographique des médicaments avec l'ouverture de l'Agence de Bouaké.

En 2020, l'on a recensé 3 411 Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) dont 3 311 ESPC Publics et 1 100 ESPC privés dont 760 établissements privés lucratifs de premier niveau, 96 privés confessionnels, 190 privés ONG et 54 privés d'entreprise. Le ratio ESPC/population est de 1,29 ESPC pour 10 000 habitants en 2020, soit 1 ESPC pour 7 755 habitants. La norme de 1 ESPC pour 10 000 habitants est atteinte. Ce ratio est en hausse par rapport à celui de 2019 qui était de 1,05 ESPC pour 10 000 habitants.

Le nombre d'hôpitaux de référence du niveau secondaire recensés en 2020 est de 131 dont 100 hôpitaux publics, 12 hôpitaux confessionnels et 19 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR). Ce qui correspond à un ratio de 0,74 hôpitaux pour 150 000 habitants, soit 1 hôpital de référence pour 201 935 habitants. Ce ratio est en dessous de la norme nationale (1 hôpital pour 150.000 habitants).

❖ Plateaux techniques et Équipements dans les établissements sanitaires publics

Au niveau des équipements et plateaux techniques des hôpitaux publics, en 2020, l'on enregistre 164 blocs opératoires dont 46 non fonctionnels, 96 services de radiologies dont 18 non fonctionnels, 247 laboratoires d'analyses de biologies médicales dont 08 non fonctionnels, 743 ambulances et 137 dépôts de sang.

Les districts sanitaires de Korhogo 2, Kouassi-Kouassikro, Bouake Sud, Bouake Nord-Est, Transua, Doropo, Tehini et Botro ne disposent ni de bloc opératoire, ni de service de radiologie, ni de laboratoire d'analyses biomédicales dans leurs établissements publics de soins.

Au niveau national il existe plusieurs initiatives dans le domaine e-santé. Cependant un spécifiquement est lié aux MTN. Initiative : e-santé Ulcère de Buruli. La solution fournit aux agents de santé communautaire (ASC) une application mobile qu'ils peuvent utiliser comme support dans leurs activités. Cette application leur permet d'améliorer leurs actions de communication et de sensibilisation en leur fournissant une galerie interactive de visuels. L'application permet aux ASC de répertorier l'ensemble de leurs campagnes de sensibilisation. Elle recense également les leaders communautaires, religieux et d'opinion qui sont d'importants canaux de sensibilisation. <http://esante.electronic-management.com/>.

Pour les MTN-MC, l'existence d'un groupe Whatsapp permet de mettre contact les acteurs de terrains et les experts nationaux et internationaux dont l'OMS pour la confirmation et la prise en charge de cas.

L'existence d'une salle multi média à l'INSP et dans la plupart des régions sanitaires du pays.

Par ailleurs

Le dispositif existant pour la gestion des médicaments et autres produits médicaux est une opportunité pour la lutte contre les MTN dans la réception, le stockage, la distribution et le monitoring de l'efficacité et de l'innocuité des produits de prévention et de traitement.

Concernant les infrastructures et les équipements médicaux, on note une bonne couverture du pays en ESPC qui pourrait favoriser l'intégration des activités de promotion, de prévention, de détection et de prise en charge précoce des cas tout en assurant un renforcement de l'engagement communautaire. Cependant la prise en charge des cas compliqués des MTN qui requiert l'intervention des hôpitaux de référence (HG, CHR, les centres spécialisés et les CHU) demeure un défi eu égard au faible ratio hôpital de référence/population.

Les technologies existantes offrent de bonnes opportunités d'innovation dans les domaines de la formation et de l'information, de la gestion des données, de la distribution des intrants pour la lutte contre les MTN en Côte d'Ivoire. La vulgarisation des réseaux sociaux est un atout important pour la lutte contre les MTN.

Le financement de la santé

La Côte d'Ivoire a signé l'engagement d'Abuja en avril 2014, c'est-à-dire qu'elle s'est engagée à consacrer 15% de son budget national à la santé.

Bien que la Côte d'Ivoire ait bien réagi à la crise du COVID-19 avec un plan de réponse sanitaire et un plan de soutien économique, social et humanitaire, l'impact de la crise économique et sociale s'avère important. Le niveau de financement du secteur de la santé reste encore insuffisant. Le financement public est faible, avec un budget pour la santé qui est resté entre 5 et 6 % du budget total de l'État pendant de nombreuses années, bien que même si la crise des années 2000 ait entraîné la destruction partielle des infrastructures sanitaires.

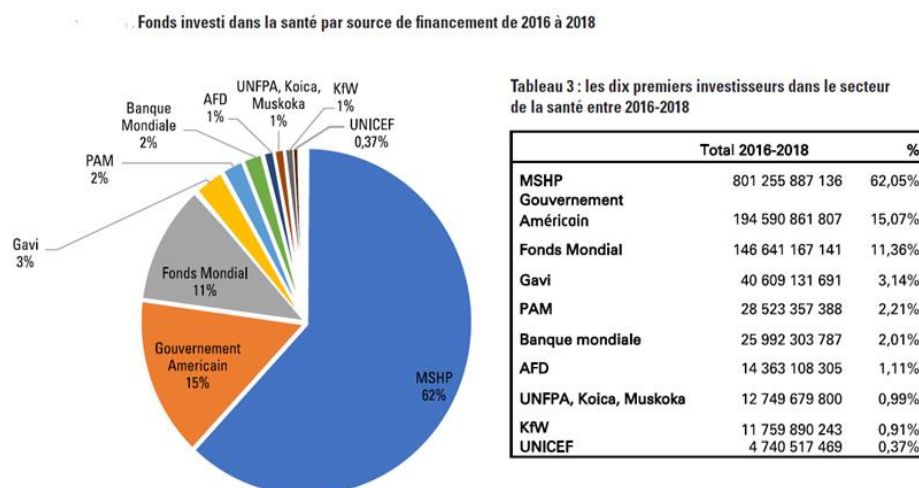
Avant la crise du COVID-19, l'État s'est engagé à financer par les recettes fiscales une augmentation annuelle de 15% du budget de la santé jusqu'en 2030, soit un minimum de 47 milliards CFA XOF par an. Si cet engagement est bienvenu, les estimations montrent que la Côte d'Ivoire aurait besoin d'une augmentation plus importante si elle veut progresser vers les cibles des ODD liés à la santé d'ici 2030, mieux maîtriser le financement de la couverture sanitaire universelle (CSU) et gérer avec succès la transition des bailleurs. Ainsi, sur la base d'une méthodologie développée par le FMI, les dépenses de santé pourraient viser l'objectif ambitieux de 10,6 % du PIB en 2030.

(+4,6 points de pourcentage du PIB), soit une augmentation annuelle de 166 milliards CFAXOF des dépenses publiques de santé.

En 2017, la principale source de financement de la santé a été les paiements des ménages représentant 39 % (au-dessus de la norme de 25 % de l'OMS), suivis par les ressources intérieures (28 % -comprenant principalement les recettes fiscales, la part des cotisations de santé étant encore très faible), puis les autres dépenses privées (19 %), et la coopération internationale (13 %).

Le gouvernement ivoirien à travers le MSHPCMU est le principal acteur public dans le financement de la santé. Le MSHP en 2019 a réalisé une cartographie des ressources en collectant des données financières provenant des autorités nationales et des partenaires au développement. Sur cette base l'ensemble des postes de dépense connus dans le secteur de la santé a été estimé. Cette cartographie des ressources n'a pas tenu compte des contributions (financières ou en nature) du secteur privé ivoirien et des ménages).

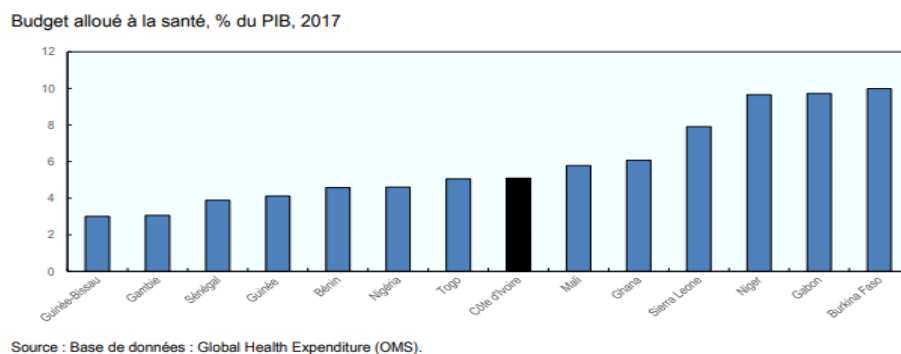
L'analyse couvre les réalisations pour la période 2016 –2018. Elle présente les principales sources de financement du secteur public de la santé comme suivant :



Si le budget du MSHP augmente en terme nominal, le budget de l'État alloué à la santé stagne entre 5% et 6% du budget total de l'État depuis de nombreuses années.

Le budget du MSHP est passé de 178 milliards CFA en 2013 à 446 Milliards CFA en 2020 (avec une hausse de 16.6% en 2020 par rapport au budget 2019). Le niveau de performance de la Côte d'Ivoire en matière de santé est proche de celui des pays les moins avancés, bien que le pays ait une économie plus forte.

En moyenne, le budget du MSHP est de 6% de 2013 à 2019, ce qui est faible comparativement à d'autres pays de la sous-région ouest africaine et centrale.



Cette faiblesse du budget de la santé se reflète dans les déficits des programmes nationaux de lutte contre des maladies, en particulier de la tuberculose et du paludisme ou encore la faible mise à niveau d'établissements de santé comme les hôpitaux. La hausse du budget du MSHP apparaît ainsi indispensable pour mieux financer le secteur, dont les programmes sectoriels. En effet, le financement du sida et de la tuberculose repose essentiellement sur les PTF, tandis que le financement du paludisme ou des MTN repose avant tout sur les ménages.

Suite à l'adhésion de la Côte d'Ivoire au Global Financing Facility (GFF) en novembre 2017, un dialogue sur le financement de la santé a été organisé du 15-18 avril 2019 sur les différentes options de financement, et a abouti à l'engagement de l'État, des PTF et du secteur privé. Ainsi, l'État s'est engagé à une hausse du budget de la santé de 15% par an jusqu'en 2030 financée par les recettes fiscales. Dans ce scénario, les PTF devraient augmenter leur niveau de financement de 5% par an (MSHPCMU, 2019). Néanmoins le contexte macro-économique engendré par la crise du COVID-19, avec la chute des recettes fiscales, pourrait venir menacer l'engagement de hausse annuelle du budget de la santé.

Dans ce sens, un exercice budgétaire a été réalisé pour correspondre au cycle budgétaire du ministère à partir de janvier 2020. Le coût annuel du dossier d'investissement varie entre 312,3 milliards en 2021 et 278,6 milliards en 2023. L'investissement pour la réhabilitation et l'équipement des établissements de santé, les infrastructures de la chaîne d'approvisionnement publique, l'infrastructure informatique soutenant le SNIS et la formation et le recrutement des ressources humaines additionnelles sont autant de facteurs expliquant ces fluctuations. Le financement total nécessaire au dossier d'investissement sur quatre ans (2020–23) se chiffre à 1 413,3 milliards de francs CFA comme présente dans le tableau ci-dessous :

Priorités du dossier d'investissement	Année 2020	Année 2021	Année 2022	Année 2023	Total 2020 - 2023
Mobiliser les communautés	12 803 906 298	5 070 393 189	5 859 414 633	8 011 349 670	31 745 063 790
Accroître/déployer de manière efficiente les ressources humaines du secteur de la santé	28 074 471 110	8 414 520 933	1 386 535 320	113 056 580	37 988 583 943
Mobiliser le secteur privé	2 471 954 335	1 648 368 335	1 621 368 335	392 650 000	6 134 341 005
Garantir la qualité des soins de santé primaire	301 211 751 016	189 851 785 507	189 354 360 507	188 633 620 507	869 051 517 537
Garantir des médicaments de qualité à un coût abordable	130 782 769 819	55 966 630 923	37 592 202 323	36 352 228 468	260 693 831 533
Améliorer la qualité des données pour la prise de décision	52 425 162 937	37 187 474 585	12 858 723 673	13 218 266 516	115 689 627 711
Augmenter/utiliser les ressources pour la santé de manière efficiente	19 642 741 036	14 236 310 762	26 191 124 332	13 218 266 516	92 017 695 612
Total	547 412 756 551	312 375 484 234	274 863 729 123	278 668 691 223	1 413 320 661 131

Source : MSHP (2019), Financement de la santé, Dossier d'investissement 2020-2023

Si des avancées sont constatées dans le financement de la santé en générale, la lutte contre les MTN connaît des difficultés notamment (i) la faible disponibilité des documents de gestion financière (procédures, outils de gestion) auprès des acteurs pour une meilleure opérationnalisation, (ii) une irrégularité du contrôle de l'utilisation des ressources financières sur la période 2012-2014, (iii) une absence d'instance formelle pour le suivi des appuis extérieurs, (iv) l'absence d'un système informatisé de suivi du recouvrement des coûts des actes de santé, (v) les difficultés pour l'harmonisation des procédures nationales et celles de certains bailleurs dans la gestion des projets, (vi) l'absence de traçabilité de l'état d'exécution des interventions de certains bailleurs, (vii) les difficultés dans la remontée des données financières en vue d'élaborer le rapport des comptes de la santé, (viii) la forte dépendance des programmes de lutte contre les MTN des financements externes, (ix) la méconnaissance et le déploiement timide de la CMU renforçant le paiement directe par les personnes affectées par les MTN des frais de prise en charge de leur soin.

Leadership et Gouvernance

Des efforts importants ont été faits au niveau de la gouvernance du système de santé ces dernières années et cela se traduit par l'opérationnalisation et la disponibilité du cadre organisationnel et institutionnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

On note une volonté politique d'améliorer le cadre organisationnel et institutionnel par la prise de nombreux textes législatifs et réglementaires.

L'organisation des soins a connu des développements majeurs avec la rédaction de deux textes importants : la loi portant Orientation de la Politique de Santé Publique en Côte d'Ivoire et la loi portant code de santé publique. Ces textes généraux viennent clarifier la doctrine gouvernementale sur l'organisation de la santé dans le pays. La loi d'orientation a été promulguée tandis que la loi portant Code de la santé publique est pendante devant l'Assemblée nationale.

Sous le couvert de ces textes généraux, plusieurs textes d'organisation ont été pris : i) la loi portant réforme hospitalière a été adoptée et promulguée. Elle vient fixer un nouveau cadre d'organisation des soins dans les établissements de santé publics et privés ; ii) la loi créant l'Autorité Ivoirienne de régulation Pharmaceutique (AIRP) prise pour mettre le pays en conformité avec les directives internationales et régionales, de l'OMS, de l'UA et de l'UEMOA, permettra de redynamiser l'homologation, l'inspection, la surveillance du marché et l'assurance de la qualité des produits pharmaceutique ; iii) la loi antitabac a été adoptée en matière de politique publique de santé.

En outre, l'organisation des soins a été renforcée par la prise de plusieurs décrets en matière de réglementation de la publicité des médicaments, de couverture maladie universelle, de règlement sanitaire universel, de vaccination, de régulation pharmaceutique et de ressources humaines. Il est à noter qu'un décret portant code d'éthique et de déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles, a permis notamment de clarifier les devoirs des praticiens de médecine traditionnelle et l'utilisation des médicaments traditionnels y compris l'interdiction de la publicité.

En matière de développement de normes, la période 2016-2017 a été marquée par la prise de mesures importantes en faveur de la qualité des soins : deux documents de politiques, un plan stratégique qualité, un document de directives et un guide de surveillance des infections nosocomiales ont été adoptés.

Malgré les efforts consentis, des défis demeurent. Il s'agit de : i) la non-disponibilité des documents normatifs du secteur à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ii) l'absence de répertoire des documents de normes du secteur de santé ; iii) l'insuffisance de textes formalisant le suivi des recommandations des missions d'audit et de contrôle et iv) l'insuffisance de référentiels et outils de gestion pour les structures du MSHPCMU.²⁴

Encadré n°1 : LES MESURES CLEFS DE LA REFORME HOSPITALIERE

- La création d'une nouvelle catégorie d'Etablissement Public,
- Le renforcement de la participation communautaire dans la planification, le suivi et le contrôle interne des établissements
- La motivation du personnel et l'autonomie de gestion des Ressources Humaines (RH)
- La recherche continue de prestations de qualité
- Le développement du Projet d'Etablissement Hospitalier (P.E.H.)
- La création et la mutualisation des ressources d'un Groupement Inter Hospitalier de Territoire :
- L'institution d'un nouveau cadre organisationnel administratif, financier et comptable
- L'amélioration de la disponibilité des produits pharmaceutiques
- Une véritable complémentarité publique/privée par délégation de service public

Au niveau de la planification des interventions, seulement deux régions disposent de Plan Régional de Développement Sanitaire (PRDS) alors que leur élaboration avait été inscrite aussi bien dans le PND 2012-2015 que dans le PNDS 2012-2015.

En outre, tous les documents de politique et de stratégie qui étaient censés orienter la mise en œuvre des actions du ministère de la santé n'ont pas été mis à la disposition des acteurs qui doivent assurer leur opérationnalisation.

L'amélioration du cadre gestionnaire s'est faite par la mise en place d'un cadre de concertation et de Coordination des partenaires du secteur de la santé en vue d'une synergie des interventions à tous les Niveaux de la pyramide sanitaire.

Depuis Mai 2012, la Côte d'Ivoire a signé le compact international. Un dialogue politique mené en 2014, a permis l'élaboration et la signature d'un pré-compact en février 2015 pour accompagner la dernière année de mise en œuvre du PNDS 2012-2015.

L'analyse des données recueillies sur la disponibilité de l'information budgétaire, montre que celle-ci n'est pas disponible dans l'ensemble des établissements sanitaires dont les premiers responsables ne sont pas des administrateurs de crédit délégués 40. Il ressort également une insuffisance d'implication des responsables des ESPC dans l'élaboration et la gestion du budget alloué à leurs structures du fait d'une absence d'harmonisation dans les procédures de gestion budgétaire.

Malgré les efforts consentis par le Gouvernement, des problèmes persistent notamment :

- l'insuffisance de coordination entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire
- l'utilisation irrationnelle et peu transparente des ressources et une insuffisance de mécanismes de redevabilité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;

- au niveau déconcentré, on note : (i) une insuffisance de la fonctionnalité des organes de gestion des établissements sanitaires, des ECD et des ERS due à la méconnaissance des textes les régissant, (ii) une insuffisance de coordination et de collaboration des acteurs et des interventions de santé par l'absence de traçabilité des appuis extérieurs et le non-respect des procédures et textes réglementaires en vigueur , (iii) une insuffisance de leadership au niveau des structures déconcentrées et l'inadéquation de certaines interventions des collectivités avec les priorités de santé ; Il ressort de cette analyse que les indicateurs de la performance de la gouvernance/redevabilité des indicateurs déterminants sont faibles.

Au niveau organisationnel, la lutte contre les MTN est conduite par cinq (5) programmes de santé avec des attributions précises. Il persiste le fait que certaines MTN endémiques en Côte d'Ivoire ne sont rattachées à aucun programme. Il s'agit du pian, des envenimations et de la leishmaniose et du mycétome qui restent à être confirmés formellement comme problème de santé publique. Le pays s'est engagé dans l'élaboration de plan national directeur de lutte contre les MTN lui-même adossé à la feuille de route mondiale 2021-2030 de lutte contre les MTN de l'OMS. Ce document d'orientation stratégique permet au pays de définir ses priorités et de mieux organiser la lutte.

Le pays adhère à l'approche de lutte intégrée contre les MTN en Côte d'Ivoire mais n'a pas développé de document cadre pour orienter la mise en œuvre de cette approche.

Au niveau de l'intégration du secteur privé, des structures confessionnelles de prise en charge des MTN existent et leurs activités sont encadrées par des conventions signées avec le MSHPCMU. Elles disposent des capacités et des compétences avérées pour contribuer à une lutte efficace. Mais ces structures sont faiblement intégrées au système

1.3. Évaluation des lacunes

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

Pilier	Insuffisance
Gouvernance et leadership	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inexistence de documents normatifs ou insuffisance de diffusion des documents normatifs élaborés ○ MTN comme envenimation, gale, pian, leishmaniose et mycétome non formellement attribués à un programme de santé ○ Faiblesse de la coordination et de l'intégration des activités de lutte contre les MTN ○ Faible collaboration intersectorielle ○ Manque d'appropriation de la lutte par les structures locales ; ○ Insuffisance de la mobilisation communautaire ○ Lourdeur du circuit administratif de la dépense publique.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ligne budgétaire parfois non adaptée à la mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN ○ Difficulté d'accès aux mass-médias publics pour la communication sur les MTN ○ Insuffisance de l'implication des ASC formés par manque de moyen de motivation, ○ Insuffisance de la collaboration avec les autres secteurs connexes (Agriculture, Education, eau hygiène assainissement...)
Financement	<ul style="list-style-type: none"> ○ Discontinuité des appuis des partenaires technique et financiers ; ○ Insuffisance du financement des activités par le budget de l'état : Insuffisance des dotations budgétaires pour la mise en œuvre des activités
Ressources humaine	<ul style="list-style-type: none"> ○ Insuffisance de ressources humaines compétentes dans la prévention, la prise en charge et la documentation des cas. <p>Formation initiale des professionnels de la sante ne prenant pas suffisamment en compte la lutte contre les MTN</p>
Prestation de service	<ul style="list-style-type: none"> ○ Partenariat Public-Privé insuffisamment développé pour la prise en charge des MTN ○ Insuffisance de l'intégration de la prise en charge des morbidités dans le PMA des établissements sanitaires ○ Insuffisance des moyens logistiques, de matériel de bureau et d'équipements pour les activités de terrain ○ Insuffisance des interventions communautaires dans la lutte contre la Lèpre.
Information sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cartographie incomplète ou en attente de certaines MTN (trachome, pian, leishmaniose et mycétome) ○ Insuffisance de la recherche scientifique ○ Insuffisance de la disponibilité des données de qualité <p>Données sur MTN insuffisamment intégrée dans le SNIS en particulier dans DHIS2</p>
Médicament, infrastructure et technologie	<ul style="list-style-type: none"> ○ Insuffisance de l'innovation ○ Retard dans l'approvisionnement en médicament spécifique de traitement des cas ○ Dépendance des dons des PTF pour l'approvisionnement en médicament spécifique pour la prévention et le traitement des cas

1.4. Analyse du contexte du programme

1.4.1. Lutte contre les MTN

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN) sont un groupe de maladies transmissibles qui sévissent dans les pays aux ressources limitées, atteignant les populations les plus pauvres. Leur impact néfaste pour la réalisation des ODD a fini par convaincre les états et les partenaires au développement d'œuvrer ensemble pour lutter énergiquement contre ces fléaux en vue de leur prévention ou élimination²⁵.

La Côte d'Ivoire subit le lourd fardeau de douze (12) MTN endémiques qui peuvent se classer en deux (2) groupes :

- **MTN à Chimiothérapie Préventive:** (i) l'onchocercose, (ii) la filariose lymphatique, (iii) la schistosomiase, (iv) les géo helminthiases, (v) le trachome ;
- **MTN à prise en charge des cas:** (i) la trypanosomiase humaine africaine, (ii) l'ulcère de Buruli, (iii) la lèpre, (iv) la dracunculose, (v) la gale, (vi) les envenimations et (vii) le pian²⁶.

La Côte d'Ivoire compte 113 districts sanitaires répartis dans 33 régions sanitaires. La distribution des MTN dans ces districts sanitaires est établie comme suit :

- **Ulcère de Buruli :** il s'agit d'une maladie qui évolue sous un mode endémique dans 33 districts sanitaires endémiques sur les 113 que compte la Côte d'Ivoire
La surveillance est principalement accrue dans 48 districts sanitaires dont 15 districts susceptibles d'être endémiques. Il s'agit des districts voisins de districts endémiques ou de districts anciennement endémiques mais qui ne notifient plus de cas depuis au moins cinq ans
- **Lèpre :** 92/113 districts sanitaires peuvent rapporter des cas et sont sous surveillance. En dehors du district sanitaire de Man en 2019, depuis 2017, aucun district n'a été déclaré endémique car en-dessous du seuil d'élimination (moins d'un cas pour 10.000 habitants)
- **Pian :** depuis la disponibilité des nouveaux outils diagnostiques, 20 districts sanitaires ont été confirmées endémiques à ce jour. Néanmoins la véritable cartographie du pian n'est pas réellement réalisée. Elle est en cours
- **Ver de Guinée :** zéro cas rapporté depuis 2007. Le pays est certifié libre de ver de guinée (VG) depuis décembre 2013. Actuellement, 113 districts sanitaires sont sous surveillance dans le cadre d'activités de surveillance post-certification en attente de l'éradication à l'horizon 2030.

- **Trypanosomiase Humaine Africaine** : le pays a reçu la validation OMS comme pays ayant éliminé la THA en tant que problème de santé publique depuis le 25 Mars 2021.
- **Géohelminthiases** : 113 districts endémiques sur 113 cartographiés.
- **Schistosomiase** : 113 districts endémiques sur 113 cartographiés.
- **Onchocercose** : 97 districts endémiques sur 113 cartographiés.
- **Filariose Lymphatique** : 99 districts endémiques sur 113 cartographiés.
- **Trachome** : 40 districts endémiques sur 78 cartographiés.
- **Gale** : situation épidémiologique non établie.
- **Envenimations** : situation épidémiologique non établie
- **Mycétomes** : Situation épidémiologique non établie toutefois, des cas suspects rapportés (Rapport du centre de prise en charge de Kongouanou),
- **Leishmaniose** : Situation épidémiologique pas clairement établie mais des cas suspects ont été rapportés à Bouaké (Etude du Prof Adoubryn)

1.4.1.1 : Place des Programmes de Lutte contre MTN dans l'Organigramme du Ministère Santé et de la couverture Maladie Universelle

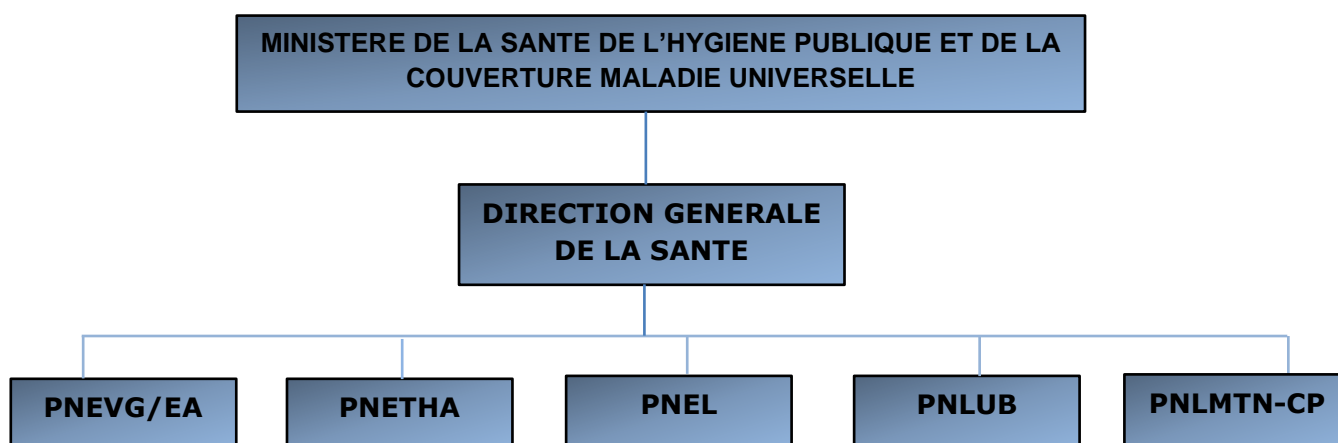


Figure 6: Place des Programmes de Lutte contre les MTN dans l'Organigramme du Ministère Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle

1.4.1.2 : Lutte contre l'ulcère de Buruli

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

Cette maladie émergente a connu sa première flambée en Côte d'Ivoire dans les années 80, puis s'est répandue rapidement dans plusieurs régions avec des conséquences socio-économiques graves. Devant l'ampleur de l'endémie un

Programme National de Lutte contre cette maladie a été créé en 1995 afin d'organiser et de coordonner les interventions de lutte. A partir de 2007, la lutte va être plus intensive avec la politique de décentralisation des activités au niveau des districts sanitaires. La stratégie adoptée est principalement axée sur la détection à base communautaire, la standardisation du traitement, la prise en charge de proximité et la gratuité des soins. Ainsi chaque année, plus de 80% des cas d'ulcère de Buruli sont dépistés par les relais communautaires. Tous les cas dépistés sont pris en charge selon les recommandations de l'OMS. Cette prise en charge est décentralisée et se déroule dans plus de 180 structures sanitaires périphériques dans 30 districts sanitaires endémiques.

Si de 2007 à 2010, l'incidence de la maladie était en moyenne de 2500 nouveaux cas par an, nous assistons depuis l'année 2011 à une baisse constante de cette incidence qui est actuellement passée en dessous de 1000 cas par an. En 2020, 232 nouveaux cas ont été dépistés et pris en charge dans 17 districts sanitaires (bilan d'activité du PNLUB 2020)-

Les districts sanitaires qui ont enregistré le plus grand nombre de cas d'Ulcer de Buruli en 2020 sont : Yamoussoukro, Daloa et Tiassalé.

Par ailleurs, au cours de cette même période le taux de détection précoce était de 63%, en deçà de la norme de l'OMS qui est 70 au moins

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

La lutte contre l'ulcère de Buruli en Côte d'Ivoire est basée sur les axes stratégiques suivants :

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

En plus de la décentralisation des activités de lutte dans les ESPC, il est nécessaire de souligner que conformément aux orientations de l'OMS, la lutte se fait selon l'approche intégrée dans le système de santé.

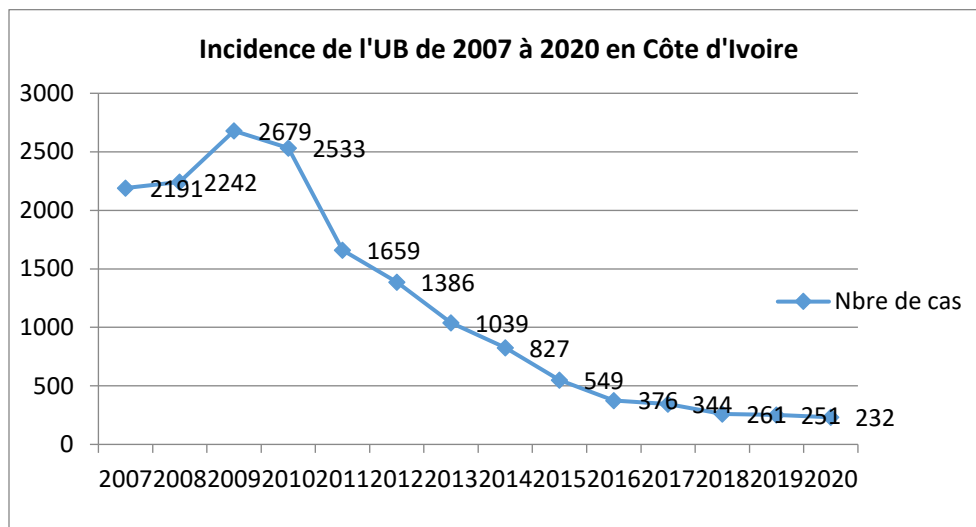


Figure 7: Evolution de l'incidence de l'ulcère de Buruli de 2007 à 2020 (source bilan des activités PNLUB 2020)

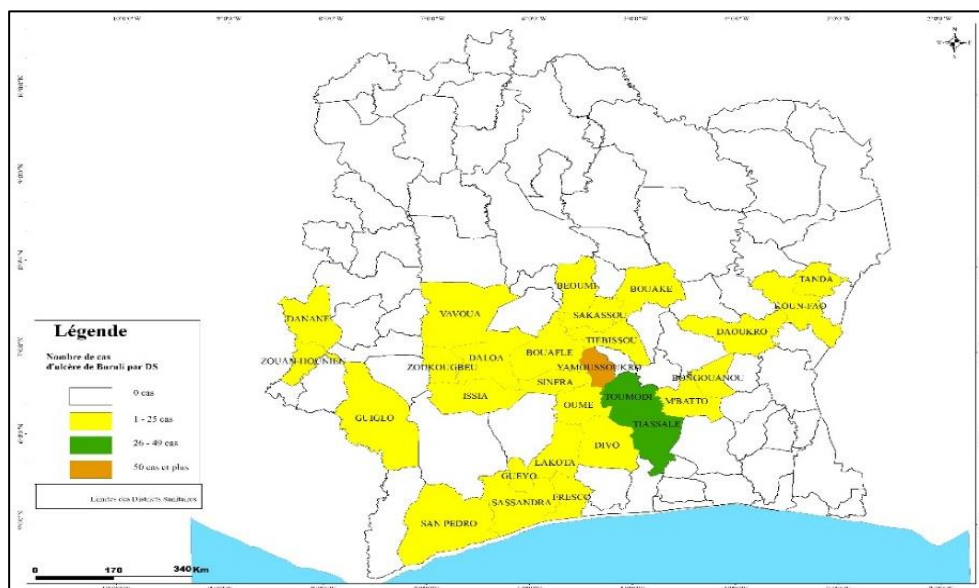


Figure 8: Répartition du nombre de cas d'ulcère de Buruli par district sanitaire en 2020

La prise en charge des cas compliqués quant à elle se fait dans des structures sanitaires spécialisées. Il en existe sept en majorité gérés par des communautés confessionnelles.

Tableau 4: Liste des structures sanitaires spécialisées de prise en charge des cas de MTN

Structures sanitaires	Localisation	District Sanitaire	Services offerts
Unité Médico-Chirurgicale (UMC) Divo	CHR Divo	Divo	Chirurgie, Rééducation, traitement médical, Renforcement nutritionnel, Prévention des incapacités, Nutrition, Soutien psycho-social
Hôpital spécialisé JB Vatélot de Bouaké	Bouake	Bouake Nord, Ouest	Chirurgie, Rééducation, traitement médical, Renforcement nutritionnel, laboratoire, Prévention des incapacités, Nutrition, Soutien psycho-social
Hopital spécialisé de Kongouanou	Kongouanou	Yamoussoukro	Chirurgie, Rééducation, traitement médical, Renforcement nutritionnel, laboratoire, Prévention des incapacités, Nutrition, Soutien psycho-social
Hopital spécialisé Saint Michel de Zoukougbeu	Zoukougbeu	Zoukougbeu	Chirurgie, Rééducation, traitement médical, Renforcement nutritionnel, laboratoire, Prévention des incapacités, Nutrition, Soutien psycho-social
Hopital spécialisé Mont Carmel Sakassou	Sakassou	Sakassou	Chirurgie, Rééducation, traitement médical, Renforcement nutritionnel, laboratoire, Prévention des incapacités, Nutrition, Soutien psycho-social
Pavillon UB de Djekanou	Djekanou	Toumodi	Chirurgie, Rééducation, traitement médical, laboratoire, Prévention des incapacités, Nutrition, Soutien psycho-social
Pavillon UB de Taabo	Taabo	Tiassalé	Traitement médical, laboratoire, chirurgie, Prévention des incapacités, Nutrition, Soutien psycho-social

1.4.1.3 : Elimination de la lèpre

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

- La coordination des activités de lutte contre la lèpre
- La surveillance épidémiologique de la lèpre
- Le dépistage précoce et le traitement adéquat de personnes atteintes de la lèpre
- La chimioprophylaxie des cas contacts des cas de MB

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

Le pays a atteint sur le plan national, le seuil de l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique (moins de 1 cas pour 10 000 habitants selon l'OMS) depuis 2001 avec 1717 malades en traitement soit un taux de prévalence de 0,92 malade pour 10 000 habitants. Le taux de prévalence a continué à décroître pour atteindre 0,18 pour 10 000 habitants en 2019. La détection a suivi la même tendance que la prévalence pendant la même période. Néanmoins, la proportion des cas multi bacillaire (MB) est restée relativement élevée variant entre 65 et 75%. La proportion des enfants de moins de 15 ans et des femmes atteintes de la lèpre se situe respectivement autour de 10% et 45% pendant cette période tandis que celle des infirmités degré 2 est passée de 9 à 24%; mais la Côte d'Ivoire dépiste encore environ 700 nouveaux cas de lèpre par an, et est classée parmi les dix pays les plus endémiques par l'OMS.

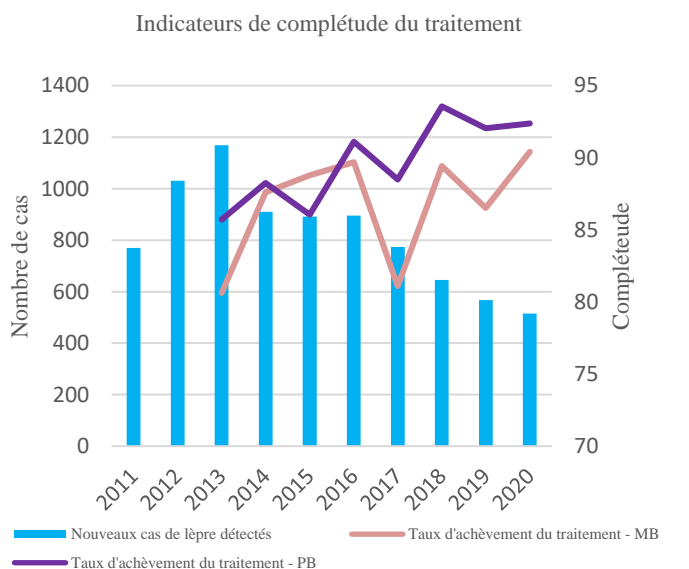
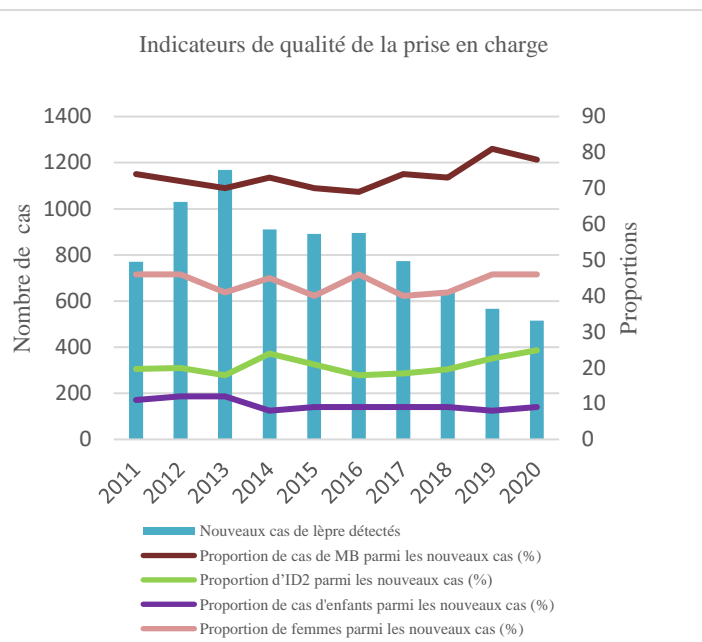
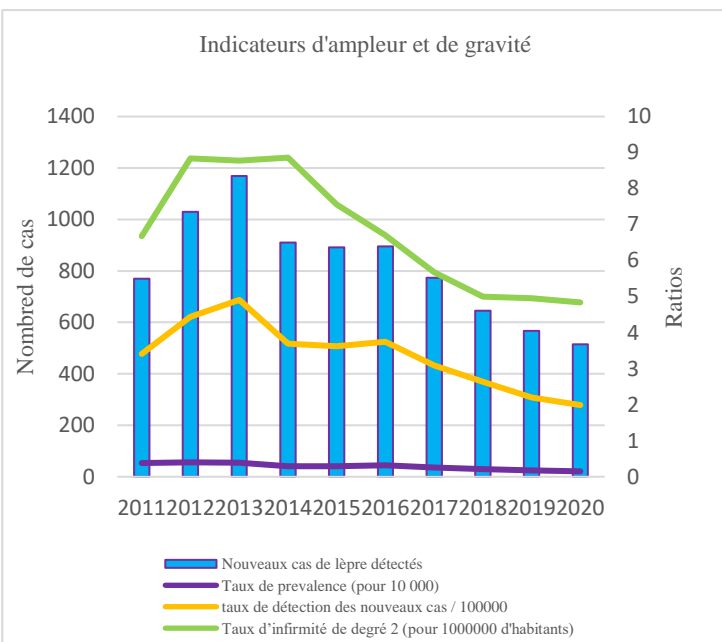
Face à cette situation, le Programme National d'Élimination de la Lèpre (PNEL), a élaboré une feuille de route 2021-2030 pour zéro lèpre en Côte d'Ivoire. Cette initiative a pour objectif d'atteindre zéro nouveau cas de lèpre, zéro infirmité, zéro stigmatisation, et zéro discrimination d'ici 2030.

Bien que tous les districts aient atteint le seuil d'élimination, il y a encore certains avec un fort taux de dépistage c'est-à-dire plus de 5 cas pour 100 000 habitants. Le taux de dépistage est d'autant plus élevé dans un district sanitaire que les activités de sensibilisation et de dépistage actif y sont menées.

En 2020, le nombre de nouveaux cas notifiés de lèpre est de 515 contre 567 en 2019. Le taux de prévalence en fin d'année 2020 de la lèpre est de 0,15 pour 10 000 habitants correspondant à 393 malades sous traitement dont 39 (9,92%) de forme pauci-bacillaire (PB) et 354 (90,08%) de forme multi-bacillaire. Ce taux est en baisse par rapport à 2019 où la prévalence s'élevait à 0,18 pour 10 000 habitants soit 471 malades.

La prise en charge des cas est assurée dans certains districts sanitaires par un Infirmier Spécialiste Dermato-Lèpre (ISDL), et/ou un Infirmier Contrôleur Lèpre (ICL) ou un Point focal Lèpre (PFL). Les cas compliqués sont référés dans les centres spécialisés appelés Centre d'Orientation et de Recours (COR). Ces COR sont situés à Adzopé, Manikro/Bouaké, Divo et à Zouan-Hounien. A l'Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire (Adzopé) et à l'antenne (Manikro/Bouaké) les cas nécessitant une chirurgie réparatrice sont pris en charge. Et la prise en charge des cas de lèpre est gratuite dans tous les centres.

Graphique III : Evolution des indicateurs lèpre de 2011 à 2020 au niveau national



Après un pic observe en 2013, à la suite d'enquêtes de dépistage de masse, le nombre de nouveaux cas dépisté est resté stationnaire en 2014, 2015 et 2016, autour de 500 cas annuels. A partir de 2016 on observe une décroissance des cas. La prévalence est toutefois demeurée en dessous du seuil de 1 pour 10000 habitants (hbts). La proportion de cas Multibacillaires (MB) est restée élevée, au-dessus de 70% sur les cinq dernières années. La proportion des infirmités de degré 2 (ID2) a atteint et dépassé le seuil des 25% les deux dernières années. La complétude du traitement n'est pas stable d'une année à l'autre, et généralement en dessous des 100%, surtout pour les cas Paucibacillaires (PB). Notons que la complétude des données retrouvées au niveau central est de 80%.

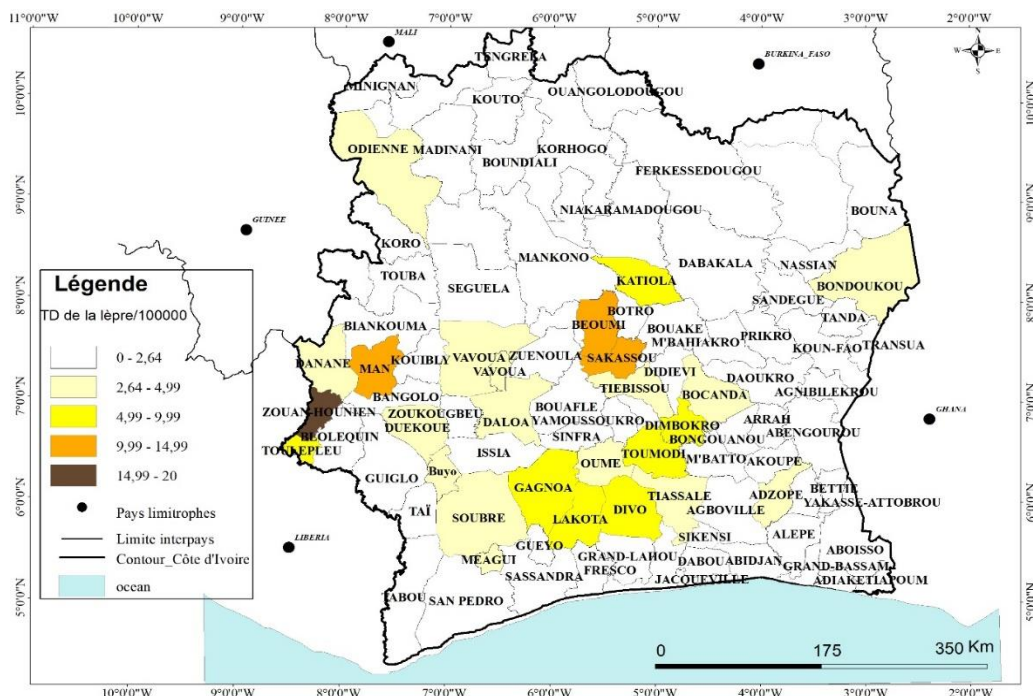


Figure 9: carte de détection de la lèpre en Côte d'Ivoire en 2019

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

- Réduire la proportion de malades avec infirmités degré 2 parmi les nouveaux cas de 23, 95% à 18% d'ici 2025
- Maintenir le taux de prévalence à moins d'un cas pour 10 000 habitants dans les districts non endémiques

Les interventions prioritaires sont axées sur ;

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

Tableau 5: Liste des centres de prise en charge des complications de la lèpre

Centres	Localisation	District Sanitaire	Services offerts
Institut Raoul Follereau Adzopé	Adzopé	Adzopé	-consultation lèpre et PEC de tout cas de lèpre -consultation chirurgie et médecine générale -chirurgie réparatrice -médecine physique (kinésithérapie, orthopédie, réadaptation physique) -laboratoire -pharmacie
Hôpital de Manikro Bouake (succursale de l'IRF d'Adzopé)	Bouake	Bouake-sud	Succursale de l'IRF d'Adzopé
CHR Divo (Unité Médico-chirurgicale contre l'Ulcère de Buruli) COR (Centre d'Orientation et de Recours de la Lèpre)	Divo	Divo	COR (Centre d'Orientation et de Recours) - PEC des complications (mal perforant plantaire, névrites, réadaptation physique, chirurgie)
Hôpital de Zouan Hounien COR (Centre d'Orientation et de Recours de la Lèpre)	Zouan Hounien	Zouan Hounien	- PEC des complications (mal perforant plantaire, névrites) -consultation lèpre et PEC des cas simples

1.4.1.4 : Lutte contre le PIAN

Le pian fait partie d'un groupe d'infections bactériennes chroniques dues à des tréponèmes. Il s'agit d'une MTN. L'on désigne ce groupe couramment par le terme « tréponématoses endémiques ». Le pian est la plus courante de ces infections. L'homme constitue le seul réservoir.

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

Ainsi, les données du RASS 2018 indiquent que le quasi totalités des districts sanitaires de Cote d'Ivoire notifie des cas suspects de pian. Le nombre de nouveaux cas suspects

de Pian notifiés par exemple en 2018 est de 1 178 soit une incidence nationale de 4,7 pour 100 000 habitants.

Les régions sanitaires du Gôh (21 cas pour 100 000 habitants), du Lôh-Djiboua (10,5 cas pour 100 000 habitants) et l'Indenié-Djuablin (10,3 cas pour 100 000 habitants), ont eu les incidences les plus élevées en 2018.

Les régions sanitaires qui enregistrent les plus faibles incidences sont : Poro-Tchologo-Bagoue (0,5 cas pour 100 000 habitants), du Hambol (0,6 cas pour 100 000 habitants) et Abidjan 2 (0,9 cas pour 100 000 habitants).

Les districts sanitaires de Beoumi (30,0 cas pour 100 000 habitants), Gagnoa (27,8 cas pour 100 000 habitants), Divo et Minignan (19,5 cas pour 100 000 habitants) ont eu les incidences les plus élevées.

Les districts sanitaires de Beoumi (30,0 cas pour 100 000 habitants), Gagnoa (27,8 cas pour 100 000 habitants), Divo et Minignan (19,5 cas pour 100 000 habitants) ont eu les incidences les plus élevées.

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

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

Le défi à relever est d'organiser la lutte contre cette maladie avec comme objectif son éradication d'ici 2030 conformément à la feuille de route de l'OMS. L'OMS recommande entre autres stratégies d'entreprendre un traitement à grande échelle lorsqu'une endémie pianique est constatée dans une communauté.

Mais la cartographie du pian n'est pas encore entièrement réalisée en Côte d'Ivoire, elle est en cours de réalisation avec les nouveaux outils diagnostiques disponibles. Il s'agit des tests de confirmation biologique. Sur cette base huit (14) districts sanitaires ont confirmés des cas.

1.4.1.5 : Elimination de la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA)

En Côte d'Ivoire, la THA sévit dans les régions forestières propices au développement des cultures de rente que sont le café, le cacao, l'hévéa et le palmier à huile. On distingue les foyers endémiques (Bonon et Sinfra) et les foyers hypo-endémiques. Certains districts suspects restent à prospecter.

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

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

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

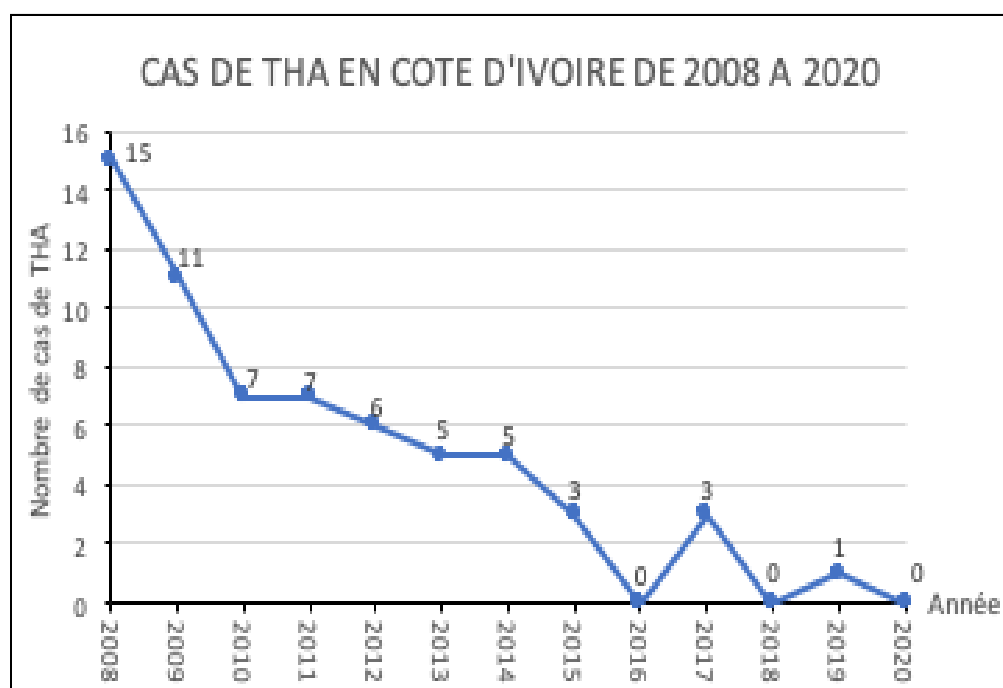


Figure 10: Nombre de cas déclarés THA de 2008 à 2020

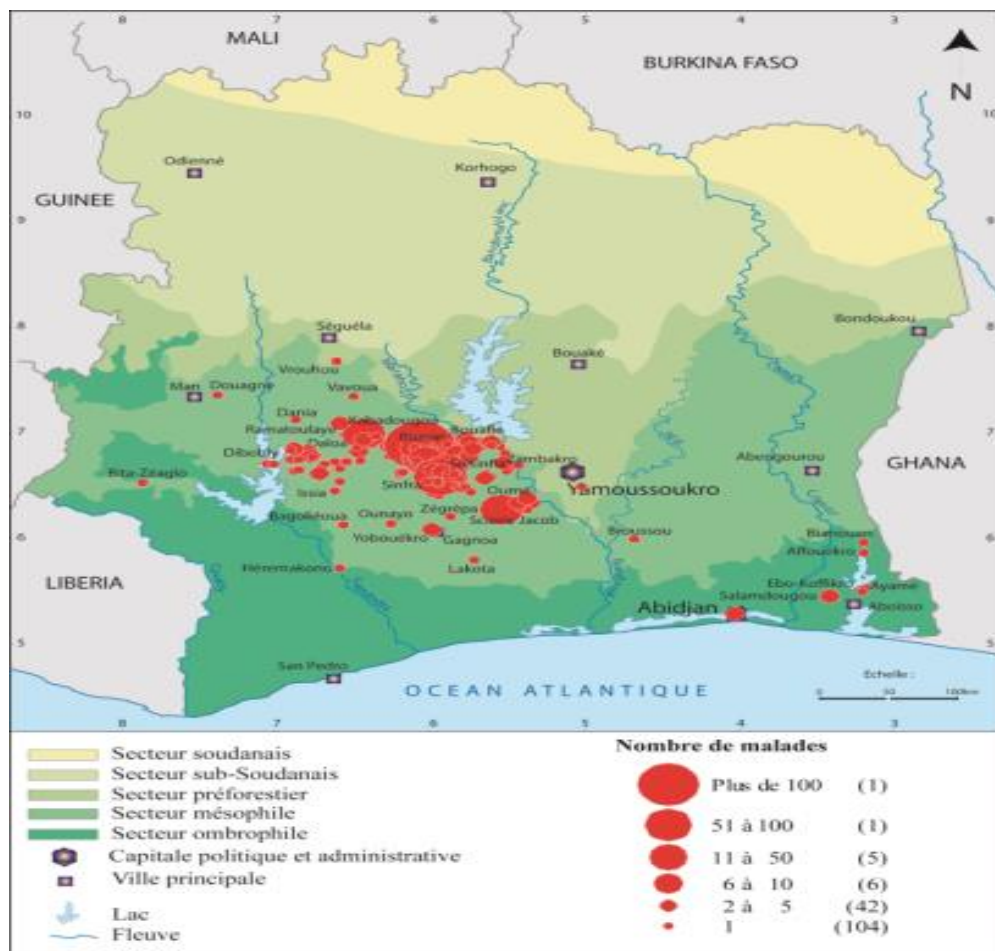


Figure 11: Derniers foyers THA

La Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) a été déclarée par l'OMS éliminée comme problème de santé publique en Côte d'Ivoire depuis le 25 mars 2021.

Les actions post éliminations menées par le Programme et les partenaires (OMS, IRD, FIND) se déclinent comme suit :

- Identification des villages à risque
- Sensibilisation des populations exposées à la maladie
- Mise en place et supervision de sites de dépistage passif
- Dépistage actif réactif en cas de découverte de cas
- Traitement de tous les cas
- Lutte anti vectorielle
- Recherche de réservoir animal de la THA

1.4.1.6 : Prévention de la réintroduction du ver de Guinée

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

Depuis décembre 2013, la Commission Internationale pour la Certification de l'Eradication de la Dracunculose a décerné à la Côte d'Ivoire, le certificat d'éradication du ver de guinée.

Les actions post éradication menée par le Programme et ses partenaires se déclinent comme suit :

- Poursuite de la surveillance,
- Renforcement de la communication pour le changement de comportement et la gestion des rumeurs
- Renforcement de la couverture en eau potable des zones anciennement endémique.

1.4.1.7 : Les envenimations, les mycétomes et la scabiose

L'endémicité des envenimations et de la scabiose n'est pas encore définie.

Pour la gale, le PNLUB génère des données lors de la mise en œuvre de ses activités de terrain.

1.4.1.8 : Les Maladies Tropicales Négligées à Chimiothérapie Préventive (MTN-CP)

Les Maladies Tropicales Négligées à Chimiothérapie Préventive (MTN-CP) regroupent cinq MTN ; les Géohelminthiases, le Trachome, la Filariose Lymphatique, l'Onchocercose et la Schistosomiase.

Ces maladies sont gérées par le Programme National de Lutte contre les Maladies Tropicales négligées à Chimiothérapie Préventive (PNLMTN-CP).

La cartographie des MTN-CP a été achevée en 2014 dans les 113 Districts Sanitaires (DS) que compte le pays à l'exception de celle du trachome.

• 1.4.1.8.1 : La Filariose Lymphatique

La cartographie de la filariose lymphatique a été achevée en 2014. Sur les 113 districts sanitaires que compte le pays, la filariose lymphatique est endémique dans 99 et 14 non endémiques. La population à risque dans les districts endémiques est estimée en 2021 à 22 527 204 soit 82,95% de la population générale.

**MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES : FILARIOSE LYMPHATIQUE
CÔTE D'IVOIRE juillet 2020**



PNLMN-CP
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE
LES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES
À TRANSMISSION VÉCÉTAIRE

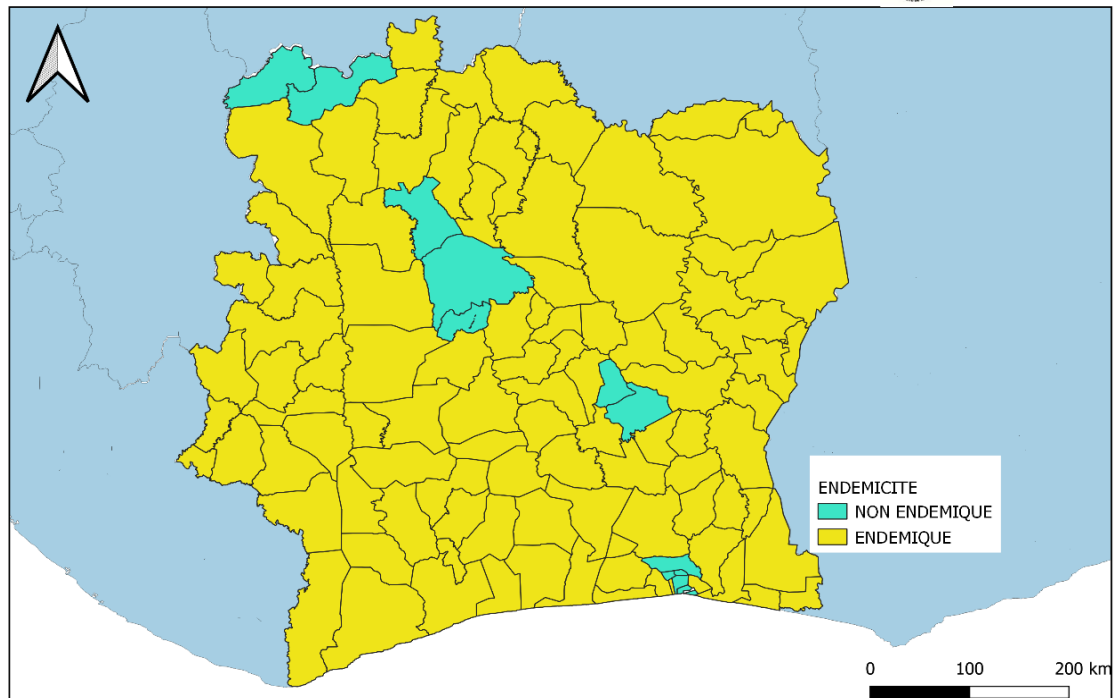
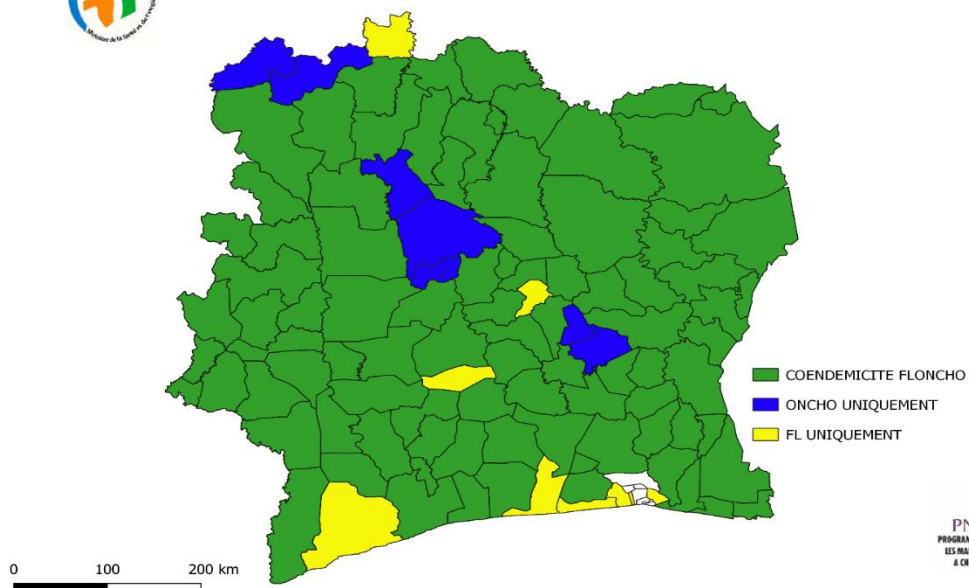


Figure 12: Cartographie de la filariose lymphatique

Parmi les 99 districts sanitaires endémiques, **90** sont co-endémiques avec l'onchocercose.



COENDEMICITE FLONCHO EN CÔTE D'IVOIRE



PNLMN-CP
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE
LES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES
À TRANSMISSION VÉCÉTAIRE

Figure 13: Coendemicite Filariose lymphatique et Onchocercose 2020

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

En 2016 l'arrivée de USAID à travers le projet END IN AFRICA /FHI 360 a permis de combler les GAP et de traiter 61 districts sanitaires donnant ainsi un nouvel élan à la lutte contre la filariose lymphatique dans notre pays.

Depuis le passage à échelle en 2017, tous les districts sanitaires endémiques à la filariose lymphatique ont régulièrement été traités suivant le schéma thérapeutique couplant l'Ivermectine à l'albendazole.

Les districts endémiques ayant bénéficié régulièrement d'AMM avec un taux de couverture épidémiologique d'au moins 65% et une couverture géographique de 100% pendant au moins 5 ans, peuvent faire l'objet d'une enquête d'évaluation de l'arrêt de la transmission (TAS). En prélude à celle-ci, le programme devra réaliser l'évaluation du site sentinelle et d'un (01) site de contrôle par district en vue de la constitution du dossier d'éligibilité au TAS.

Ainsi, au cours de l'année 2020, la Côte d'Ivoire a organisé pour la première fois, avec l'appui technique et financier de Act West, l'enquête d'évaluation préalable à la transmission (pré-TAS) dans 46 DS qui ont réalisé 5 tours d'AMM efficaces (taux de couverture épidémiologique supérieur à 65%). Les résultats ont montré que sur les 46 DS, 9 DS n'ont pas réussi le Pré-TAS et continueront donc avec le TDM de la filariose lymphatique.

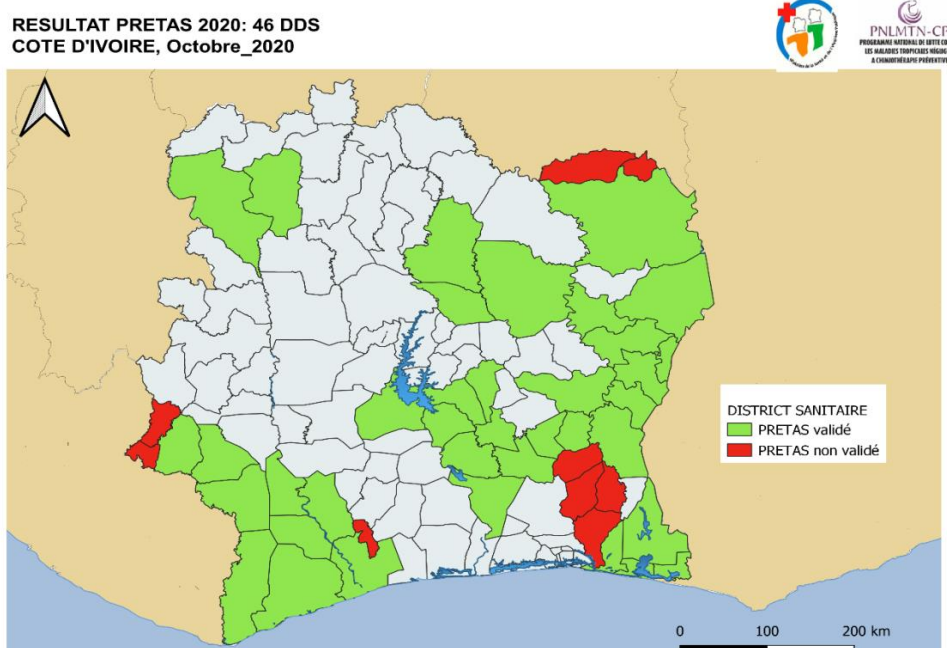


Figure 14: Cartographie de l'enquête Pretas 2020

En 2021, 33 DS ayant réalisé 5 tours de TDM ont bénéficié de l'enquête d'évaluation préalable à la transmission (pré-TAS) de la FL. Les résultats montrent l'échec dans un 1 DS (Gagnoa 1). Ce sont au total 10 DS qui ont échoué au PreTAS (9 en 2020 et 1 en 2021).

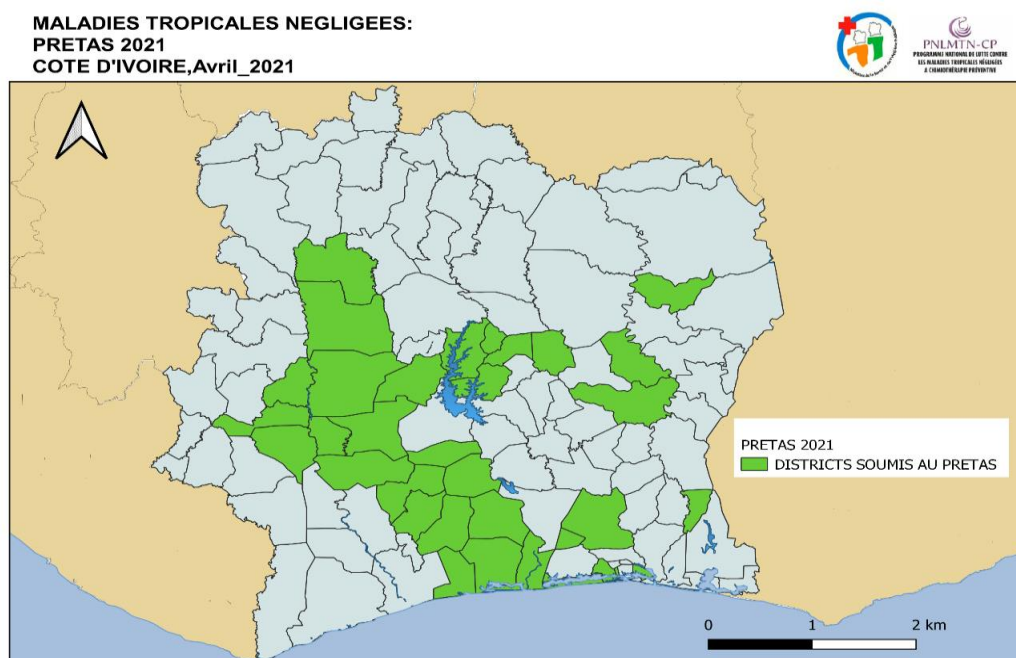


Figure 15: Cartographie de l'enquête Pretas 2021

Tableau 6: Nombre de districts LF traités par année

ANNEE	NOMBRE DISTRICTS SANITAIRES TRAITES	POPULATION CIBLE TRAITER) (A	POPULATION TRAITEE	COUVERTURE THERAPEUTIQUE DU TDM
2012	4	756 536	768 811	101,62
2013	1	71530	71907	100,53
2014	33	6 904 298	5 793 572	83,91
2015	33	7 127 297	5 900 569	82,79
2016	61	13 405 228	12 245 009	91,35
2017	74	16 360 985	14 817 898	90,57
2018	77	17 366 574	16 195 776	93,26 %
2019	80	17 954 194	16 547 283	92,16%
2020	105	17 920 183	16 216 800	90,49%

- 1.4.1.8.2 La schistosomiase

La bilharziose constitue la deuxième endémie parasitaire mondiale après le paludisme. La lutte contre la schistosomiase en Côte d'Ivoire est récente. De nombreuses données issues des dépistages passifs ont démontrés l'existence de la schistosomiase sur le territoire national.

Tous les 113 districts que compte la Côte d'Ivoire sont endémiques à la schistosomiase. La population à risque de Schistosomiase est constituée des enfants d'âge scolaire (scolarisés et non scolarisés) estimée en 2021 à 2.762.224 personnes. Dans cinq (5) districts sanitaires, la prévalence est supérieure ou égale à 50%. Ces districts sont Zouan-Hounien, Touba, Koro, Bangolo, Ouaninou.

Dans ces districts, le TDM cible aussi bien les enfants que les adultes.

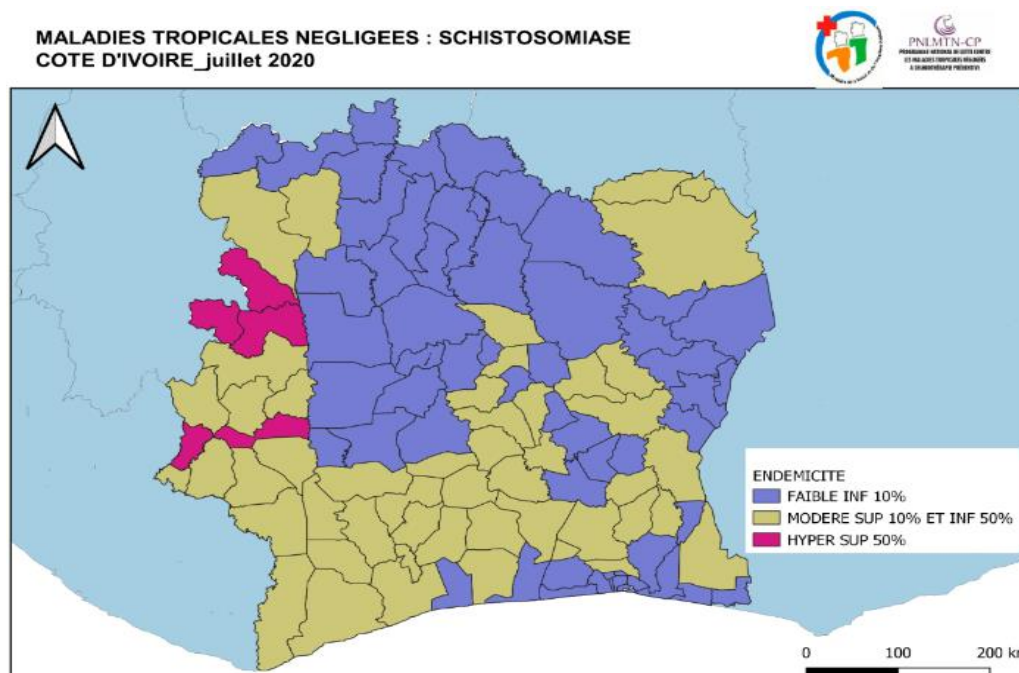


Figure 16: Cartographie de la Situation épidémiologique de la schistosomiase en Côte d'Ivoire

La distribution de la maladie évoluant de manière focale, ces districts sont donc sous surveillance. Les prévalences des districts sanitaires endémiques varient de 1,54% à 68,92 %.

57 districts sanitaires ont une prévalence inférieure à 10%, 51 districts sanitaires ont une prévalence comprise entre 10 et 50% et 5 districts ont une prévalence supérieure à 50%.

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

Le traitement des districts endémiques à la schistosomiase se fait en fonction du niveau d'endémicité. Ainsi, les districts sanitaires dont la prévalence est inférieure à 10%

bénéficieront de deux traitements au cours du cursus scolaire (un traitement à l'entrée et un à la sortie), les districts avec une prévalence entre 10 et 50% seront traités chaque deux ans et pour les districts sanitaires avec une prévalence supérieure à 50% ce sera chaque année.

Tableau 7:protocole de prise en charge de la schistosomiase

I: Elevée	Schistosomiase urinaire >30% *** ou schistosomiase intestinale >50%	Traiter les enfants d'âge scolaire une fois par an	Le praziquantel doit être disponible dans les dispensaires et les cliniques pour traiter les cas suspects. Les groupes à haut risque devraient être traités systématiquement.
II: Modérée	Schistosomiase urinaire <30% *** ou schistosomiase intestinale >10%—<50%	Traiter les enfants d'âge scolaire une fois tous les deux ans	Le praziquantel doit être disponible dans les dispensaires et les cliniques pour traiter les cas suspects
III: Faible	<10% d'individus infectés par une schistosomiase urinaire ou intestinale	Traiter les enfants d'âge scolaire deux fois au cours de leur cycle primaire, par exemple une première fois à leur entrée à l'école et une autre fois lorsqu'ils quittent l'école	

Pour les districts ayant une prévalence inférieure à 50% la population à risque est essentiellement constituée des enfants d'âge scolaire (scolarisés et non scolarisés).

Pour les 5 districts sanitaires dont la prévalence est supérieure à 50% la population à risque est constituée des enfants d'âge scolaire et des adultes.

Le défi pour la Côte d'Ivoire est de mener et de pérenniser les activités de lutte dans les districts endémiques afin de parvenir à l'objectif d'élimination en tant que problème de santé publique d'ici 2030 tel que préconisé par l'OMS.

Tableau 8: Nombre de districts endémiques à la schistosomiase traités par année

ANNEE	NOMBRE DISTRICTS SANITAIRES TRAITES	POPULATION A RISQUE CIBLEE	POPULATION A RISQUE TRAITEE	COUVERTURE THERAPEUTIQUE (%)
2012	12	784 530	649 859	82,83
2013	16	1 011 206	853 708	84,42
2014	46	3 807 141	3 072 078	80,69
2015	23	1 619 703	368 545	84,49
2016	36	2 415 177	2 045 302	84,68
2017	39	2 625 544	2 356 834	89,77
2018	36	2 908 898	2 391 531	82,21%
2019	28	2 026 072	1 782 425	87,97
2020	72	3 410 727	3 093 955	90,71

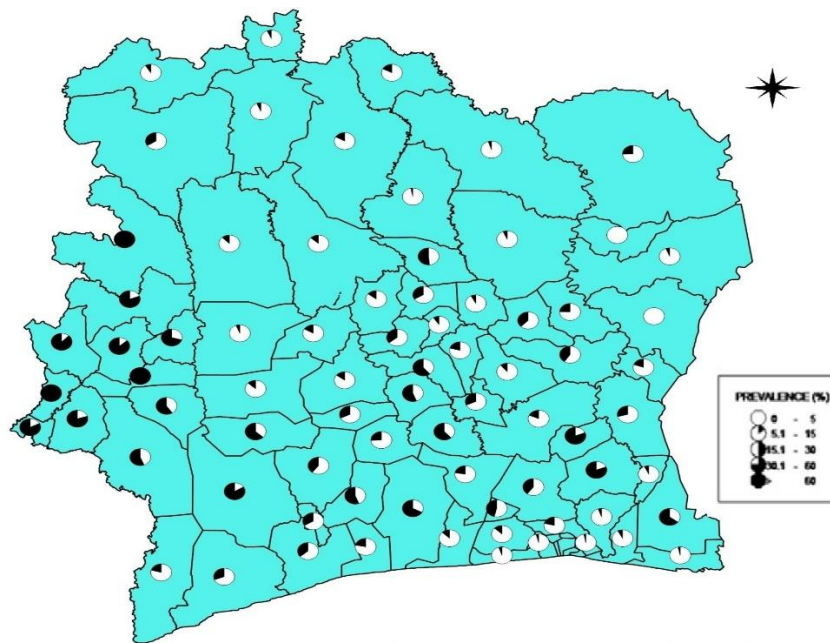


Figure 17: prévalence de la schistosomiase en Côte d'Ivoire en 2020

- 1.4.1.8.3 : Le trachome

La Côte d'Ivoire est entourée de pays affectés (Burkina Faso, Mali, Guinée et précédemment le Ghana), avec des cas de trachome actif recensés chez des enfants de moins de 10 ans. Cette configuration frontalière de la maladie a suscité la réalisation d'enquêtes dans le nord du pays qui ont révélé la présence de la maladie. Suite à ces évaluations, une cartographie formelle a été initiée avec l'appui des partenaires MTN (Sightsavers et le Programme de cartographie du Trachome Global - GTMP). À cette fin, une méthodologie de cartographie définie a été approuvée en tenant compte du fait que des informations de base sur la maladie ne sont pas disponibles pour identifier les districts sanitaires suspects qui devraient être cartographiés.

Ainsi 20 districts sanitaires ont été sélectionnés, du fait de leurs contiguïtés avec les pays frontaliers endémiques au trachome, pour être cartographiés. Selon les résultats de cette cartographie, 18 de ces districts sanitaires sont revenus endémiques suscitant la poursuite de la cartographie. A cet effet, 10, 27, 11 et 10 districts sanitaires ont respectivement été cartographié en 2017, 2019, 2021 et 2022, avec le soutien de l'USAID/FHI360 et Sightsavers, portant à 78 le nombre de districts sanitaires cartographié à ce jour. Ces cartographies ont été réalisées selon le protocole de Tropical Data. Les résultats de ces différentes évaluations ont révélé 40 districts sanitaires endémiques (TF \geq 5% parmi les enfants de 1-9 ans) parmi lesquels, 16 ont une prévalence de Trachome Folliculaire (TF) comprise entre 10-29,9% et 24 ont une prévalence de TF comprise entre 5-9,9%. À la suite de cette cartographie de base, trois (03) districts sanitaires ont été identifiés comme endémiques au Trichiasis Trachomateux (TT) (TT \geq 0.2% parmi les adultes de 15 ans et plus). Cependant les dernières évaluations post traitements réalisés dans ces mêmes districts ont mis en évidence une prévalence de TT inférieure à 0,2%.

Tableau 9: Cartographie des Districts sanitaires par type de trachome par année

	2017	2019	2021	2022	Total
Cartographiés	10	27	11	10	58
Endémiques TF	5	17	0	0	22
Endémiques TT	0	0	1	0	1

Pour les 03 DS cartographiés en 2015, les dernières enquêtes de surveillance réalisées en 2019 ont relevé des prévalences de TT inférieures à 0,2%. Par conséquent aucune intervention de santé publique pour la chirurgie des TT n'est requis.

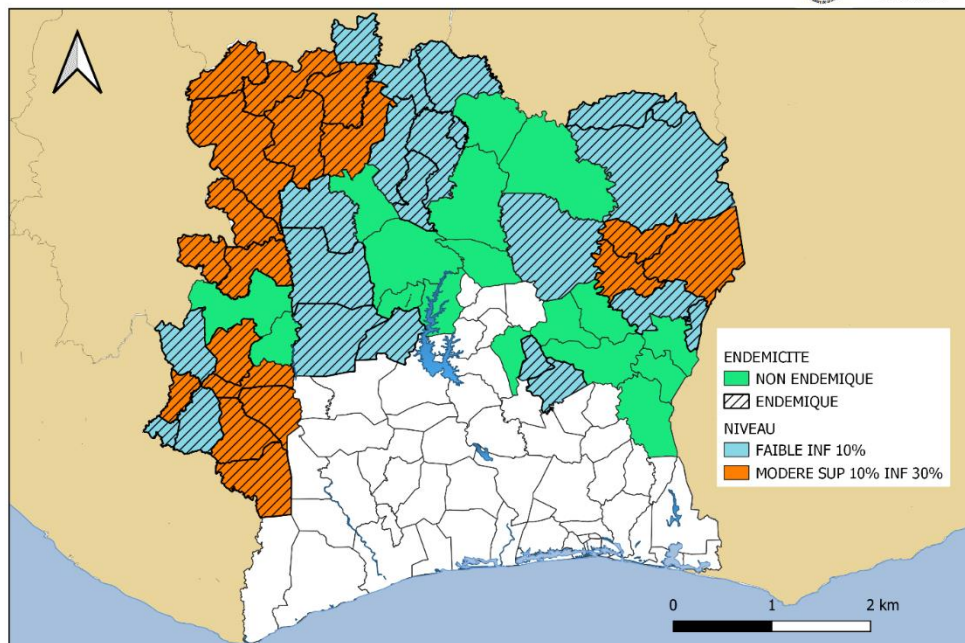


Figure 18: Endémicité du trachome

Les résultats de ces cartographies ont permis de mettre en œuvre le Traitement De Masse (TDM) à base de tétracycline pommade ophtalmique et d'azithromycine dans 40 Districts Sanitaires (DS). Parmi ceux-ci, 32 ont achevé leur cycle de traitement et bénéficié d'une enquête d'impact. Trois de ces 32 DS ont bénéficié d'une enquête de surveillance avec des prévalences du TF en dessous de 5% chez les enfants de 1-9.

• 1.4.1.8.4 : Les géohelminthiases

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

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

Tous les districts sanitaires sont endémiques aux géohelminthiases cependant 40 ayant une prévalence supérieure ou égale à 20% posent un problème de santé publique.

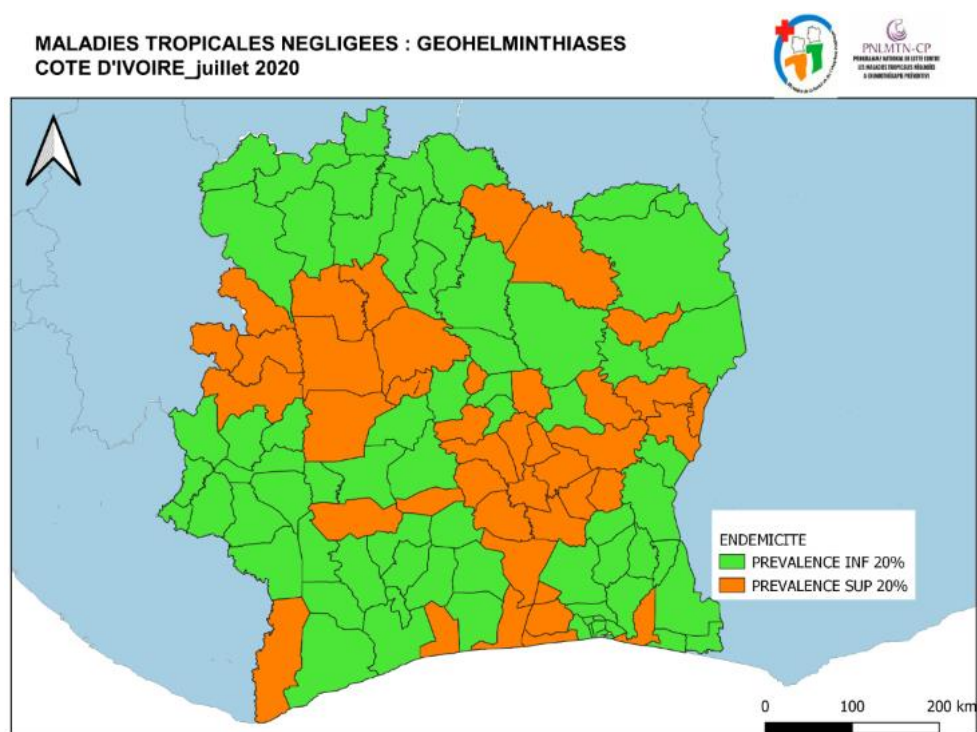


Figure 19:Cartographie des Géo helminthiases

Tableau 10:Districts avec une prévalence supérieure à 20% pour les Géo helminthiases 2020

REGION	DISTRICT	TAUX DE PREVALENCE STH
Agneby-Tiassa	Sikensi	24,31%
Agneby-Tiassa	Tiassale	36,49%
Bafing	Koro	37,34%
Bafing	Ouaninou	37,34%
Bafing	Touba	37,34%
Belier	Didievi	32,03%
Belier	Tiebissou	22,36%
Belier	Toumodi	34,84%
Belier	Yamoussoukro	26,01%
Bere	Dianra	37,82%
Bere	Kounahiri	37,82%
Bere	Mankono	37,82%
Bounkani	Nassian	26,52%
Gbeke	Bouaké Nord- Est	23,24%
Gbeke	Sakassou	28,12%
Gbokle	Fresco	25,50%

Gontougo	Koun-Fao	31,26%
Gontougo	Tanda	31,26%
Gontougo	Transua	31,26%
Grands Ponts	Dabou	30,85%
Grands Ponts	Grand Lahou	23,37%
Grands Ponts	Jacquerville	40,67%
Hautassandra	Issia	25,20%
Hautassandra	Vavoua	28,32%
Iffou	Daoukro	31,85%
Iffou	Prikro	44,95%
Marahoue	Sinfra	29,10%
Moronou	Arrah	24,98%
Moronou	Bongouanou	24,98%
Moronou	M'Batto	24,98%
N'Zi	Bocanda	45,36%
N'Zi	Dimbokro	22,00%
N'Zi	Kouassi Kouassikro	45,36%
San-Pedro	Tabou	31,49%
Sud-Comoe	Grand-Bassam	26,28%
Tchologo	Ferkessedougou	24,13%
Tchologo	Kong	24,13%
Tonkpi	Biankouma	22,65%
Worodougou	Kani	33,78%
Worodougou	Seguela	33,78%

• 1.4.1.8.5 : l'onchocercose

La cartographie a été réalisée en partie par le Programme de lutte contre l'onchocercose (OCP) de 1974 à 2002 et par le Programme Africain de lutte contre l'onchocercose (APOC) en 2014. Actuellement, à la suite du dernier redécoupage sanitaire en 2019, 97 DS sont endémiques pour l'onchocercose, dont 90 co-endémiques pour la FL et 7 DS endémiques pour l'onchocercose seulement.

Une réunion transfrontalière de 6 pays (Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Mali, Guinée, Guinée Bissau et Sénégal) qui s'est tenue à Saly au Sénégal en 2019 a recommandé aux pays de mettre à jour leurs données sur l'onchocercose et la cartographie des gîtes larvaires.

Tableau 11: Coendémicité des MTN

REGION	DISTRICT	MTN de la chimiothérapie préventive (CP)					MTN à Prise en Charge des Cas (PCC)				
		Oncho	Schisto	FL	Géo-H	TRACH	THA	Lèpre	UB	Pian	VG
Abidjan 1	Abobo-Est	NON	OUI	NON	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Abidjan 1	Abobo-Ouest	NON	OUI	NON	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Abidjan 1	Yopougon Ouest-Songon	NON	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Abidjan 1	Yopougon-Est	NON	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Abidjan 2	Adjamé-Plateau-Attécoubé	NON	OUI	NON	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Abidjan 2	Anyama	NON	OUI	NON	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Abidjan 2	Cocody-Bingerville	NON	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Abidjan 2	Koumassi	NON	OUI	NON	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Abidjan 2	Port-Bouët-Vridi	NON	OUI	NON	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Abidjan 2	Treichville-Marcory	NON	OUI	NON	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Agnéby-Tiassa	Agboville	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Agnéby-Tiassa	Sikensi	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Agnéby-Tiassa	Tiassalé	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	OUI	NON
Bafing	Koro	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Bafing	Ouaninou	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Bafing	Touba	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Bagoué	Boundiali	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Bagoué	kouto	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Bagoué	Tengréla	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Bélier	Didiévi	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	ND	NON
Bélier	Tiébissou	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	ND	NON
Bélier	Toumodi	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	OUI	NON
Bélier	Yamoussoukro	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	OUI	NON
Béré	Dianra	OUI	OUI	NON	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Béré	Kounahiri	OUI	OUI	NON	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Béré	Mankono	OUI	OUI	NON	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Bounkani	Bouna	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Bounkani	Doropo	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Bounkani	Nassian	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Bounkani	Tehini	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Cavally	Bloléquin	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	OUI	NON	ND	NON
Cavally	Guiglo	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	NON	NON
Cavally	Tai	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	ND	NON

Cavally	Toulepleu	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Folon	Kaniasso	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Folon	Minignan	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Gbéké	Béoumi	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	OUI	NON
Gbéké	Botro	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Gbéké	Bouaké Nord-Est	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	ND	NON
Gbéké	Bouaké Nord-Ouest	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	OUI	NON
Gbéké	Bouaké Sud	NON	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	ND	NON
Gbéké	Sakassou	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	OUI	NON
Gbokle	Fresco	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	OUI	NON
Gboklè	Sassandra	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	OUI	NON
Gôh	Gagnoa 1	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	OUI	NON
Gôh	Gagnoa 2	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	ND	NON
Gôh	Oumé	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	OUI	NON
Gontougo	Bondoukou	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	ND	NON
Gontougo	Koun-fao	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	ND	NON
Gontougo	Sandegue	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	ND	NON
Gontougo	Tanda	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	ND	NON
Gontougo	Transua	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Grands Ponts	Dabou	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Grands Ponts	Grand-Lahou	NON	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	ND	NON
Grands Ponts	Jacquerville	NON	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Guémon	Bangolo	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Guémon	Duékoué	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	NON
Guémon	Kouibly	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Hambol	Dabakala	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Hambol	Katiola	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	ND	NON
Hambol	Niakaramadougou	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Haut-Sassandra	Daloa	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	OUI	NON
Haut-Sassandra	Issia	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	OUI	NON
Haut-Sassandra	Vavoua	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	ND	NON
Haut-Sassandra	Zoukougbeu	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	OUI	NON
Iffou	Daoukro	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	ND	NON
Iffou	M'Bahiakro	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Iffou	Prikro	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Indénié	Abengourou	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON

Djuablin											
Indénié Djuablin	Agnibilékrou	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Indénié Djuablin	Bettié	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Kabadougou	Madinani	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Kabadougou	Odienné	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Lôh-Djiboua	Divo	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	OUI	NON
Lôh-Djiboua	Guित्रy	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	OUI	NON
Lôh-Djiboua	Lakota	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Marahoué	Bouaflé	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	OUI	OUI	OUI	ND	NON
Marahoué	Sinfra	NON	OUI	OUI	OUI	ND	OUI	OUI	OUI	OUI	NON
Marahoué	Zuénoula	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	ND	NON
Mé	Adzopé	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Mé	Akoupé	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Mé	Alépé	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Mé	Yakasse attobrou	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Moronou	Arrah	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Moronou	Bongouanou	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Moronou	M'batto	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	ND	NON
N'zi	Bocanda	OUI	OUI	NON	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
N'zi	Dimbokro	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	ND	NON
N'zi	Kouassikouassikro	OUI	OUI	NON	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Nawa	Buyo	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	ND	NON
Nawa	Guéyo	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Nawa	Meagui	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Nawa	Soubéré	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	NON
Poros	Dikodougou	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Poros	Korhogo1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Poros	Korhogo2	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Poros	M'bengue	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Poros	Sinematiali	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
San-Pédro	San-Pédro	NON	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	OUI	NON	NON
San-Pédro	Tabou	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Sud-Comoé	Aboisso	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Sud-Comoé	Adiaké	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Sud-Comoé	Grand-Bassam	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Sud-Comoé	Tiapoum	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Tchologo	Ferkessedougou	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NON	ND	NON
Tchologo	kong	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NON	ND	NON
Tchologo	Ouangolodougou	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Tonkpi	Biankouma	OUI	OUI	OUI	OUI	ND	NON	OUI	NON	ND	NON
Tonkpi	Danané	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	ND	NON

Tonkpi	Man	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Tonkpi	Zouan-Hounien	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	ND	NON
Worodougou	Kani	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
Worodougou	Séguéla	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	ND	NON
TOTAL	113	97	113	99	113	40	2	113	42	20	0

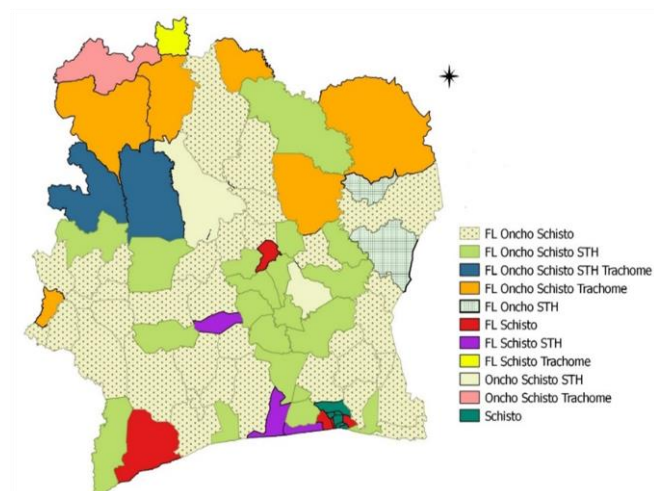


Figure 21: Coendémicité des MTN à CP 2020

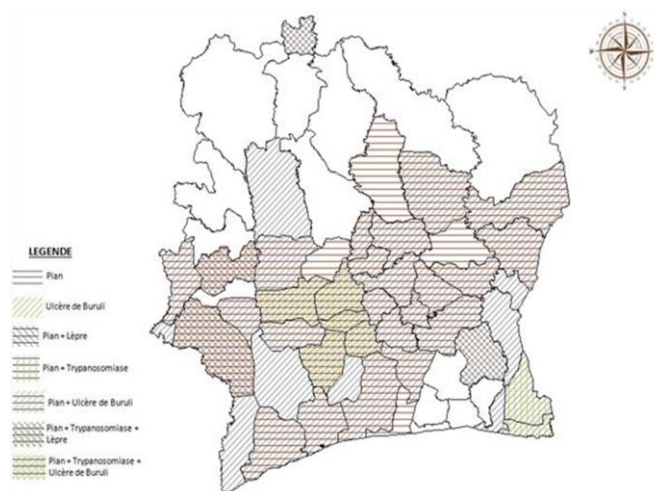


Figure 21: Coendémicité des MTN à PCC en

Tableau 12: Situation de la cartographie des MTN 2020

Nom de la maladie endémique	Nombre de districts suspects d'être endémiques	Nombre de districts cartographiés	Nombre de districts endémiques	Nombre de districts devant encore être cartographiés	Nombre de districts devant faire l'objet d'une surveillance particulière pour le VG
Onchocercose	113	113	97	0	N/A
Schistosomiase	113	113	113	0	N/A
Filariose Lymphatique	113	113	99	0	N/A
Géohelminthiases	113	113	40	0	N/A
Trachome	113	78	40	45	N/A
Trypanosomiase Humaine Africaine	49	113	2	0	N/A
Lèpre	113	92	113	21	N/A
Ulcère de Buruli	59	74	42	39	N/A
Dracunculose	NA	NA	N/A	NA	113
Pian	113	21	20	99	N/A
Gales	113	21	21	92	N/A
Envénimations	113	3	3	110	N/A
Mycétomes	113	2	2	111	N/A

1.4.2. Performance du programme de lutte contre les MTN

Le Ministère de la Santé et de l'hygiène publique et de la Couverture Maladie Universelle a créé cinq programmes de lutte contre les MTN que sont :

- Le Programme National d'Élimination de la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNETHA)
- Le Programme National d'Élimination de la Lèpre (PNEL)
- Le Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli (PNLUB).
- Le Programme National d'Éradication du Ver de Guinée, Eau et Assainissement (PNEVG/EA)
- Le Programme National de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées à Chimiothérapie Préventive (PNL MTN-CP).

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

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

La Prise en Charge des Morbidités et Prévention des Incapacités (PCMPI) a débuté timidement.

En 2019, une analyse situationnelle a été conduite par le PNLMTN-CP dont les recommandations ont été :

- L'amélioration de l'accès aux services de PCMPI ;
- L'amélioration de la qualité des données de morbidités ;
- L'amélioration du système de notification des cas de morbidités ;
- L'intégration des interventions entre les programmes de santé et au sein du système de santé.

En 2020, le PNLMTN-CP a validé son « Plan stratégique 2021-2025 de Prise en Charge des Morbidités et Prévention des Incapacités (PCMPI) de la Filariose Lymphatique et du Trachome ».

En cette même année 2020, 14 membres du PNLMTN-CP ont été formés à la PCMPI liée à la Filariose Lymphatique (FL).

Suite à cette formation des membres du PNLMTN-CP, une formation en cascade des acteurs de la pyramide sanitaire (équipe régionale de santé, équipe cadre de district, infirmiers et sages-femmes des aires de santé) et des distributeurs communautaires (Dcom) suivie de la recherche active des cas de morbidités liées à la FL a été conduite dans deux (02) et sept (07) districts sanitaires respectivement en 2020 et 2021.

Par ailleurs une recherche opérationnelle a été conduite dans un district sanitaire pour évaluer la spécificité des cas de complications de la filariose lymphatique suspectés par les distributeurs communautaires.

Enfin en 2022, à Agboville pendant la formation des formateurs sur la chirurgie de l'hydrocèle selon les recommandations de l'OMS, dix-sept (17) cas d'hydrocèles ont été opérés et sept (07) chirurgiens ont été certifiés.

Tableau 13: Liste et niveau des performances des interventions mise en œuvre par les programmes(1)

Interventions	Prog UB		Prog Lèpre	PNLMTN-CP					Prog THA	Prog VG
	UB	Pian		FL	Trach	GeoHel	Schisto	Onch		
Cartographie des zones d'endémie										
Campagne de détection et de référence des cas										
Plaidoyer pour le contrôle des barrières culturelles										
Activités de lutte et de surveillance au niveau communautaire de la maladie										
Promotion stratégie Nettoyage du visage et changement de l'environnement,										
WASH										
Prise en charge chirurgicale										
Chirurgie Oculaire										
Soins des plaies										
Antibiothérapie, TDM et pharmacovigilance										
Gestion des incapacités										
Formation des professionnels de la sante										

Tableau 14: Liste et niveau des performances des interventions mise en œuvre par les programmes(2)

Interventions	Prog UB		Prog Lèpre	PNLMTN-CP					Prog THA	Prog VG
	UB	Pian		FL	Trach	GeoHel	Schisto	Onch		
Formation des relais communautaires										
Réhabilitation physique										
Plaidoyer pour la Réhabilitation socio-économique et lutte contre la stigmatisation										
Santé mentale										
Recherche										
Collecte et gestion des données et intégration à DHIS2										



Interventions existent mais besoins partiellement couverts



Interventions existent couvrent les zones d'intervention

Les principaux partenaires techniques et financiers qui soutiennent la lutte contre les MTN sont listés ci-dessous par domaine d'intervention.

Tableau 15: Cartographie des Partenaires Techniques et Financiers soutenant la lutte par type intervention

Interventions	Prog UB		Prog Lèpre	PNLMTN-CP					Prog THA	Prog VG
	UB	Pian		FL	Trach	GeoH el	Schisto	Onch		
Cartographie des zones d'endémie	OMS, ANESVAD, FRF HCI,	OMS, ANESVAD, FRF HCI,	FRF OMS	USAID/FHI360,	USAID/FHI360, Sightsavers	SCIF	SCIF	APOC Sightsavers	OMS, IRD, FIN	N/A
Campagne de détection et de référence des cas	OMS, ANESVAD, FRF HCI,	OMS, ANESVAD, FRF HCI,	ANESVAD, HCI, FRF, OMS	LSTM, AIM	USAID/FHI360, Sightsavers	NA	NA	DOLF	OMS, IRD, FIN	N/A
Plaidoyer pour le contrôle des barrières culturelles	OMS, ANESVAD, FRF HCI,	OMS, ANESVAD, FRF HCI,	ANESVAD, FRF, OMS	N/A	Sightsavers	NA	NA	N/A	OMS, IRD, FIN	NA
Activités de lutte et de surveillance au niveau communautaire de la maladie	OMS, ANESVAD, FRF HCI,	OMS, ANESVAD, FRF HCI,	ANESVAD, HCI, FRF, OMS	USAID/FHI360, Sightsavers	USAID/FHI360, Sightsavers	SCIF	SCIF	USAID/FHI360, Sightsavers	OMS, IRD, FIN	OMS
Promotion stratégie Nettoyage du visage et changement de l'environnement,	NA	NA	NA	NA	Sightsavers	HKI	NA	NA	NA	NA

Interventions	Prog UB		Prog Lèpre	PNLMTN-CP					Prog THA	Prog VG
	UB	Pian		FL	Trach	GeoH el	Schisto	Onch		
WASH	ANESVAD FRF, OMS	ANESV AD FRF, OMS	ANESVAD FRF, OMS	NA	Sightsavers	NA	NA	NA	NA	NA
Prise en charge chirurgicale morbidités (UB, Lèpre, Hydrocèle, TT)	ANESVAD FRF, OMS	ANESV AD FRF, OMS	ANESVAD FRF, OMS	LSTM, USAID/AI M, Sightsave rs	AIM Sightsavers	NA	NA	NA	NA	NA
Soins des plaies	OMS, ANESVAD, HCI, RFR	ANESV AD	ANESVAD, HCI, FRF, OMS	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Antibiothérapie, TDM et pharmacovigilance	OMS, ANESVAD, FRF	ANESV AD OMS	ANESVAD FRF, OMS	OMS, USAID/F HI360, Sightsave rs DOLF,	OMS, USAID/FHI 360, Sightsavers	OMS, USAID /FHI36 0,, Sights avers, SCIF	OMS, SCIF	OMS, USAID/FHI 360, Sightsavers DOLF,	OMS, IRD, FIN	NA
Gestion des incapacités	ANESVAD, FRF	ANESV AD	ANESVAD FRF, OMS	LSTM, AIM, Sightsave rs	Sightsavers	NA	NA	NA	NA	NA
Formation des professionnels de la sante	OMS, ANESVAD, HCI FRF	OMS, ANESV AD, HCI FRF	ANESVAD FRF, OMS	USAID/F HI360, LSTM, Sightsave rs AIM, DOLF	USAID/FHI 360, Sightsavers	USAID /FHI36 0, LSTM, Sights avers AIM,	SCIF	USAID/FHI 360, LSTM, Sightsavers AIM, DOLF	OMS, IRD, FIN	NA
Formation des relais communautaires	OMS, ANESVAD, HCI FRF	OMS, ANESV AD, HCI FRF	ANESVAD HCI, FRF, OMS	USAID/F HI360, LSTM, Sightsave rs AIM, DOLF	USAID/FHI 360, Sightsavers	USAID /FHI36 0, LSTM, Sights avers AIM,	SCIF	USAID/FHI 360, LSTM, Sightsavers AIM, DOLF	OMS. IRD, FIN	NA

						DOLF, SCIF				
Réhabilitation physique	ANESVAD FRF	ANESV AD FRF, OMS	ANESVAD HCI, FRF, OMS	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Plaidoyer pour la Réhabilitation socio-économique et lutte contre la stigmatisation	ANESVAD FRF, OMS	ANESV AD FRF, OMS	ANESVAD HCI, FRF, OMS	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Prise en charge psychologique	FRF	ANESV AD FRF, OMS	ANESVAD FRF, OMS	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Recherche	ANESVAD FRF, OMS, HCI	LSTM, EDCTP ANESV AD FRF, OMS	ANESVAD HCI, FRF, OMS	DOLF, CSRS, LSTM	REACH Sightsavers , IPCI	SCIF, UFHB	SCIF, UFHB	DOLF, CSRS, LSTM	OMS, IRD, FIN, UFHB, UNA, UJLoG, PRCT, IPR	OMS
Collecte et gestion des données et intégration à DHIS2	Collecte et gestion des données et intégration à DHIS2	ANESV AD FRF, OMS	ANESVAD FRF, OMS	ANESVA D , FRF, OMS	USAID/FHI 360, Sightsavers , AIM, DOLF	USAID /FHI36 0, AIM, Sights avers	USAID /FHI36 0, Sights avers, SCIF	SCIF	USAID/ FHI360, Sightsav ers, DOLF	N/A

1.4.3 Performance des autres programmes étroitement liés au programme de lutte contre les MTN

La durabilité des résultats obtenus par les programmes nécessite un engagement plus accru des autres secteurs de développement en particulier la coordination avec les secteurs de l'éducation, la nutrition, l'hygiène, l'agriculture, l'eau et l'assainissement, parmi tant d'autres, car les acquis et changements qui en résulteront créeront à la fois des défis et des possibilités pour le pays de renforcer sa réponse. Par exemple, l'élimination de la FL peut mettre fin aux campagnes de TDM sur lesquels repose actuellement le contrôle des géo helminthiases.

Le PNLMTN-CP a conduit dans le cadre du projet Act West avec l'appui de Helen Keller International une analyse situationnelle sur «**LA COLLABORATION MULTISECTORIELLE DANS LE CADRE DES INTERVENTIONS DE LUTTE CONTRE LES MTN** » dont les résultats peuvent être capitalisés dans ce plan stratégique.²⁷

- **Acteurs Intra sectoriels (Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et Couverture Maladie Universelle) pour** la collaboration dans les domaines d'intervention effectif ou potentiel (prévention/traitement, communication/IEC, surveillance épidémiologique, recherche,) : PNSME, CCM VIH /TB /PALUDIME, PNLUB, CMU, PEV, PNEL, PNLP, PNSSUSAJ, PNN, DSC, Districts Sanitaires, ALP (ANADER), CDLEUS.
- **Acteurs Intersectoriels pour la** collaboration dans les domaines d'intervention effectif ou potentiel (prévention/traitement, communication/IEC, surveillance épidémiologique, recherche,) : GNTSE/DH-PSE, Mairies, DVS (Direction de la Vie Scolaire–MEN), Direction de la Pédagogie et de la Formation Continue (MEN).

Le tableau ci-dessous dresse la liste des partenaires et le potentiel de possibilité de collaboration.

²⁷ Rapport analyse situationnelle collaboration

Tableau 17: Cartographie des parties prenantes et de possibilités de collaboration

Partie prenante	Type acteur	Domaine d'intervention effectif ou potentiel (prévention/traitement, communication/IEC, surveillance épidémiologique, recherche, etc.)	Partenaires multisectoriels	Couverture géographique
Groupe National de Travail Santé Environnement (GNTSE/DHPSE)	Santé Environnement	<ul style="list-style-type: none"> Orienter les actions de santé environnement ; Suivre la mise en œuvre de la déclaration de Libreville ; Initier et suivre tout accord en matière de santé environnement ; Suivre la mise en œuvre de l'engagement de Luanda ; 	15 ministères, BNETD, INS, SODEXAM, PNUE, Société civile	Nationale
Mairie Man	Non Santé	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des cas sociaux santé et éducation, également en cas de décès (3-4 millions/an) 	Association communautaires	Commune de Man
Mairie Aboisso	Non Santé	<ul style="list-style-type: none"> Construction de centres de santé et leur équipement Appui aux ONGs dans le domaine de la prévention et de la protection sanitaire 	ONG, Associations communautaires	Commune d'Aboisso
DVS (MEN)	Non Santé	<ul style="list-style-type: none"> Activités socio-éducatives, l'environnement scolaire (assainissement), l'encadrement des élèves, la gestion de tout ce qui concerne la nutrition 	UNICEF, UNFPA, PNSSU, DEMOS	Territoire national, âge scolaire
Direction Pédagogie et formation continue	Non Santé	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer des ressources pédagogiques, 	UNFPA, UNICEF, UNESCO, AUF, Manque	Nationale

Partie prenante	Type acteur	Domaine d'intervention effectif ou potentiel (prévention/traitement, communication/IEC, surveillance épidémiologique, recherche, etc.)	Partenaires multisectoriels	Couverture géographique
(MEN)		<p>qu'elles soient numériques ou non, en veillant à les produire aux meilleurs coûts.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programmation annuelle des modules et évaluation de mise en œuvre • Prise en compte du WASH et la Santé au scolaire 	Mondiale, fondation Jacobs, USAID,	

Source : Cartographie des parties prenantes et analyse des barrières La collaboration multisectorielle dans le cadre des interventions de lutte contre les MTN, HKI.

Commentaire : les municipalités peuvent appuyer la prise en charge des morbidités avec l'octroi d'appui financier à travers leurs services sociaux, Les conseils régionaux pourraient être également une source de financement pour la lutte contre les MTN-CP.

1.5 : Les atouts des programmes de lutte contre les MTN

1.5.1. Opportunités et menaces

Tableau 18: Opportunités et menaces

OPPORTUNITES	MENACES
Financement & Budgétisation	
Existences de PTF traditionnelles qui soutiennent les interventions de lutte contre les MTN	Développement et recrudescence des maladies à potentiel épidémique pouvant entraîner la réorientation des investissements
Existence d'un mode de financement basé sur la performance offrant des ressources additionnelles	Raréfaction des ressources disponibles pour les MTN au niveau des bailleurs extérieurs
Gouvernance et leadership	
Possibilité d'échange inter régionale	
Ressources humaines	
Disponibilité de géographes, anthropologues, sociologues, communicateurs de la santé et de nutritionnistes pour accompagner les programmes de santé	
Système d'information Sanitaire	
Existence de plateforme OOAS pour la communication sur les données MTN	
Existence de bulletin d'information sur la surveillance épidémiologique hebdomadaire	
Offre de service	
Disponibilité de ressources humaines en santé (Médecins généralistes et spécialistes, de paramédicaux généralistes et spécialistes) compétents à tous les niveaux de la pyramide,	Développement et recrudescence des maladies à potentiel épidémique pouvant entraîner des restrictions de mouvements, de réunions
	Instabilité politique, guerres, terrorismes
	Prolifération des rumeurs et des informations erronées à travers les réseaux sociaux relatives aux MTN
	Existence de nombreuses barrières socioculturelles pouvant constituer un frein à la promotion de bonnes pratiques au niveau communautaire
Gestion des médicaments, chaîne d'approvisionnement et laboratoire	
Existence de firmes pharmaceutiques disponibles pour la production de produits pharmaceutiques MTN	Possibilité d'arrêt de fabrication des médicaments par les firmes pharmaceutiques
Existence de partenaires techniques et financiers facilitant la chaîne d'approvisionnement	Possibilité d'arrêt des financements de la part des PTF

1.5.2. Forces et faiblesses

Tableau 19: Forces et faiblesses

FORCES	FAIBLESSES
Financement & Budgétisation	
Existence d'un budget programme qui permet de prendre en compte le financement des interventions MTN	Insuffisance des dotations budgétaires pour la mise en œuvre des activités <ul style="list-style-type: none"> Non exhaustivité du financement des activités
	Faiblesse de la mobilisation de ressources domestiques
	Lourdeur du circuit administratif de la dépense publique. <ul style="list-style-type: none"> Retard dans la mise à disposition des budgets Procédure de décaissement inadaptée
Appui financier de certaines collectivités territoriales/opérateurs économiques dans la mise en œuvre des activités MTN	Ligne budgétaire parfois non adaptée à la mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN
	Absence de transparence budgétaire au niveau des programmes de santé
	Absence de hiérarchisation des besoins à financer
	Absence d'orientation des directeurs coordonnateurs des programmes dans la gestion financière et budgétaire
Gouvernance et leadership	
Existence d'une bonne coordination entre l'OMS, les PTF et la partie nationale	Faiblesse de la coordination des activités de lutte contre les MTN
Engagement politique de l'Etat à soutenir la lutte contre les MTN (création de 5 programmes MTN, plan de pérennisation des acquis de la lutte contre les MTN, feuille de route d'élimination de la lèpre, mise en place d'un GTT multisectoriel de coordination, plan stratégique de prise en charge des morbidités liées à la LF et au Trachome)	Insuffisance de la multisectorialité
Existence d'une politique d'encadrement par les ECD des agents de santé nouvellement affectés	Insuffisance des interventions intégrées au niveau des programmes MTN
	Faible endossement des documents de politique et normes dans le cadre de la lutte contre les MTN
	Insuffisance de diffusion des documents de politique
	Absence de feuille de route entre les Programmes MTN et les entités déconcentrées du système de santé pour la mise en œuvre des interventions MTN
	Absence de textes réglementaires officiels régissant le cadre de la gestion de la gratuité des soins MTN
Ressources humaines	
Ressources humaines qualifiées dans toutes les aires de santé du système de santé et en nombre suffisant	Insuffisance du nombre des ASC pour la mise en œuvre des activités MTN
Existence d'ISL dans la quasi-totalité des DS	Insuffisance de motivation des ASC
Encadrement par les ECD des agents nouvellement affectés avant la prise de fonction	Disparité dans la répartition géographique des ressources humaines qualifiées
Ressources humaines compétentes disponibles au niveau de la coordination centrale des programmes MTN	Faible compétence du personnel de santé au diagnostic et à la prise en charge des MTN <ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de mise à jour des agents de santé sur les thématiques MTN Insuffisance de formation des agents dans les nouvelles thématiques Insuffisance de diffusion des documents de formation

FORCES	FAIBLESSES
	Mauvaise utilisation des ISL sur le terrain
Existence de groupes scientifiques d'appui constitués [par des universitaires et des scientifiques]	
Système d'information Sanitaire	
Existence d'une plateforme électronique nationale de gestion des données de santé DHIS 2	Indisponibilité des données de l'ensemble des MTN dans le système d'information sanitaire <ul style="list-style-type: none"> • Absence de support de recueil de données pour certaines MTN au niveau des ESPC • Absence de support de recueil de données pour les points focaux MTN des districts • Insuffisance de paramétrage des indicateurs MTN dans le DHIS 2
Offre de service	
Plus de 80% de la population se situe à moins de 5 km d'une formation sanitaire	Cartographie incomplète des MTN (augmentation du nombre de districts sanitaires)
Existence d'une offre de service pour la prise en charge des MTN dans des centres spécialisés (Raoul Follereau, centres de traitement de l'ulcère de Buruli (8), Projet de Recherche Clinique sur la THA Daloa (PRCT))	Insuffisance de la recherche opérationnelle
Gratuité des soins pour les populations cibles	Insuffisance des interventions communautaires de la lutte contre les MTN
Existence d'institut de recherche (Institut Pierre RICHET, CSRS)	Difficulté de catégorisation de certaines MTN telles que : Envenimation, Mycétomes, Gale
	Inadéquation de l'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite
Gestion des médicaments, chaîne d'approvisionnement et laboratoire	
Gratuite de certains médicaments et intrants spécifiques	Verticalité de la chaîne d'approvisionnement des produits MTN
Gratuite du diagnostic biologique pour toutes les MTN	Insuffisance des médicaments et autres intrants pour la prise en charge des MTN
	Centralisation des laboratoires de diagnostic biologique des MTN
	Difficulté d'acheminement des échantillons biologiques vers l'unité centrale
Exonération par l'Etat des droits de douanes et des taxes sur les médicaments MTN	Retard de rendu des résultats biologiques de certaines MTN
Infrastructures et équipements	
Existence de locaux servant de bureaux pour tous les programmes MTN	Insuffisance des plateaux techniques pour la prise en charge des MTN et leurs complications
Bonne couverture des infrastructures sanitaires à travers le pays	Insuffisance et sous équipement des infrastructures pour la prise en charge des MTN
Existence d'infrastructures spécialisées pour la prise en charge des MTN (Raoul Follereau, centres de traitement de l'ulcère de Buruli (8), Projet de Recherche Clinique sur la THA Daloa (PRCT))	Insuffisance de moyens logistiques, d'équipements de bureau et matériel informatique
	Inadéquation de l'aménagement des infrastructures pour l'accès physique des personnes à mobilité réduite
	Insuffisance de maintenance des équipements dans les infrastructures sanitaires

1.5.3. Lacunes et priorités

Tableau 20: Lacunes et priorités

Lacunes
<ul style="list-style-type: none"> ○ L'insuffisance du financement des activités : Insuffisance des dotations budgétaires pour la mise en œuvre des activités ○ La faiblesse de la coordination des activités de lutte contre les MTN ○ La discontinuité des appuis ; ○ La faible collaboration intersectorielle ; ○ Le manque d'appropriation de la lutte par les structures locales ; ○ L'insuffisance de la mobilisation communautaire ○ La cartographie incomplète des MTN (trachome) ○ Le partenariat insuffisamment développé pour la prise en charge des MTN ○ L'insuffisance des moyens logistiques, de matériel de bureau et d'équipements pour les activités de terrain ○ La lourdeur du circuit administratif de la dépense publique. ○ La ligne budgétaire parfois non adaptée à la mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN ○ La difficulté d'accès aux mass-médias pour la communication sur les MTN ○ L'insuffisance de l'implication des ASC formés par manque de moyen de motivation ○ L'insuffisance de la collaboration avec les autres secteurs connexes (Agriculture, Education, eau hygiène assainissement...) ○ L'insuffisance de la recherche ○ L'insuffisance des interventions communautaires dans la lutte contre la Lèpre.
L'insuffisance du financement des activités
Les priorités
<ul style="list-style-type: none"> ○ L'engagement politique de l'Etat à soutenir l'éradication du pian ○ L'engagement de la société civile incarnée par les ONG pour renforcer la lutte contre les MTN ○ L'appropriation de la lutte par les communautés ○ L'utilisation de DHIS2 pour les gestions des données MTN ○ L'intensification de la détection précoce ○ Le renforcement de la surveillance des MTN à PCC ○ Le maintien du statut de pays certifié exempté du VG ○ L'intégration de la surveillance animale, de l'eau et de l'environnement pour le VG à travers la stratégie ONE HEALTH ○ Le renforcement de la coordination dans la surveillance du VG

PARTIE 2 : CADRE STRATEGIQUE DU PLAN DIRECTEUR

2.1 : Vision, mission et but des programmes MTN

2.1.1. Mission des Programmes MTN

Contrôler, éliminer et contribuer à l'éradication des MTN en tant que problème de santé publique à travers une gestion coordonnée, intégrée, efficace et efficiente des interventions.

2.1.2. Vision

Pour une Côte d'Ivoire exempte des MTN à l'horizon 2030 où aucun individu affecté par les MTN n'est laissé pour compte.

2.1.3. But du Plan Directeur de lutte contre les MTN

Accélérer la réduction de la charge de morbidité à travers la prise en charge précoce des cas de MTN et des morbidités et la prévention des incapacités.

2.2. PRINCIPES DIRECTEURS ET PRIORITES DU PLAN DIRECTEUR

2.2.1. Principes directeurs

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

- Un leadership fort se traduisant par un ferme engagement politique, une meilleure coordination des interventions des structures en charge des MTN d'une part et des partenaires techniques et financiers du système de santé d'autre part, à travers des mécanismes robustes de coordination, un financement consolidé et un plan de suivi-évaluation unique et consensuel ;
- Une meilleure gouvernance du secteur se traduisant par la rigueur et la transparence dans la gestion, la redevabilité et un contrôle permanent à tous les niveaux ;
- Des interventions de santé basées sur les Soins de Santé Primaires, orientées vers la satisfaction des besoins sanitaires des populations les plus vulnérables en matière de MTN (femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans et enfants d'âge scolaires), à travers la mise en œuvre effective d'activités intégrées dans le paquet minimum d'activités (PMA) ;
- Le respect des engagements internationaux notamment l'atteinte des objectifs des ODD et de la couverture sanitaire universelle ;

- La participation communautaire, la collaboration multi et intersectorielle pour prendre en compte la volonté d'élargir les interventions en agissant simultanément par l'utilisation de cellules locales et de comités sectoriels déjà mis en place par d'autres programmes de santé et/ou autres départements ministériels.

2.2.2. Priorités pour la viabilité des interventions MTN

Le présent plan directeur national de lutte contre les MTN tient compte du contexte national et de l'endémicité spécifique à la Côte d'Ivoire. Les priorités du présent Plan Directeur sont définies sur la base des 4 axes stratégiques suivants :

La réalisation des priorités ci-dessus se fera à travers les 4 axes stratégiques de lutte contre les MTN suivants :

- **Axe stratégique 1 : MTN éliminées et certifiées (VG)**
- **Axe stratégique 2 : MTN à éliminer en tant que problème de santé publique (FL, Schisto, HTS, Trachome, Oncho);**
- **Axe stratégique 3 : MTN à éliminer avec interruption de la transmission (THA, Pian, Lèpre, onchocercose, Autres);**
- **Axe stratégique 4 : MTN à contrôler (UB, Autres).**

Les actions pertinentes et pérennes de la prévention, du contrôle, de l'élimination ou de l'éradication des MTN se feront à travers les quatre approches stratégiques suivantes :

❖ APPROCHES INTÉGRÉES

- Adopter et mettre en œuvre des stratégies intégrées de lutte contre les infections dermatologiques dues à des maladies tropicales négligées
- Garantir aux populations, un accès rapide et gratuit à des médicaments, des outils diagnostiques et des moyens de prévention de qualité

❖ COLLABORATION MULTISECTORIELLE

- Mettre en place un cadre de collaboration multivectorielle formalisée (GTT multisectoriel de coordination)
- Accroître de 5 % l'accès à l'approvisionnement en eau, à l'assainissement et à l'hygiène de base dans les zones endémiques

❖ APPROPRIATION PAR LES PAYS

- Intégrer la lutte contre les MTN dans les stratégies et les plans sanitaires nationaux.
- Inclure les interventions de lutte contre les MTN dans l'ensemble de services essentiels de santé et prévoir un budget à cet effet
- Mettre en place un système d'information sanitaire de qualité concernant les MTN à travers des bases de données intégrées au DHIS2 et le partage d'informations stratégiques avec les parties prenantes

- Intégrer la chaîne d'approvisionnement des médicaments MTN dans le circuit national d'approvisionnement
- Intégrer la notification et l'analyse des manifestations indésirables des MTN dans le système national de pharmacovigilance.

❖ **COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE**

- Dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, assurer pour au moins 70% d'ici 2025 de la population à risque une protection contre les dépenses directes en santé dues MTN

2.2 : Objectifs stratégiques, jalons et cibles

2.2.1 : Objectif stratégique

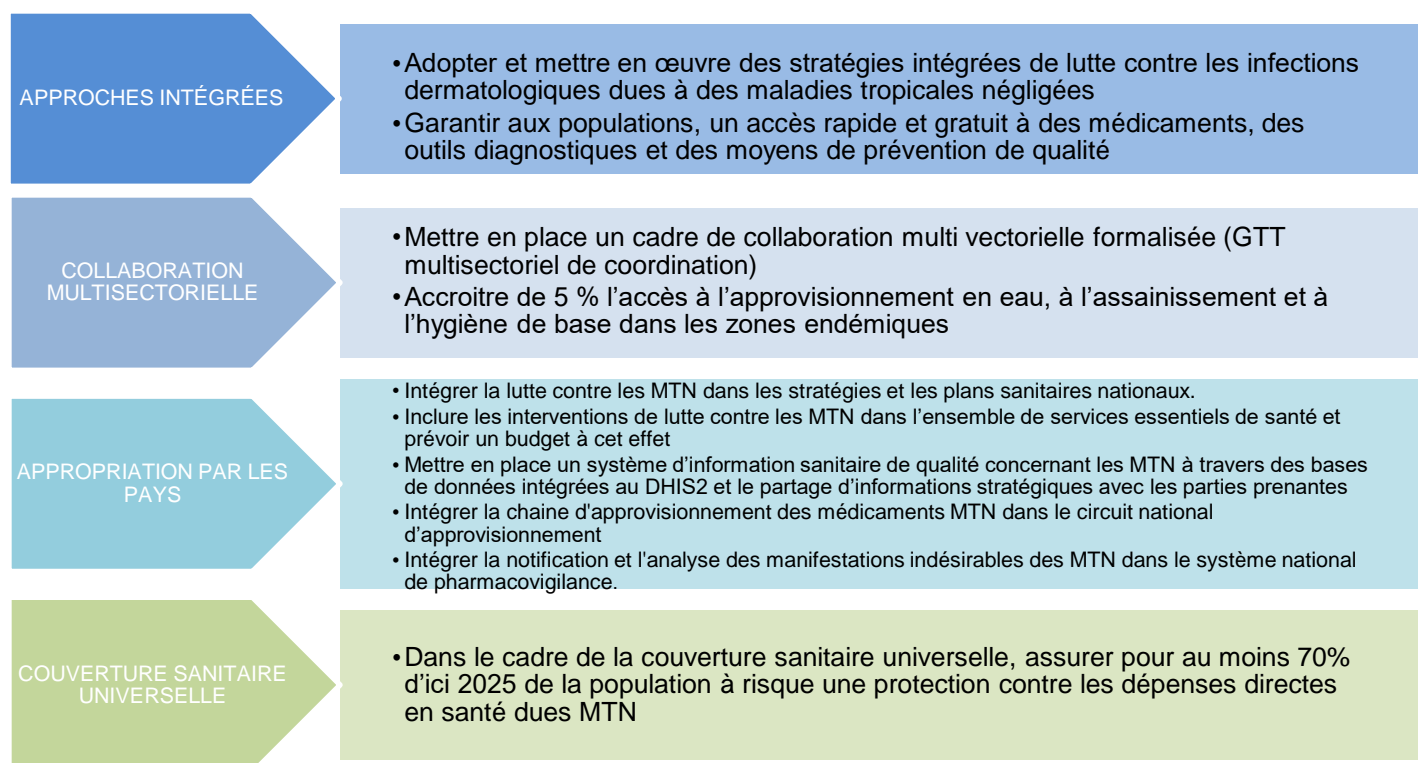
Accélérer la réduction de la charge de morbidité à travers la prise en charge précoce des MTN et la prévention des incapacités d'ici 2025

2.2.2 : Les Cibles

Cibles générales :

- Réduire de 45% le nombre de personnes nécessitant des interventions de lutte contre les MTN
- Réduction de 35 % du nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité liée aux maladies Tropicales Négligées par l'accès à au moins des services en eau, assainissement et hygiène de base dans les zones où les maladies tropicales négligées sont endémiques pour atteindre les cibles ODD 6.1 et 6.2
- Accélérer la réduction de la charge de morbidité des géohelminthiases, de la schistosomiase, de la trypanosomiase humaine africaine, UB et de la lèpre.
- Éliminer la filariose lymphatique et le trachome en tant que problème de santé publique et parvenir à juguler la schistosomiase.
- Dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, assurer pour au moins 70% d'ici 2025 de la population à risque une protection contre les dépenses directes en santé dues MTN

Cibles transversales



Cibles relatives à des maladies spécifiques

Tableau 21: Cibles spécifiques pour chaque maladie

Cible nationale	Maladies	Objectif	Année	Stratégies
Maladies ciblées pour la surveillance post éradication	Dracunculose	Maintenir la surveillance nationale en attendant l'éradication mondiale	2025	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance épidémiologique à base communautaire - Communication pour le changement de comportement, social et durable - Approvisionnement et assainissement en eau potable
Maladies ciblées pour l'élimination en tant que problème de santé publique	Filariose lymphatique	Atteindre des prévalences en dessous des	2025	<ul style="list-style-type: none"> - Traitements de masse - Éducation sanitaire - Enquête d'évaluation d'impact - Prise en charge des morbidités et prévention des handicaps, - Lutte anti vectorielle
	Onchocercose			<ul style="list-style-type: none"> - Traitements de masse - Enquête d'évaluation des gîtes larvaires - Enquête d'évaluation d'impact

		seuils de transmission		-Enquête d'élimination de l'onchocercose
	Trachome			Enquête d'évaluation de base (cartographie) - Traitements de masse - Enquête d'évaluation d'impact - Enquête de surveillance - Prise en charge des morbidités et prévention des handicaps - Approvisionnement et assainissement en eau potable - Changement de comportement
Maladies ciblées pour la rupture de la chaîne de transmission	Lèpre	Ramener le nombre de nouveaux patients atteints de la lèpre présentant une incapacité de degré 2 à moins d'un cas par million d'habitants	2025	Dépistage actif - Traitement précoce des cas - Réhabilitation des handicaps - Traitement prophylactique des cas contacts - Lutte contre les facteurs influençant la lèpre
	Trypanosomiase humaine africaine	Atteindre l'arrêt de la transmission	2025	Dépistage de tous les cas - Traitement de tous les cas - Surveillance active - Lutte anti vectorielle
Maladies ciblées pour le contrôle	Ulcère de Buruli	Réduire la morbidité liée à l'Ulcère de Buruli et ses conséquences	2025	Détection précoce des cas à base communautaire - Promotion de la participation communautaire - Formation des professionnels de la santé et des relais communautaires - Standardisation de la prise en charge selon le protocole OMS dans toutes les structures de prise en charge - Couverture thérapeutique - Renforcement des capacités des laboratoires des centres spécialisés pour la confirmation des cas par PCR - Renforcement de la coordination, le suivi et l'évaluation des activités - Renforcement du plateau technique de structures spécialisées - Prise en charge des séquelles de l'ulcère de Buruli. - Plaidoyer pour la formation de chirurgiens - Prévention des séquelles et des incapacités
	Géo-helminthiases	Accélérer la réduction de la	2025	- Traitements de masse - Éducation sanitaire

	Schistosomiase	charge de morbidité		<ul style="list-style-type: none"> - Enquête d'évaluation d'impact - Prise en charge des morbidités et prévention des handicaps, - Lutte anti vectorielle - Approvisionnement et assainissement en eau potable - Changement de comportement eau, hygiène et assainissement
Maladies ciblées pour l'éradication	Pian	Eradiquer le pian	2025	<ul style="list-style-type: none"> - Finalisation de la cartographie du pian (enquêtes épidémiologiques et sérologiques) - Elaboration du plan national stratégique d'éradication du pian - Renforcement des capacités des acteurs de la lutte - Renforcement du plateau technique des laboratoires - Traitement ciblé des communautés endémiques - Recherche opérationnelle
Maladies à catégoriser	Leishmaniose (cutanée)	Inclure les maladies à catégoriser dans les programmes et systèmes de surveillance nationaux	2025	Détection des cas Traitement
	Mycétome			
	Gale			
	Envenimation			

2.2.3 : Les Jalons

Dans le cadre de la mise en œuvre et du suivi du Plan Directeur 2021-2025 la Cote d'Ivoire à fixer des cibles générales, transversales et spécifiques à des maladies définies dans le présent plan, et compte tenu des progrès accomplis jusqu'ici et mentionnés précédemment, un certain nombre d'étapes devraient être franchies. Ces étapes spécifiques à franchir pour chaque maladie sont appelés des jalons.

Tableau 22:Étapes importantes à franchir en ce qui concerne les MT

	Indicateurs	2021	2022	2023	2024	2025
Dracunculose	La dracunculose a été éradiquée en CIV, le pays poursuit la surveillance épidémiologique à base communautaire jusqu'à l'éradication mondiale	113 (100 %)	113 (100 %)	113 (100 %)	113 (100 %)	113 (100 %)
Dracunculose ; trachome ; Schistosomiase	La couverture nationale en eau potable	75 %	N/A	N/A	N/A	N/A
Filariose lymphatique	Couverture géographique de TDM contre la filariose lymphatique.	(100 %)	100 %	100 %	NA	NA
	Couverture thérapeutique de TDM contre la filariose lymphatique.	65%	65%	65%	NA	NA
	Enquêtes préliminaires d'évaluation d'impact du TDM (pré TAS)	33	20	NA	NA	NA
	Enquêtes d'évaluation d'impact du TDM TAS 1			9	NA	NA
	Enquêtes d'évaluation d'impact du TDM TAS 2	37 (100%)	32	20	1	
	Enquêtes d'évaluation d'impact du TDM TAS 3			37	32	20
	Prise en charge des morbidités et prévention des handicaps	N/A	10	N/A	N/A	N/A
Onchocercose	Traitement de masse	97 (100%)	97	97	97	97
	Enquête d'évaluation des gîtes larvaires	N/A	50%	100%	NA	NA
	Enquête entomologique	NA	03	ND	ND	ND
Trachome	Enquête d'évaluation de base (cartographie)	11	10	ND	ND	ND
	Traitements de masse	12	4	NA	NA	NA
	- Enquête d'évaluation d'impact (TIS)	16	13	07		
	Enquête de surveillance	02	00	16	13	07
	Prise en charge des morbidités et prévention des handicaps (trichiasis trachomateux)	10	ND	ND	ND	ND
Lèpre	Dépistage actif	50%	50%	60%	60%	75%
	Traitement précoce des cas	70%	75%	80%	85%	90%
	Réhabilitation des handicaps	30%	35%	40%	45%	50%

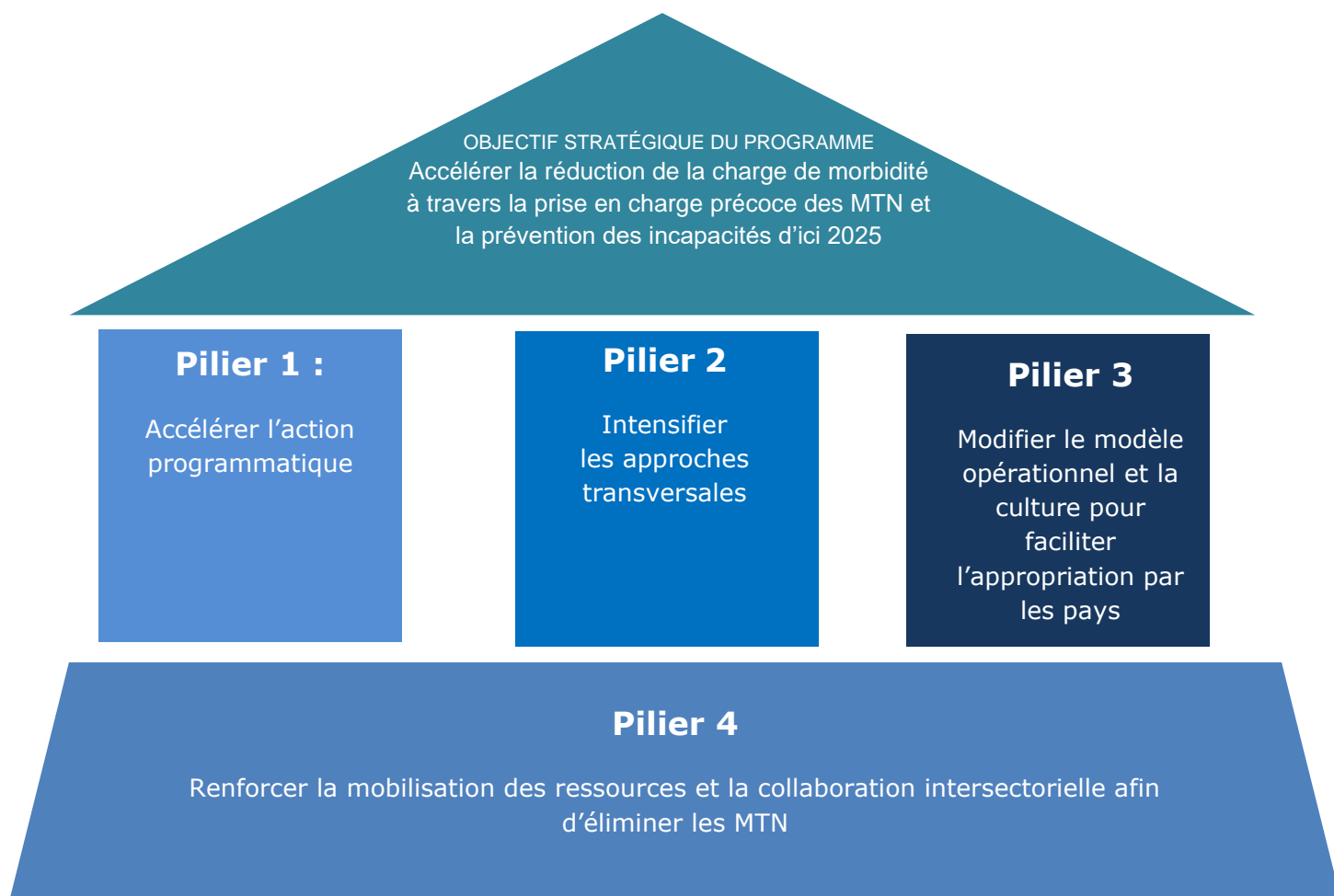
	Indicateurs	2021	2022	2023	2024	2025
Trypanosomiase Humaine Africaine	Dépistage de tous les cas	01	ND	ND	ND	ND
	Traitement de tous les cas	01	ND	ND	ND	ND
	Surveillance active	40	46	ND	ND	ND
	Lutte anti vectorielle	02	02	ND	ND	ND
Géo-helminthiase	Traitements de masse	40	40	40	40	40
	Enquête d'évaluation d'impact (recartographie)	14	08	19	12	ND
Schistosomiase	Traitements de masse	36	45	61	47	35
	- Enquête d'évaluation d'impact (recartographie)	14	08	19	12	ND
	Lutte anti vectorielle	ND	ND	ND	ND	ND
Ulcère de BURULI	Détection précoce des cas au niveau communautaire	70%	70%	70%	70%	70%
	Couverture thérapeutique	100%	100%	100%	100%	100%
	Renforcement des capacités des laboratoires des centres spécialisés pour la confirmation des cas par PCR	70%	70%	70%	80%	90%
	Prise en charge des séquelles de l'ulcère de Buruli(Nombre)	30	30	35	40	50
PIAN	La cartographie du pian est en court afin déterminer les zones endémiques ainsi que la population à risque	30	30	35	40	50
	Renforcement des capacités des acteurs des districts sanitaires chargés de la lutte	3	14	40	40	20
	Renforcement du plateau technique des laboratoires des structures sanitaires	3	14	40	40	20

-

2.4 : Piliers et objectifs stratégiques

2.4.1 : Piliers stratégiques du Plan directeur 2021-2025

La Côte d'Ivoire pour atteindre son objectif stratégique qui est d'accélérer la réduction de la charge de morbidité à travers la prise en charge précoce des MTN et la prévention des incapacités d'ici 2025 devra s'appropriier les 4 piliers suivants :



2.4.2 : Objectifs stratégiques

Tableau 23: Objectifs stratégiques pour l'élimination des maladies tropicales négligées

Pilier Stratégique	Objectifs stratégiques
Pilier 1: Accélérer l'action programmatique	Intensifier la chimio-prévention intégrée afin de parvenir à une couverture géographique et un accès au traitement de 100 % en ce qui concerne la filariose lymphatique et l'onchocercose
	Accorder la priorité au suivi et à l'évaluation et les renforcer afin de suivre les progrès et la prise de décisions visant à atteindre les objectifs fixés pour 2030
	Assurer une gestion rapide et efficace de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et d'autres produits contre les MTN dont la qualité est garantie, jusqu'au bout
Pilier 2 : Intensifier les approches transversales	Renforcer les plateformes identifiées qui utilisent des stratégies de distribution et mènent des interventions similaires (administration massive de médicaments, lutte contre les infections dermatologiques dues aux MTN, prise en charge des morbidités, communication sur les changements sociaux et comportementaux, services WASH, etc.) afin que ces approches soient intégrées dans la lutte contre les MTN
	Renforcer les plateformes identifiées qui utilisent des stratégies de distribution et mener des interventions similaires (administration massive de médicaments, lutte contre les infections dermatologiques dues aux MTN, prise en charge des cas)
	Intégrer les plateformes de distribution dans le système de santé national
	Intégrer la sécurité dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des maladies tropicales négligées
Pilier 3 : Modifier le modèle opérationnel et la culture pour faciliter l'appropriation	Encourager et renforcer l'appropriation et la prise en charge des MTN en créant des structures organisationnelles au niveau national et local et en leur accordant un financement dans le cadre du PNDS
	Donner aux autorités et aux gouvernements locaux plus d'autonomie en ce qui concerne la mobilisation sociale, les changements comportementaux et l'augmentation du soutien local pour les interventions de lutte contre les MTN
Pilier 4 Renforcer la mobilisation de ressources et la Coordination en vue de l'élimination des MTN	Encourager la participation de la communauté et l'appropriation du programme par la communauté afin que les ressources disponibles soient utilisées de façon optimale
	Améliorer la communication et la sensibilisation au niveau communautaire pour réussir à éliminer les MTN endémiques

2.4.3 : Cadre logique de l'agenda stratégique du Plan Directeur 2021-2025

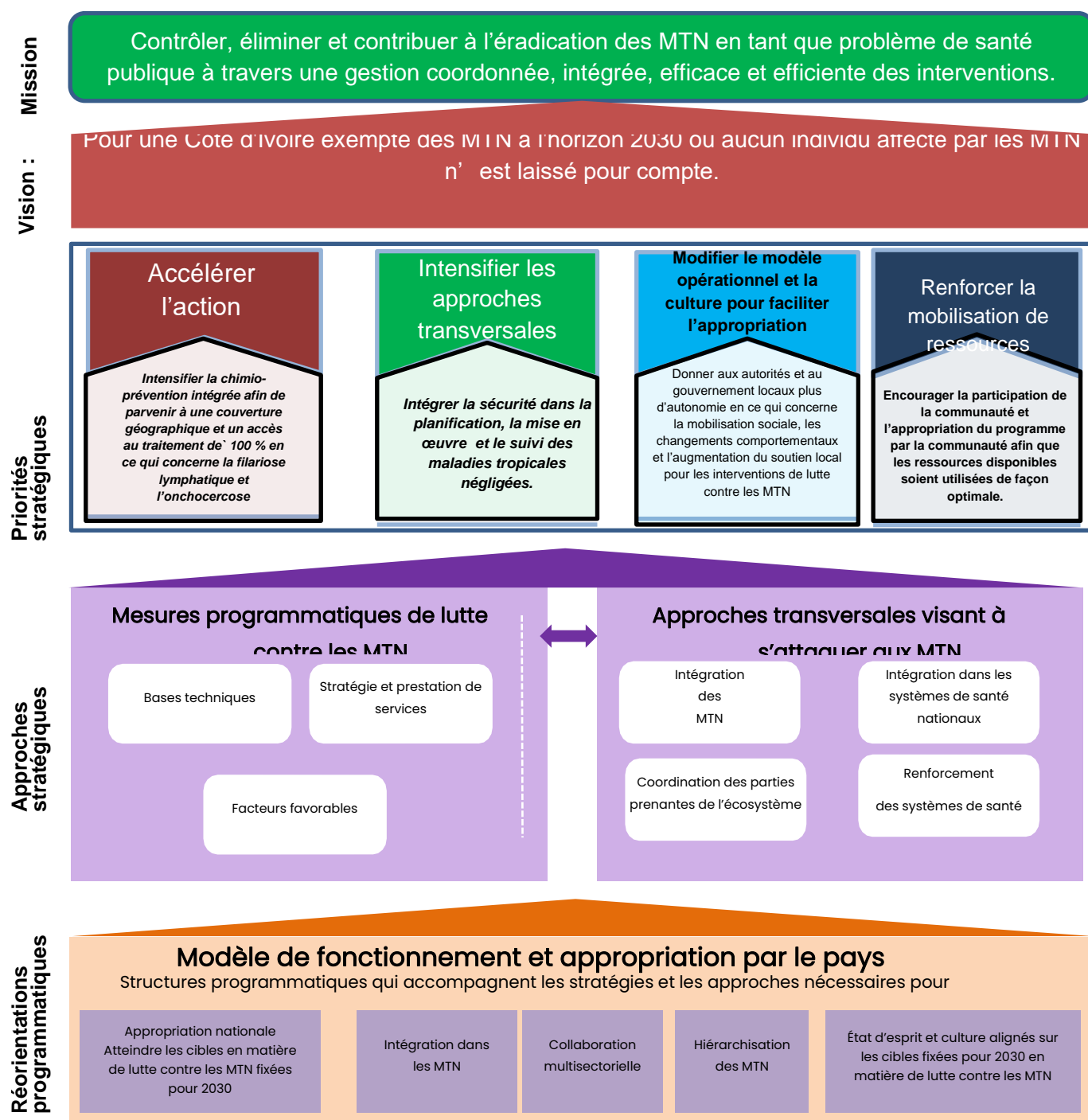


Figure 22: Modèle de schéma logique de l'agenda stratégique du programme

PARTIE 3 : Mise en œuvre de la stratégie : Cadre opérationnel de la lutte contre les MTN

Conformément à la Feuille de route de l'OMS pour les maladies tropicales négligées 2021-2030, ce plan stratégique vise à assurer trois changements majeurs en ce qui concerne l'approche de lutte contre les MTN :

- Accroître la responsabilisation relativement à l'impact en utilisant des indicateurs d'impact, plutôt que des indicateurs de processus, comme en témoignent les cibles et les étapes importantes mentionnées dans la Partie II, et accélérer l'action programmatique ;
- S'éloigner des programmes cloisonnés et conçus pour une maladie spécifique en intégrant les programmes dans les systèmes de santé nationaux et en intensifiant les approches transversales axées sur les besoins des personnes et des communautés ;
- Changer les modèles opérationnels afin de permettre un leadership plus accru et une plus grande appropriation du Plan Directeur 2021-2025 par les acteurs nationaux à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

3.1 : Initiatives et activités stratégiques

Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources nécessaires
Objectif stratégique n° 1 : Intensifier la chimioprévention intégrée afin de parvenir à une couverture géographique de 100 % en ce qui concerne les MTN-CP	Mise en œuvre de la chimio prévention pour le traitement des MTN-CP dans tous les districts sanitaires	5 ans	Ressources humaines, financières, matérielles et logistiques
	Finalisation de la cartographie du trachome dans les 35 districts sanitaires restants	5 ans	Ressources humaines, financières, matérielles et logistiques
Stratégie n° 2 : Accorder la priorité au suivi et à l'évaluation et les renforcer afin de suivre les progrès et la prise de décisions visant à atteindre les objectifs fixés pour 2030	Intégration des données MTN dans le DHIS2	5 ans	Ressources humaines, financières, matérielles et logistiques
	Mise en place de la surveillance épidémiologique du pian	5 ans	Ressources humaines, financières, matérielles et logistiques
	Renforcement de la surveillance de l'UB dans les districts voisins des districts endémiques et autres districts suspects	5 ans	Ressources humaines, financières, matérielles et logistiques
	Evaluation post TDM des MTN-CP	5 ans	Ressources humaines, financières, matérielles et logistiques

	Mise en œuvre des enquêtes de surveillance des MTN-CP	5 ans	Ressources humaines, financières, matérielles et logistiques
Objectif stratégique n° 3 Rattacher le mycéto, la gale, l'envenimation, la teigne et la leishmaniose cutanée à des programmes de santé	Disposer des données sur les MTN non encore rattachées à des programmes de santé : le mycéto, la gale, l'envenimation, la teigne et la leishmaniose cutanée	5 ans	Ressources humaines, financières, matérielles et logistiques
	Prendre un arrêté ministériel pour intégrer ces MTN dans un programme de santé	1 an	Ressources humaines
	Définir des directives nationales de lutte contre les MTN non encore rattachées à des programmes de santé : le mycéto, la gale, l'envenimation, la teigne et la leishmaniose cutanée	1 an	Ressources humaines, financières, matérielles et logistiques
Objectif stratégique n° 4 : Assurer la pérennisation des acquis de la lutte contre les MTN	Mise en place et fonctionnement du mécanisme de coordination multisectorielle de lutte contre les MTN	5 ans	Ressources humaines, financières, matérielles et logistiques
	Mobilisation des ressources domestiques pour la lutte contre les MTN	5 ans	Ressources humaines, financières, matérielles et logistiques
	Intégration des médicaments des MTN dans le système national d'approvisionnement	5 ans	Ressources humaines, financières, matérielles et logistiques

3.2 : Activités opérationnelles par Programme

3.2.1 : Les Programmes MTN CP

Objectifs :	STRATEGIE	Activités	2021	2022	2023	2024	2025
1 : Réduire de 45% le nombre de personnes nécessitant des interventions de lutte contre les MTN-CP	1.1: Renforcement de capacités	1.1.1 : Organiser la formation / mise à niveau de 105 équipes cadres de district pour le TDM intégré de la filariose lymphatique de l'onchocercose et des géohelminthiases ou de l'onchocercose seule	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 113 équipes cadres de district pour le TDM de la schistosomiase et / ou des géohelminthiases	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 20 équipes cadres de district pour le TDM	X	X	X	X	X

		du trachome					
		Organiser la formation / mise à niveau de 2625 superviseurs de 105 districts sanitaires pour le TDM intégré de la filariose lymphatique de l'onchocercose et des géohelminthiases ou de l'onchocercose seule	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 2825 superviseurs de 113 districts sanitaires pour le TDM de la schistosomiase et / ou des géohelminthiases	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 500 superviseurs de 20 districts sanitaires pour le TDM du trachome	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 31000 distributeurs communautaires / Agents de santé Communautaire de 105 districts sanitaires pour le TDM intégré de la filariose lymphatique de l'onchocercose et des géohelminthiases ou de l'onchocercose seule par an	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 33000 distributeurs communautaires / Agents de santé Communautaire de 113 districts sanitaires pour le TDM de la schistosomiase et / ou des géohelminthiases	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 20792 enseignants de 113 districts sanitaires pour le TDM de la schistosomiase et / ou des géohelminthiases	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 29000 distributeurs communautaires / Agents de santé Communautaire de 20 districts sanitaires pour le TDM du trachome	X	X			
		Former 04 médecins ophtalmologistes formateurs à la chirurgie du trichiasis trachomateux		X	X		
		Former 14 médecins ophtalmologistes (1 par district autonome) à la chirurgie du trichiasis trachomateux	X	X	X	X	X
		Renforcer les capacités de 14 chirurgiens (1 par district autonome) à la chirurgie de l'hydrocèle	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 113 équipes cadres de district à l'identification des complications de la filariose lymphatique (hydrocèle et lymphoedème) et à la prise en charge du lymphoedème	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 2625 superviseurs de 113 districts sanitaires à l'identification des	X	X	X	X	X

		complications de la filariose lymphatique (hydrocèle et lymphoedème) et à la prise en charge du lymphoedème					
		Organiser le renforcement de capacité de 31000 Agents de Santé Communautaires de 113 districts sanitaires à l'identification des complications de la filariose lymphatique (hydrocèle et lymphoedème) et à la prise en charge du lymphoedème	X	X	X	X	X
		Organiser le renforcement de capacité de 12 examinateurs et de 12 opérateurs de saisie pour les enquêtes de cartographie, d'impact (TIS) et de surveillance (TSS) du trachome par an	X	X	X	X	X
		Organiser le renforcement de capacité de 14 enregistreurs, 28 biologistes et 14 superviseurs pour les enquêtes d'impact (Pré-TAS) de traitement de la filariose lymphatique par an	X	X	X	X	X
		Organiser le renforcement de capacité de 10 enregistreurs, 10 biologistes et 10 superviseurs pour les évaluations d'arrêt de traitement (TAS) de la filariose lymphatique par an	X	X	X	X	X
		Organiser un atelier d'orientation de 113 CSE district et 33 CSE région pour la saisie des données des Traitement De Masse des MTN-CP	X	X			X
	Stratégie 1.2: Sensibilisation et mobilisation communautaire	Concevoir trois spots radio-télévisés pour les TDM de la filariose lymphatique, de l'onchocercose et des géohelminthiases; du trachome et de la schistosomiase	X	X	X	X	X
		Assurer la diffusion de spots de sensibilisation à la radio et télévision nationale pour les TDM de la filariose lymphatique, de l'onchocercose et des géohelminthiases; du trachome et de la schistosomiase	X	X	X	X	X
		Assurer la diffusion de spots de sensibilisation dans les radios locales pour les TDM de la filariose lymphatique, de l'onchocercose et des géohelminthiases; du trachome et de la schistosomiase	X	X	X	X	X
		Apporter un appui aux Equipes Cadre de District et aux préfets pour l'organisation de réunions de sensibilisation pour les TDM de la filariose lymphatique, de l'onchocercose et des géohelminthiases; du trachome et de la schistosomiase	X	X	X	X	X
		Organiser une cérémonie de lancement des activités de lutte contre les MTN-CP chaque année	X	X	X	X	X
		Fournir les outils de communication à 105 districts sanitaires pour le TDM FL-ONCHO-GEO	X	X	X	X	X

		Fournir les outils de communication à 113 districts sanitaires pour le TDM de la schistosomiase et des géohelminthiases	X	X	X	X	X
		Fournir les outils de communication à 20 districts sanitaires pour le TDM trachome	X	X			
	Stratégie 1.3: Cartographie	Réaliser la cartographie de 35 districts sanitaires non encore cartographiés pour le trachome	X	X	X	X	X
	Stratégie 1.4: Intensifier le plaidoyer et le partenariat avec tous les acteurs pour assurer l'efficacité et la pérennité des activités de lutte contre les MTN-CP	Valider le Plan d'Action Opérationnel	X	X	X	X	X
		Préparer le dossier d'élimination de la filariose lymphatique avec l'appui d'un consultant	X	X	X	X	X
		Préparer le dossier d'élimination du trachome avec l'appui d'un consultant	X	X	X	X	X
		Réviser les documents de politiques et directives du programme PNLMTN-CP		X			X
		Mettre en place et rendre fonctionnel le GTT multisectoriel de lutte contre les MTN-CP	X	X	X	X	X
		Organiser une réunion annuelle des experts nationaux et internationaux sur les MTN-CP		X	X	X	X
		Mobiliser des ressources domestiques pour la pérennisation des activités de la lutte contre les MTN-CP		X	X	X	X
		Formaliser la collaboration entre le MENA et le PNLMTN-CP pour le déparasitage	X	X	X		
		Formaliser le cadre de collaboration avec la NPSP pour l'intégration des médicaments MTN-CP dans le système national d'approvisionnement des médicaments		X	X		
		Intégrer les indicateurs des MTN-CP dans le SNIS	X	X	X	X	X
		Intégrer la prise en charge des morbidités liées aux MTN-CP dans la gratuité de la CMU		X	X	X	X
2 : Réduction de 35 % du nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité liée à la filariose lymphatique, à l'onchocercose et au trachome	Stratégie 2.1: Prise en Charge des Morbidités et Préventions des Incapacités (PCMPI)	Organiser l'identification des complications de la filariose lymphatique (hydrocèle et lymphœdème) dans les 113 districts sanitaires du pays	X	X	X	X	X
		Doter 1000 patients porteurs de lymphœdème de kits de lavage suivi d'une démonstration de la prise en charge du lymphœdème	X	X	X	X	X
		Renforcer le plateau technique de 07 blocs opératoires en vue de la chirurgie des hydrocèles	X	X	X	X	X
		Organiser la chirurgie de 1000 cas d'hydrocèles identifiés	X	X	X	X	X
		Réaliser la chirurgie de 100 cas de trichiasis	X	X	X	X	X

3 : Accélérer la réduction de la charge de morbidité des géohelminthiases, de la schistosomiase.	Stratégie 3.1 : Traitement De Masse	Traiter au praziquantel chaque année au moins 75% des enfants d'âge scolaire et les groupes cibles à haut risque dans les districts sanitaires endémiques à la schistosomiase	X	X	X	X	X
		Organiser la riposte aux éventuelles flambées de schistosomiase	X	X	X	X	X
		Traiter à l'Albendazole chaque année au moins 75% des enfants d'âge scolaire des districts sanitaires endémiques aux géohelminthiases	X	X	X	X	X
	Stratégie 3.2: Evaluations post traitement	Réaliser les évaluations de la schistosomiase et des géohelminthiases dans 37 sites sentinelles	X	X	X	X	X
		Recartographier les 113 districts sanitaires endémiques à la schistosomiase et aux géohelminthiases	X	X	X	X	X
4 : Éliminer la filariose lymphatique, onchocercose et le trachome en tant que problème de santé publique	Stratégie 4.1: Traitement De Masse (TDM)	Traiter chaque année au moins 65 % des populations des communautés à risque de filariose lymphatique dans chaque district sanitaire endémique	X	X	X	X	X
		Traiter chaque année au moins 65 % des populations des communautés à risque d'onchocercose dans chaque district sanitaire endémique	X	X	X	X	X
		Traiter à la tetracycline pommade ophtalmique 1% et à l'Azitromycine au moins 90% des populations des districts sanitaires exposés au risque du trachome	X	X			
	Stratégie 4.2: Les évaluations et enquêtes post traitement	Réaliser l'évaluation d'impact du TDM de la filariose lymphatique (Pré TAS) de 99 districts sanitaires répondant aux critères d'évaluation	X	X	X	X	X
		Réaliser l'évaluation d'arrêt du TDM de la filariose lymphatique (TAS) de 99 districts sanitaires répondant aux critères d'évaluation,	X	X	X	X	X
		Réaliser l'enquête d'évaluation des gîtes larvaires productives de 97 districts sanitaires connus endémiques à l'onchocercose	X	X	X	X	X
		Réaliser l'évaluation épidémiologique des districts sanitaires pour lesquels l'évaluation des gîtes larvaires productives a été positive	X	X	X	X	X
		Réaliser l'enquête d'impact post TDM trachome (TIS) dans 35 districts sanitaires	X	X	X	X	X
		Réaliser l'enquête de surveillance post TDM trachome (TSS) dans 37 districts sanitaires	X	X	X	X	X

3.2.2 : Programme National de Lutte contre L'Ulcère de Buruli (PNLUB)

Objectifs	Stratégies	Activités	2021	2022	2023	2024	2025
1. Réduire de 45% le nombre de personnes nécessitant des interventions de lutte contre L'Ulcère de Buruli, le pian et les MTN à Manifestation Cutanée	Stratégie 1.1: Renforcement de capacités	Organiser la formation / mise à niveau de 300 ASC sur la reconnaissance des signes suspects de l'UB, du pian et des autres MTN cutanées dans 15 DS suspects d'être endémiques à l'UB (districts voisins des zones endémiques) au cours d'une session	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 150 professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, sage femmes, aides-soignants) par an sur la prise en charge de l'UB, du pian et des autres MTN cutanées dans 15 DS suspects d'être endémiques à l'UB (districts voisins des zones endémiques)	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 10 équipes chirurgicales (2 chirurgiens, 1 anesthésiste et 2 infirmiers) sur la prise en charge chirurgicale de l'UB, des autres ulcérations chroniques endémiques et des séquelles de l'UB	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 420 (10 / par districts endémiques) infirmiers des zones endémiques impliqués dans la lutte contre l'UB et sa prise en charge	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 113 points focaux des districts sur la méthodologie d'investigation du pian	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 113 gestionnaires des données sur le pian	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de relais communautaires (33 000 ASC et 13 000 enseignants) pour suivre la reconnaissance et la référence des cas suspects de pian et d'UB.	X	X	X	X	X
	Stratégie 1.2 : IEC et détection précoce à base communautaire	Organiser 4 campagnes de sensibilisation et dépistage actif de 5 jours par année dans 42 districts endémiques à l'UB	X	X	X	X	X
		Production et diffusion de 2000 affiches sur l'UB	X	X	X	X	X
		Sensibiliser la population des 60 villages de la zone d'intervention par des visites à domicile (VAD) sur les causes et conséquences des MTN à MC	X	X	X	X	X
		Animer une causerie éducative par mois dans 420 villages (avec des témoignages d'anciens malades) comme espaces de dialogue communautaire	X	X	X	X	X
		Organiser 3 (3 trimestres) campagnes de sensibilisation sur l'UB, le pian et les MTN à MC en milieu scolaire	X	X	X	X	X

	Stratégie 1.3: WASH	Mettre en place et faire fonctionner des groupements associatifs en comité d'hygiène et d'assainissement des ménages ; 10 comités par district endémique soit 420 comités	X	X	X	X	X
		Équiper les 10 comités d'hygiène et d'assainissement par district endémique soit 420 comités en matériels	X	X	X	X	X
		Construire un point d'eau amélioré dans 10 localités co-endémique de l'UB et du pian	X	X	X	X	X
		Construire des latrines dans 42 écoles des districts endémiques à l'UB et du pian	X	X	X	X	X
	Stratégie 1.4: Communication de masse	Produire et diffuser 500 copies du document de la stratégie de communication communautaire sur l'UB	X	X	X	X	X
		Animer des émissions sur l'UB, le pian et les MTN à MC dans les radios communautaires une fois par mois	X	X	X	X	X
		Réaliser d'une Enquête CAP dans les DS endémiques à l'UB.	X	X	X	X	X
		Acheter des kits de sonorisation (baffles, ordinateur, vidéo projecteur, écran de projection et groupe électrogène) dans 30 districts sanitaires en vue de la projection de masse de film et de documentaires sur l'UB	X	X	X	X	X
		Produire 10000 documents sur l'UB sous forme de bandes dessinées	X	X	X	X	X
		Renforcer les capacités de 210 représentants de masses media locales (presse écrite/ Télé et Radio), sur l'UB	X	X	X	X	X
		Recruter un spécialiste pour la production de documentaires ou films sur l'UB	X	X	X	X	X
		Production d'outils de sensibilisation (50000 affiches, 100000 dépliants, 40000 boîtes à images ; 75000 tee shirts, 75000 auto collants et 100000 autres gadgets) sur le pian	X	X	X	X	X
		Animation des émissions sur le pian dans les radios communautaires une fois par mois	X	X	X	X	X
		Réalisation d'une Enquête CAP dans les 113 DS.	X	X	X	X	X
		Produire 20000 documents sur le pian sous forme de bandes dessinées	X	X	X	X	X
		Recruter un spécialiste pour la production de documentaires ou films sur le pian	X	X	X	X	X
	Stratégie 1.5 : Cartographie	Investiguer le pian, l'UB et les MTN à MC (recherche active) dans toutes les aires sanitaires des 113 districts.	X	X	X	X	X
	Stratégie 1.6: Dépistage en milieu scolaire et dans les	Acquérir les Test rapide RDT et DPP pour le dépistage des cas suspects de pian (forfait)	X	X	X	X	X
		Acquérir les intrants et réactifs pour la	X	X	X	X	X

	communautés rurales	confirmation par la PCR des cas confirmés sérologiquement (forfait)					
	Stratégie 1.7 : Traitement de masse	Acquérir l'azithromycine pour le traitement communautaire ciblé (forfait)	X	X	X	X	X
		Acquérir les médicaments pour les effets secondaires de l'azithromycine (forfait)	X	X	X	X	X
		Organiser des campagnes de distribution d'azithromycine dans 20 districts par année	X	X	X	X	X
	Stratégie 1.8 : Surveillance, coordination et suivi/ évaluation	Editer 50000 fiches sous forme cartonné pour la production mensuelle de statistiques dans le cadre de la surveillance épidémiologique du pian	X	X	X	X	X
		Organiser 2 ateliers transfrontaliers annuels pour la surveillance du pian	X	X	X	X	X
		Organiser un atelier d'élaboration de documents de politique et de directives en matière de lutte contre le pian			X	X	X
2 : Réduction de 35 % du nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité liée à l'UB, au pian et aux MTN à MC	Stratégie 2.1 : Réhabilitation physique des porteurs de séquelles	Organiser un audit clinique des cas d'UB (catégorie 3 et localisations articulaires) susceptibles d'engendrer des séquelles et des handicaps	X	X	X	X	X
		Réparer chirurgicalement au moins 50 cas de séquelles d'UB par année	X	X	X	X	X
	Stratégie 2.2: Chirurgie des cas compliqué d'UB	Traiter chirurgicalement (greffe de peau et/ou excision) 150 cas d'UB compliqués par an	X	X	X	X	X
	Stratégie 2.3: Kinésithérapie	Acquérir des appareillages orthopédiques pour 100 malades porteurs de séquelles	X	X	X	X	X
		Acquérir les intrants et le matériel pour la rééducation de 150 malades par année	X	X	X	X	X
	Stratégie 2.4: Renforcement du plateau technique	Réhabilitation du pavillon spécialisé de Djékanou et de Taabo	X	X	X	X	X
		Créer des unités de kinésithérapie au sein des hôpitaux (services de chirurgie) dans les districts sanitaires de Sinfra, San Pedro et Oumé	X	X	X	X	X
3 : Accélérer la réduction de la charge de morbidité d'UB, du pian et des MTN à MC	Stratégie 3.1: Standardisation de la prise en charge des cas	Acheter des kits de pansement pour les soins locaux (pansements) des 500 cas d'UB et autres ulcérations chroniques dépistées dans les zones endémiques	X	X	X	X	X
		Achat d'antibiotique spécifique pour 350 malades d'UB par année	X	X	X	X	X
		Editer et produire 350 fiches UB 01 et 50 registres UB 02 par année pour la notification des cas dépistés	X	X	X	X	X
		Traiter 350 cas d'UB par année selon le protocole de l'OMS	X	X	X	X	X
	Stratégie 3.2: Confirmation des cas au laboratoire	Achat de kits d'intrant et de réactifs pour la confirmation par la PCR de 400 cas d'UB par année	X	X	X	X	X

		Acheminer les prélèvements de 400 produits biologiques des DS vers l'IPCI par année	X	X	X	X	X
	Stratégie 3.3: Gestion des données	Organiser deux ateliers par année pour la validation (qualité) des données en collaboration avec la DIIS	X	X	X	X	X
		Paramétrer les indicateurs de l'UB, du pian de la gale et des autres MTN cutanés dans la plateforme DHIS2	X	X	X	X	X
		Editer 5000 fiches de notification des autres pathologies cutané telles que le mycétome, la gale, la leishmaniose cutané	X	X	X	X	X
		Mener une enquête de recueil de données sur les envenimations	X	X	X	X	X
	Stratégie 3.4: Coordination, suivi et évaluation des activités de lutte	Recruter un consultant pour faire l'Analyse situationnelle du PNLUB					X
		Organiser de 2 réunions de coordination entre le PNLUB et les autres secteurs (hydraulique, assainissement et environnement, éducation et sociale, ressources animales halieutiques) pour la planification et le suivi des activités intersectorielles				X	X
		Organiser 4 missions de supervision par année des acteurs aux différents niveaux de prise en charge	X	X	X	X	X
		Recruter un consultant pour l'élaboration du plan stratégique de lutte contre les l'UB et les autres MTN à manifestation cutanée	X	X	X	X	X
		Doter 42 points focaux de matériels roulants (motocyclettes) pour le suivi permanent des activités de lutte contre l'UB dans les ESPC	X	X	X	X	X
		Plaidoyer pour l'intégration de la lutte contre le pian, la gale, la teigne, les mycétomes dans les missions du PNLUB	X	X	X	X	X

3.2.3 : Programme National d'Élimination de la Lèpre

Objectifs :	Stratégies	Activités	2021	2022	2023	2024	2025
1. Réduire de 45% le nombre de personnes nécessitant des interventions de lutte contre la lèpre	Stratégie 1.1: Renforcement de capacité	Réviser, reproduire, et diffuser les modules de formation et boîtes à image	X	X	X	X	X
		Créer des pous de formateurs dans tous les districts sanitaires	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 5600 (1400 par an) agents de santé (IDE, Sage-femmes, Médecins) des ESPC des	X	X	X	X	X

		zones endémiques sur le diagnostic clinique et biologique et la prise en charge de la lèpre					
		Organiser la formation / mise à niveau de 5600 (1400 par an) agents de santé Communautaires à la suspicion, à la référence des cas et à l'IECCC	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 200 (50 par an) PALs à la reconnaissance des cas de lèpre et à la sensibilisation	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau des acteurs de la chaîne de gestion des données à l'utilisation du DHIS 2	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 60(15 par an) acteurs à l'utilisation du DHIS 2 OMS	X	X	X	X	X
		Organiser la formation / mise à niveau de 52 (13 par an) techniciens de laboratoires identifiés au diagnostic biologique de la lèpre	X	X	X	X	X
		Créer 4 centres spécialisés pour la prise en charge de la lèpre, de l'UB et du Pian (PNDS 2021-2025)	X	X	X	X	X
		Créer un Centre d'Orientation et de Recours (COR) à Korhogo (à évaluer)	X	X	X	X	X
		Renforcer les capacités de 06 centres spécialisés pour la prise en charge de l'UB, de la lèpre et du Pian (PNDS 2021-2025)	X	X	X	X	X
		Doter/équiper les centres de dépistage en matériel, médicaments et intrants (PNDS 2021-2025) pour la prise en charge de la lèpre	X	X	X	X	X
		Approvisionner les districts en PCT	X	X	X	X	X
	Stratégie 1.2 : Surveillance	Production mensuelle des statistiques de surveillance épidémiologique des MTN à manifestation cutanée utilisant les outils de collecte des données de l'OMS.	X	X	X	X	X
		Concevoir, éditer et diffuser les données de la lèpre (PNDS 2021-2025)	X	X	X	X	X
		Intégrer les indicateurs de la lèpre dans le DHIS2 (PNDS 2021-2025)	X	X	X	X	X
	Stratégie 1.3 : Réhabilitation physique et insertion sociale des personnes en situation	Mettre en œuvre des projets pour l'insertion professionnelle des malades de la lèpre en situation de handicap	X	X	X	X	X

	de handicap	Confectionner et livrer 220 paires de chaussures orthopédiques dans les districts sanitaires	X	X	X	X	X
		Confectionner et livrer 6 prothèses Tibiales dans les districts sanitaires	X	X	X	X	X
		Confectionner 6 paires de béquilles dans les districts sanitaires	X	X	X	X	X
		Mettre en place un système d'écoute et d'accompagnement psychosocial des personnes affectées par la lèpre	X	X	X	X	X
		Organiser des missions de chirurgie de réadaptation et réparatrices des personnes affectées par la lèpre	X	X	X	X	X
	Stratégie 1.4 : Coordination	Collaborer avec l'INFAS et les UFRs des sciences médicales pour insérer la lèpre dans le curricula de formation de base des agents de santé (IDE, Sages-femmes, médecins)	X	X	X	X	X
2 : Réduction de 35 % du nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité liée à la lèpre (EVCI/DALY : Espérance de Vie Corrigée de l'Incapacité)	Stratégie 2.1 : Surveillance	Mettre en place 33 comités de surveillance des MTN dans les régions sanitaires (PNDS 2021-2025)	X	X	X	X	X
		Production mensuelle des statistiques de surveillance épidémiologique des MTN à manifestation cutanée utilisant les outils de collecte des données de l'OMS.	X	X	X	X	X
	Stratégie 2.2 : Recherche opérationnelle	Mettre en œuvre des projets intégrés (WASH dépistage, auto soins), orientés par la cartographie fine	X	X	X	X	X
		Poursuivre le projet pilote sur la télé dermatologie	X	X	X	X	X
		Mettre en œuvre le projet de recherche des résistances aux anti-lépreux	X	X	X	X	X
		Projet de recherche dans les villages post-cure sur les souches de M. Lepae	X	X	X	X	X
		Initier la chimioprophylaxie des cas contact des cas de lèpre MB	X	X	X	X	X
3 : Accélérer la réduction de la charge de morbidité de la lèpre.	Stratégie 3.1 : suivi évaluation	Organiser 20 (4 par an) campagnes intégrées de dépistage actif de la lèpre	X	X	X	X	X
		Réaliser l'évaluation à mi-parcours de la feuille de route pour zéro lèpre en Côte d'Ivoire à horizon 2030	X	X	X	X	X
		Superviser les acteurs de terrain à tous les niveaux	X	X	X	X	X
		Évaluation des supervisions	X	X	X	X	X

		formatives					
	Stratégie 3.2 : Communication pour le développement	Organiser les célébrations officielles de la Journée Mondiale des Lépreux	X	X	X	X	X
		Organiser les Journées Mondiales de Lutte contre les MTN	X	X	X	X	X
	Stratégie 3.4 : Coordination	Impliquer les personnes affectées par la lèpre dans le processus de prise de décision (planification, mise en œuvre des activités, etc.) à tous les niveaux de la pyramide	X	X	X	X	X
		Participer aux activités de réseaux et organisation de lutte contre les MTN	X	X	X	X	X
		Élaborer les documents de politique		X			X
			X	X	X	X	X

3.2.4 : Programme National d'Élimination de la THA

Objectifs	Stratégies	Activités	2021	2022	2023	2024	2025
1 Réduire de 45% le nombre de personnes nécessitant des interventions de lutte contre la THA	Stratégie 1.1 : Surveillance	Superviser les sites sentinelles des DS endémiques	X	X	X	X	X
		Superviser les sites sentinelles des DS hypo-endémiques	X	X	X	X	X
		Superviser les sites sentinelles des DS à risque	X	X	X	X	X
		Faire le suivi les cas sérologiquement confirmés	X	X	X	X	X
		Faire du dépistage communautaire actif dans les 49 DS concernés ou en réponse à un cas signalé par un site sentinel	X	X	X	X	X
		Mettre sur pied de nouveau centre de dépistage passif dans les 49 districts concernés	X	X	X	X	X
	Stratégie 1.2 : Communication	Réaliser des activités de sensibilisation communautaire actives ou permanentes dans les 49 DS concernés	X	X	X	X	X
2 Accélérer la réduction de la charge de morbidité de la trypanosomiase humaine africaine.	Stratégie 2.1 : Formation	Former le personnel des centres de prise en charge des 2 DS endémique au nouveau protocole de prise en charge médicale de la THA	X	X	X	X	X
	Stratégie 2.2 : Lutte anti vectorielle	Réaliser des activités de recherche entomologique	X	X	X	X	X
	Stratégie 2.3 : Recherche sur réservoir animal	Réaliser des activités de recherche sur le réservoir animal dans 49 DS	X	X	X	X	X

3.2.5 : Programme National d'Élimination du Ver de Guinée et Assainissement

Objectifs :	Stratégies	Activités	2021	2022	2023	2024	2025
1 Maintenir zéro cas autochtone de VG	Stratégie 1.1 : Surveillance basée sur les cas	Organiser la formation / mise à niveau de 450 membres des équipes cadres, agents de santé des ESPC, ASC et membres des comités villageois « Santé et développement » sur la surveillance active du ver de guinée dans 12 districts sanitaires transfrontaliers	X	X	X	X	X
		Organiser un atelier d'orientation des acteurs de la santé animale et des Instituts de recherche sur la manifestation animale du ver de guinée	X				
		Organiser six supervisions annuelles des ECD	X	X	X	X	X
		Organiser six enquêtes CAP communautaires annuelles	X	X	X	X	X
		Organiser une rencontre transfrontalière tous les deux ans	X				X
		Organiser la recherche active de cas de ver de guinée (humain et animal) dans 48 districts sanitaires aux frontières du Mali et dans les zones de hautes activités agropastorales en collaboration avec les Acteurs de santé animale	X		X		X
		Organiser 33 ateliers régionaux de dévolution des activités de surveillance aux unités opérationnelles	X	X			
	Stratégie 1.2 : intensifier la communication de proximité	Adapter, produire et diffuser 100000 affiches, soit 25000 affiches par an sur les différentes thématiques EHA en milieu hospitalier, scolaire et communautaire et dans le cadre du renforcement de surveillance épidémiologique du ver de guinée	X	X	X	X	X
		Apporter un appui financier à 48 radios communautaires par an			X	X	X
	Stratégie 1.4 : Améliorer les activités Eau, Hygiène et	Organiser un atelier sur les approches et l'adaptation des outils pour l'amélioration des services eau, hygiène et assainissement en milieu communautaire, scolaire et soins de santé	X				

	assainissement dans les zones endémiques de MTN	Instituer une campagne nationale annuelle pour créer un paradigme nouveau dans la conscience de toutes les souches socioéconomiques, administratives, politiques, militaire du pays en faveur de l'amélioration des services eau, hygiène et assainissement	X	X	X	X	X
		Identifier ou susciter la création de Groupement d'Intérêt Economique (GIE) dans chaque village cible au sein desquels seront mis en place et formés 1250 Comités de développement communautaire de santé (CDCS) de 7 membres à la gestion participative et durable des points d'eau, de promotion des ouvrages d'assainissement compatibles avec les bonnes pratiques d'hygiène et de développement de culture maraichères	X	X	X	X	X
		Organiser 16 ateliers régionaux de formations des acteurs de mise en Œuvre des approches ATPC, Wash-FIT et EHA	X	X	X	X	X
		Mettre en œuvre l'assainissement total piloté par la communauté (ATPC) et des campagne d'éducation à l'hygiène dans au moins 250 villages de 25 districts sanitaires par an, soit 1250 localités au terme des 5 ans avec diffusion de messages sur l'hygiène des mains, hygiène de l'eau, hygiène corporelle, hygiène du milieu, hygiène alimentaire	X	X	X	X	X
		Former 16800 membres de Comités de développement communautaire de santé (CDCS) à la potabilisation, à la surveillance sanitaires de l'eau de consommation humaine et à la surveillance épidémiologique des maladies MTN et hydriques (Choléra, Poliomyélites, Parasitoses intestinales,...) dans les villages cibles,	X	X	X	X	X
		Organiser des réunions périodiques (annuelles, semestrielles, trimestrielles et mensuelles) du cadre institutionnel et organisationnel des services Wash selon les niveaux de la pyramide sanitaire ivoirienne	X	X	X	X	X
		Conduire des activités de plaidoyer auprès des décideurs, du secteur Privé, des Partenaires techniques et financiers, pour l'appui financier, matériels et équipement en l'occurrence la mise à disposition des poubelles-Publicitaire, latrines-Pub, des dispositifs de lave main-Pub, ... pour	X	X	X	X	X

		l'amélioration des services WASH dans les lieux et établissements recevant du monde (centre de santé, écoles, marchés, gare-routières, Etc.)					
		Renforcer les capacités d'approvisionnement en eau sûre, en gestion des ordures biomédicaux et en dispositifs de lave-main de 90 ESPC pour une prise en charge correcte des MTN	X	X	X	X	X
		Digitaliser la gestion et le suivi des points d'eau, des ouvrages d'assainissement par la mise en place d'une base de données dynamique comprenant un système d'information à distance sur les ouvrages hydrauliques, d'assainissement et de création d'activité génératrice de revenu					

3.2.6 : Vers la durabilité des programmes : intensification de la coordination et des partenariats

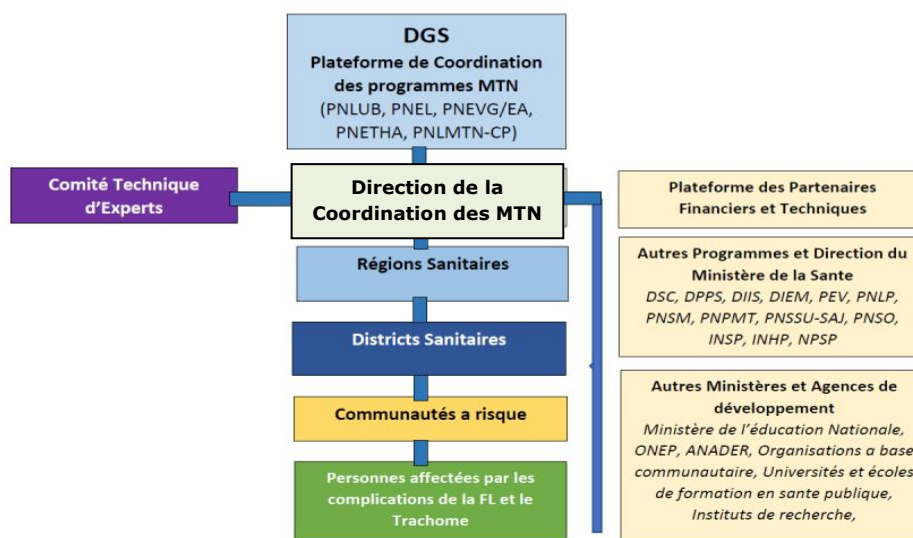
La durabilité ou la pérennisation des acquis de la lutte contre les MTN reste problématique car toutes les interventions à l'instar des autres projets sont quasi financées par les partenaires extérieurs. La fin du financement va entraîner l'arrêt de certaines interventions et par conséquent une baisse des acquis. Aussi l'efficacité de la lutte contre les MTN passe nécessairement et obligatoirement par un changement de paradigme. Ce changement de paradigme devra se traduire **premièrement** par l'accélération de l'action programmatique qui a prouvé à souhait que les approches intégrées sont efficaces, durables et produisent de l'impact. **Deuxièmement** par l'intensification des approches transversales qui se traduisent par l'intégration (*réalisation conjointe d'interventions communes à plusieurs maladies*), l'inclusion (*dans les systèmes de santé nationaux : amélioration de la qualité de la gestion des MTN dans le cadre de la couverture sanitaire universelle*), la coordination (*entre les parties prenantes : collaboration avec d'autres secteurs et au-delà du secteur de la santé sur les interventions MTN pertinentes*) et enfin, le renforcement des systèmes de santé ou hors santé nationaux (mutualisation entre les systèmes fondamentaux nationaux et les ressources et expertise mondiales et régionales). **Et troisièmement** par la modification des modèles opérationnels et la culture pour favoriser l'appropriation nationale et le leadership qui représente le début de la durabilité de tout processus en général et des programmes MTN en particulier.

3.2.7 : Coordination

La coordination avec d'autres domaines de la santé ou autres programmes, tels que le paludisme, et d'autres secteurs notamment l'eau, l'assainissement, l'éducation et

l'agriculture, est essentielle à la pérennisation à long terme. Ces secteurs disposent souvent de ressources et de plateformes et travaillent en étroite collaboration avec les mêmes populations cibles que les programmes de lutte contre les MTN. En renforçant les partenariats avec les autres secteurs, les PNLMTN peuvent intégrer les plateformes de prestations de services, les chaînes d'approvisionnement et la planification en ressources humaines. Il peut également identifier les ressources des secteurs privés et multi-sectoriels pour accroître la synergie, l'efficacité et la responsabilité en vue du contrôle et de l'élimination des MTN. Les mécanismes de coordination actuels peuvent comprendre des groupes techniques (groupe technique de travail, comités d'experts, ...) chargés de proposer des orientations techniques sur les problèmes posés et des comités de coordination chargés de la gouvernance. Ces structures de gouvernance peuvent formaliser les cadres de collaboration entre les parties prenantes (responsabilités pour le TDM pour les schistosomiase/géohelminthiase, la lutte antivectorielle, l'éducation, l'eau, l'assainissement et autres services). En outre, ces mécanismes de coordination devraient être représentatifs du genre et d'autres considérations sociales afin de promouvoir l'équité en santé.

Figure 23: Mécanisme de coordination des programmes



3.2.2 : Multi partenariats

L'OMS définit le partenariat comme « un moyen de réunir une série d'acteurs en vue d'atteindre un objectif commun, qui est d'améliorer la santé des populations en se fondant sur des rôles et des principes définis d'un commun accord ». La notion d'accord

est centrale : les multiples acteurs s'engagent en vue d'un objectif précis et s'accordent sur les moyens, les principes et les rôles de chacun. Le PPP est donc une action collaborative concertée, planifiée, basée sur la complémentarité des acteurs dans la poursuite d'un objectif commun.

Les déterminants de l'accès aux soins sont si variés et les défis sanitaires si grands que les réponses nécessaires dépassent les capacités des secteurs public et privé pris isolément. Le secteur public reconnaît le quasi-monopole du secteur privé pharmaceutique en ce qui concerne la mise au point de médicaments et de vaccins, ce qui en fait d'emblée un acteur incontournable.

La Côte d'Ivoire n'échappe donc pas à cette trivialité. En effet de nombreux partenaires avec l'appui apporté à l'Etat ivoirien ont permis d'atteindre des niveaux de contrôle et d'élimination de certaines MTN. Ainsi Les PNLMTN comprennent l'intérêt de favoriser les relations avec un ensemble diversifié de partenaires, mais n'engage pas un groupe de partenaires diversifié ni la communauté dans les projets et les initiatives. Il n'y a pas ou peu de partenaires des secteurs public et privé fournissant une aide en matière de coordination, de technique ou de financement.

Cependant s'il est vrai que le PPP est une opportunité, il ne devrait pas se substituer au rôle régalien de l'Etat qui est de prendre en charge la santé des populations surtout les plus vulnérables cibles privilégiées des MTN, pour que personne ne soit laissé pour compte.

Tableau 24: Matrice des partenariats

Etat	MTN	Secteur WASH	Lutte antivectorielle intégrée	One Health	Education	Services vétérinaires	Paludisme
Direction Générale de la Santé	Programme National de Lutte contre l'Ulcère de Buruli (PNLUB)	UNICEF Côte d'Ivoire, département WASH	Direction de l'Hygiène Publique et de la Santé Environnement (DHPSE), Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique	Ministère de l'Assainissement et de la Salubrité	Ministère de l'Education Nationale, de l'Alphabétisation (DMOSS, DVS, Direction de la Pédagogie et de la Formation Continue (DPFC))	Direction de la Santé vétérinaire	Programme National de Lutte contre le Paludisme
	Programme National d'Elimination de la Lèpre (PNEL)	Coopération Japonaise		Ministère des Ressources Animales et Halieutiques	Ministère de l'Enseignement Technique, de la Formation Professionnelle et de l'Apprentissage	N/A	N/A
Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS)	Programme National d'Elimination de la Trypanosomiose Humaine Africaine (PNE THA)	BAD (Section Eau et Assainissement)	N/A	Ministère de l'Environnement et du Développement Durable	Programme National de Santé Scolaire et Universitaire – Santé Adolescent et Jeunes (PNSSU-SAJ)	N/A	N/A
Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies (DPPS)	Comité technique des experts MTN	International Rescue Committee (IRC)	N/A	Ministère de l'Hydraulique	N/A	N/A	N/A
Direction de la Santé	PNLMTN-CP	Action Contre la Faim (ACF)	N/A	Ministère des Eaux et Forêt	N/A	N/A	N/A

Communautaire (DSC)							
Programme Elargie de Vaccination (PEV)	Institut National d'Hygiène Publique (pour la Dengue et la Rage)	ONG Medical Assistance Program International (MAP International)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP)	OMS	ONG Croix Rouge de Côte d'Ivoire	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Programme National de la Promotion de la Médecine Traditionnelle	HKI	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Programme National de Santé Mentale	FHI360	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Caisse Nationale de l'assurance maladie (CNAM)	SIGHTSAVERS	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Direction de la Formation et Recherche en Sante	SCIF	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Direction de la Médecine Hospitalière et de Proximité	ANESVAD	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Institut National de Formation des Agents de Sante	Deloitte consulting LLP	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP)	Banque Mondiale	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Programme National de la Promotion de la Médecine Traditionnelle DDS	AIM Initiative	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

3.3 : Hypothèses, risques et atténuation

La gestion des risques se définit comme des « activités coordonnées dans le but de diriger et de piloter une organisation vis-à-vis du risque »

Le processus de gestion des risques de l'ISO 31000 s'articule autour des phases suivantes :

- L'analyse du contexte interne et externe ;
- L'appréciation des risques (identification, analyse et évaluation) ;
- Le traitement des risques ;
- La surveillance ;
- La communication.

Le Plan Directeur de Lutte contre les MTN 2021-2025 a été conçu pour contrôler et éliminer certaines MTN tout en tenant compte des défis spécifiques propres à chacun des quatre grands piliers. Des facteurs inattendus ou des risques externes peuvent retarder ou compromettre la capacité des PNLMTN à atteindre les objectifs du Plan Directeur. En reconnaissant les risques, en définissant les options pour leur atténuation et en énonçant des plans d'urgence au besoin, les PNLMTN renforcent leur capacité à réagir rapidement aux problèmes.

Six grands risques prospectifs ont été identifiés et regroupés dans deux catégories

Risques liés au moyen d'action : Financement insuffisant ou arrêt des financements, Possibilité d'arrêt de fabrication des médicaments par les firmes pharmaceutiques. Incapacité à recruter et à fidéliser les personnes appropriées.

Risques liés à la mise en œuvre du Plan Directeur : Incapacité à intervenir dans les zones d'insécurité, instabilité socio-politique, Diffusion de rumeurs (fausses informations) sur le traitement

Risque Potentiel	Avant l'atténuation du risque				Stratégie d'atténuation du risque	Après l'atténuation du risque		
	Probabilité de survenance	Impact	Résultat	Risque		Probabilité de survenance	Impact	Résultat
	Certain = 5 Probable = 4 Possible = 3 Incertain = 2 Rare = 1	Grave = 5 Majeur = 4 Modéré = 3 Mineur = 2 Négligeable = 1	Probabilité X Impact	Grave (19-25)				
				Majeur (13-18)				
				Modéré (7-12)				
Mineur (0-6)								
Risques liés au moyen d'action								
Financement insuffisant ou arrêt des financements,	2	5	10	Modéré	Renforcement de la transparence et la redevabilité • -Mobilisation accrue des ressources domestiques	2	5	10
Possibilité d'arrêt de fabrication des médicaments par les firmes pharmaceutiques,	3	5	15	Majeur	-Faire appel à de nouveaux fournisseurs -Soutenir la possibilité de réinscrire les produits retirés sur LNME pour maintenir leur production -Favoriser des commandes groupées sous régionales	2	5	10 :
Incapacité à recruter et à fidéliser les personnes appropriées	3	4	12	Modéré	- Formation d'un plus grand nombre de chirurgiens certifiés pour la chirurgie des TT et des hydrocèles	2	2	4
Risques liés à la mise en œuvre du Plan directeur :								

[illegible]

Incapacité à intervenir dans les zones d'insécurité (développement et recrudescence des maladies à potentiel épidémiques)	3	5	15	Majeur	-Plan de contingence -Renforcement des systèmes de travail en ligne avec les parties prenante du programme -Surveillance	3	3	Mineur
Instabilité socio-politique	3	5	15	Majeur	-Plan de contingence -Renforcement des systèmes de travail en ligne avec les parties prenante du programme -Surveillance	3	3	Mineur
Diffusion de rumeurs (fausses informations) sur les maladies et leur traitement	3	5	15	Majeur	-Mise en place d'un système de veille pour la gestion des rumeurs Mener des campagnes de sensibilisation ciblées	2	3	6

Notation du risque (Probabilité x Impact)	
19-25	Grave
13-18	Majeur
7-12	Modéré
0-6	Mineur

3.4. Cadre de performance

Objectif stratégique	Indicateurs de performance	Cible	Date
Objectif stratégique n° 1 Intensifier la chimio prévention intégrée afin de parvenir à Une couverture géographique et un accès au traitement de 100 % en ce qui concerne la filariose lymphatique et l'onchocercose.	Nombre de Districts sanitaires dotées d'une cartographie complète des MTN	113	5 ans
	Nombre de personnes atteintes de la filariose lymphatique qui ont été traitées	90%	Annuellement
	Nombre de personnes atteintes d'onchocercose qui ont été traitées	90%	Annuellement
Objectif Stratégique 2 : Renforcer les plateformes identifiées qui utilisent des stratégies de distribution et mènent des interventions similaires (administration massive de médicaments, lutte contre les infections dermatologiques dues aux MTN, prise en charge des morbidités, communication sur les changements sociaux et comportementaux, services WASH, etc.) afin que ces approches soient intégrées dans la lutte contre les MTN	Nombre de plateformes multisectorielles identifiés	02	5ans
	Nombre d'activités conjointes réalisées par les plateformes multisectorielles	4	Annuellement
Objectif Stratégique 3 Encourager et renforcer l'appropriation et la prise en charge des MTN en créant des structures organisationnelles au niveau national et local et en leur accordant un financement dans le cadre du PNDS	Nombre de point focaux au niveau des DS en charge des MTN mis en place	113	5ans
Objectif Stratégique 4 Améliorer la communication et la sensibilisation au niveau communautaire pour réussir à éliminer les MTN endémiques.	Nombre de plan de communication intégré sur la lutte contre les MTN élaboré	1	5ans

PARTIE 4

Budgétisation de l'impact : Estimations et justifications

4.1 : Justification et estimation du budget

En Côte d'Ivoire, l'analyse de la situation épidémiologique confirme l'existence d'un certain nombre de MTN et la co-endémicité à plusieurs MTN dans les districts sanitaires. La Côte d'Ivoire fait partie des pays d'Afrique ayant mis en œuvre le premier plan quinquennal intégré de lutte contre les MTN de 2016- 2020. Cependant, l'environnement socio-politique défavorable n'a pas permis de mettre en œuvre les activités planifiées dans ce plan afin que les MTN ne constituent plus un problème de santé publique. A partir de 2021, la Côte d'Ivoire envisage une lutte contre les MTN intégrant plusieurs plateformes, une prise en charge de la morbidité liée aux MTN tout en maintenant les acquis des traitements de masse en milieu scolaire et communautaire.

4.2 : Élaboration du budget

La lutte contre les MTN nécessite la coordination et la durabilité de la part des donateurs et des gouvernements nationaux pour financer les ministères de la santé, de même qu'un mécanisme pour le respect des engagements convenus avec tous les partenaires.

Les coûts unitaires pour chaque intervention ont été déterminés à partir des interventions retenues dans le plan, adoptant l'approche de coût normalisé, appliqué pour l'estimation des coûts directs des intrants.

Les coûts des intrants ont été obtenus par chaque programme à partir des prix du marché, de l'information disponible dans les bases de données d'approvisionnement nationales et des enquêtes ainsi que l'historique des coûts.

Le présent budget a tenu compte d'une analyse des déterminants en termes de disponibilité des intrants essentiels, de ressources humaines, d'accessibilité, d'utilisation des services de santé par la population, de couverture adéquate et de couverture effective en vue de la réalisation des objectifs fixés et des résultats à atteindre pour la période 2021-2025. En somme, la budgétisation a pris en compte les réformes envisagées dans le secteur de la santé en matière de construction, de réhabilitation des infrastructures sanitaires et de recrutement des ressources humaines complémentaires consécutifs aux mesures nouvelles.

4.3 : Mécanisme de financement et mobilisation des ressources

Le financement des interventions retenues dans le PD 2021-2025 sera mobilisé de façon concertée auprès de l'Etat, des partenaires au développement et du secteur privé.

La programmation des coûts a été proposée en fonction des prévisions de financement du plan sur la base des quatre (4) objectifs stratégiques. Le coût global estimatif de mise en œuvre du PD de lutte contre les MTN 2021-2025 s'élève à 58 890 167 156 milliards de FCFA. Le tableau 26 ci-dessous donne un aperçu général du besoin de financement du PD 2021-2025.

Tableau 26: Budgétisation des activités

	CHRONOGRAMME					
	2021	2022	2023	2024	2025	
PNLMTN-CP						15974584638
OBJECTIF 1: Réduire de 45% le nombre de personnes nécessitant des interventions de lutte contre les MTN	X	X	X	X	X	4951320500
OBJECTIF 2: Réduction de 35 % du nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité liée aux maladies Tropicales Négligées	X	X	X	X	X	569764790
OBJECTIF 3: Accélérer la réduction de la charge de morbidité des géohelminthiases, de la schistosomiase, de la trypanosomiase humaine africaine, UB et de la lèpre.	X	X	X	X	X	3415537727
OBJECTIF 4: Éliminer la filariose lymphatique, onchocercose et le trachome en tant que problème de santé publique et parvenir à juguler la schistosomiase	X	X	X	X	X	7037961621
PNETHA						306500000
OBJECTIF 1: Réduire de 45% le nombre de personnes nécessitant des interventions de lutte contre les MTN	X	X	X	X	X	183500000
OBJECTIF 2: Accélérer la réduction de la charge de morbidité de la trypanosomiase humaine africaine.	X	X	X	X	X	123000000
ULCERE DE BURULI						39912695503
OBJECTIF 1: Réduire de 45% le nombre de personnes nécessitant des interventions de lutte contre les MTN	X	X	X	X	X	31396731503
OBJECTIF 2: Réduction de 35 % du nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité liée aux maladies Tropicales Négligées	X	X	X	X	X	1760356000
OBJECTIF3: Accélérer la réduction de la charge de morbidité des géohelminthiases, de la schistosomiase, de la trypanosomiase humaine africaine, UB et de la lèpre.	X	X	X	X	X	6755608000
OBJECTIF4: Éliminer la filariose lymphatique, onchocercose et le trachome en tant que problème de santé publique et parvenir à juguler la schistosomiase	X	X	X	X	X	
MTN -VG						7207092625
Objectif Sépécifique 1: Maintenir zéro cas autochtone de VG	X	X	X	X	X	7207092625
LEPRE						2648984235
OBJECTIF 1: Réduire de 45% le nombre de personnes nécessitant des interventions de lutte contre les MTN	X	X	X	X	X	1160362000
OBJECTIF2: Réduction de 35 % du nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité liée aux maladies Tropicales Négligées (EVC/DALY : Espérance de Vie Corrigée de l'Incapacité)	X	X	X	X	X	371400000
OBJECTIF3: Accélérer la réduction de la charge de morbidité des géohelminthiases, de la schistosomiase, de la trypanosomiase humaine africaine UB et de la lèpre.	X	X	X	X	X	1117222235
OBJECTIF4: Éliminer la filariose lymphatique et le trachome en tant que problème de santé publique et parvenir à juguler la schistosomiase	X	X	X	X	X	
TOTAL GENERAL						66049857001

- Budget par programmes MTN**

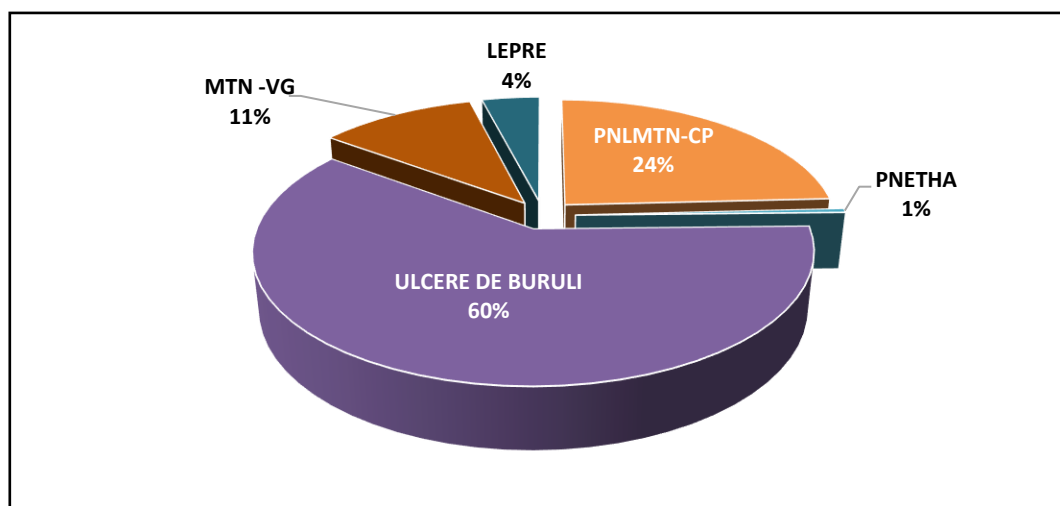


Figure 24: Contribution des programmes au budget total

Annexes

- Étapes à suivre pour élaborer ou passer en revue un plan directeur de lutte contre les MTN national
- Cibles, étapes importantes et indicateurs proposés pour la feuille de route
- Intégration de la lutte contre les MTN dans les systèmes de santé nationaux
- Coordination avec les ministères de la Santé et d'autres ministères et autorités
- Organigramme du Ministère de la Santé et du programme national de lutte contre les MTN
- Innocuité

Annexe 1 : Étapes à suivre pour élaborer ou passer en revue un plan directeur de lutte contre les MTN national



I. Préparer et organiser

Examiner les plans de lutte contre les MTN existants et la situation des programmes de lutte contre les maladies

Comprendre les priorités sanitaires nationales, par exemple la charge de morbidité des MTN, les progrès réalisés vers les objectifs déjà définis et les futures lacunes potentielles

Établir une cartographie des parties prenantes concernées (du secteur de la santé et au-delà) et des initiatives existantes en matière de lutte contre les MTN

Créer une équipe spéciale (formée de représentants du niveau local ou d'autres secteurs par exemple) ou faire appel à une équipe existante pour coordonner la planification stratégique de la lutte contre les MTN.



II. Définir des cibles et des stratégies

Consulter les ODD et la feuille de route mondiale à l'horizon 2030 pour fixer des cibles à atteindre pour chaque maladie pertinente ainsi que des cibles transversales, en tenant compte des objectifs et des calendriers existants

Concevoir des ébauches de stratégies qui tiennent compte des mesures à prendre pour atteindre les cibles, en notant les lacunes, les obstacles et les mesures prioritaires. Cela peut inclure des éléments comme un argumentaire d'investissement et un modèle de collaboration, et un cadre de suivi et d'évaluation.

S'assurer que ces stratégies correspondent aux stratégies sanitaires nationales au sens plus large.



III. Consulter et faire appel aux partenaires

Réunir ou intégrer les parties prenantes dans un comité pour toutes les MTN et y inclure des représentants des secteurs concernés (WASH par exemple) afin d'examiner les stratégies existantes et proposées

Mener de vastes consultations auprès de parties prenantes locales, régionales et mondiales comme l'OMS, les individus et les communautés touchées par les MTN

Utiliser une carte des parties prenantes et les résultats pour déterminer leurs rôles et les ressources dont elles disposent



IV. Peaufiner les plans et les actions requises

Améliorer les plans nationaux de lutte contre les MTN en utilisant les informations fournies par les partenaires

Déterminer les ressources et les activités internes et externes requises et mettre en évidence les lacunes et les obstacles. Prendre des mesures pour remédier aux lacunes.

Les intégrer dans les stratégies sanitaires nationales et obtenir l'engagement politique nécessaire pour mettre en œuvre les plans de lutte contre les MTN

Adapter les structures de gouvernance, de collaboration et du programme afin d'assurer la réalisation des objectifs

Démarrer un apprentissage continu et adapter la stratégie

Annexe 2 : Cibles, étapes importantes et indicateurs proposés pour la feuille de route

Cibles générales à l'échelle mondiale	
Indicateur	2030
Pourcentage de réduction du nombre de personnes ayant besoin d'une intervention liée à une maladie tropicale négligée	90 %
Nombre de pays ayant éliminé au moins une maladie tropicale négligée	100
Nombre de maladies tropicales négligées éradiquées	2
Pourcentage de réduction des années de vie ajustées sur l'incapacité en rapport avec des maladies tropicales négligées	75 %

Cibles transversales

Indicateur		2030
Approches intégrées	Indice de couverture des traitements intégrés en ce qui concerne la chimio prévention	75%
	Nombre de pays ayant adopté et mis en œuvre des stratégies intégrées de lutte contre les maladies tropicales négligées de la peau	40%
	Pourcentage de réduction du nombre de décès dus à des maladies tropicales négligées à transmission vectorielle (par rapport à 2016), en vue d'atteindre la cible fixée par l'OMS dans le cadre de l'Action mondiale pour lutter contre les vecteurs	75%
Coordination multisectorielle	Accès à des services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène de base au moins, dans les régions où les maladies tropicales négligées sont endémiques, afin d'atteindre les cibles 6.1 et 6.2 de l'objectif de développement durable n°6	100%

	Pourcentage de la population à risque protégée contre les dépenses de santé liées à des maladies tropicales négligées qui sont à la charge des patients et constituent une situation catastrophique, en vue d'atteindre la cible 3.8 de l'objectif de développement durable n°3	90%
	Pourcentage de pays ayant intégré les maladies tropicales négligées dans leurs stratégies ou leurs plans sanitaires nationaux	90%
Couverture sanitaire universelle	Pourcentage de pays ayant inclus les interventions liées aux maladies tropicales négligées dans leurs services essentiels et dans leur budget	90%
	Pourcentage de pays dont les systèmes de santé disposent de directives pour la prise en charge des incapacités liées aux maladies tropicales négligées	90%
Appropriation par les pays	Pourcentage de pays qui rédigent des rapports sur toutes les maladies tropicales négligées endémiques pertinentes	90%
	Pourcentage de pays qui recueillent et fournissent des données sur les maladies tropicales négligées, avec une ventilation par sexe	90%

Incidence des approches intégrées sur les cibles spécifiques à certaines maladies

Maladie	Indicateur	2020	2023	2025	2030
Maladie que l'on prévoit d'éradiquer					
Dracunculose	Nombre de pays certifiés exempts de transmission	187 (96%)	189 (97%)	191 (97%)	194 (100%)

Pian	Nombre de pays certifiés exempts de transmission	1 (1%)	97 (50%)	131 (70%)	194 (100%)
Maladie que l'on prévoit d'éliminer (interruption de la transmission)					
Trypanosomiase humaine africaine (à T. gambiense)	Nombre de pays où l'interruption de la transmission a été vérifiée	0	0	5 (21%)	15 (62%)
Lèpre	Nombre de pays n'ayant enregistré aucun nouveau cas autochtone de lèpre	50 (26%)	75 (39%)	95 (49%)	120 (62%)
Onchocercose	Nombre de pays où l'interruption de la transmission a été vérifiée	4 (12%)	5 (13%)	8 (21%)	12 (31%)
Maladie que l'on prévoit d'éliminer en tant que problème de santé publique					
Maladie de Chagas	Nombre de pays où les quatre modes de transmission (vectorielle, par transfusion, à la suite d'une transplantation et congénitale) ont été interrompus et où les traitements antiparasitaires couvrent 75 % de la population cible	0	4 (10%)	10 (24%)	15 (37%)
Trypanosomiase humaine africaine (à T. rhodesiense)	Nombre de pays où son élimination en tant que problème de santé publique a été validée (moins d'un cas en moyenne par année dans une population de 10 000 habitants, dans tous les districts sanitaires du pays, au cours des cinq dernières	0	2 (15%)	4 (26%)	8 (61%)

	années)				
Leishmaniose (viscérale)	Nombre de pays où son élimination en tant que problème de santé publique a été validée (taux de létalité due à la leishmaniose viscérale primaire inférieur à 1)	0	32 (43%)	56 (75%)	64 (85%)
Filariose lymphatique	Nombre de pays où son élimination en tant que problème de santé publique a été validée (l'infection a été maintenue sous les seuils définis par l'enquête d'évaluation de la transmission pendant quatre ans au moins après l'arrêt de l'administration massive de médicaments, et la totalité des soins essentiels sont dispensés dans toutes les régions où l'existence de cas est connue)	19 (26%)	23 (32%)	34 (47%)	58 (81%)
Rage	Nombre de pays ayant atteint un taux nul de décès humains dus à la rage	80 (47%)	89 (53%)	113 (67%)	155 (92%)
Schistosomiasés	Nombre de pays où leur élimination en tant que problème de santé publique a été validée (à l'heure actuelle, cela signifie que le taux d'infection par les	26 (33%)	49 (63%)	69 (88%)	78 (100%)

	schistosomias d'intensité élevée est inférieur à 1 %)				
Géohelminthiases	Nombre de pays où leur élimination en tant que problème de santé publique a été validée (le taux des géohelminthiases d'intensité modérée ou élevée causées par Ascaris lumbricoides, Trichuris trichuria, Necator americanus ou Ancylostoma duodenale est inférieur à 2 %)	7 (7%)	60 (60%)	70 (70%)	96 (96%)
Trachome	Nombre de pays où son élimination en tant que problème de santé publique a été validée (cela signifie i) que le taux de prévalence du trichiasis trachomateux « inconnu dans le système de santé » est inférieur à 0,2 % chez les 15 ans ou plus, dans tous les districts où la maladie était endémique, ii) que le taux de prévalence des inflammations trachomateuses - folliculaires chez les enfants de 1 à 9 ans - est inférieur à 5 %, dans tous les districts où la maladie était endémique, et iii) qu'il existe des données écrites qui prouvent que	9 (14%)	28 (44%)	43 (68%)	64 (100%)

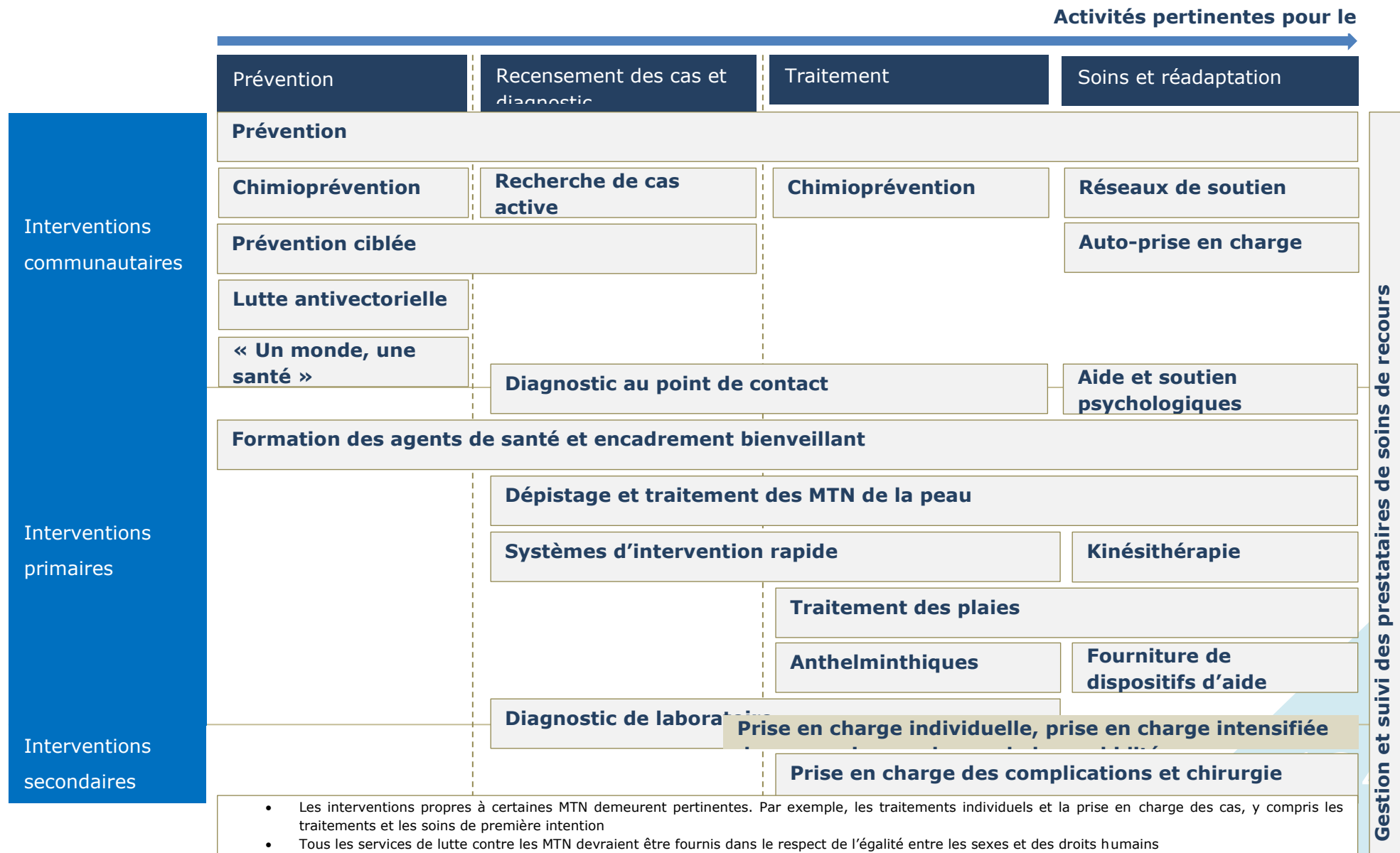
	le système de santé est capable d'identifier et de prendre en charge les nouveaux cas de trichiasis trachomateux grâce à des stratégies définies, ainsi que des données indiquant que des ressources financières suffisantes pour mettre en œuvre ces stratégies sont disponibles)				
Maladies que l'on prévoit de juguler					
Ulcère de Buruli	Pourcentage de cas classés dans la catégorie III (stade avancé) au moment du diagnostic	30%	Moins de 22%	Moins de 18%	Moins de 10%
Dengue	Taux de létalité due à la dengue	0,80%	0,50%	0,50%	0%
Echinococcose	Nombre de pays ayant intensifié leur lutte contre l'échinococcose cystique dans les régions où la maladie est hyperendémique	1	4	9	17
Trématodoses d'origine alimentaire	Nombre de pays ayant intensifié leur lutte dans les régions où la maladie est hyperendémique	Sans objet	3 (3%)	6 (7%)	11 (12%)
Leishmaniose (cutanée)	Nombre de pays dans lesquels : 85 % des cas sont détectés et signalés, et 95 % des cas signalés sont traités.	Sans objet	44 (51%)	66 (76%)	87 (100%)

Mycétome, chromoblastomycose et autres mycoses profondes	Nombre de pays ayant inclus le mycétome, la chromoblastomycose, la sporotrichose et la paracoccidioïdomycose dans leurs programmes de lutte et leurs systèmes de surveillance nationaux	1	4	8	15
Gale et autres ectoparasitoses	Nombre de pays ayant intégré la prise en charge de la gale dans les soins offerts au titre de la couverture sanitaire universelle	0	25 (13%)	50 (26%)	194 (100%)
Envenimations par morsures	Nombre de pays où le taux de mortalité par morsure de serpent a été réduit de 50 %	Sans objet	39 (30%)	61 (46%)	132 (100%)
Taeniasis et cysticerose	Nombre de pays ayant intensifié leur lutte dans les régions où ces maladies sont hyper endémiques	2 (3%)	4 (6%)	9(14%)	17(27%)

Note : Dans certains cas, le mot « pays » est utilisé pour désigner des pays, des territoires ou des régions

Annexe 3 : Intégration de la lutte contre les MTN dans les systèmes de santé nationaux

Les pays peuvent avoir besoin d'une expertise technique liée à une maladie spécifique pour comprendre les mesures à prendre et les hiérarchiser en fonction du contexte local



Annexe 4 : Coordination avec les ministères de la Santé et d'autres ministères et autorités

Ministère de la Santé

Activités des services du ministère de la Santé qui sont pertinentes pour la lutte contre les MTN

- Activer contre les vecteurs (elle peut relever du ministère de l'environnement dans certains pays)
- Utilisation de répulsifs et de pièges (moustiquaires imprégnées d'insecticide, écrans, insecticides ou molluscicides, brumisation, par exemple)
- Gestion de l'environnement en vue de minimiser les habitats larvaires :
- Amélioration des logements (en collaboration avec le ministère des infrastructures), par exemple des plans de construction de logements exempts de vecteurs comprenant des infrastructures de stockage de l'eau sûres, des installations sanitaires, des moustiquaires, et permettant à l'air de circuler, afin d'empêcher l'entrée de vecteurs et de garder les maisons au frais.
 - Gestion des réceptacles, à savoir les recouvrir, les vider, les nettoyer et les éliminer (les vieux pneus par exemple).
 - Drainage ou traitement des eaux stagnantes (en collaboration avec le ministère de l'eau et les services WASH)
- Changement des comportements, port de vêtements longs, par exemple.
- Utilisation d'autres approches innovantes comme la libération de vecteurs modifiés, transgéniques ou stériles ou les répulsifs spatiaux, pour empêcher l'entrée du vecteur dans les foyers.



Santé mentale

S
e
r
v
i
c

es d'aide et de soutien psychologique destinés aux patients atteints de MTN
Évaluation de routine de la santé mentale des patients atteints de MTN spécifiques et de ceux atteints de maladies chroniques en particulier

H
a
n
d
i
c
a
p

et inclusion

Taritement du handicap et prise en charge des morbidités au moyen de la kinésithérapie par exemple. Fourniture de services et d'appareils d'assistance tels que des dispositifs d'aide à la marche ou des prothèses. Formation à l'autoprise en charge du handicap et à l'autoadministration de soins.

S
a
n
t
é

m
a
t
e

rnelle et infantile

Sensibilisation aux maladies pour lesquelles les femmes et les enfants sont exposés à un risque disproportionné ou pour lesquelles il existe des manifestations particulières chez les femmes (la schistosomiase génitale féminine, par exemple)

Utilisation des rencontres prénatales et postnatales, dans les cliniques de santé maternelle par exemple, pour mener des interventions telles que la distribution de comprimés antiparasitaires et de suppléments (du fer par exemple) aux femmes enceintes et aux enfants, afin de prévenir l'anémie.

oculaire

Promotion des soins oculaires, à savoir le lavage du visage, la protection des yeux et les examens de la vue

Fourniture de traitements contre les affections oculaires liées aux MTN, y compris des interventions chirurgicales, le cas échéant

Nutrition

Accès à une meilleure nutrition, en vue de renforcer le système immunitaire et de réduire la sensibilité à des infections telles que la leishmaniose viscérale, pour laquelle la malnutrition constitue un facteur de risque

Fourniture d'aliments et de compléments (fer et vitamine A par exemple) pour lutter contre les effets secondaires courants liés aux MTN, tels que l'anémie ou les troubles nutritionnels.

Autres programmes de lutte contre les maladies



Programmes de
vaccination :
administration
conjointe de

chimiothérapie préventive aux enfants d'âge préscolaire. Tuberculose : dépistage conjoint de la paragonimose (trématodose d'origine alimentaire), de la lèpre et d'autres mycobactérioses telles que l'ulcère de Buruli.

Paludisme : établissement d'un diagnostic conjoint, en même temps que celui de la trypanosomiase humaine africaine, lutte antivectorielle contre le moustique Anopheles

VIH/sida : éducation sur les risques de co-infection avec certaines MTN, par exemple.

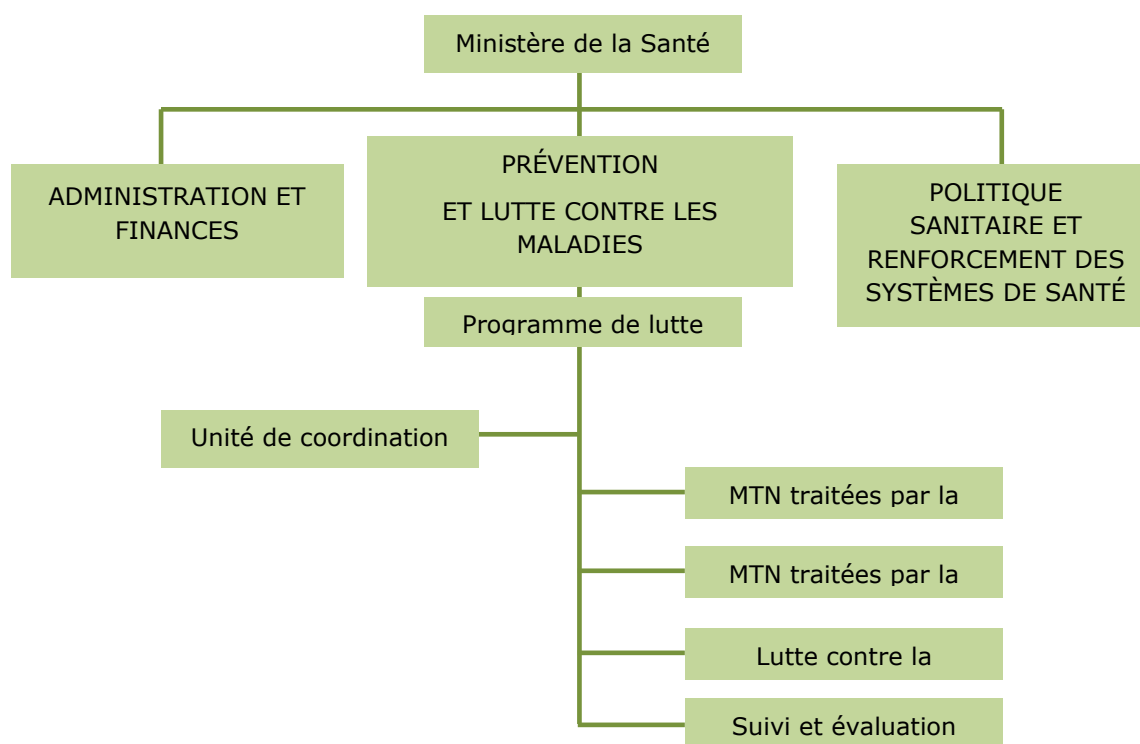
Pharmacovigilance

Autorité de réglementation officielle pour l'innocuité des médicaments et le signalement des manifestations indésirables.

Expertise dans les effets indésirables des médicaments, leur investigation et leur prise en charge.

Expertise dans la communication d'informations sur les risques et dans l'atténuation de fausses informations sur des manifestations indésirables

Annexe 5 : Organigramme du Ministère de la Santé et du programme national de lutte contre les MTN



Annexe 6. Innocuité

La sécurité est la clé de voûte du succès des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées et d'élimination de ces maladies. L'attention portée à l'innocuité est également requise pour remplir l'obligation éthique fondamentale des programmes de santé publique, qui reste de « ne pas nuire » à la santé. L'innocuité doit être intégrée et être l'objectif recherché dans tous les aspects des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées, notamment la formation, la supervision, l'approvisionnement et la gestion des médicaments, la chimioprévention, la communication avec les communautés, le suivi des programmes, et les investigations et rapports rapides sur les manifestations indésirables graves.

L'innocuité a été de longue date une préoccupation des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées. Par exemple, les médicaments administrés au titre de la chimioprévention sont fabriqués selon les normes les plus élevées d'innocuité et de qualité. Cependant, le maintien de l'innocuité procède d'une vigilance de tous les instants, surtout lors de l'administration de produits dans le cadre d'une chimioprévention, sachant que plus d'un milliard de personnes sont désormais concernées par la chimioprévention chaque année. Par exemple, des décès continuent d'être notifiés chez les enfants qui s'étouffent en essayant d'avaler des comprimés pendant la chimioprévention.

L'innocuité n'est pas automatique. Elle doit être envisagée, planifiée et intégrée dans toutes les composantes des programmes de lutte contre les MTN. Peu de plans directeurs de lutte contre les MTN comprennent actuellement des objectifs ou cibles liés à l'innocuité des produits médicaux. C'est donc dire que la sécurité n'a pas bénéficié de l'attention qu'elle mérite. Les programmes de lutte contre les MTN ne sont pas les seuls à agir dans ce domaine ; face au problème croissant de l'« erreur médicale », l'OMS a récemment lancé une initiative mondiale pour la sécurité des patients afin d'améliorer la sécurité dans tous les cadres médicaux et de santé publique (voir à cet effet la résolution WHA72.6 de l'Assemblée mondiale de la Santé). Intégrer l'innocuité comme une partie intégrante des Plans Directeurs de lutte contre les MTN peut garantir que l'innocuité des produits médicaux et la sécurité des patients reçoivent l'attention qu'elles méritent dans les programmes de lutte contre les MTN. La présente annexe fournit des orientations aux administrateurs des programmes de lutte contre les MTN afin qu'ils puissent se préoccuper de la sécurité lorsqu'ils élaborent et mettent en œuvre des plans directeurs nationaux de lutte contre les MTN.

Préparation des organisations et des systèmes

La feuille de route de l'OMS pour la lutte contre les MTN 2021-2030 aborde l'innocuité et la sécurité principalement dans le contexte de la gestion sûre des médicaments et de la riposte aux réactions indésirables. Par exemple, la figure 6 de la feuille de route sur les MTN fait allusion à l'administration en toute sécurité du traitement et à la surveillance, ainsi qu'à la riposte diligentes face aux manifestations indésirables, ce qui constitue une dimension essentielle pour évaluer les mesures programmatiques.

L'administration sans risque des médicaments et la mise en place de ripostes compétentes en cas de manifestations indésirables exigent une planification préalable couplée à une préparation organisationnelle, au sein du Ministère de la santé comme au-delà de ce département ministériel. Les centres nationaux de pharmacovigilance représentent une ressource essentielle, mais souvent négligée, pour les programmes de lutte contre les MTN dans la planification et la riposte aux manifestations indésirables liées aux médicaments. Les centres de pharmacovigilance ont de l'autorité réglementaire et la responsabilité de mener des investigations sur les manifestations indésirables et de les déclarer, et ils peuvent fournir les ressources et l'expertise essentielles aux programmes de lutte contre les MTN lorsque des manifestations indésirables graves surviennent. La collaboration avec les centres nationaux de pharmacovigilance devrait être mise en exergue dans les Plans Directeurs de lutte contre les MTN. Les sections pertinentes pour une telle collaboration, telles qu'elles figurent dans les lignes directrices du plan directeur, sont mais pas exclusivement la section 1.2.2 (analyse des systèmes de santé), le tableau 2 (blocs constitutifs du système de santé), la section 1.4.2 (exécution de programmes étroitement liés) et la figure 9 (approches transversales de lutte contre les maladies tropicales négligées). Les représentants des agences de pharmacovigilance devront faire partie du groupe consultatif technique national sur les MTN (figure 11).

Un deuxième domaine hautement prioritaire pour la préparation se trouve être la communication. L'inquiétude au sujet des manifestations indésirables est l'une des principales raisons avancées par les personnes qui refusent de participer à la chimioprévention. Lorsque des manifestations indésirables – ou même des rumeurs à leur sujet – se produisent, une communication claire et efficace est primordiale. De plus en plus, cela passe par les réseaux sociaux. Les Plans Directeurs de lutte contre les MTN doivent préciser l'élaboration et l'examen périodique d'un plan de communication stratégique qui traite des messages clés axés sur l'innocuité des produits médicaux pendant la mobilisation communautaire, identifie les porte-parole pouvant être formés et « prêts » pendant l'administration massive de médicaments et coordonne les actions en cas de manifestations indésirables et d'autres situations susceptibles de provoquer la

panique dans la communauté ou de représenter une menace pour le programme. Les sections pertinentes des lignes directrices relatives au Plan Directeur comprennent le tableau 14 (avec l'ajout de la communication sur les risques et la crise) et le pilier 3 (appropriation par les pays).

Gestion et stockage sûrs des médicaments

De nombreux Plans Directeurs sur les MTN répondent au besoin d'assurer la gestion, le stockage et l'expédition en toute sécurité des médicaments contre les MTN, comme le fait la feuille de route pour la lutte contre les MTN 2021-2030. Il est important que les Plans Directeurs de lutte contre les MTN continuent à mettre en exergue ces facteurs. À mesure que la chimioprévention devient de plus en plus intégrée et que les médicaments sont administrés conjointement, une prise en charge sûre des médicaments est essentielle pour éviter les mélanges et les doses inappropriées.

Formation à l'innocuité et administration sûre des médicaments

L'administration sans danger des médicaments dépend de la qualité de l'interaction entre le distributeur sous directives communautaires (CDD) et les personnes participant à la chimioprévention. Les distributeurs sous directives communautaires doivent comprendre que la sécurité est aussi importante qu'une couverture élevée du médicament, et doivent être formés et compétents pour garantir une posologie correcte et prévenir l'étouffement (comme insister sur le traitement observé, écraser les comprimés de déparasitant et ne pas forcer les jeunes enfants à prendre des médicaments contre leur volonté). Les CDD doivent respecter des critères d'exclusion (par exemple, premier trimestre de grossesse) et doivent savoir comment répondre en cas d'étouffement de la patiente ou du patient (par exemple en pratiquant la manœuvre de Heimlich). L'administration massive de médicaments contre l'onchocercose dans les zones d'endémie de la loase rencontre des difficultés supplémentaires en lien avec la prévention des manifestations indésirables graves d'origine neurologique et une solution à ce problème devrait être trouvée dans les plans directeurs de lutte contre les MTN.

Gestion des manifestations indésirables

L'inadéquation et la mauvaise exécution des ripostes aux manifestations indésirables graves représentent une menace pour les programmes de lutte contre les MTN. Les Plans Directeurs de lutte contre les MTN doivent comprendre des objectifs et des activités spécifiquement axés sur la reconnaissance, la riposte, les investigations, l'établissement de rapports et, en fin de compte, la prévention des manifestations indésirables graves. Ces Plans Directeurs peuvent inclure des objectifs de processus pour la préparation et la riposte aux manifestations indésirables, ainsi que des cibles pour la collaboration avec les organismes nationaux de pharmacovigilance, la

planification de la communication stratégique et la sensibilisation des parties prenantes aux procédures permettant d'intervenir en cas de manifestations indésirables graves. Zéro décès par étouffement serait un exemple de cible à atteindre.

Intégrer la sécurité dans les plans directeurs de lutte contre les maladies tropicales négligées

L'intégration de la sécurité dans les Plans Directeurs de lutte contre les MTN offre de nombreuses possibilités, ce qui est facilité par l'approche systématique recommandée dans le présent document pour l'élaboration de ces Plans Directeurs. La première étape peut consister à inclure l'innocuité – avec le principe « Ne pas nuire » – comme principe directeur dans le tableau 13.

Dans la partie I du document qui porte sur l'analyse de la situation des MTN, l'analyse des FFOM (section 1.5) devrait considérer les manifestations indésirables graves et les autres problèmes d'innocuité comme des menaces potentielles à surmonter, tandis que l'analyse des systèmes de santé (faite à la section 1.2.2) devrait aussi concerner les organismes de pharmacovigilance.

Dans la partie II, la sécurité peut être envisagée comme un objectif programmatique, et des cibles spécifiques peuvent être définies (par exemple éviter les décès par étouffement). Deux piliers stratégiques (évoqués dans la section 2.4) sont particulièrement pertinents pour la sécurité, en l'occurrence les approches transversales et l'appropriation par les pays. L'innocuité est une question qui touche à tous les aspects des programmes de lutte contre les MTN, et à toutes les maladies. Le treizième programme général de travail met l'accent sur les médicaments essentiels sûrs, efficaces et d'un coût abordable ainsi que leur administration et leur utilisation correctes dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. En outre, les systèmes d'identification, de riposte, de notification, de prévention des manifestations indésirables graves et de promotion de l'innocuité des médicaments sont essentiels pour que les pays s'approprient les programmes de lutte contre les MTN. Les stratégies et les cibles en matière d'innocuité conviennent aussi à des maladies particulières, par exemple pour la lutte contre l'onchocercose dans les zones endémiques de la loase (cf. tableau 11).

Dans la partie III intitulée « Mise en œuvre de la stratégie », les centres de pharmacovigilance devraient être inclus dans les plans de coordination (cf. figure 11). La sécurité peut figurer en bonne place à la section 3.3, sur les hypothèses, les risques (par exemple étouffement, réponse aux rumeurs) et l'atténuation, et à la section 3.4, sur la responsabilisation par rapport à la performance. Des indicateurs de processus et de résultats spécifiques devraient être mis au point pour aborder les questions de sécurité hautement prioritaires pour les programmes nationaux.

Conclusion

La prise en compte de la sécurité dans les Plans Directeurs de lutte contre les MTN aura des répercussions profondes sur l'amélioration de la qualité des programmes. On trouvera des informations supplémentaires sur la sécurité des programmes de lutte contre les MTN dans le document de l'OMS intitulé *Safety in Administered Medicines for Neglected Tropical Diseases*, qui décrit les approches visant à établir et à entretenir une collaboration avec les organismes de pharmacovigilance, à développer la préparation et l'excellence en matière de communication, et à créer des systèmes pour détecter, réagir et prévenir les manifestations indésirables graves.

Annexe 7 : Soutenir la prise de décisions éclairées par des données probantes

De bonnes données sont essentielles pour suivre les progrès réalisés vers les jalons et les objectifs fixés par la nouvelle feuille de route de l'OMS sur les MTN.

Des données désagrégées de qualité, accessibles, opportunes et fiables sont nécessaires à chaque étape du programme MTN et sont essentielles pour une prise de décision adaptée et efficace. Elles soutiennent la planification et la gestion des activités clés et étayent la surveillance des progrès pour les priorités stratégiques identifiées dans les Plans Directeurs pays de lutte contre les MTN. L'élaboration d'une culture de programmation axée sur les données assure également un renforcement des mécanismes de responsabilisation, renforçant de fait la confiance et l'appui aux programmes. Pour aider les pays à collecter et à utiliser des données, ESPEN a développé deux plateformes de données sur les MTN-CP : *ESPEN Survey Services* et *ESPEN Portal*.

ESPEN Survey Services facilite la collecte de données épidémiologiques normalisées spécifiques aux maladies, améliorant ainsi la qualité et la rapidité dans la disponibilité des données.

Ceci est construit autour de la plate-forme d'application mobile ESPEN Collect pour collecter, stocker et visualiser des données en temps réel. *ESPEN Collect* soutient actuellement des enquêtes spécifiques à la maladie qui recueillent des données en vue de renseigner le dossier de commande commune du médicament, ainsi que des enquêtes de couverture de la chimiothérapie préventive.

Le portail ESPEN (<https://espen.afro.who.int>) aide les États membres à utiliser des données sur les MTN-CP pour prendre action en leur offrant un accès facile à des produits de données et outils de de qualité.

De nombreux programmes MTN sont confrontés à de multiples défis en matière d'accès et d'utilisation des données, y compris la fragmentation des systèmes de gestion des données et la capacité limitée de rassembler et d'analyser les données. Grâce au portail de données d'ESPEN, les responsables de la santé et leurs partenaires peuvent accéder à des ensembles de données et des cartes désagrégées, longitudinales spécifiques à chaque maladie ou intégrées, ainsi qu'à des analyses et des outils axés sur l'action – tous élaborés à partir de données fournies à ESPEN par les ministères de la Santé par le biais de processus de rapportage de l'OMS.

Cette annexe met en évidence certaines des ressources de données ESPEN disponibles les plus pertinentes pour la revue des programmes et l'élaboration des politiques en matière de MTN, et suggère comment celles-ci pourraient soutenir le développement de plans directeurs stratégiques axés sur des données probantes, conformément à la Feuille de route de l'OMS pour 2030.

★DISPONIBLE VIA VOTRE PAGE PAYS SUR LE PORTAIL D'ESPEN:

(i) Tableaux de bord progrès MTN-CP et référentiel complet de données : L'équipe de gestion des données d'ESPEN a compilé dans une base de données principale les

données épidémiologiques et programmatiques soumises par les ministères de la Santé via le dossier de commande commune de médicaments, liant dans le temps les unités de mise en œuvre (UMO) et les maladies. Vous pouvez considérer cela comme une base de données nationale alternative sur les MTN, qui décrit les activités passées et en cours du programme. Ces données ont été utilisées pour générer des tableaux de bord résumant pour chaque district, les progrès réalisés dans le cadre de l'élimination de chaque maladie. Des cartes et des ensembles de données) l'échelle UMO présentent également des données de prévalence (à partir de la cartographie de base et des évaluations d'impact, au niveau de l'UMO et du site); l'endémicité actuelle et le statut de co-endémicité; la couverture de traitement par an; et le nombre cumulatif de tours de traitement.

→ Il s'agit là de ressources essentielles pour, d'abord compléter les [Sections 1.3 Analyse des écarts](#) et [1.4 Analyse contextuelle du programme](#) du document du Plan Directeur, et deuxièmement pour étayer l'identification et l'élaboration des [Priorités stratégiques](#) (Section 2). Ils fournissent également l'information de base et d'écart contemporain nécessaire pour fixer des objectifs pertinents dans le [Cadre de la Performance et de la Responsabilisation](#) (Section 3.4).

(ii) Ressources de données intégrées du WaSH : L'eau, l'assainissement et l'hygiène (WaSH) sont essentiels à la prévention et la prise en charge des MTN. A travers votre Page pays, vous pouvez accéder à des informations et à des cartes interactives sur l'accès à l'eau et à l'assainissement à l'échelle UMO, mettant en évidence les domaines d'opportunité pour une coordination entre les activités WaSH et MTN au niveau local afin de maximiser l'efficacité des programmes MTN. Ceci est utile pour mieux décrire le [Contexte du programme](#) dans le plan directeur.

(iii) Tableaux de bord prévisionnels : En combinant des informations sur le contexte du programme et les progrès actuels dans un cadre décrivant les activités requises par étape de programme, ESPEN a élaboré des prévisions qui projettent la trajectoire attendue des activités de chimiothérapie préventive et d'évaluation d'impact pour chaque unité de mise en œuvre jusqu'en 2030. Les projections peuvent être téléchargées sous forme de simples feuilles de calcul ou visualisées à travers les pages du portail ESPEN.

→ Cet outil stratégique clé fournit un soutien précieux aux programmes visant à fixer des objectifs annuels réalistes pour les [étapes](#) spécifiques à chaque maladie (Section 2.2.2) et à fixer des délais [appropriés](#) pour la conduite de chaque activité clé des priorités stratégiques (Section 3.1). Cette ressource soutient également l'élaboration d'un [budget de programme pluriannuel réaliste](#), en décrivant clairement les activités attendues par année (Partie 4).

★ AUTRES RESSOURCES ESPEN:

iv) Les Services d'appui aux enquêtes d'ESPEN : Après que les programmes ont utilisé les informations disponibles à partir des tableaux de bord prévisionnels pour

cartographier à quel moment une étude d'impact spécifique à une maladie devrait être planifiée et où, les services d'appui aux enquêtes d'ESPEN peuvent apporter un appui à la collecte de données épidémiologiques de qualité. En plus d'évaluer la performance, ces données peuvent être utilisées pour ajuster les attentes en termes de délais et indiquer les domaines nécessitant des investigations ou des investissements accrus.

(v) Outils de données alignés : utilisation de la modélisation pour soutenir la mise en œuvre réactive : L'outil de prévision ESPEN fournit une projection basée sur les programmes en supposant que la mise en œuvre s'est passée comme prévu, et la prévalence a suivi la trajectoire attendue. La mise en œuvre des programmes MTN peut toutefois être affectée par de nombreux facteurs qui influent sur le succès probable. En collaboration avec le Consortium de modélisation sur les MTN, ESPEN a mis à disposition des modèles informatiques adaptés à chaque pays (et à chaque unité de mise en œuvre) qui peuvent (i) soutenir les programmes dans l'identification préalable des domaines qui pourraient nécessiter des interventions intensifiées, et (ii) étudier les explications possibles des mauvaises performances observées. Ceux-ci peuvent être utilisés pour adapter les stratégies d'intervention afin de cibler plus efficacement les problèmes potentiels et d'affiner les objectifs pour tenir compte de ces défis.

Voici quelques études de cas décrivant comment cet outil de modélisation peut être utilisé pour orienter l'action.

1. Dans un lieu déterminé, les enquêtes de prévalence de base pour la SCH ont suggéré une prévalence très élevée chez les enfants d'âge scolaire pour plusieurs UMO. Pour ces UMO, le traitement annuel des enfants d'âge scolaire suffira-t-il à atteindre l'élimination en tant que problème de santé publique d'ici 5 à 6 ans?

Pour chaque UMO, l'outil de modélisation tient compte de la dynamique de transmission locale (étayée par les données de base disponibles) pour projeter l'impact probable des activités de lutte. Plus les données de prévalence de base sont fiables, plus nous pouvons avoir confiance dans ces projections. Les utilisateurs peuvent utiliser l'outil pour étudier s'ils pourraient être censés atteindre les objectifs du programme compte tenu des interventions standard et peuvent explorer l'effet de l'augmentation du nombre de tournées annuelles de chimiothérapie préventive ou de l'expansion pour inclure d'autres groupes d'âge. Les résultats peuvent suggérer que, dans ce contexte, il est très peu probable que les objectifs du programme puissent être atteints dans le délai indiqué, à moins que le traitement ne soit étendu aux adultes.

2. À la suite du Covid-19, un tour de chimiothérapie préventive pour le trachome a été manqué dans toutes les UMO endémiques à travers le pays. Quel effet cela aurait-il pu avoir sur le programme, et cet effet est-il susceptible d'avoir été le même partout ?

Parfois, les tours de traitement manqués se produisent pour diverses raisons. Comme l'outil considère à la fois la dynamique de la transmission locale et l'historique de la lutte

pour chaque UMO, il peut fournir une estimation de l'endémicité actuelle. Les utilisateurs peuvent utiliser l'outil pour comparer la prévalence prévue de l'UMO avec et sans ce cycle manqué de chimiothérapie préventive (pour évaluer l'impact probable) puis explorer des stratégies d'atténuation potentielles - telles que l'ajout d'un cycle supplémentaire l'année prochaine ou l'augmentation de la couverture du programme. Pour des maladies comme le trachome, les géohelminthiases (STH) et la schistosomiase (SCH), l'impact d'un tour de traitement manqué peut avoir un impact à long terme en raison des réinfections rapides. Cela est particulièrement vrai dans les régions où la prévalence est élevée.

3. Une UMO a échoué à une enquête pré-TAS, malgré la déclaration de 5 ans de traitement avec plus de 90% de couverture de la population. Pourquoi cela aurait-il pu arriver ?

Des enquêtes robustes sur la couverture du traitement peuvent fournir une indication utile à la question de savoir si les taux de traitement déclarés sont excessifs. Toutefois, en l'absence de telles données, l'outil de modélisation peut être utilisé pour explorer les explications possibles en comparant la tendance de prévalence modélisée avec celle observée à partir des données de l'enquête pré-TAS. Par exemple, est-ce que l'application de scénarii de traitement différents entre les groupes de population a pu jouer un rôle? En comparant divers scénarii de traitement (par exemple, une faible couverture constante dans une grande proportion de la population, comme les hommes adultes), les gestionnaires de programme peuvent déterminer si des mesures spécifiques peuvent être nécessaires. Il peut s'agir d'une campagne concertée visant à accroître la couverture des groupes non conformes.

Annexe 8 : Ressources humaines

Tableau 9 : Ressources humaines : personnels de santé en 2020 (source DRH Santé)

REGIONS/DISTRICTS	Médecins	Pharmaciens	Chirurgiens-Dentistes	Infirmiers Diplômés d'Etat	Infirmiers Spécialistes	Total Infirmiers	Sages-Femmes Diplômées d'Etat	Sage-Femme Spécialistes	Total sages- femmes	Techniciens supérieurs en santé	Ingénieurs (Ingénieur des techniques sanitaires, Ingénieur génie sanitaire, Ingénieur principal génie sanitaire)	Aide-Santé
ABIDJAN 1	327	80	37	579	51	630	635	39	674	247	9	241
ABOBO EST	120	28	16	165	19	184	178	16	194	99	4	72
ABOBO OUEST	28	14	5	52	5	57	68	2	70	18	0	14
ANYAMA	47	7	6	105	11	116	94	6	100	46	2	25
YOPOUGON-EST	57	16	4	110	10	120	128	10	138	28	1	52
YOPOUGON-OUEST SONGON	75	15	6	147	6	153	167	5	172	56	2	78
ABIDJAN 2	721	131	96	928	88	1 016	875	95	970	413	25	412
ADIAME-PLATEAU- ATTECOUBE	155	28	31	243	30	273	203	26	229	127	10	105
COCODY BINGERVILLE	267	54	24	300	27	327	319	35	354	115	3	168
KOUMASSI	66	15	8	90	4	94	110	8	118	54	2	27
PORT-BOUET-VRIDI	82	16	13	131	16	147	121	11	132	57	5	36
TREICHVILLE- MARCORI	151	18	20	164	11	175	122	15	137	60	5	76
AGNEBY-TIASSA	85	19	6	384	16	400	194	7	201	93	3	103
AGBOVILLE	33	6	3	156	11	167	68	5	73	44	2	55
SIKENS	11	4	1	52	1	53	34	0	34	11	0	11
TIASSALE	41	9	2	176	4	180	92	2	94	38	1	37
BAFING	25	7	1	106	3	109	55	0	55	21	0	27
KORO	6	2	0	22	0	22	16	0	16	3	0	6
OUANINOU	4	1	0	19	0	19	11	0	11	4	0	4
TOUBA	15	4	1	65	3	68	28	0	28	14	0	17
BAGOUÉ	39	10	4	168	3	171	68	1	69	39	1	42
BOUNDIALI	14	3	2	59	2	61	24	0	24	14	1	19
KOUTO	8	2	0	44	0	44	21	0	21	7	0	11
TENGRELA	17	5	2	65	1	66	23	1	24	18	0	12
BELIER	131	31	16	479	33	512	236	8	244	120	6	146

REGIONS/DISTRICTS	Médecins	Pharmaciens	Chirurgiens-Dentistes	Infirmiers Diplômés d'Etat	Infirmiers Spécialistes	Total Infirmiers	Sages-Femmes Diplômées d'Etat	Sage-Femme Spécialistes	Total sages- femmes	Techniciens supérieurs en santé	Ingénieurs (Ingénieur des techniques sanitaires, Ingénieur génie sanitaire, Ingénieur principal génie sanitaire)	Aide-Santé
DIDIEVI	11	3	1	55	1	56	20	0	20	6	0	11
TIEBISSOU	17	5	2	63	4	67	32	0	32	11	0	14
TOUMODI	30	8	4	145	10	155	62	2	64	38	1	49
YAMOUSSOUKRO	73	15	9	216	18	234	122	6	128	65	5	72
BERE	32	8	4	140	2	142	65	0	65	26	0	37
DIANRA	7	1	2	26	0	26	15	0	15	7	0	6
KOUNAHIRI	7	2	0	27	0	27	14	0	14	3	0	3
MANKONO	18	5	2	87	2	89	36	0	36	16	0	28
BOUNKANI	32	7	1	136	0	136	59	0	59	23	0	34
BOUNA	16	3	1	72	0	72	26	0	26	16	0	22
DOROP	5	2	0	21	0	21	10	0	10	2	0	4
NASSIAN	6	1	0	30	0	30	18	0	18	5	0	5
TEHINI	5	1	0	13	0	13	5	0	5	0	0	3
CAVALLY	36	12	5	216	8	224	93	0	93	50	0	52
BLOLEQUIN	8	3	1	55	1	56	30	0	30	11	0	9
GUIGLO	12	4	2	77	7	84	30	0	30	23	0	27
TAI	6	2	0	26	0	26	9	0	9	7	0	2
TOULEUPLEU	10	3	2	58	0	58	24	0	24	9	0	14
FOLON	13	4	1	49	0	49	33	0	33	9	0	12
KANIASSO	5	2	1	20	0	20	15	0	15	3	0	6
MINIGNAN	8	2	0	29	0	29	18	0	18	6	0	6
GBEKE	112	27	6	493	15	508	259	4	263	102	0	214
BEOUMI	23	4	1	93	4	97	35	1	36	18	0	35
BOTRO	12	2	0	43	0	43	24	0	24	7	0	13
BOUAKE NORD-EST	13	6	1	66	2	68	52	1	53	14	0	42
BOUAKE NORD-OUEST	29	5	0	111	7	118	65	0	65	25	0	55
BOUAKE-SUD	21	6	2	112	0	112	56	2	58	19	0	45

REGIONS/DISTRICTS	Médecins	Pharmaciens	Chirurgiens-Dentistes	Infirmiers Diplômés d'Etat	Infirmiers Spécialistes	Total Infirmiers	Sages-Femmes Diplômés d'Etat	Sage-Femme Spécialistes	Total sages- femmes	Techniciens supérieurs en santé	Ingénieurs (Ingénieur des techniques sanitaires, Ingénieur génie sanitaire, Ingénieur principal génie sanitaire)	Aide-Sa
SAKASSOU	14	4	2	68	2	70	27	0	27	19	0	24
GBOKLE	28	10	2	157	5	162	77	0	77	27	0	24
FRESCO	10	3	1	48	0	48	21	0	21	11	0	9
SASSANDRA	18	7	1	109	5	114	56	0	56	16	0	15
GONTUOGO	62	15	3	288	12	300	119	1	120	56	0	55
BONDOUKOU	30	3	2	129	10	139	54	0	54	31	0	31
KOUN-FAO	9	2	0	24	0	24	19	0	19	5	0	3
SANDEGUE	6	2	0	9	0	9	5	0	5	3	0	2
TANDA	11	4	1	98	2	100	29	1	30	14	0	13
TRANSUA	6	4	0	28	0	28	12	0	12	3	0	6
GRANDS PONTS	82	14	18	299	19	318	210	2	212	75	3	56
DABOU	49	8	10	156	12	168	124	1	125	47	2	21
GRAND-LAHOUE	14	3	5	64	6	70	41	1	42	16	1	15
JACQUEVILLE	19	3	3	79	1	80	45	0	45	12	0	20
GUEMON	50	9	2	251	6	257	114	0	114	38	0	44
BANGOLO	12	4	0	63	3	66	26	0	26	7	0	19
DUEKOU	23	3	1	124	3	127	54	0	54	24	0	19
KOUBLY	15	2	1	64	0	64	34	0	34	7	0	6
GÔH	80	17	11	461	28	489	213	2	215	103	3	101
GAGNOA1	51	9	9	254	25	279	111	2	113	71	3	74
GAGNOA2	12	2	0	93	0	93	50	0	50	15	0	6
OUME	17	6	2	114	3	117	52	0	52	17	0	21
HAMBOL	46	10	5	225	4	229	103	0	103	39	0	79
DABAKALA	15	4	1	84	2	86	38	0	38	16	0	27
KATIOLA	18	3	2	80	2	82	38	0	38	13	0	35
NIAKARAMADOUGOU	13	3	2	61	0	61	27	0	27	10	0	17
HAUT SASSANDRA	95	24	12	534	27	561	279	4	283	119	5	150

RAPPORT ANNUEL SUR LA SITUATION SANITAIRE (RASS) 2020

207

REGIONS/DISTRICTS	Médecins	Pharmaciens	Chirurgiens-Dentistes	Infirmiers Diplômés d'Etat	Infirmiers Spécialistes	Total Infirmiers	Sages-Femmes Diplômés d'Etat	Sage-Femme Spécialistes	Total sages- femmes	Techniciens supérieurs en santé	Ingénieurs (Ingénieur des techniques sanitaires, Ingénieur génie sanitaire, Ingénieur principal génie sanitaire)	Aide-Sa
DALOA	49	9	4	239	19	258	137	2	139	62	5	63
JSSIA	21	8	5	154	4	158	65	2	67	29	0	36
VAVOUE	16	5	3	99	4	103	53	0	53	21	0	44
ZOUKOUGBEU	9	2	0	42	0	42	24	0	24	7	0	7
IFFOU	43	8	6	181	3	184	80	0	80	39	0	39
DAOUKRO	21	4	3	94	2	96	37	0	37	20	0	22
MBAHIAKRO	11	2	2	47	0	47	24	0	24	9	0	9
PRIKRO	11	2	1	40	1	41	19	0	19	10	0	8
INDENIE-DUABLIN	81	12	7	359	20	379	167	5	172	83	7	95
ABENGOUROU	52	7	5	208	15	223	104	4	108	57	6	57
AGNIBILEKROU	20	3	2	106	5	111	44	1	45	19	1	30
BETTIE	9	2	0	45	0	45	19	0	19	7	0	8
KARADOUGOU	36	10	2	116	7	123	65	0	65	30	1	40
MADINANI	3	1	0	26	0	26	14	0	14	3	0	4
ODIENNE	33	9	2	90	7	97	51	0	51	27	1	36
LA ME	79	22	9	311	16	327	155	4	159	81	0	82
ADZOPE	29	10	3	133	5	138	56	1	57	36	0	29
AKOUPPE	12	4	1	63	2	65	31	1	32	16	0	29
ALEPE	27	5	4	78	8	86	45	2	47	20	0	17
YAKASSE-ATTOBROU	11	3	1	37	1	38	23	0	23	9	0	7
LÔH-DJIBOUA	59	13	5	363	16	379	203	4	207	81	2	79
DIVO	34	7	2	205	14	219	104	4	108	46	2	55
GUITRY	9	3	1	56	0	56	36	0	36	12	0	10
LAKOTA	16	3	2	102	2	104	63	0	63	23	0	14
MARAHOUÉ	57	20	8	368	17	385	172	2	174	64	3	89
BOUAFLE	27	9	3	196	10	206	91	2	93	38	2	45
SINFRA	15	6	2	94	5	99	38	0	38	12	1	30

REGIONS/DISTRICTS	Médecins	Pharmaciens	Chirurgiens-Dentistes	Infirmiers Diplômés d'Etat	Infirmiers Spécialistes	Total Infirmiers	Sages-Femmes Diplômées d'Etat	Sage-Femme Spécialistes	Total sages- femmes	Techniciens supérieurs en santé	Ingénieurs (Ingénieur des techniques sanitaires, Ingénieur génie sanitaire, Ingénieur principal génie sanitaire)	Aide-Sa
ZUENOULA	15	5	3	78	2	80	43	0	43	14	0	14
MORONOU	38	9	3	179	4	183	67	2	69	6	0	11
ARRAH	11	2	0	41	1	42	17	1	18	6	0	11
BONGOUANOU	16	4	3	87	3	90	30	1	31	0	0	0
M'BATTO	11	3	0	51	0	51	20	0	20	0	0	0
N'ZI	41	8	5	161	7	168	59	1	60	38	0	31
BOCANDA	12	2	2	58	2	60	21	1	22	12	0	7
DIMBOKRO	27	4	2	91	5	96	34	0	34	23	0	23
KOUASSI KOUASSIKRO	2	2	1	12	0	12	4	0	4	3	0	1
NAWA	58	12	4	315	10	325	124	0	124	63	1	41
BUYO	10	3	1	60	1	61	21	0	21	16	0	10
GUEYO	8	2	0	40	0	40	23	0	23	7	0	6
MEAGUI	9	3	0	56	0	56	23	0	23	12	0	3
SOUBRE	31	4	3	159	9	168	57	0	57	28	1	22
PORO	55	14	7	300	15	315	162	4	166	72	3	202
DIKODOUGOU	3	1	2	19	1	20	11	0	11	2	0	2
KORHOGO 1	35	10	3	215	13	228	106	4	110	57	3	188
KORHOGO 2	3	1	0	24	0	24	18	0	18	1	0	3
MBENGUE	9	1	2	17	1	18	11	0	11	9	0	5
SINEMATIALI	5	1	0	25	0	25	16	0	16	3	0	4
SAN PEDRO	67	12	6	278	24	302	136	6	142	79	2	55
SAN-PEDRO	51	7	4	192	20	212	95	6	101	58	2	40
TABOU	16	5	2	86	4	90	41	0	41	21	0	15
SUD-COMOE	129	30	21	448	25	473	256	7	263	121	5	137
ABOISSO	57	12	8	178	12	190	96	2	98	48	2	60
ADIAKE	19	4	2	85	4	89	41	0	41	17	0	15
GRAND-BASSAM	49	12	9	168	9	177	105	5	110	50	3	55

RAPPORT ANNUEL SUR LA SITUATION SANITAIRE (RASS) 2020

209

REGIONS/DISTRICTS	Médecins	Pharmaciens	Chirurgiens-Dentistes	Infirmiers Diplômés d'Etat	Infirmiers Spécialistes	Total Infirmiers	Sages-Femmes Diplômées d'Etat	Sage-Femme Spécialistes	Total sages- femmes	Techniciens supérieurs en santé	Ingénieurs (Ingénieur des techniques sanitaires, Ingénieur génie sanitaire, Ingénieur principal génie sanitaire)	Aide-Sa
TIAPOU	4	2	2	17	0	17	14	0	14	6	0	7
TCHIOLOGO	37	13	5	176	3	179	83	0	83	37	0	47
FERKESSEDOUGOU	18	5	5	78	3	81	35	0	35	17	0	24
KONG	6	3	0	30	0	30	12	0	12	8	0	4
OUANGOLODOUGOU	13	5	0	68	0	68	36	0	36	12	0	19
TONKPI	71	14	8	391	13	404	149	2	151	90	3	120
BIANKOUMA	13	3	1	82	0	82	31	0	31	8	0	30
DANANE	14	3	2	89	3	92	31	0	31	30	2	22
MAN	31	5	3	151	7	158	55	2	57	41	1	57
ZOUAN-HOUNIEN	13	3	2	69	3	72	32	0	32	11	0	11
WORODOUGOU	33	5	2	140	6	146	68	1	69	37	1	55
KANI	8	2	0	34	0	34	14	0	14	9	0	12
SEGUELA	25	3	2	106	6	112	54	1	55	28	1	43
EPN et Institut	835	165	43	1 687	299	1 986	506	155	661	979	123	1 03
CHU ANGRE	111	18	4	174	19	193	114	12	126	96	2	216
CHU BOUAKE	69	5	8	162	29	191	58	6	64	88	7	181
CHU COCODY	147	19	18	292	49	341	106	34	140	113	7	192
CHU TREICHVILLE	179	20	8	341	38	379	108	15	123	119	19	123
CHU YOPOUGON	41	1	1	61	10	71	83	8	91	63	2	37
ICA	32	6	0	70	42	112	0	12	12	47	3	66
CNTS	59	10	0	95	0	95	0	0	0	67	17	89
AIBEF	6	1	0	10	0	10	19	0	19	6	0	3
INSP	71	10	3	38	14	52	17	15	32	25	3	16
INHP	37	5	0	273	18	291	0	2	2	237	29	23
INFAS	4	0	1	5	69	74	0	49	49	1	23	4
IRF-CI	9	2	0	26	3	29	1	0	1	15	1	12
ENLS	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

RAPPORT ANNUEL SUR LA SITUATION SANITAIRE (RASS) 2020

210

REGIONS/DISTRICTS	Médecins	Pharmaciens	Chirurgiens-Dentistes	Infirmiers Diplômés d'Etat	Infirmiers Spécialistes	Total Infirmiers	Sages-Femmes Diplômées d'Etat	Sage-Femme Spécialistes	Total sages- femmes	Techniciens supérieurs en santé	Ingénieurs (Ingénieur des techniques sanitaires, Ingénieur génie sanitaire, Ingénieur principal génie sanitaire)	Aide-Soc
LNSP	1	29	0	0	0	0	0	0	0	20	4	0
NPSP-CI	0	20	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
SAMU	48	7	0	31	5	36	0	1	1	16	1	12
CNPTIR	12	5	0	90	0	90	0	1	1	26	2	60
CNRAO	5	7	0	19	2	21	0	0	0	40	2	2
Total Prestataires	3 715	802	371	11 666	805	12 471	6 139	356	6 495	3 800	206	3 98
Total Programmes et Directions	720	227	26	440	83	523	206	43	249	234	23	188
National C3	4 435	1 029	397	12 106	888	12 994	6 345	399	6 744	3 734	229	4 14