



# **PLAN DIRECTEUR DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES - (MTN) 2016 - 2020**

**Ministère de la Santé Publique  
Service de Lutte contre les Maladies Epidémiques et Négligées,  
CHUSSP Anakely (Ex IHS), BP 460  
Antananarivo 101, Madagascar**



## Préface

*Nous sommes à un tournant décisif dans la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées. Les dirigeants mondiaux pour la santé se sont mis d'accord pour accélérer la mise en œuvre de la lutte. Pour être en conformité avec le Plan Stratégique sur la lutte contre les maladies tropicales négligées dans la Région africaine 2014 - 2020, une mise à jour du Plan Directeur de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées pour la période 2016-2020 est plus que nécessaire.*

*Face aux nombreux défis dans la mise en œuvre, des actions déterminantes ont été réalisées, en particulier la chimiothérapie préventive. Les campagnes de traitement de masse ont commencé depuis 2006 pour la filariose et en 2008 pour les schistosomiasés et les géohelminthiases. L'appui des partenaires techniques et financiers était capital dans la réussite enregistrée jusqu'ici. En 2015, suite à une redynamisation de la lutte contre la cysticercose au niveau mondial, une campagne de Traitement Médicamenteux de Masse (TMM) anti-téniasis a été mise en œuvre dans le cadre d'un projet pilote pour la mise en place d'un programme national intégré avec le département de la santé animale.*

*Les endémies dues aux Maladies Tropicales Négligées se présentent comme des fléaux "silencieux" menaçant la population à cause de leurs potentialités à provoquer une morbidité importante. Dans les zones identifiées endémiques, elles sont connues pour être causes majeures d'handicap entraînant des séquelles parfois mortelles, ou tout au moins des conséquences sociales, physiques et psychologiques graves. Elles constituent une menace pour toute la population en compromettant leur performance et leur avenir. De plus, ces maladies rongent insidieusement la capacité de production de la population et constituent une lourde charge pour la nation. En Inde, le coût économique annuel de la perte de productivité due à l'ankylostomiase a été estimé à 4 milliards de dollar américain.*

*Le renforcement de la multisectorialité de la lutte justifiant la relance du comité de pilotage et l'évaluation de la situation actuelle des endémies à Madagascar par la mise à jour des cartographies de prévalence constituent la particularité du présent plan.*

*Aussi, me ferais-je l'honneur de préfacier le présent document, dans lequel sont développés les stratégies de : i) la chimiothérapie préventive, ii) la prise en charge des cas et iii) le développement de la recherche opérationnelle sur les Maladies Tropicales Négligées. Il constitue un document de plaidoyer et de référence pour tous les acteurs œuvrant dans la lutte contre ces fléaux.*

*Puisse-t-il générer l'engagement de tous les intervenants dans cette lutte intégrée et multisectorielle contre les Maladies Tropicales Négligées. Notre objectif commun est d'étendre les zones cibles dans tout le territoire afin de contribuer à l'atteinte des Objectifs du Développement Durable notamment dans la réduction de la pauvreté.*

LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Professeur Mamy Lalatiana ANDRIAMANARIVO

## SOMMAIRE

ABREVIATIONS ET ACRONYMES .....	v
LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
INTRODUCTION .....	1
PREMIERE PARTIE: ANALYSE DE SITUATION .....	3
1.1. PROFIL DU PAYS.....	3
1.1.1. Géographie.....	3
1.1.2. Caractéristiques climatiques.....	3
1.1.3. Structure administrative, démographique et communautaire .....	3
1.1.4. Situation socio-culturelle .....	4
1.1.5. Situation et indicateurs socio-économiques.....	5
1.1.6. Transports et communications .....	5
1.2. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME DE SANTE .....	7
1.2.1. Objectifs et priorités du système de santé.....	7
1.2.2. Analyse du système national de sante .....	8
1.3. ANALYSE DE SITUATION DES MALADIES TROPICALES NEGLIGEES.....	15
1.3.1. Epidémiologie et importance des maladies .....	15
1.3.2. Mise en œuvre du programme maladies tropicales négligées .....	25
1.3.2.1. Maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive.....	25
1.3.2.2. Maladies tropicales négligées à prise en charge des cas .....	28
DEUXIEME PARTIE : AGENDA STRATEGIQUE .....	33
TROISIEME PARTIE: CADRE OPERATIONNEL .....	37
3.1. OBJECTIFS, STRATEGIES, CIBLES ET INDICATEURS DES MTN .....	37
3.1.1. Objectifs généraux .....	37
3.1.2. Objectifs spécifiques .....	37
TABLEAUX SYNOPTIQUES DES PROGRAMMES .....	39
ANNEXE : ESTIMATION DU BUDGET.....	50

## ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AMT	Agent des Maladies Transmissibles
BAD	Banque Africaine de Développement
BLU	Bande Latérale Unique
BSD	Bureau de Santé de District
CDTL	Centre de Diagnostic et de Traitement Lèpre
CEL	Campagne d'Élimination de la Lèpre
CHRD	Centre Hospitalier de Référence de District
CHRR	Centre Hospitalier de Référence Régionale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
COR 2	Centre d'Orientation Recours niveau 2
CRTL	Coordonnateur Régional Tuberculose Lèpre
CSB	Centre de Santé de Base
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTAR	Centre de Traitement Anti-Rabique
CTL	Centres de Traitement Lèpre
CTP	Chimiothérapie préventive
DAM	Direction de l'Agence de Médicament
DCS	Dépenses Courantes de Santé
DMMGI	Distribution de Masse de Médicaments Généralisée et Intégrée
DSV	Direction des Services Vétérinaires
DULMT	Direction des Urgences et de Lutte contre les Maladies Transmissibles
EAH	Eau, Assainissement et Hygiène
EED	Évaluation des Erreurs du Diagnostic
ENSOMD	Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement
FANOME	Fonds d'Approvisionnement Non stop en Médicaments Essentiels
FFOM	Forces-Faiblesses-Opportunités-Menaces
FRF	Fondation Raoul Follereau
FS	Formation Sanitaire
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
HI	Handicap International
ICT	Immuno-chromatographie
IDE	Investissements Directs Étrangers
IDH	Indice de Développement Humain
IDH	Indice de Développement Humain
IEC/CCC	Information-Education-Communication/Communication pour le Changement de Comportement
IPM	Institut Pasteur de Madagascar
LQAS	Lot Quality Assurance Sampling
MEN	Ministère de l'Éducation Nationale
MIF	Merthiolate-Iode-Formol
MSANP	Ministère de la Santé Publique

MTN	Maladies Tropicales Négligées
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMERT	Office Malgache d'Etudes et de Régulation des Télécommunications
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONN	Office National de la Nutrition
ONU	Organisation des Nations Unies
PACSS	Projet d'Appui Conjoint au Secteur Santé
PAIS	Programme d'Action pour l'Intégration des Intrants de Santé
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PAUSENS	Projet d'Appui d'Urgence aux Secteurs d'Education, Nutrition et Santé
PCIMEc	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau Communautaire
PCT	Polychimiothérapie
PEFL	Programme d'Elimination de la Filariose Lymphatique
PhaGDis	Pharmacie de Gros de Distribution
PIB	Produit Intérieur Brut
PIM	Prise en charge Intensive de la Maladie
PIRP	Prévention des Infirmités et Réadaptation Physique
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNB	Produit National Brut
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RISEAL	Réseau International Schistosomiasis Environnement Aménagement et Lutte
RMA	Rapport Mensuel d'Activités
RTM	Reggio Terzo Monde
SCI	Schistosomiasis Control Initiative
SEECALINE	Surveillance et Education des Ecoles et des Communautés en matière d'Alimentation et de Nutrition Elargie
SLMEN	Service de la Lutte contre les Maladies Endémiques et Négligées
SLMER	Service de la Lutte contre les Maladies Emergentes et Réémergentes
SN-CSU	Stratégie Nationale - Couverture Sanitaire Universelle
SSME	Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant
SURECa	Service des Urgences et de la Riposte aux Epidémies et Catastrophes
TAS	Transmission Assessment Survey
TMM	Traitement Médicamenteux de Masse
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
USAID	United States Agency for International Development
USD	United States Dollars
VDNC	Vérification du Diagnostic des Nouveaux Cas de Lèpre

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1.</b>	Cartographie de la Filariose lymphatique.....	17
<b>Figure 2.</b>	Carte des districts enrôlés dans la TMM.....	17
<b>Figure 3.</b>	Carte des districts où l'on a mis en place le volet contrôle de la morbidité...	17
<b>Figure 4.</b>	Prévalence de la Schistosomiase à Madagascar.....	18
<b>Figure 5.</b>	Prévalence des helminthiases transmises par le sol dans les 113 districts.....	19
<b>Figure 6.</b>	Prévalence de <i>T. solium</i> par examen en intégration avec des enquêtes KATO sur la Schistosomiase et les géohelminthiases.....	20
<b>Figure 7.</b>	Prévalence de <i>Taenia solium</i> en intégration avec enquête Schistosomiasis...	20
<b>Figure 8.</b>	Nombre moyen par an de suspicion de cysticerose pour 100.000 hab.....	21
<b>Figure 9.</b>	Situation zoo-sanitaire de Madagascar : Prévalence en abattoir entre 2008 et 2012, détection de 0,5 à 1% des carcasses.....	21
<b>Figure 10.</b>	Tendance des principaux indicateurs de surveillance de la lèpre.....	22
<b>Figure 11.</b>	Situation epidemiologique de lepre dans les regions et les districts sanitaires.....	23
<b>Figure 12.</b>	Carte representant la localisation des CTAR a travers le pays.....	24

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1.</b>	Résumé des programmes existants pour les maladies à chimiothérapie.....	28
<b>Tableau 2.</b>	Résumé sur les programmes de contrôle de maladies à prise en charge des cas.....	31
<b>Tableau 3.</b>	Analyse FFOM des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées.....	32
<b>Tableau 4.</b>	Les priorités stratégiques avec leurs objectifs respectifs.....	35

## INTRODUCTION

---

Les maladies bactériennes, virales et parasitaires constituent encore un problème de santé publique au niveau mondial. Parmi ces maladies, le fardeau causé par les Maladies Tropicales Négligées (MTN) affectent la vie d'environ 1 milliard de personnes dans le monde et mettent en péril la santé de plusieurs millions de gens dans les pays en voie de développement.<sup>1</sup> La plupart de ces maladies touchent généralement les populations pauvres et marginalisées vivant dans des milieux où la pauvreté est généralisée et où les ressources, ou l'accès à des moyens de subsistance, sont rares.

Ces maladies ont un impact énorme sur les individus, les familles et la communauté toute entière: la charge de morbidité, la perte de productivité, l'aggravation de la pauvreté et le coût élevé des soins de longue durée. Elles compromettent le développement socio-économique dans les pays d'endémie et affectent la qualité de la vie à tous les niveaux.

Le renforcement de la lutte contre ces maladies apporterait une contribution majeure à la réduction de la pauvreté, à la lutte contre les inégalités et l'iniquité, à faire face au changement climatique et à l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) d'ici 2030.

Ces dernières années, les MTN ont suscité une plus grande attention au niveau international. Six (6) stratégies sont recommandées par l'OMS : i) la chimiothérapie préventive, ii) la prise en charge intensifiée des cas, iii) la lutte anti-vectorielle, iv) la garantie d'une eau sans risque sanitaire et de moyens d'assainissement et d'hygiène, v) la mise en œuvre de santé publique vétérinaire et vi) le renforcement des capacités de contrôle des MTN. Les mesures prises pour réduire l'impact de chaque MTN doivent reposer sur l'association de ces approches. Toutefois ce document ne traite pas les détails sur la promotion de l'eau, hygiène et l'assainissement.

Des outils pour la prévention, la détection et la prise en charge sont disponibles. Le fort engagement des firmes pharmaceutiques et des bailleurs de fonds à fournir des médicaments sous forme de dons constituent des opportunités pour la lutte.

Les chevauchements géographiques de ces maladies permettent l'application du concept d'intégration qui a été initié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ce concept offre plusieurs avantages dont le bon rapport coût-efficacité du programme et la mise à l'échelle plus rapide des différents programmes souvent confrontés à des contraintes financières.

Le Gouvernement Malagasy, à travers le Ministère de la Santé Publique (MSANP), vise à améliorer la santé de la population et à réduire l'impact socio-économique dû aux MTN. Afin d'atteindre ces

---

<sup>1</sup>Rapport sur les maladies tropicales négligées, OMS, 2010

objectifs, Madagascar s'est engagé à suivre les recommandations internationales et régionales par le présent plan pluriannuel de lutte contre toutes ces maladies, ceci à travers une approche intégrée.

Ce plan directeur quinquennal (2016-2020) constitue un document de référence, de plaidoyer et d'évaluation du programme MTN. C'est un outil pour la coordination, l'harmonisation et l'alignement des partenaires et comporte trois parties : i) l'analyse de la situation, ii) l'agenda stratégique et iii) le cadre opérationnel de lutte contre les MTN.



## PREMIERE PARTIE: ANALYSE DE SITUATION

---

### 1.1. PROFIL DU PAYS

#### 1.1.1. Géographie

Madagascar, île du continent africain, est situé au sud-ouest de l'Océan Indien et est séparé de 400 km de la côte Sud-est de l'Afrique par le canal de Mozambique. Il est classé quatrième île du monde de par sa superficie estimée à 587 041 km<sup>2</sup>. Il s'étend sur une longueur de 1 500 kilomètres du Nord au Sud, et sur près de 500 kilomètres dans sa plus grande largeur de l'Est à l'Ouest. Il possède plus de 5 000 kilomètres de côte. L'enclavement de certaines zones constitue encore un sérieux problème au développement du pays surtout pendant la saison des pluies.

#### 1.1.2. Caractéristiques climatiques.

Deux grandes saisons existent dans le pays: (i) une période chaude et pluvieuse d'octobre à avril, dont la température moyenne est de 25 à 30°C sur les côtes et de 18 à 25°C sur les hautes terres centrales, et (ii) une période sèche et fraîche qui va du mois de mai au mois de septembre avec une température moyenne de 20 à 25°C sur les côtes et 10 à 15°C sur les hautes terres centrales.

Les précipitations annuelles varient de 3 050 mm par an sur les massifs du nord, à moins de 380 mm par an sur le plateau central.

Une forêt dense occupe toute la partie Est de l'île. Les parties Sud et Sud-Ouest du pays sont plutôt semi-désertiques. Toutes ces conditions climatiques sont favorables à l'évolution des vecteurs de certaines MTN (la filariose et les schistosomiases).

#### 1.1.3. Structure administrative, démographique et communautaire

En termes d'administration territoriale, Madagascar est subdivisé en 6 provinces, 22 régions, 113 districts sanitaires, 1 597 communes et 17 500 fokontany. Dans le cadre de la politique de déconcentration et de décentralisation, ce découpage s'inscrit dans la volonté politique de rapprocher la prise de décision, la planification du développement et l'administration.

Selon la projection du RGPH 2016, la population est estimée 23 825 897 habitants, dont 20% en milieu urbain et 80% en milieu rural. Un ménage compte en moyenne 4,8 individus<sup>2</sup>. La population malgache se caractérise par sa très grande jeunesse puisque près des deux tiers ont moins de 25 ans (64%) et près de la moitié ont moins de 15 ans (47%)<sup>3</sup>. L'estimation de la croissance annuelle moyenne de la population pour la période de 2010 à 2015 est de 2,5% si elle a été de trois pourcent

---

<sup>2</sup> INSTAT, Enquête Périodique auprès des Ménages, 2010.

<sup>3</sup> INSTAT, Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement, 2013.

pour la période de 1990 à 1995 selon les tendances démographiques énoncées dans le rapport sur le développement humain 2010 du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)<sup>4</sup>.

La fécondité demeure malgré tout précoce puisque 32% des adolescentes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie reproductive: 26% ont déjà eu au moins un enfant et 6% des jeunes étaient enceintes du premier enfant<sup>5</sup>. Cette précocité reproductive chez les adolescentes est parmi les causes de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale.

La répartition par tranche d'âge est la suivante:

- 0-6 mois : 2%
- 0-1 an : 4%
- 0-59 mois : 16%
- 12- 59 mois : 12%
- 5-15 ans : 27%
- >15 ans : 45%

#### 1.1.4. Situation socio-culturelle

Madagascar a été peuplé par les migrations successives provenant d'Indonésie, d'Arabie et d'Afrique. Dix-huit ethnies constituent la population Malagasy qui parle une seule langue le Malagasy même si chacune des ethnies a leur propre us et coutume. Cette unicité dans la diversité constitue un atout majeur dans le développement socioculturel du pays.

Administrativement, les langues officielles sont le Malagasy et le Français.

Diverses religions sont librement pratiquées dans le pays, dont les religions chrétienne et musulmane ainsi que les croyances traditionnelles. En milieu urbain, les communautés vivent groupées tandis qu'en milieu rural, la population est dispersée en hameaux.

Le taux de scolarisation est variable d'une région à l'autre. Ceci est influencé par le nombre d'établissements scolaires et la distance entre les écoles et le domicile. Selon l'Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement 2012 (ENSOMD 2012), le taux brut de scolarisation (fréquentation) est de 10% pour le préscolaire, 108% pour le primaire (ce taux indique que des enfants de moins de six ans ou de plus de 10 ans fréquentent le primaire), 46% pour le collège, 22% pour le lycée et 5% pour l'enseignement supérieur.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> PNUD, Rapport sur le Développement Humain 2010.

<sup>5</sup> INSTAT, Enquête Démographique et de Santé 2009.

<sup>6</sup> Plan de Développement du Secteur Santé 2015 - 2019

### 1.1.5. Situation et indicateurs socio-économiques

Madagascar figure parmi les pays à développement humain faible. En 2014 son IDH est 0,51 et le pays occupe le 154<sup>ème</sup> rang sur les 186 pays au monde<sup>7</sup>.

Madagascar est un pays à vocation essentiellement agricole. La majorité de la population active pratique la riziculture, ce qui nécessite un contact permanent avec de l'eau, constituant des facteurs de risque pour la schistosomiase. Les principaux types de production du pays sont : i) les cultures vivrières dont le riz, le manioc, les haricots, le maïs, les patates douces, les pommes de terre et le taro et ii) la culture de rente comme le café, le girofle, la canne à sucre, le sisal, le tabac et la vanille.

Le commerce extérieur est essentiellement constitué de produits agricoles, des produits de la pêche et des mines. Entre 2006 et 2010, il est noté une alarmante dégradation du marché du travail, marquée par une augmentation du chômage et du sous-emploi et, surtout, une explosion du secteur informel de subsistance, un effondrement du pouvoir d'achat des travailleurs et un creusement sensible des inégalités.

L'unité monétaire est l'Ariary (Ar) dont le taux de change en mai 2016 est de un US dollar pour 3174 Ariary. En 2015, le Produit Intérieur Brut (PIB) était de 392,6 dollars par habitant, ce qui classe Madagascar au 5<sup>ème</sup> pays le plus pauvre du monde<sup>8</sup>. Les crises successives traversées par le pays affaiblissent l'économie déjà en pleine difficulté.

### 1.1.6. Transports et communications

Différents moyens de transport existent à Madagascar:

Transports terrestres: Le réseau routier est de 50 000 km dont 10% environ est goudronné. Les distances sont importantes entre les villes et l'état du réseau routier est mauvais. En milieu urbain, les moyens de transport sont le bus, le taxi-ville, le pousse-pousse ou cyclo-pousse dans certaines régions. En milieu rural, le taxi-brousse et la charrette tirée par les bœufs sont utilisés. Les moyens de locomotion à deux roues (moto et bicyclette) sont utilisés aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Toutefois, certains districts ne sont pas accessibles pendant la saison de pluie.

Transports aériens: la compagnie aérienne nationale AIR MADAGASCAR relie quotidiennement la capitale Antananarivo des grandes villes du pays, certaines villes des îles de l'Océan Indien, de l'Europe et de l'Asie de Sud Est. Des compagnies internationales effectuent des vols réguliers à destination d'Antananarivo. Une compagnie privée MADAGASCAR AIRWAYS vient de renforcer le réseau aérien en 2015. Elle dessert régulièrement quelques grandes villes du pays. D'autres

---

<sup>7</sup> Rapport sur le développement humain 2015 du PNUD

<sup>8</sup> Classement PIB par tête du FMI- 2015

compagnies privées utilisent de petits avions destinés pour les évacuations sanitaires ou autres locations.

Transports fluviaux: pratiqués surtout par les riverains le long des côtes et des canaux (ex: canal des Pangalanes), les moyens les plus utilisés sont les vedettes, les voiles, les bacs, les boutres, les radeaux et les bateaux.

S'agissant des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC), selon les données de l'Office Malgache d'Etudes et de Régulation des Télécommunications (OMERT), le secteur des télécommunications à Madagascar compte actuellement 12 opérateurs fournissant les services de télécommunication. Trois opérateurs principaux offrent le service de la téléphonie mobile de norme GSM et Internet : Orange, Airtel et Telma. Le taux de pénétration de l'internet est un peu plus de 2% à Madagascar (2,2% en 2013 selon Internet World Stats). Ce qui est très faible, ne serait-ce que par rapport au taux de pénétration Internet en Afrique.

La communication par radio Bande Latérale Unique (BLU) est encore utilisée pour les zones non couvertes par le réseau téléphonique et surtout par la gendarmerie et certains services de santé.

La télévision nationale, les chaînes de télévision privée, la radio nationale et les radios de proximité locales sont communément utilisées par la communauté et restent les principales sources d'information. En outre, différents journaux, des revues hebdomadaires ou mensuelles sont disponibles dans certaines grandes villes.

Les différents moyens de transport et de communication pourront contribuer à la planification et à l'exécution des activités du programme MTN.

## 1.2. ANALYSE DE LA SITUATION DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé de Madagascar suit une structure administrative bien définie avec quatre niveaux bien distincts et fonctionnels. Les domaines de compétences sont clairement circonscrits par l'organigramme :

- a) Niveau central - Le Ministre avec son cabinet, le secrétariat général, la direction générale de la santé, les directions et les services centraux définissent l'orientation globale de la Politique Nationale de Santé, les grands axes stratégiques et le suivi de la mise en œuvre
- b) Niveau régional - Vingt-deux (22) Directions Régionales de la Santé Publique coordonnent l'exécution de la Politique Nationale de la Santé et sa mise en œuvre dans chaque région. Ce niveau comporte des Centres Hospitaliers de Référence Régionale (CHRR)
- c) Niveau périphérique - Cent treize (113) services de santé de district mettent en œuvre toutes les activités des programmes de santé au niveau des Centres Hospitaliers de Référence de District (CHRD) de niveaux 1 et 2 et des Centres de Santé de Base (CSB) de niveaux 1 et 2
- d) Niveau communautaire - Constitue la base du système. Les agents communautaires sont en même temps des acteurs avec les agents de santé et des bénéficiaires avec la population.

### 1.2.1. Objectifs et priorités du système de santé

L'objectif général de la Politique Nationale de Santé est d'assurer le meilleur niveau de santé possible à toute la population à travers des offres de services de qualité et accessibles par tous.

Les priorités identifiées par le MSANP sont traduites en six piliers:

1. Leadership et Gouvernance
2. Prestation des services
  - a. Santé de la mère et survie de l'enfant
  - b. Maladies transmissibles
  - c. Maladies non transmissibles
  - d. Santé communautaire
  - e. Promotion des comportements sains
3. Système d'Information sanitaire
4. Ressources Humaines

5. Intrants, Infrastructures, Matériels et Equipements

6. Financement de la santé

### 1.2.2. Analyse du système national de sante

#### a) Prestations de service

Offre de soins à travers les établissements de soins à tous les niveaux

#### Niveau communautaire

De nombreux pays du continent africain misent sur la santé communautaire pour aider à l'atteinte de leurs objectifs en matière de santé et ont adopté en conséquence leurs propres stratégies et initiatives. Ces initiatives ont été renforcées par la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, à laquelle les États membres de l'OMS se sont adhésés en Avril 2008. Madagascar dispose de documents de référence en matière de santé communautaire: i) le guide du Paquet d'Activités Communautaires (PAC) en 2008, ii) la Politique Nationale en Santé Communautaire (PNSC) en 2009 (actuellement en cours de mise à jour), et iii) son guide de mise en œuvre en 2014.

La PNSC stipule dans son guide de mise en œuvre la couverture en structure communautaire dans tous les fokontany et communes de Madagascar. Actuellement, 100% des fokontany ont des Agents Communautaires (AC), 72% des communes disposent des Comités de Santé (CoSan) et le nombre total des AC est de 34 000 agents.

La mise en œuvre de la PNSC souffre de :

- l'absence d'appropriation de certains intervenants au niveau communautaire
- la non prise en compte de la dimension genre dans la sélection des AC
- la non prise en compte du rôle des matrones
- l'absence de coordination et d'harmonisation des interventions communautaires
- la faible référence de la communauté vers les Formations Sanitaires (FS) par manque d'Information-Education-Communication/Communication pour le Changement de Comportement (IEC/CCC)

#### Niveau soins de base

Actuellement le pays dispose 2 562 CSB publics fonctionnels dont 1621 CSB2 et 941 CSB1.

Les CSB offrent des services curatifs, préventifs, promotionnels, et gestionnaires, en priorisant la santé maternelle et infantile et la santé de la reproduction dans le cadre du PMA.

Concernant l'accessibilité géographique, 60% de la population habite à plus de 5 km d'un CSB, et 20% des zones à Madagascar sont très enclavées alors que la population ne dispose pas des moyens de transports adéquats<sup>9</sup>.

Par rapport à l'accessibilité financière, moins de 1% (0,37%) de la population est prise en charge par le Fonds d'Équité (FE) alors que 54% de la population vit dans l'extrême pauvreté<sup>10</sup>.

En outre, le secteur privé à but lucratif ou non (service médical d'entreprise, centres de santé confessionnels, les ONG, etc.) tient une place importante en matière de prestations des services.

En résumé, les problèmes prioritaires de l'offre de soins de base se manifestent par :

- la faible disponibilité de soins de qualité ;
- la faible utilisation des formations sanitaires ;
- la non effectivité du système de référence contre-référence;
- la faible participation citoyenne dans la gestion des CSB ;
- la faible concertation et coordination entre les FS publiques et privées.

#### Niveau référence

Les principaux enjeux de la prestation de service au niveau référence résident dans l'offre continue de services de qualité et accessibles, la disponibilité de plateau technique adéquat et l'effectivité du système de référence contre référence. La réforme hospitalière, adoptée en 2007, transcrite en Loi Hospitalière (2011-003), a comme objectif principal de rendre les hôpitaux capables de remplir leur mission, répondant aux attentes de la population en tant que centre de référence.

En 2014, 60 CHRD sans chirurgie ont été recensés dont 56 publiques et 90 CHRD avec chirurgie dont 31 publiques. Ces centres sont installés en général au niveau des chefs-lieux de district sanitaire et qui sont les centres de référence de premier recours. Les centres de référence de deuxième recours sont représentés par les 16 CHRR, les 22 CHU<sup>11</sup>.

#### Offre de soins à travers les programmes de santé

##### **Santé de la mère et de l'enfant**

Dix (10) femmes meurent chaque jour suite aux complications de la grossesse ou de l'accouchement. Quant au taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, Madagascar enregistre une régression notable de cet indicateur et il est estimé à 159 ‰ en 1997, 94 ‰ en 2003, 72‰ en 2008 et 62‰ en 2012 (EDS 1997, 2003, 2008 et ENSOMD 2012).

Outre la promotion de services standardisés offerts au niveau des FS notamment la PCIMEc et la mise en œuvre de la stratégie de maternité sans risque, deux campagnes annuelles de prévention et

---

<sup>9</sup> MSANP, Direction des Districts Sanitaires, Etat des lieux, 2014

<sup>10</sup> MSANP, MFB, OMS, Analyse de la finance en santé: enquête conjointe, Juin 2012

<sup>11</sup> MSANP, Service des Statistiques Sanitaires, Liste des formations sanitaires publiques à Madagascar, Octobre 2014.

de prise en charge de la santé mère et enfant sont institutionnalisées (semaines de la santé de la mère et de l'enfant) ainsi que les campagnes de vaccination anti-polio et anti-rougeoleux.

En matière de santé scolaire, les principales activités réalisées par le service de santé scolaire du district sanitaire, les formations sanitaires et les enseignants au niveau des Ecoles Primaires Publiques (EPP) sont:

- la visite médicale des élèves des écoles primaire et secondaire;
- la promotion de la santé buccodentaire;
- le déparasitage des enfants des EPP;
- la promotion des comportements sains en matière d'hygiène et d'assainissement.

### **Lutte contre les maladies transmissibles**

Parmi les maladies transmissibles, certaines grandes affections endémo-épidémiques figurent parmi les priorités du Ministère de la Santé Publique.

- **VIH/SIDA/IST** :

Les statistiques récentes en matière de VIH/SIDA à Madagascar montrent une très faible prévalence du VIH au sein de la population générale avec une épidémie concentrée à l'intérieur des groupes de population clés les plus exposés au risque.

- **Paludisme** :

Concernant les mesures préventives de lutte contre le paludisme, le taux d'utilisation de Moustiquaire Imprégnée à efficacité Durable (MID) a augmenté de 88,4% (ENSOMD 2012) contre 71% (l'EDS IV) chez les enfants de moins de 5 ans et 91,7% contre 76% chez les femmes enceintes. Le taux de couverture en Traitement Préventif Intermittent (TPI) est légèrement diminué de 8,2% (ENSOMD 2012) contre 11% (EDS IV).

- **Tuberculose** :

En 2013, la prévalence de la tuberculose toutes formes à Madagascar est estimée par l'OMS à 413 cas pour 100.000 habitants, entourée cependant d'une large Intervalle de Confiance (IC à 95%: 216-671). Le nombre de décès est estimé à 12.500, soit une mortalité de 52 pour 100.000 habitants. L'incidence de la tuberculose toutes formes est estimée à 233 cas pour 100.000 habitants (IC à 95%: 207-262)<sup>12</sup>. L'intégration de test VIH a été relancée au dernier trimestre de l'année 2009 au niveau des 11 Centre de Diagnostic et de Traitement (CDT) des quatre (4) régions avec un taux de prévalence de 0,90 %. En 2010, l'incidence tuberculose-HIV+ atteint 8,8/100.000 (Source: MSANP, Plan Stratégique National de lutte contre la Tuberculose 2015-2019).

---

<sup>12</sup> MSANP, Plan Stratégique National de lutte contre la Tuberculose 2015-2019, 2015.



- La Peste :

La peste, maladie transmissible à déclaration obligatoire, sévit encore de façon endémo-épidémique à Madagascar et provoque chaque année une épidémie dans certains districts foyers, malgré les efforts déployés par les responsables sanitaires. Durant l'année 2015, la peste a été enregistrée dans 28 districts. Le taux de létalité par la peste est de 29%.

Les principaux problèmes concernent la prévention et la lutte contre les vecteurs de la maladie: i) la mauvaise mesure d'hygiène et d'assainissement au niveau de la communauté; et ii) la destruction des forêts et la culture sur brulis entraînant la prolifération des rats porteurs de bacille pesteux dans les villages. En outre, le retard de dépistage et de traitement a un impact négatif sur la morbidité et la létalité de la maladie pesteuse.

Enfin, Madagascar est menacé par des épidémies de fièvres hémorragiques virales telles que la maladie à virus Ebola ; ou par la fièvre jaune du fait de conditions éco-épidémiologiques et de sensibilité des populations défavorables. Les menaces les plus importantes à considérer à l'échelle nationale sont constituées par la grippe pandémique dérivant de la grippe aviaire, le choléra, les arboviroses et la maladie à virus Zika. Le pays dispose déjà d'un plan national de contingence pour la préparation et la riposte aux pandémies et épidémies majeures.

### Lutte contre les maladies non transmissibles

La situation sanitaire se traduit par l'émergence des Maladies Non Transmissibles (MNT) qui est actuellement devenue un problème de santé publique. Ces MNT regroupent les quatre principales maladies: les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires chroniques telles que l'asthme (95% des cas) et les broncho-pneumopathies chroniques et obstructives (5% des cas). Elles sont liées à quatre facteurs de risque comportementaux communs : le tabagisme, l'alcoolisme, l'alimentation et la sédentarité. La mortalité due aux MNT devrait encore augmenter de 17% au cours des dix prochaines années, selon les estimations de l'OMS (Global Health).

### Communication et mobilisation sociale

Des plateformes intersectorielles à différents niveaux sont mises en place. En 2014, les 71 membres de ces plateformes sont formés en communication pour le développement (C4D) et suscités pour la mise en œuvre des activités conjointes visant l'atteinte des objectifs sanitaires. Différents manuels et documents de formation pour les agents communautaires ont été développés (prise en charge de PCIMEc, communication, guides de mobilisation, curriculum de formation des AC sur la communication pour le développement, etc.).

Ces dernières années, la collaboration avec les médias pour la diffusion des messages clés des programmes prioritaires a été renforcée, notamment en vue de la gratuité de leur diffusion. C'est

une opportunité afin d'assurer la continuité de la communication envers la population. Différents spots et documents d'information du public (304 émissions Feon'ny Fahasalamana par an) ont été produits et diffusés. De même, pour la communication du secteur institutionnel sanitaire vers le public, les médias à tous les niveaux sont sollicités.

### **Sécurité et qualité des denrées alimentaires.**

Le programme de contrôle de la sécurité sanitaire et de la qualité des aliments a été initié par le Ministère en charge de la Santé en 2003 avec un laboratoire de fraude alimentaire. La réglementation des produits alimentaires et non alimentaires (répression des fraudes et contrôle de qualité) qui date de 1905 a été réactualisée. En outre, l'Agence de Contrôle de la Sécurité et Qualité des Denrées Alimentaires (ACSQDA) créée en 2002 a pour mission de protéger la santé des consommateurs en veillant à ce que les denrées alimentaires consommées, distribuées, commercialisées ou produites à Madagascar soient conformes aux normes les plus strictes de sécurité sanitaire et d'hygiène alimentaire. Sa mission est limitée au marché local.

### **Santé et environnement**

Selon l'OMS, la santé et l'environnement sont l'ensemble des aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement<sup>13</sup>.

A Madagascar, 66 000 décès évitables ont été causés par des problèmes relatifs à l'environnement<sup>14</sup>. Les maladies liées à l'environnement sont multiples et variées. Elles peuvent être directement et indirectement causées par la variation des différentes composantes de l'environnement ou par la perturbation de l'interaction entre ces différents éléments.

Depuis 2011, Madagascar dispose d'une Politique Nationale de Santé et Environnement dont la mise en œuvre est conjointement menée par différents acteurs: les ministères chargés de l'environnement, de l'eau et de la santé, les ONG, la société civile, le secteur et les communautés locales.

Les interventions en santé et environnement au sein du MSANP sont sous la coordination et avec l'appui technique du Service de la Santé et Environnement, notamment en matière d'EAH. Les principales activités en EAH sont: (i) la promotion de l'utilisation de source d'eau améliorée, (ii) la promotion de l'utilisation des latrines avec dispositif de lavage des mains, (iii) la sensibilisation de masse sur les pratiques d'hygiène, et (iv) la lutte contre la défécation à l'air libre, et la construction de bloc sanitaire au niveau des CSB.

---

<sup>13</sup> OMS, site : [www.santé-environnement-travail.fr/ministie-php3?id\\_rubrique,1994](http://www.santé-environnement-travail.fr/ministie-php3?id_rubrique,1994).

<sup>14</sup> OMS, site : [www.unep.org/roa/hesa/portels/66/hesa/.../sana-Madagascar](http://www.unep.org/roa/hesa/portels/66/hesa/.../sana-Madagascar), 2007.

En 2012, le taux d'utilisation des latrines par la population a connu pour la première fois depuis 2007, une légère amélioration atteignant 46,1% contre 45,5% en 2011 (Source: VPEI, Rapport de mise en œuvre des programmes, 2012). En matière d'accès à des sources d'eau potable améliorée, le taux est de 27,70% en 2012 (Source: INSTAT, ENSOMD 2012) alors que l'OMD est de 68% en 2015.

### **Gestion des risques et des catastrophes**

Madagascar est exposé à de nombreuses catastrophes naturelles telles que les cyclones, les inondations, la sécheresse, les épidémies/pandémies et auxquelles s'ajoutent les incendies et les invasions acridiennes.

En moyenne, quatre cyclones par an touchent le pays. En plus des dégâts humains, des dégâts matériels sont constatés surtout au niveau des formations sanitaires publiques.

#### **b) Personnel de santé**

En se référant à la norme de l'OMS, le ratio médecin/ population est de 1/10 000. Pour Madagascar, ce ratio est de 1/10 500. Cependant, la répartition de ces agents de santé est inéquitable, la majorité est concentrée au niveau des grandes villes. Ces problèmes ont des répercussions sur le contrôle des MTN. Par conséquent, leur diagnostic et leur prise en charge correcte sont parfois inaccessibles par la population.

Toutefois, actuellement le Ministère de la santé publique entreprend des mesures de fidélisation et de motivation du personnel de santé.

#### **c) Information sanitaire**

Le MSANP par le biais de ses organes opérationnels (Direction chargée du Système d'Information, Direction chargée des Etudes et de la Planification, Direction en charge de la Surveillance Epidémiologique...) développe les circuits du système d'information allant de la collecte, de la gestion informatisée, de l'analyse et de l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décision. Le niveau central assure l'analyse des données de routine et les publie sous forme d'annuaire statistique de façon périodique.

Les principaux problèmes rencontrés par le système d'information relèvent de l'insuffisance en ressources humaines qualifiées, en matériel et équipement (collecte, analyse, utilisation, dissémination de rétro information).

La non-notification, surtout au niveau des structures sanitaires privées et la faible complétude des rapports à tous les niveaux entravent à la qualité et à la fiabilité des données. De même, l'insuffisance de l'utilisation des données recueillies à tous les niveaux du système pour identifier et résoudre les problèmes importants ne valorise pas l'utilité du système d'information sanitaire. Ces

derniers temps, pour améliorer la complétude, la promptitude des remontées des données, un système de surveillance électronique a été mis en place de façon progressive.

#### d) Produits médicaux, vaccins et technologies

Les médicaments utilisés dans les maladies à chimiothérapie préventive (CTP) dans le cadre des TMM et le traitement de la lèpre sont dotés par l'OMS. Le vaccin antirabique, ainsi que les seringues pour son administration sont fournis par l'Institut Pasteur de Madagascar (IPM) et délivrés gratuitement aux bénéficiaires dans tous les Centres de Traitement Antirabique (CTAR). Pourtant les immunoglobulines contre la rage (RIG), même gratuites également ne sont disponibles en ce moment qu'au niveau de l'Institut Pasteur de Madagascar.

Le service en charge de la lutte contre les maladies tropicales négligées travaille en étroite collaboration avec le service de la pharmacovigilance au sein de la Direction de l'Agence de Médicament.

#### e) Financement

Les dépenses totales de santé de Madagascar représentent 3,5% du PIB<sup>15</sup>. Les dépenses de santé par habitant sont de 11,9 USD. La part du budget national allouée à la santé stagne autour de 7,5% du budget national. Elle est loin de l'engagement des Chefs d'Etat pris à Abuja de consacrer 15% des ressources budgétaires nationales au secteur de la santé.

Le système de santé actuel n'offre pas de protection financière adaptée à la majorité de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté (71,5%). Il existe une mutuelle rattachée à l'hôpital de district, initiée par l'Etat. Les ménages participent, dans le secteur public, au financement direct de leur santé à travers le mécanisme du Fonds d'Approvisionnement Non stop en Médicaments Essentiels (FANOME) instauré par l'Etat à tous les niveaux de structures de soins. Ce système permet essentiellement d'assurer le réapprovisionnement des médicaments et consommables médicaux dans les formations sanitaires et d'utiliser une part égale à 1,35% de la valeur de vente des médicaments pour la constitution de fonds d'équité destiné pour la prise en charge gratuite des démunis. La faible proportion des CSB et communes (30%), organisés pour gérer les fonds d'équité, montre encore la faiblesse du dispositif.

Récemment, à travers la Stratégie Nationale de Couverture en Santé Universelle (SN-CSU), Madagascar s'est engagé pour l'élargissement de l'accès aux services de santé de qualité, financièrement abordables pour toutes les couches de la société, dans ses priorités nationales. Dans

---

<sup>15</sup> Comptes Nationaux de Santé 2010, MSANP, 2011

la phase de démarrage de la CSU, le Ministère de la Santé Publique a procédé à la mise en place du dispositif institutionnel de coordination et de suivi du programme.

La mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN est appuyée par certains partenaires techniques et ONG internationales et nationales tels que le MEN, la DSV, l’OMS, l’IPM, le RISEAL, SCI, le HI, la Principauté de MONACO, la FRF, l’ONN, le PAM, etc.

Il existe une forte dépendance vis-à-vis des Partenaires Techniques et Financiers (PTF). En somme, l’allocation et la gestion du financement du secteur présentent un certain nombre de problèmes, entre autres, la faible proportion du budget de l’Etat allouée au secteur, le déséquilibre entre l’investissement et le fonctionnement, la difficulté d’obtenir un mécanisme permettant de déterminer la répartition des investissements par niveau, l’imprévisibilité des fonds alloués par les partenaires et la capacité d’absorption du secteur.

#### f) Leadership et gouvernance

Toutes les activités de maîtrise et de contrôle des MTN sont coordonnées au niveau du SLMEN. Dans le cadre de la convention tripartite entre les parties prenantes (le MSANP, le MEN et l’ONN), toutes les activités de TMM sont intégrées et mises en œuvre en collaboration avec toutes les entités responsables de chaque niveau.

Pour les maladies à CTP, le Service de la Lutte contre les Maladies Epidémiques et Négligées (SLMEN) du MSANP et le Ministère de l’Education Nationale (MEN) assurent la sphère technique et médicale des activités. La formation des instituteurs, l’acheminement des médicaments vers les écoles et le rapportage sont assurés conjointement par le MSANP et le MEN.

Actuellement, pour améliorer la mise en œuvre des activités de lutte, l’approche multisectorielle a été adoptée. Ainsi, un comité de pilotage national, composé de différents départements ministériels et partenaires techniques, a été mis en place au mois d’avril 2014. Ce comité n’est plus fonctionnel.

### **1.3. ANALYSE DE SITUATION DES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES**

#### **1.3.1. Epidémiologie et importance des maladies**

Les maladies tropicales et zoonoses négligées constituent encore un problème de santé publique à Madagascar. Des efforts mondiaux et nationaux sont menés pour maîtriser et contrôler leur propagation voire éliminer certaines d’entre-elles. La prise en charge des MTN se fait généralement au niveau des CSB, mais des cas douteux ou compliqués peuvent être référés vers les centres hospitaliers. En milieu rural, faute de personnel qualifié et de plateau technique adéquat, les malades sont obligés d’aller dans les zones urbaines pour les cas compliqués. Les médicaments sont gratuits pour la prise en charge de la lèpre et de la rage.

La liste des MTN à Madagascar inclut : la filariose lymphatique, les schistosomias, les géo helminthiases, le téniasis/cysticercose, la lèpre, la rage, la dengue, la peste et la tungose. La distribution de certaines d'entre elles est déjà connue tandis que le reste nécessite d'être cartographié afin de mieux cibler les interventions. Néanmoins, 04 maladies à ChimioThérapie Préventive (CTP), telles que filariose lymphatique, la schistosomias, les géo helminthiases et l'infection à *taenia solium* ainsi que les trois (3) maladies à Prise en Charge des Cas (PCC), qui sont la lèpre, la rage et la cysticercose ont été choisies pour ce plan.

#### 1.3.1.1. Maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive

##### a) Filariose lymphatique

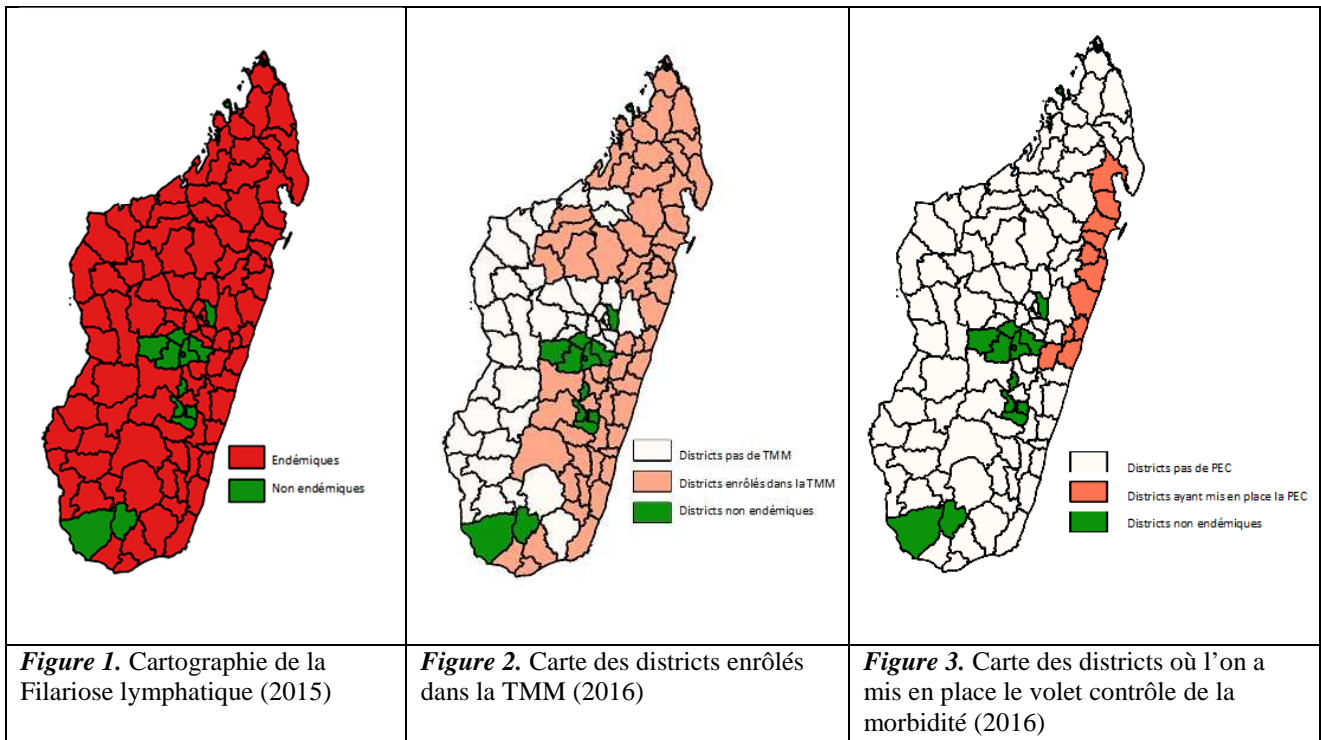
La filariose lymphatique à *Wuchereria Bancrofti* est transmise par les *Anophèles* à Madagascar. Suite à la création du Programme National d'Élimination de la Filariose Lymphatique en 2002, différentes activités épidémiologiques ont été menées dans les districts sanitaires à risque : (i) la cartographie de l'endémicité de chaque district sanitaire a été faite en 2004 avec la technique de microfilarémie et le test ICT, (ii) l'enquête nationale au niveau de 193 villages, (iii) la cartographie de la filariose lymphatique. Les résultats ont montré une prévalence moyenne de 8,91% (0 à 58%) et 99 districts endémiques sur les 113 existants. Des campagnes de Traitement Médicamenteux de Masse (TMM) ont été mises en œuvre depuis 2005. Il a été alors recensé 98 districts endémiques et 113 non endémiques.

Une mise à jour de cette cartographie a été faite en 2015 au niveau des 15 districts non endémiques. D'après les résultats officiels, après la validation de l'OMS, 1 autre district en plus est endémique. Au total, 99 districts parmi les 113 sont endémiques de la filariose lymphatique à Madagascar.

Sur ces 99 districts, 62 sont actuellement concernés par la campagne de Traitement Médicamenteux de Masse (TMM) à de tours de traitement différents allant de 3 à 10.

Au cours de l'année 2011, le district de Nosy Boraha a fait l'objet d'une enquête d'évaluation de fin de transmission dénommée Transmission Assessment Survey (TAS). Une 2<sup>ème</sup> TAS a été réalisée en 2016 pour ce district. La TAS 1 pour 3 districts de Vatovavy Fitovinany a été aussi réalisée. La TAS1 pour les 3 districts de la région Atsinanana est à prévoir.

La filariose lymphatique est communément connue sous les formes chroniques qui sont les lymphoedèmes et les hydrocèles. Ainsi, 15359 cas de lymphoedèmes et 14827 cas d'hydrocèles ont été recensés par les agents communautaires au niveau de ces districts appliquant le TMM.



#### b) Schistosomioses

La cartographie de la schistosomiase a été finalisée en 2015. Au total, 106 districts sur 113 existants sont endémiques à la schistosomiase (urinaire et intestinale) avec une prévalence allant de 1 à 89% pour ceux qui sont endémiques.

La schistosomiase uro-génitale à *Schistosoma haematobium* sévit sur la moitié Ouest et le Nord de l'Île, située au-dessus de l'isotherme +28°C. La schistosomiase intestinale due à *Schistosoma mansoni* se rencontre sur la partie Est et Sud de l'Île et sur les Hautes Terres Centrales (HTC), isotherme +18°C.

Selon la classification de l'OMS, un district donné est considéré comme hyper endémique quand la prévalence est de plus de 50%, méso endémique si prévalence est comprise entre 10 et 50%, hypo endémique si la prévalence est inférieure à 10%. Le plan de traitement annuel, biennal ou triennal de ces districts est dicté selon leurs prévalences.

La forte prévalence en schistosomiase a pour causes :

- la faiblesse de l'IEC/CCC en matière de lutte contre le péril fécal
- l'absence de lutte contre les gîtes larvaires
- la mauvaise condition d'hygiène de la population
- la limitation du TMM à la population de 5-15 ans
- le manque de financement pour une mise à l'échelle du TMM

Les résultats de la cartographie des schistosomioses validés par l'OMS se résument comme suit :

- 46 districts ont une prévalence >50%

- 42 districts ont une prévalence >10% et <50%
- 19 districts ont une prévalence < 10%
- 06 districts sont non endémiques.

Sur ces 106 districts, 60 sont actuellement concernés par la campagne de TMM à de tours de traitement différents.

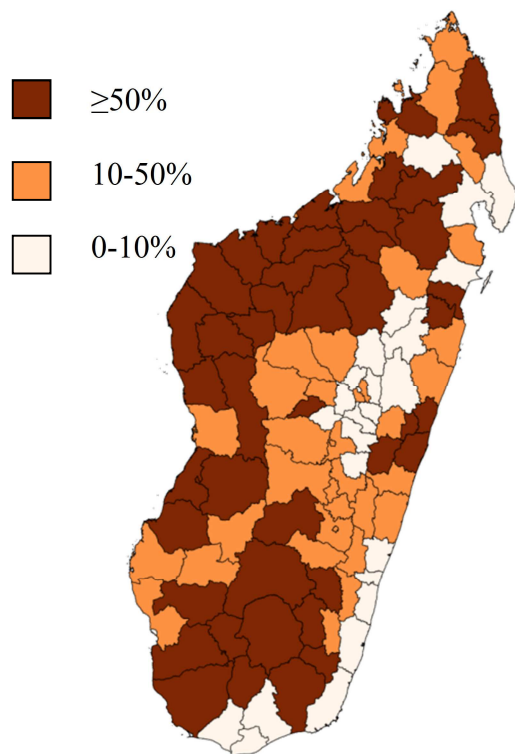


Figure 4. Prévalence de la Schistosomiase à Madagascar en 2015

#### c) Géo helminthiases (Helminthiases Transmises par le Sol)

La forte prévalence de ces STH se trouvent plus particulièrement, le long de la côte Est du Nord au Sud de Madagascar.

Des études de terrain ciblant surtout la tranche d'âge scolaire (5 à 15 ans) ont été menées jusqu'en 2016 dans 113 districts représentant les différentes zones écologiques de Madagascar (48 en intégration avec les enquêtes de prévalence de la schistosomiase). Ces études ont montré une prévalence des géo helminthiases entre 0% et 94%. En conclusion, la géo helminthiase est endémique sur 111 districts du pays.



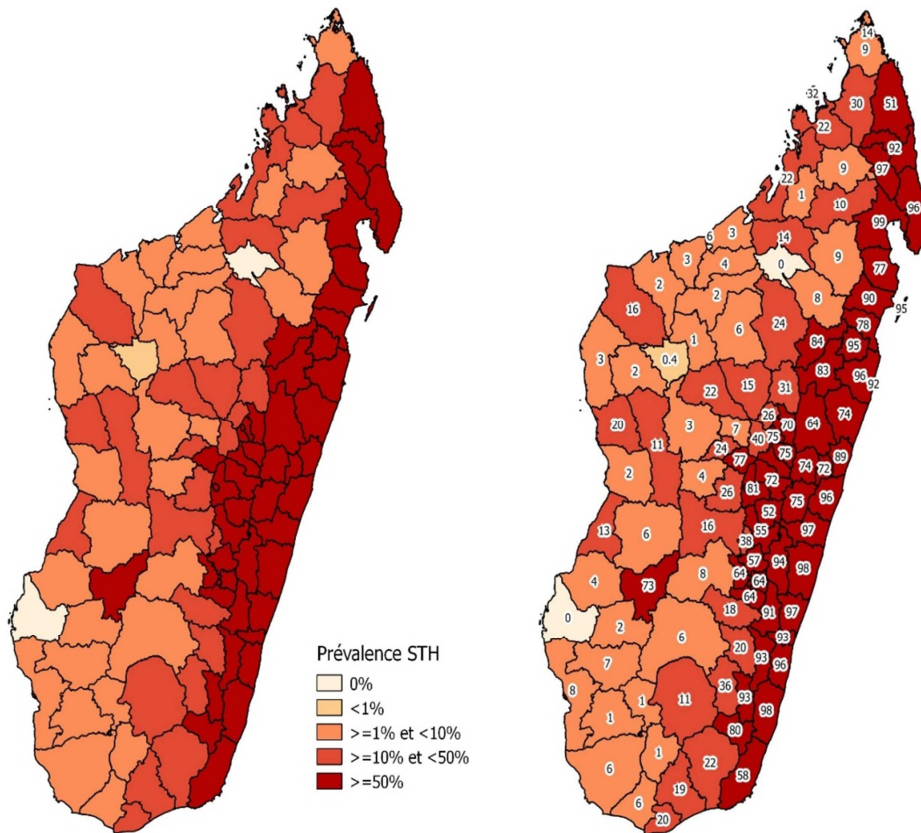


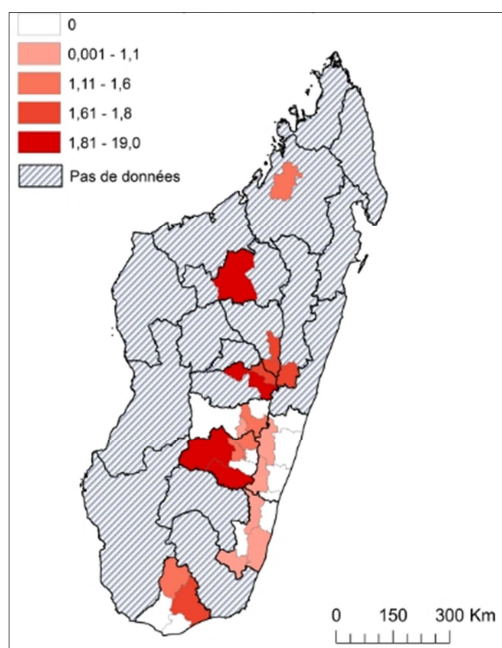
Figure 5. Prévalence des helminthiases transmises par le sol dans les 113 districts (2016)

d) Infections à taenia solium: téniasis et cysticerose

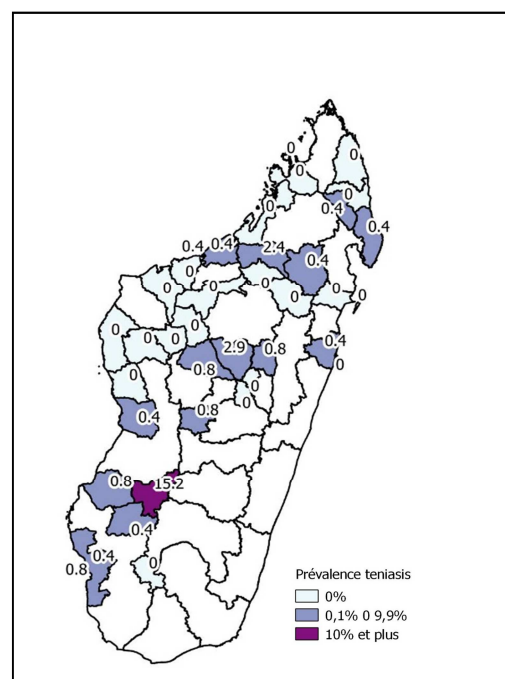
Devant la persistance des facteurs déterminant la propagation de l'infection à *Taenia solium* tels que l'élevage traditionnel de porc, le péril fécal et la laxité des mesures sanitaires de viande, Madagascar figure parmi les pays les plus infestés dans le monde. Le téniasis et la cysticerose sont endémiques dans notre pays. Les facteurs favorisants surtout en milieu rural persistent et entraînent la propagation de l'infection à *Taenia solium*, seule source d'infestation de la cysticerose. La neurocysticerose, étant la principale cause d'épilepsie secondaire et de nombreux troubles neuropsychiatriques, constitue un problème de santé à Madagascar faute de la difficulté aux moyens diagnostiques et thérapeutiques. D'une façon générale, le diagnostic reste à la suspicion clinique ou tout au mieux, confirmé par la sérologie. En outre, les médicaments sont chers et les possibilités de traitements chirurgicaux sont limitées. La prophylaxie axée sur la lutte contre le téniasis

constitue donc le meilleur moyen pour combattre ce fléau. Une dose infime de Praziquantel permet de rompre la transmission du *Taenia solium* chez l'homme.<sup>16</sup>

Les résultats des enquêtes cartographiques sur les MTN, à travers les tests KATO Katz utilisés pour les évaluations de la prévalence des schistosomiases et des géohelminthiases ont permis d'obtenir des données sur la présence d'œufs de *Taenia solium*. Les enquêtes menées depuis 2011 jusqu'en 2015 ont permis d'identifier 54 /113 districts endémiques en *Taenia solium*.



**Figure 6.** Prévalence de *T. solium* par examen  
En intégration avec des enquêtes KATO sur la  
Schistosomiase et les géohelminthiases  
(2010-2014, n=9458)



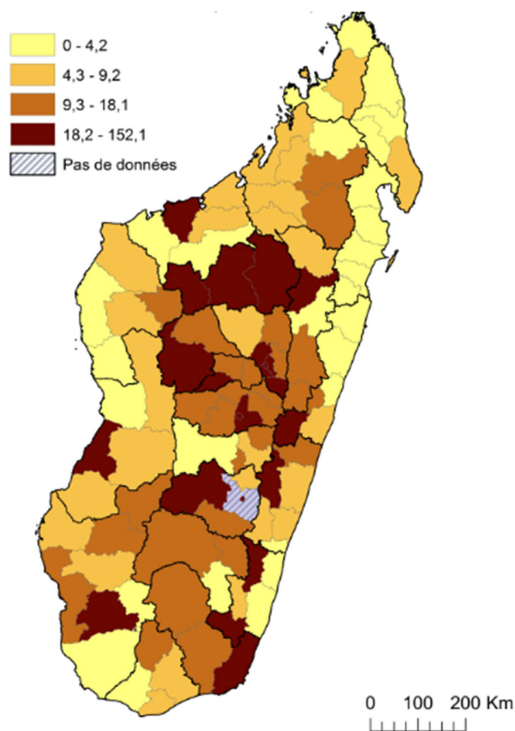
**Figure 7.** Prévalence de *Taenia solium* en  
intégration avec enquête Schistosomiasis (2015)

<sup>16</sup> Plan mondial de lutte contre les maladies tropicales négligées 2008-2015, OMS, 2007

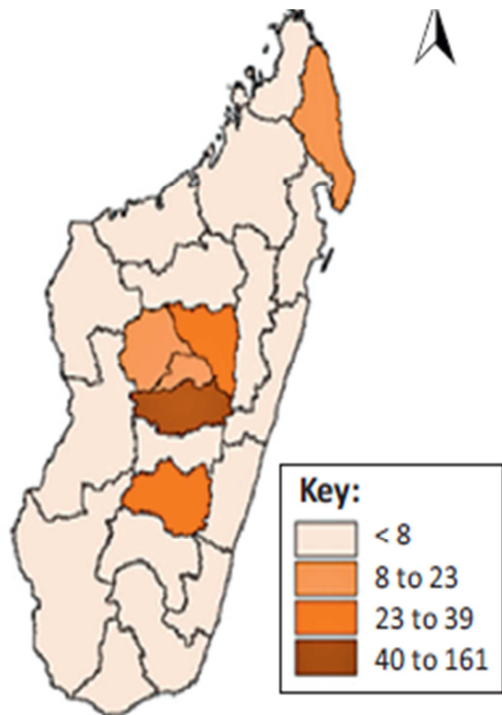
L'existence des deux formes de l'infection à *Taenia solium* (Téniasis par le ver adulte et cysticercose par la forme larvaire) permet de classer l'endémie dans les deux groupes des MTN :

- 1) Le téniasis est classé parmi les maladies à CTP car les stratégies de lutte sont le Traitement sélectif et/ ou généralisé de toute la population supérieure à 5 ans associé aux mesures vétérinaires. C'est la stratégie préventive.
- 2) La cysticercose est classée parmi les MTN à PCC :

Les données collectées au niveau du SIS (Système d'Information Sanitaire) du Ministère de la Santé ont permis d'identifier des zones à risque de contraction de l'infection à *Taenia solium*. Les cas recensés sont les cas de suspicion de neurocysticercose référés à des niveaux des formations sanitaires plus spécialisées pour des confirmations diagnostiques sérologiques et/ou imageries médicales. Environ, 6000 cas annuels sont recensés au niveau des formations sanitaires de base.



**Figure 8.** Nombre moyen par an de suspicion de cysticercose pour 100.000 habitants de 2010 à 2014 (Source : MSANP)



**Figure 9.** Situation zoo-sanitaire de Madagascar : Prévalence en abattoir entre 2008 et 2012, détection de 0,5 à 1% des carcasses (Source : DSV)

1.3.1.2. Maladies tropicales négligées à prise en charge des cas

a) Lèpre

Par rapport aux cas rapportés, Madagascar a atteint l'élimination de la lèpre en fin 2006. Néanmoins, il est constaté que cette maladie reste encore un problème de santé publique car plus de 1000 nouveaux cas de lèpre ont été toujours détectés chaque année de 2006 à 2015 avec une moyenne de 1500 nouveaux cas par an, plus de 80% des nouveaux cas détectés et déclarés sont des formes Multibacillaires (MB) et beaucoup d'enfants sont dépistés et cette situation est en faveur d'une persistance de la transmission. La proportion des infirmités 2 chez les nouveaux cas reste élevée allant de 11% à 19% de 2006 à 2015 traduisant un retard du dépistage. En 2013, selon l'OMS, Madagascar a été classé dans le groupe B où sont regroupés 13 pays endémiques de la lèpre dans le Monde, dont 07 en Afrique qui dépistent plus de 1000 cas de lèpre chaque année.

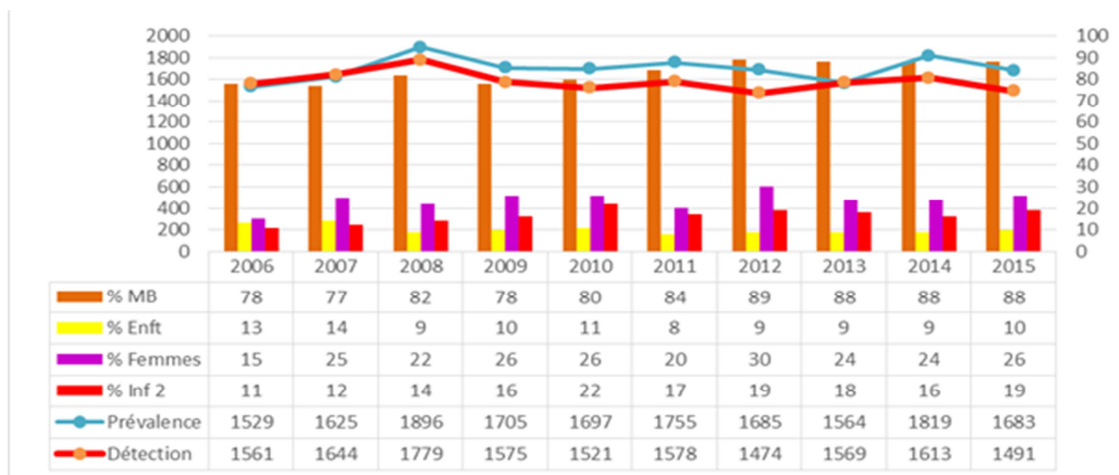


Figure 10. Tendence des principaux indicateurs de surveillance de la lèpre (2006-2015)

Quant à la situation au niveau des Régions et des Districts sanitaires, 50% des Régions (11/22) et 37% des districts sanitaires (42/113) sont encore en situation d'hyperendémicité.

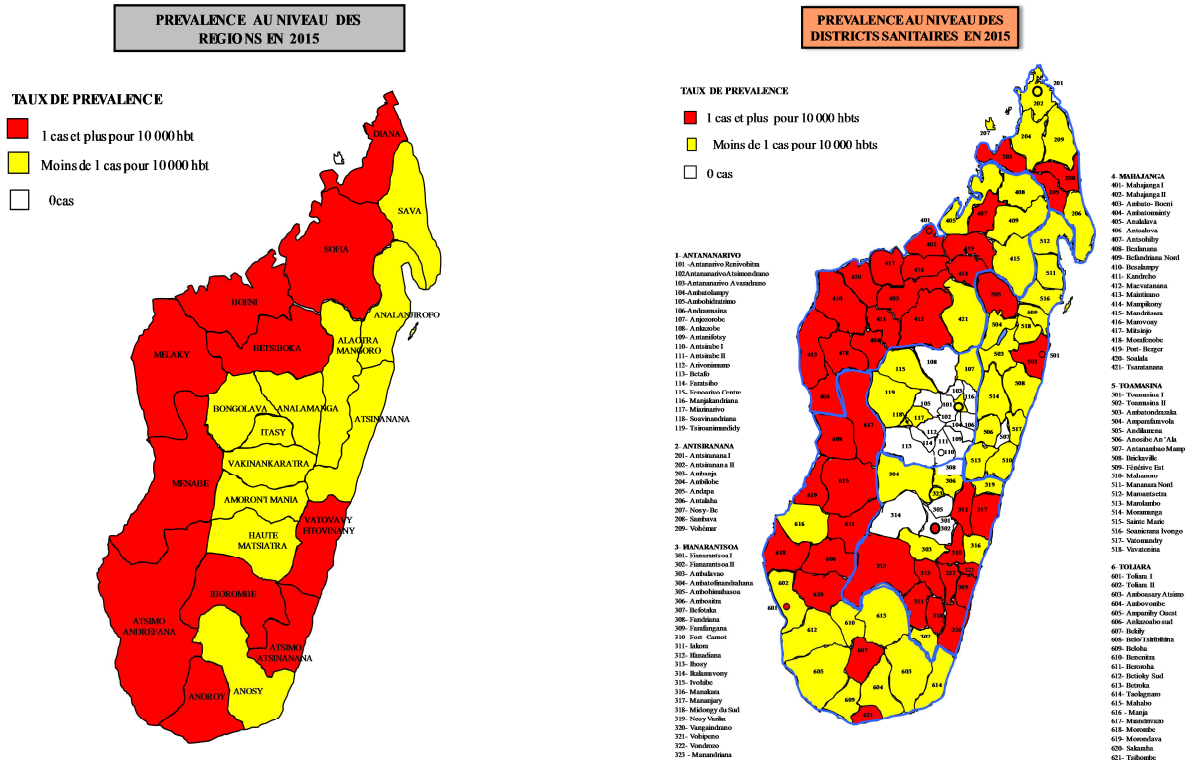


Figure 11. Situation épidémiologique de la lèpre dans les régions et les districts sanitaires en fin 2015

b) Rage

En 2007, suivant les recommandations de l’OMS, le Ministère de la Santé de Madagascar a adopté l’utilisation de vaccin antirabique à base de la culture sur des œufs au dépend des vaccins vivants atténués « souriceau ». Cette nouvelle stratégie oblige le ministère à réduire le nombre des centres antirabiques allant de un (1) centre par district à 1 ou 2 centres par région du fait du coût élevé des vaccins. Après la mise en place des 4 CTAR en 2014, Madagascar dispose maintenant 30 CTAR périphériques en plus du premier centre sis à l’Institut Pasteur de Madagascar. Ce nombre de centre antirabique n’est pas encore suffisant pour le pays, étant donné sa superficie et les problèmes d’accessibilité des centres par la population pour de multiples raisons, y compris la pauvreté.

Le nombre des cas d’expositions à la rage ne fait qu’augmenter ces dernières années avec un accroissement parallèle de cas de rage humaine clinique et biologique.

Les données récentes ont montré que chaque année, environ une dizaine de cas de rage humaine a été notifié. Pour l’année 2016, rien que pour les cinq premiers mois, il y a huit (8) cas de rage humaine rapportés dont un (1) seul confirmé biologiquement.

Pour le cas de rage canine, selon les résultats des échantillons testés à l’IPM, parmi les prélèvements de chiens testés, 66% (97/147) ont été positifs en 2012 et 46% (32/70) en 2013.

La seule prévention de la survenue de la maladie chez un homme exposé (mordu par un chien par exemple) est la vaccination antirabique avec administration d'immunoglobuline spécifique pour les morsures de troisième degré.

Le programme de lutte contre la rage mérite donc un appui considérable afin que les services en charge de cette maladie puissent être en mesure de fournir des actions appropriées.



Figure 12. Carte représentant la localisation des CTAR a travers le pays (depuis 2014)

### 1.3.2. Mise en œuvre du programme maladies tropicales négligées

#### 1.3.2.1. Maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive

##### a) Filariose lymphatique

La mise en œuvre du programme MTN a concerné deux grands volets: (i) arrêt de la transmission de l'infection à travers la TMM, et (ii) allègement et réduction des incapacités dont les grandes catégories d'interventions sont la prise en charge du lymphoedème et la chirurgie de l'hydrocèle. Les stratégies techniques sont appuyées par des stratégies dites de soutien à savoir: (i) le développement de compétences, (ii) la surveillance de la maladie par la mise en place d'un réseau de sites sentinelles pour la mesure de l'impact du TMM sur la microfilarémie, (iii) la mobilisation sociale, et (iv) le développement du partenariat.

La campagne de TMM est mise en œuvre depuis 2005. Elle cible toute la population de l'unité d'exécution, un district, sauf les femmes enceintes et les enfants moins de deux ans. Une mise à l'échelle progressive a été observée depuis par une extension géographique de proche en proche longeant le littoral Est de Madagascar allant du Nord au Sud. La stratégie de distribution est la "porte à porte" réalisée par des agents communautaires. Par la suite, à cette stratégie a été ajoutée la distribution *en milieu scolaire* dans certains districts. Actuellement, 62 districts sur 99 (15 régions sur 22) ont pu réaliser la campagne TMM dont le nombre de tour de traitement varie de 3 à 11. Le nombre de population traitée est passé de quelques 500 000 en 2005 à plus de 13 millions de personnes en 2015.

Un réseau de sites sentinelles a été mis en place pour suivre la régression de la microfilarémie. La principale activité est le suivi des données de microfilarémie lors des enquêtes de prélèvements nocturnes au niveau des sites sentinelles fixes et de contrôle. Les résultats ont montré une réduction significative de la microfilarémie au niveau de la plupart des sites sentinelles.

Le volet prise en charge de la morbidité due à la filariose lymphatique a été réalisé en partenariat avec les ONGs. Ainsi 4 ONGs ont œuvré au niveau de 4 Régions différentes :

- ONG Azafady dans la Région Anosy, plus particulièrement à Tolagnaro
- Reggio Terzio Mondo dans la Région Vatovavy Fitovinany
- Handicap International dans la Région Atsinanana et Analanjirofo
- Principauté de Monaco dans le district de Nosy Boraha de la Région Analanjirofo.

Actuellement, seuls les districts de la Région Analanjirofo sont appuyés par deux ONG : i) Handicap International pour les districts de Maroantsetra, Mananara, Soanierana Ivongo, Vavatenina et Fenoarivo Est et ii) Principauté de Monaco pour le district de Nosy Boraha.

Jusqu'à la fin de l'année 2015: 2 756 interventions hydrocèles ont été réalisées et 11 191 porteurs de lymphoedèmes prise en charge.

b) Schistosomiasis

Le Programme National de lutte contre la bilharziose a été créé en 1998. Les activités de lutte ont démarré en 1999. Entre 1999 et 2004, 102 347 personnes ont été traitées gratuitement dans les 357 villages hyper endémiques identifiés dans 71 districts sanitaires. Suite à des contraintes financières, la mise en œuvre a été ralentie. En 2006, seulement 2 villages par district dans 11 districts ont été ciblés, pour un total de 8.000 personnes traitées. Toutes les activités menées sont financées par le budget de l'Etat et la Banque Mondiale. L'achat de médicament Praziquantel est financé par l'OMS.

Au cours des années 2004, 2005 et 2006, le PAM a associé la distribution de Praziquantel avec celle du Mebendazole en milieu scolaire. Ceci a eu lieu dans les écoles de 4 districts dans la Région Sud-Ouest. Pour ces campagnes, le Praziquantel a été acheté avec l'appui financier du PAM à travers la Centrale d'Achat SALAMA. L'ONN a joué un rôle important dans la conduite de ces campagnes notamment sur la distribution de Mebendazole pour les enfants de 5 à 15 ans. Ses activités de distribution sont financées par la Banque Mondiale et réalisées par le projet de la Surveillance et Education des Ecoles et des Communautés en matière d'Alimentation et de Nutrition Elargie (SEECALINE) sur les terrains.

En 2008, le traitement de masse de Praziquantel, doté par l'OMS, a touché tous les enfants de 5 à 15 ans de 25 districts sanitaires. Avec la crise socio politique qui perdure depuis l'année 2009, l'extension du TMM a ralenti. En 2010, le programme a pu traiter 1 333 420 des enfants de 5 à 15 ans scolarisés ou non sur 1 582 133 ciblés, soit un taux de couverture de 75%. La couverture géographique du TMM-Praziquantel est de 34 districts en cette année contre 23 districts en 2011, 34 districts en 2012, et 24 districts en 2013.

En 2014, le Traitement Médicamenteux de Masse de Praziquantel, doté l'OMS, a touché tous les enfants de 5 à 15 ans dans 30 districts sanitaires.

En 2015, la couverture géographique du TMM-Praziquantel est de 41 districts sanitaires

b) Géo helminthiases

Le déparasitage couvre à l'heure actuelle tous les 102 districts pour les enfants d'âge scolaire (5 à 15 ans). A noter que 12 districts n'ont pas été cartographiés en 2015.

Les campagnes de distribution de Mebendazole ont été organisées à travers: (1) la Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant (SSME) pour les tranches d'âge de 12 à 59 mois et les femmes enceintes ayant une grossesse supérieure à 4 mois, et (2) la campagne de TMM au niveau des écoles. Ces activités sont faites pour les enfants de 5 à 15 ans à raison de deux fois par an pour les districts ayant un taux de prévalence supérieure à 50% et une fois par an pour les districts ayant un taux de prévalence compris entre 20 et 50%. 40 districts ont bénéficiés de ce TMM en 2015. C'est



une action menée en étroite collaboration entre le MSANP, qui assure la technicité, et le MEN qui ayant un meilleur réseau pour cibler cette population.

c) Téniasis /cysticercose

Le programme de lutte contre l'infection à *Taenia solium* (téniasis/cysticercose) fut mis en place après l'élaboration de la politique nationale de lutte en 2005. Depuis l'initiative mondiale sur l'approche intégrée par l'élaboration du premier plan PDMTN 2007-2012, Madagascar a inséré l'infection à *Taenia solium* dans son plan quinquennal où les stratégies de prévention et de prise en charge et de l'évaluation des prévalences ont pu bénéficier des retombées sur la schistosomiase. Mais depuis la redynamisation mondiale de la lutte contre l'infection à *Taenia solium* en Juillet 2014 à l'HQ Genève, sur laquelle Madagascar figure parmi les pays qui ont pu bénéficier des appuis internationaux pour intensifier la lutte contre cette endémie. Un projet pilote sur le TMM 2015 – 2017 fût élaboré et mis en œuvre dans un district identifié endémique au téniasis et non coendémique à la schistosomiase afin de mettre en place un programme national de lutte intégrée à la fois chez l'homme et l'animal. Ainsi, une plateforme groupant plusieurs entités dont : le Ministère de la Santé Publique, le Ministère en charge de l'Elevage par le biais de la Direction des Services Vétérinaires et de nombreux partenaires œuvrant contre ce fléau a été mise en place au Pays depuis 2015.

Les principales stratégies adoptées et axées sur l'intensification des mesures de prévention sont :

- i) la chimiothérapie préventive ; les traitements généralisés des porteurs humains de vers adultes communément dénommé Traitement de Masse par des Médicaments (TMM) anti-téniasis,
- ii) l'amélioration des stratégies de communication pour l'Information, l'Education et la Communication pour le Changement de comportement de la population en étroite collaboration avec la Direction des Services Vétérinaires (DSV) pour le renforcement des mesures sanitaires de viande et la vulgarisation du déparasitage et/ou vaccination des porcs sera l'application de l'approche « One health » qui va coupler la lutte en même temps chez l'homme et le porc pour parvenir à l'atteinte de l'objectif de l'élimination du ver *Taenia solium* en 2020.
- iii) le développement des outils diagnostiques et thérapeutiques pour l'amélioration de la prise en charge des cas et l'établissement de la cartographie de prévalence.
- iv) par le développement des partenariats.

Les médicaments utilisés pour la chimiothérapie sur les téniasis sont les mêmes avec les médicaments de la bilharziose : suivant la recommandation du plan mondial de lutte contre les maladies tropicales négligées 2008-2015 tableaux de l'annexe 4, ce médicament est le praziquantel à

la dose de 10mg/kg. Puisque la dose administrée pour traiter la schistosomiase traite déjà les éventuels cas de téniasis, la stratégie TMM anti-téniasis est à mettre en œuvre dans les zones non co-endémiques avec la bilharziose.

Actuellement, 106 districts sur 113 sont identifiés endémiques à la schistosomiase, les 06 districts qui sont endémiques au téniasis sont ciblés par le TMM anti-ténia.

**Tableau 1.** Résumé des programmes existants pour les maladies à chimiothérapie

MTN	Début du Programme	Nombre Districts Cible	Couverture District	Population Cible	Couverture Population	Stratégies Clés	Partenaires Clés
Filariose Lymphatique	2002	99	62 (63,27%)	Toute la population sauf enfants moins de 2ans et femmes enceintes	66,06% (2013)	TMM à base communautaire	Projet Monaco Handicap International Banque Mondiale
Schistosomiase	1998	106	93,8%	5-15 ans	92,87% (2015)	TMM en milieu communautaire et scolaire	Banque Mondiale SCI
Géo-hélmintose	1998	113		5-15 ans	89,2% (2015)	TMM en milieu communautaire et scolaire	Banque Mondiale PAM
<i>Teania solium</i> (taeniasis/ cysticercose)	2015	7	1 (14%)	Population > 5 ans	94% (2015)	TMM à base communautaire	OMS, DSV, IPM, CHUJRA

### 1.3.2.2. Maladies tropicales négligées à prise en charge des cas

#### a) Lèpre

Le Programme National d'Élimination de la lèpre a été mis en place en 1990 et l'objectif fixé dans ce temps est d'éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique dans le pays. Grâce à diverses activités qui ont été menées depuis 1992, telles que la Campagne d'Élimination de la Lèpre (CEL), l'action spéciale pour l'élimination de la lèpre, les Vérifications du Diagnostic des Nouveaux Cas de Lèpre (VDNC) et la mise à jour des registres, l'élimination de la lèpre a été atteinte au niveau national en 2006 avec un taux de prévalence à 0,86 cas pour 10.000 habitants.

La lutte contre la lèpre à Madagascar comprend 2 grands volets :

- Le diagnostic et traitement des cas simples de lèpre ;
- La Prévention des Invalidités et de la Réadaptation Physique (PIRP).

Concernant le diagnostic et le traitement des cas simples de lèpre, cette activité est assurée par toutes les formations sanitaires (publiques et privées) existant dans le pays. En général, le dépistage des cas de lèpre se fait d'une manière passive nécessitant le passage des malades au niveau des

formations sanitaires. A travers cette stratégie de dépistage, plus de 1000 cas sont dépistés chaque année dans environ 35% des formations sanitaires existant dans le pays. Le taux d'accès aux soins de la population Malagasy est faible (environ 40%) et de plus, la morbidité ressentie en cas de lèpre débutante ne peut à elle seule constituer une motivation de consultation pour la population surtout si cela expose à des différents problèmes pour les ménages comme l'éloignement du centre, l'insécurité et les coûts financiers y afférents. Il existe manifestement un sous dépistage de la lèpre et un retard du diagnostic des cas à Madagascar et les stratégies de dépistage passif ont montré leurs limites. Face à cette situation, afin de renforcer le dépistage des cas et le rendre beaucoup plus précoce, une stratégie active ou avancée devra compléter le dépistage passif, particulièrement dans les districts sanitaires encore endémiques de la lèpre et où sont localisés des foyers. Toutefois, le dépistage passif des cas continu toujours au niveau de la plupart des formations sanitaires et afin de le maintenir, la sensibilisation devra être renforcée pour motiver la population à se rendre dans les centres de santé devant des problèmes de dermatoses.

Quant à la Prévention des Infirmités et de la Réadaptation Physique pour les cas compliqués, des Centres d'Orientation Recours niveau 2 (COR2) ont été mis en place. Chaque année, environ 350 cas compliqués sont pris en charge au niveau de ces centres et le taux de réussite aux traitements avoisine les 75% avec une réduction importante du nombre de malades ayant subi des décompressions nerveuses. Toutefois, le nombre des cas pris en charge au niveau de ces centres se trouve encore faible à cause des problèmes de référencement.

Le diagnostic et la prise en charge des cas de lèpre et des complications se font à trois niveaux:

- au niveau des Centres de Traitement Lèpre (CTL), qui assurent la suspicion des cas et le suivi du traitement;
- au niveau des CDTL, qui assurent la confirmation du diagnostic, le traitement et la prise en charge des complications.
- au niveau des COR 2, qui outre le diagnostic et la prise en charge des cas simples de lèpre, assurent particulièrement la prise en charge des complications graves nécessitant des hospitalisations.

#### b) Rage

En 2002, le Ministère chargé de la Santé grâce au partenariat étroit avec l'IPM et le Ministère chargé de l'Elevage a pu développer un programme de lutte contre la rage. Les principales stratégies de lutte étaient basées sur :

- la vaccination des personnes exposées à la rage,

- la mobilisation sociale pour informer la population sur les conduites à tenir (laver au savon et rincer à grande eau la plaie, aller tout de suite après à la formation sanitaire la plus proche) où le responsable sanitaire assurera le traitement adjuvant et la référence vers un CTAR,
- la vaccination des chiens domestiques,
- la surveillance des chiens mordeurs.

En 2012, le programme de lutte contre la rage a pu bénéficier un appui ponctuel de deux ans grâce à la convention de partenariat établi entre le ministère de la santé, l'IPM et l'OMS, avec comme principal bailleur de fond la Banque Africaine pour le Développement (BAD) pour un montant total de 208 598 US Dollar.

Le pays dispose actuellement de 31 CTAR, repartis dans les 22 régions après la mise en place des CTAR de Manja, Bekily, Soanierana Ivongo et de Marolambo en 2014 par le biais de ladite convention.

Les personnes exposées à la rage habitant loin de CTAR vont consulter le CSB le plus proche pour recevoir les premiers soins (lavage de la plaie avec de l'eau et du savon). Le responsable du CSB va les référer ensuite au CTAR le plus proche. Mais la plupart du temps, les cas référés n'arrivent pas au CTAR faute de moyen surtout financier et en particulier, s'ils habitent loin du CTAR. En cas de morsures groupées dans une localité éloignée, le responsable du CTAR est amené à effectuer une descente sur place pour la formation des agents du CSB sur la conduite à tenir et la prise en charge des cas, pour l'approvisionnement en vaccins antirabiques suffisants et en consommables médicaux. Les vaccins antirabiques sont fournis par l'IPM et délivrés gratuitement aux personnes exposées. Pourtant l'acheminement des vaccins antirabiques vers les CTAR est assuré par les directions régionales de santé ou les bureaux de santé du district de rattachement.

Pour pouvoir donner plus de satisfaction à la population en matière de la prise en charge des personnes exposées à la rage, il serait plus équitable si chaque district sanitaire a son propre point de traitement comme CTAR. Pour ce faire, la formation des responsables et le ravitaillement en vaccins antirabiques et l'utilisation rationnelle de ces vaccins seront nécessaires.

En matière de rage, c'est l'IPM qui est le laboratoire de référence, qui assure le diagnostic de confirmation.

#### c) Cysticercose

Afin de parvenir à contrôler, maîtriser, voire éliminer le *taenia solium* en 2020, l'amélioration de l'accessibilité de la population aux moyens diagnostiques et thérapeutiques figure parmi les principales stratégies. En effet, le développement d'un outil de diagnostic et la standardisation des prises en charge avec le renforcement de capacités des laboratoires de séro-diagnostic sont dans la

perspective. La formation des agents de santé sur la prise en charge des cas de neurocysticercose vont accompagner des activités de mobilisation sociale qui vont informer et éduquer la population et la communauté à prévenir l'infection à *taenia solium*.

Dans le cadre de l'approche « One Health », la mise en place d'un système de surveillance de la cysticercose humaine et porcine est dans la perspective.

Des enquêtes épidémiologiques sont aussi dans la perspective pour évaluer la situation actuelle. Des collaborations avec la DSV et les institutions de recherches sont en cours pour mener les activités de lutte chez l'homme, le porc et les recherches opérationnelles et l'établissement de la cartographie de prévalence.

**Tableau 2.** Résumé sur les programmes de contrôle de maladies à prise en charge des cas

MTN	Début du Programme/ Collection d'Information	Nombre de Districts Cibles	Nombre de Districts avec Prises en Charge des Cas	Stratégies Clés	Partenaires Clés
Lèpre	1990	113	113	Dépistage précoce Disponibilité des PCT Prévention des Invalidités et Réadaptation Physique	FRF Fondation Sasakawa OMS
Rage	2002	113	31	Prise en charge des expositions par vaccination Recherche et prise en charge des contacts Recherche et retraitement des abandons Intensification de la sensibilisation communautaire	IPM BAD
FL	2002	99	19	Prise en charge de lymphœdème Chirurgie de l'hydrocèle	HI Projet Monaco
Cysti- cercose	2005	113	113	Développement d'un outil diagnostic facile et standard Standardisation d'un protocole thérapeutique Renforcement de compétence des agents de santé sur la PEC des cas de neurocysticercose Mapping Renforcement de capacités des laboratoires de sérodiagnostics au niveau central et/ou périphérique	OMS DSV IPM CHU/Fac Méd. CIRAD DRZV

Lacunes et priorités :

Malgré les efforts déployés, les appuis apportés par l'OMS, l'imputation budgétaire fournie par l'Etat, le non positionnement des bailleurs de fonds et l'insuffisance de ressources matérielles constituent le principal obstacle à la mise en œuvre des activités de lutte. En plus, nonobstant à la priorisation des renforcements des compétences des agents de santé, le budget alloué à la formation reste insuffisant.

L'insuffisance des activités de mobilisation sociale entrave à la mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN d'où la nécessité de renforcer les activités d'Information-Education-Communication/Communication pour le Changement de Comportement (IEC/CCC) pour impliquer la communauté et d'éviter les rumeurs.

La situation actuelle de certaines zoonoses négligées est mal connue. Donc, il est nécessaire de développer des outils diagnostiques et des recherches opérationnelles (cas de la cysticercose).

Sur la base de l'analyse de la situation du système de santé et des MTN, les principales lacunes et priorités pour la formulation des objectifs stratégiques se présentent comme le suivant.

**Tableau 3.** Analyse FFOM des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées

<b><u>Forces</u></b>	<b><u>Faiblesses</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'un comité de pilotage</li> <li>- Existence des partenaires</li> <li>- Existence de personnes ressources pour chaque programme</li> <li>- Initiation à l'intégration des activités MTN</li> <li>- Programme national de lutte contre les MTN</li> <li>- Cartographie complète pour la plupart des maladies MTN/PCC et MTN/CTP</li> <li>- Existence d'un programme de lutte pour chaque MTN</li> <li>- Existence d'un plan de suivi-évaluation</li> <li>- Envoi systématique des fiches de rapport commun sur les MTN à l'OMS</li> <li>- Collaboration inter Ministériel effective</li> <li>- Participation des coordonnateurs et des chefs de programme aux ateliers internationaux sur les MTN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faible appropriation du programme de lutte par le gouvernement</li> <li>- Insuffisance de ressources (matérielles, financières et personnelles)</li> <li>- Faiblesse du système de rapportage des activités en termes de complétude</li> <li>- Faible visibilité des programmes MTN</li> <li>- Insuffisance de motivation des agents de santé et des agents communautaires à tous les niveaux de mise en œuvre</li> <li>- Redéploiement fréquent de personnels formés</li> <li>- Changement fréquent du responsable MTN</li> <li>- Problème logistique sur les médicaments</li> <li>- Comité de pilotage non-fonctionnel</li> <li>- Dépendance au financement extérieur</li> </ul>
<b><u>Opportunités</u></b>	<b><u>Menaces</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dons de médicaments et vaccins</li> <li>- Appui technique et financier des partenaires (BM, OMS, SCI,...)</li> <li>- Contribution des Institutions de recherche</li> <li>- Canaux de Traitement de Masse (Exemple SSME, autres)</li> <li>- Expérience de l'ONN/MEN dans le déparasitage en milieu scolaire</li> <li>- Appui des certaines ONG</li> <li>- Initiative Mondiale et Régionale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réticence du partenaire en cas d'intégration des activités</li> <li>- Persistance des us et coutumes/croyances compromettant l'efficacité du programme MTN</li> <li>- Instabilité politique</li> <li>- Pauvreté de la population</li> <li>- Changement climatique</li> <li>- Faible accès en eaux potables</li> <li>- Arrêt de financement des partenaires</li> <li>- Faible appropriation du programme MTN par les autres obligataires dans la lutte</li> </ul>

## DEUXIEME PARTIE : AGENDA STRATEGIQUE

---

### 2.1 Mission et objectifs d'ensemble du programme de lutte contre les MTN

#### VISION

Madagascar libéré des Maladies Tropicales Négligées.

#### MISSION

Garantir à gérer et à mettre en œuvre les actions intégrées de lutte contre les MTN à Madagascar afin de parvenir à leur contrôle et leur élimination.

#### BUT

Accélérer la réduction de la charge de morbidité à travers le contrôle, l'élimination et l'éradication des MTN ciblées, et contribuer à l'allègement de la pauvreté, ainsi qu'à l'amélioration de la productivité et de la qualité de vie des personnes touchées.

### 2.2 Les principes directeurs

Le succès dans la mise en œuvre de ce Plan stratégique dépendra du respect des principes directeurs ci-après <sup>17</sup>:

- a) **L'appropriation et le rôle de chef de file du pays.** Dans de nombreux pays, les programmes de lutte contre les MTN sont encore mis en œuvre sous forme de projets verticaux financés essentiellement par les partenaires. Des efforts devraient être faits pour améliorer l'appropriation par les pays et le rôle de chef de file de ces derniers dans les programmes nationaux de lutte contre les MTN. Cela nécessitera l'engagement politique et l'appui financier des gouvernements. L'institutionnalisation du programme MTN doit être prise en compte au niveau du Gouvernement.
- b) **L'élargissement et la coordination des partenariats nationaux et internationaux.** Compte tenu des ressources qui sont nécessaires pour lutter contre les MTN, la société civile et le secteur privé, les sociétés pharmaceutiques, les organisations non gouvernementales de développement et la coopération internationale ont un rôle important à jouer pour soutenir les États Membres endémiques de MTN. Le plan stratégique régional sur les MTN devrait

---

<sup>17</sup> Plan Stratégique de lutte contre les MTN 2014-2020 dans la Région africaine de l'OMS

être fondé sur la solidité des partenariats et la coalition pour l'alignement des appuis des partenaires entre les divers acteurs de la lutte contre ces maladies.

- c) **L'autonomisation des individus et des communautés.** L'engagement des personnes affectées par une MTN ou à risque d'en contracter est primordial pour garantir le succès des interventions. Il est par conséquent impératif d'autonomiser les communautés et de les impliquer dans des activités visant à prévenir et contrôler les MTN.
- d) **Une approche fondée sur des bases factuelles.** Les décisions d'intensifier ou de réduire l'échelle des interventions, en particulier la chimiothérapie préventive, seront fondées sur des bases factuelles générées au moyen de la cartographie, du suivi, de l'évaluation et de la recherche. De même, toutes les stratégies de prévention et de contrôle des MTN devraient reposer sur des bases factuelles scientifiques et/ou sur les meilleures pratiques, en tenant compte du rapport coût-efficacité, de l'accessibilité sur le plan financier, des principes de la santé publique et des considérations culturelles.
- e) **Des interventions fondées sur l'équité et sensibles aux différences entre les sexes.** L'accès aux services de santé est plus difficile pour les femmes, en particulier dans les zones rurales où les MTN sont fortement endémiques. Toutes les actions de lutte contre les MTN devraient être délibérément sensibles aux besoins de chaque sexe et s'attacher à surmonter d'autres inégalités.
- f) **Le renforcement des systèmes de santé.** Les interventions contre les MTN sont plus viables et efficaces lorsqu'elles sont intégrées et/ou impliquées aux systèmes nationaux de santé. Toutes les interventions doivent être mises en œuvre au sein des systèmes de santé existants et contribuer à l'amélioration des infrastructures et des performances du système de santé.



## 2.3 LES PRIORITES STRATEGIQUES

1. Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme;
2. Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte/MTN;
3. Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le gouvernement;
4. Renforcer le Suivi/Evaluation, la Surveillance et la Recherche Opérationnelle.

**Tableau 4.** Les priorités stratégiques avec leurs objectifs respectifs

Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques
<p><b>PS1:</b> Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme</p>	<p><b>OS1-</b> Mettre à l'échelle les interventions des MTN à chimiothérapie préventive</p> <p><b>OS2 -</b> Mettre à l'échelle les interventions pour les MTN à prise en charge des cas spécialement pour la lèpre, la cysticercose et la prévention de la rage humaine</p> <p><b>OS3 -</b> Mettre à l'échelle l'accès au traitement des cas et des complications de toutes les MTN à tous les niveaux</p> <p><b>OS4 -</b> Renforcer la capacité de mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN au niveau national.</p>
<p><b>PS2 :</b> Renforcement de la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte contre les MTN</p>	<p><b>OS1 -</b> Renforcer le système de planification axé sur les résultats par rapport aux données collectées aux différents niveaux de la pyramide sanitaire</p> <p><b>OS2 -</b> Renforcer les approches et les stratégies de mobilisation de ressources au niveau national, régional et district basées sur le budget de l'Etat en plus des soutiens des PTF pour assurer une lutte durable contre les MTN</p> <p><b>OS3 –</b> Mettre à jour les politiques, guides et différents outils des programmes de lutte contre les MTN.</p>

Priorités stratégiques	Objectifs stratégiques
<p><b>PS3:</b> Renforcement du plaidoyer, de la coordination et de l'appropriation du programme par le gouvernement</p>	<p><b>OS1</b> - Renforcer la coordination de lutte contre les MTN aux différents niveaux de la pyramide sanitaire avec toutes les parties prenantes.</p> <p><b>OS2</b> - Renforcer le partenariat et mobilisation des ressources pour les MTN</p> <p><b>OS3</b> - Renforcer le plaidoyer et la communication aux différents niveaux pour la promotion de la lutte contre les MTN.</p>
<p><b>PS4:</b> Renforcer le Suivi/Evaluation, la surveillance et la Recherche Opérationnelle</p>	<p><b>OS1</b> - Renforcer le mécanisme de suivi évaluation des programmes MTN.</p> <p><b>OS2</b> - Renforcer le système de surveillance des MTN dans le système d'information sanitaire existant</p> <p><b>OS3</b> - Renforcer la recherche opérationnelle, la documentation et l'exploitation des évidences</p> <p><b>OS4</b> - Renforcer la lutte anti-vectorielle/hôtes intermédiaires des MTN</p>

## TROISIEME PARTIE: CADRE OPERATIONNEL

### 3.1. OBJECTIFS, STRATEGIES, CIBLES ET INDICATEURS DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES

#### 3.1.1. Objectifs généraux

Réduire les lourdes charges engendrées par les maladies tropicales négligées.

#### 3.1.2. Objectifs spécifiques:

- Filariose lymphatique:
  - o Eliminer la filariose lymphatique dans 99 Districts Sanitaires d'ici 2020
  - o Réduire à moins de 1% la charge parasitaire induite par l'infection filarienne au niveau des districts ayant appliqué 5 tours de traitement d'ici 2020.
  - o Réduire à 50% les incapacités dues à la filariose lymphatique d'ici 2020.
- Schistosomiase:
  - o Atteindre au moins un taux de couverture thérapeutique de 75% des enfants d'âge scolaire dans 106 districts sanitaires endémiques d'ici 2020.
  - o Réduire la prévalence moyenne de la schistosomiase à moins de 20% pour *S. mansoni* et de 25% pour la *S. haematobium* après 3 tours de traitement
  - o Atteindre zéro porteur de forte charge parasitaire en SCH d'ici 2020
  - o Contrôler les Schistosomiasés à Madagascar d'ici 2020
- Géohelminthiases:
  - o Atteindre au moins un taux de couverture thérapeutique de 80% des enfants d'âge scolaire dans 99 districts sanitaires endémiques d'ici 2020
  - o Réduire la prévalence moyenne des STH
  - o Atteindre zéro porteur de forte charge parasitaire en géohelminthiases d'ici 2020
  - o Achever la cartographie des 12 districts sanitaires en 2016 dont les taux de prévalence sont inconnus
- Téniasis/Cysticercose
  - o D'ici 2020, réduire à moins de 1% la prévalence des cas de téniasis dans chaque district infesté de *Ténia solium* adulte.
  - o D'ici 2020, réduire à moins de 10% la prévalence des neurocysticercoses à l'échelle du Pays.
  - o Au moins 85% des formations sanitaires appliquent la prise en charge standard des cas de neurocysticercose et de téniasis d'ici 2020
  - o D'ici 2020, rendre fonctionnel six (6) laboratoires de séro-diagnostic de la cysticercose

- Lèpre:

- Réduire de 13 à 5 cas pour 1.000.000 habitants le taux d'infirmité 2 chez les nouveaux cas d'ici fin 2020
- Atteindre l'élimination de la lèpre dans 89% des DS d'ici fin 2020

- Rage:

- Augmenter de 88% à 100% le taux d'achèvement de traitement des personnes exposées à la rage recherchant des soins au niveau des CTAR d'ici 2020
- Mettre en place au moins 10 nouveaux CTAR d'ici 2020

## TABLEAUX SYNOPTIQUES CONCERNANT LES PROGRAMMES SPECIFIQUES

### PS1 : Mise à l'échelle des interventions de lutte, des traitements et des capacités de prestation de service du programme

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
<p><b>OS1</b> : Mettre à l'échelle les interventions pour les MTN à chimiothérapie préventive</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à l'échelle le TMM intégrée FL/SCH/STH</li> <li>- Campagnes de TMM anti-téniasis</li> </ul>	<p>99 DS FL 106 DS SCH 113 DS STH</p> <p>07 DS Téniasis</p>	<p><b>Réaliser les campagnes de masse dans la communauté :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Commande des médicaments</li> <li>- Réunion de microplanification</li> <li>- Formations en cascade du TMM</li> <li>- Renforcement des activités de mobilisation sociale</li> <li>- Acheminement des médicaments et des OG</li> <li>- Supervision du TMM</li> <li>- Réunion de bilan</li> <li>- Enquêtes de couverture thérapeutique</li> <li>- Enquêtes de prévalence au niveau des sites sentinelles et de contrôle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de couverture thérapeutique</li> <li>- Taux de couverture géographique</li> <li>- Prévalence de chaque maladie au niveau des sites sentinelles et des sites de contrôles</li> </ul>
<p><b>OS2</b> : Mettre à l'échelle les interventions pour les MTN à prise en charge des cas spécialement pour la lèpre, la cysticercose et la</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cartographie des Districts à prévalence inconnus de STH</li> <li>- Cartographie des 50 districts à prévalence inconnue de <i>T. solium</i></li> <li>- Coordination de la surveillance épidémiologique avec toutes les directions/services concernés</li> <li>- Surveillance des enfants en intégration avec les activités de distribution de</li> </ul>	<p>12 DS STH</p> <p>50 DS TS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser les enquêtes de prévalence DS STH/TS</li> <li>- Acheter des matériels de laboratoire et intrants</li> <li>- Former des laborantins</li> <li>- Mener l'enquête proprement dite, la supervision</li> <li>- Traiter et valider les données</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévalence des géohelminthiases dans 12 DS</li> <li>- Prévalence de <i>T. solium</i> dans 50 DS</li> </ul>

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
prévention de la rage humaine	<ul style="list-style-type: none"> <li>- masse en médicaments des autres MTN</li> <li>- Mise à l'échelle du traitement des expositions de la rage</li> <li>- Mise à l'échelle de la couverture de la capacité de prise en charge des personnes exposées</li> <li>- Renforcement de la coordination de la prise en charge correcte des personnes exposées et des cas de rage humaine et animale</li> </ul>	Tous les DS	<p><b>Commander/acheter les médicaments et intrants, des immunoglobulines et des vaccins antirabiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place des Centre de Traitement Anti-Rabiques (CTAR)</li> <li>- Former les AS, redynamiser le comité de lutte contre les maladies zoonotiques émergentes et ré-émergentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de médicaments/intrants s/ VAR acquis</li> <li>- Nombre de CTAR mis en place et fonctionnel</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à l'échelle du traitement des cas de lèpre</li> <li>- Prévention des infirmités et réadaptation physique de la lèpre</li> <li>- Renforcement des référencements des malades vers les COR 1 ou COR2</li> <li>- Dépistage et prise en charge précoce des cas de lèpre</li> <li>- Renforcement de l'IEC/CCC en matière de lèpre</li> <li>- Implication des AC</li> </ul>	DS hyper endémiques	<p><b>Dépister précocement les cas de lèpre en stratégie avancée à travers des consultations de masse en dermatologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectuer des séances de dépistage avancé des cas de lèpre à travers des consultations de masse en dermatologie dans les DS</li> <li>- Examiner tous les contacts des anciens malades et des NC MB</li> <li>- Examiner systématiquement les enfants pendant les visites scolaires et au cours des activités de distribution de masse en médicaments des autres MTN</li> <li>- Impliquer les AC dans la référence aux CSB des cas suspects, des contacts et le suivi du traitement des cas de lèpre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de détection des cas de lèpre</li> <li>- Taux d'infirmité de degré 2 chez les nouveaux cas enfants</li> <li>- Taux de guérison</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à l'échelle du traitement des cas de cysticerose</li> <li>- Adoption du concept 'One Health' dans la lutte contre la cysticerose</li> </ul>	113 DS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un protocole de prise en charge de suspicions de neurocysticerose</li> <li>- Développer un outil diagnostic simplifié et standardisé de suspicions de neurocysticerose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocole standard élaboré</li> <li>- Outils standardisé</li> </ul>

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de capacité des AS sur la PEC de la neurocysticercose</li> <li>- Mise en place un système de surveillance intégrée de la cysticercose humaine et porcine</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former les Agents de santé sur la prise en charge standardisée des neurocysticercose</li> <li>- Renforcer la capacité de 6 laboratoires de sérodiagnostic de la cysticercose au niveau des Chefs-lieux des Régions les plus infestées</li> <li>- Récolter périodiquement les données provenant des sites sentinelles</li> <li>- Etablir la cartographie de prévalence du ténia/cysticercose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'AS formés</li> <li>- Nombre de sites de surveillance mis en place</li> <li>- Données mises à jour</li> <li>- Cartographie établie</li> </ul>
<p><b>OS3</b> : Mettre à l'échelle l'accès au traitement des cas et des complications de toutes les MTN à tous les niveaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrôle de la morbidité due à la FL</li> <li>- Mise en place des structures pérennes pour la prise en charge des malades souffrant de la manifestation de la filariose lymphatique et de la lèpre</li> <li>- Disponibilité des médicaments</li> <li>- Prévention des Invalidités et Réadaptation Physique</li> </ul>	<p>99 districts</p> <p>99 districts endémiques (Malades de la FL avec lymphoedèmes et/ou hydrocèles)</p> <p>42 DS pour la lèpre</p> <p>COR2 pour la PEC de la lèpre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les compétences des agents de santé sur la PEC de la FL</li> <li>- Prendre en charge les accès aigus dus à la FL</li> <li>- Former les AC sur la PEC à domicile des lymphoedèmes</li> <li>- Réaliser des interventions chirurgicales sur les hydrocèles dues à la FL</li> <li>- Mener des enquêtes d'évaluation de la maladie (Enquête WHODAS)</li> <li>- Acquérir des médicaments PCT auprès de l'OMS pour la prise en charge des cas de lèpre</li> <li>- Acquérir des produits dermatologiques courants pour la prise en charge des cas de dermatoses</li> <li>- Doter les DS et toutes les CSB et COR2 en médicament PCT et médicaments des complications</li> <li>- Acquérir des médicaments et consommables médicaux pour la prise en charge des complications de la lèpre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de malades pris en charge chirurgicalement</li> <li>- Nombre de personnel de santé et AC formé</li> <li>- Nombre de malades ayant reçus des soins à domicile</li> <li>- Taux de guérison</li> <li>- Taux d'infirmité de degré 2 chez les nouveaux cas</li> </ul>

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
<p><b>OS4</b> : Renforcer la capacité de mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN au niveau national</p>	<p>Renforcement des capacités managériales des Responsables centraux pour la gestion des programmes.</p> <p>Renforcement institutionnel (logistique, informatique, communication) de chaque programme de lutte MTN</p> <p>Renforcement des compétences des agents de santé et des AC en matière de lèpre</p> <p>Stratégie de contrôle des vecteurs et hôtes intermédiaires des maladies zoonotiques négligées et des géo-helminthiases</p>	<p>Responsables de programme de lutte pour chaque MTN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre en charge chirurgicalement les malades présentant des infirmités dues à la lèpre</li> <li>- Former/recycler les différents Responsables au sein du Service central en charge des MTN et Direction en charge de la santé animale en gestion de programme.</li> <li>- Equiper les programmes en matériels roulants (voiture 4x4, motos), matériels informatiques et bureautiques</li> <li>- Former les AS des DS hyper endémiques sur le diagnostic et la PEC des cas lèpre</li> <li>- Informer les agents de santé des DS hypoendémiques sur la suspicion des cas de lèpre</li> <li>- Former/remettre à niveau les responsables des COR2 sur la prise en charge des complications de la lèpre</li> <li>- Former les AC sur la suspicion et la référence des cas de lèpre</li> <li>- Mener des enquêtes malacologique pour l'étude des hôtes intermédiaires</li> <li>- Conduire des activités de gestion de la population canine dans quelques sites pilotes (recensement, vaccination, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de responsables formés</li> <li>- Nombre de voiture, motos, desktop, laptop, imprimante, scanner, vidéo projecteur....</li> <li>- Nombre de séances de formation réalisée</li> <li>- Nombre d'AS de santé formés</li> <li>- Nombre d'AS informés</li> <li>- Nombre d'enquêtes réalisées</li> </ul>



## PS2 : Renforcement de la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte contre les MTN

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
<p><b>OS1</b> : Renforcer le système de planification axé sur les résultats par rapport aux données collectées aux différents niveaux de la pyramide sanitaire</p>	<p>Renforcement de la compétence et capacité des personnels à tous les niveaux en planification</p> <p>Développement des stratégies d'intégration des programmes MTN</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former en cascade les différents responsables à tous les niveaux sur la planification en matière de MTN</li> <li>- Réaliser un atelier d'élaboration du micro planification</li> <li>- Mettre en place la lutte contre les mollusques, vecteurs des schistosomiases</li> <li>- Intégrer la lutte anti-vectorielle (filariose) avec le Programme National Paludisme</li> <li>- Former les agents communautaires en matière de MTN</li> <li>- Elaborer des supports intégrés d'IEC/CCC pour les MTN</li> </ul>	
<p><b>OS2</b> : Renforcer les approches et les stratégies de mobilisation de ressources au niveau national, régional et district basées sur le budget de l'Etat en plus des soutiens des PTF pour assurer une lutte durable contre les MTN</p>	<p>Mise en place d'un système de plaidoyer auprès des autorités compétentes (gouvernement) pour la prescription dans les dépenses de l'Etat d'un budget annuel alloué aux programmes MTN autres que ceux des PTF</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un document de plaidoyer et de mobilisation de ressource sur le MTN</li> <li>- Multiplier et diffuser le document</li> <li>- Organiser des réunions de plaidoyer auprès des hauts responsables des différents Ministères, des partenaires et des différentes parties prenantes</li> <li>- Organiser des réunions de coalition des partenaires techniques et financiers</li> </ul>	
<p><b>OS3</b> : Mettre à jour les politiques, guides et différents outils des</p>	<p>Mise à jour des politiques, guides et divers outils des programmes MTN</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un protocole standardisé d'investigation des cas de morsures par animaux suspects, cas de rage</li> </ul>	

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
programmes de lutte contre les MTN			animale et rage humaine - Finaliser la feuille de route sur la lutte intégrée contre la cysticerose (humaine et animale) - Finaliser le Plan National de Lutte contre la Rage - Mettre à jour la politique nationale de la lutte contre la Bilharziose	

### PS3 : Renforcement du plaidoyer, de la coordination et de l'appropriation du programme par le gouvernement

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
<p><b>OS1</b> : Renforcer le mécanisme de coordination de lutte contre les MTN aux différents niveaux de la pyramide sanitaire avec toutes les parties prenantes</p>	<p>Mise en place d'un mécanisme de coordination fort et efficace pour la bonne marche des activités de lutte contre les MTN</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redynamiser et rendre fonctionnel le comité de pilotage MTN</li> <li>- Appuyer techniquement et financièrement les mécanismes spécifiques de coordination des programmes de lutte contre les MTN</li> <li>- Tenir une réunion annuelle de coordination nationale avec toutes les parties concernées</li> <li>- Réaliser des réunions de coordination régionale</li> </ul>	
<p><b>OS2</b> : Renforcer le partenariat et mobiliser les ressources pour les MTN</p>	<p>Renforcement des liens avec les partenaires et les autres secteurs y compris les secteurs privés pour augmenter l'attention et la place accordée à la lutte contre les MTN.</p> <p>Renforcement de la coalition des partenaires</p> <p>Sensibilisation des partenaires pour contribuer au financement des activités MTN</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participer à la structuration et institutionnalisation de l'approche « One Health »</li> <li>- Effectuer des réunions techniques trimestrielles</li> <li>- Diffuser le plan de plaidoyer à toutes les parties prenantes</li> <li>- Renouveler les conventions et protocoles d'accord avec les partenaires de la lutte contre les MTN</li> <li>- Organiser une réunion trimestrielle de la coalition des partenaires en faveur des MTN</li> <li>- Organiser une réunion de plaidoyer pour la mobilisation de ressources</li> </ul>	

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
<p><b>OS3</b> : Renforcer le plaidoyer et la communication aux différents niveaux pour la promotion de la lutte contre les MTN</p>	<p>Renforcement de l'appropriation du gouvernement au programme MTN</p> <p>Renforcement des activités de communication et de mobilisation sociale</p>	<p>Allocation budgétaire par l'Etat</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer une ligne budgétaire au profit des MTN dans le budget de l'Etat</li> <li>- Institutionnaliser une Journée Nationale contre les MTN</li> <li>- Célébrer la Journée Nationale contre les MTN</li> <li>- Créer et entretenir un site web dédié pour le programme de lutte contre les MTN</li> <li>- Célébrer de façon annuelle la journée mondiale contre la rage</li> <li>- Renforcer le niveau de sensibilisation/conscientisation de la population via la formation des instituteurs et les agents communautaires sur les MTN</li> <li>- Elaborer/ Mettre à jour des supports de communications intégrées sur la prévention du téniasis et de la cysticercose chez l'homme et le porc</li> <li>- Sensibiliser la population en matière de MTN tout en impliquant les AC et les anciens malades (lèpre)</li> <li>- Diffuser périodiquement des spots d'éducation et de sensibilisation sur les MTN</li> </ul>	

### PS4 : Renforcement du Suivi/Evaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
<p><b>OS1</b> : Renforcer le mécanisme de suivi évaluation des programmes MTN</p>	<p>Responsabilisation du comité de pilotage MTN en matière de suivi de la mise en œuvre des programmes MTN</p> <p>Mise à disposition, après chaque campagne, des informations liées à l'adhésion des cibles aux offres de chimiothérapie préventive de masse proposées</p> <p>Renforcement des capacités des différents responsables de programme à tous les niveaux</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procéder, après chaque campagne, à des enquêtes aléatoires auprès d'un échantillon de communautés cibles pour mesurer le taux réel de couverture thérapeutique des séances de chimiothérapie préventive de masse contre les MTN proposée</li> <li>- Mener des enquêtes de couverture thérapeutique au niveau des sites sentinelles</li> <li>- Mener des enquêtes à la recherche de microfilarémie au niveau des sites de contrôle</li> <li>- Mener des enquêtes à la recherche de microfilarémie au niveau des sites du Programme</li> <li>- Mener des enquêtes de fin de transmission</li> <li>- Mener des enquêtes WHODAS</li> <li>- Mener des enquêtes CAP au niveau de 2 Districts</li> <li>- Effectuer des supervisions formatives périodiques de tous les intervenants à tous les niveaux</li> </ul>	
<p><b>OS2</b> : Renforcer le système de surveillance des MTN dans le système d'information sanitaire existant</p>	<p>Mise à l'échelle des sites de surveillance des MTN</p> <p>Surveillance de la résistance aux médicaments de la lèpre</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investiguer 100% des cas suspects de rechute (Bacilloscopie et biopsie cutanée)</li> <li>- Investiguer annuellement 10% des NC lèpre MB (Bacilloscopie et biopsie cutanée)</li> </ul>	

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
	<p>Mise en place un système de surveillance intégrée de la cysticercose humaine et porcine</p> <p>Amélioration de la surveillance épidémiologique de la rage en utilisant les NTIC (surveillance électronique des maladies initiée par l’OMS)</p> <p>Optimisation de la surveillance de la résistance aux médicaments de la lèpre</p> <p>Renforcement de la surveillance passive des MTN</p> <p>Renforcement de la surveillance active de la bilharziose</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer les capacités des six (6) laboratoires de sérodiagnostic de la neurocysticercose</li> <li>- Suivre les tendances des indicateurs cliniques relatifs aux incidences annuelles des MTN</li> <li>- Procéder à des enquêtes de suivi des tendances du risque d’exposition des communautés cibles à la transmission de la bilharziose à travers des paramètres environnementaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 laboratoires de séro-diagnostic fonctionnels</li> </ul>
<p><b>OS3</b> : Renforcer la recherche opérationnelle dans le cadre des MTN, la documentation et l’exploitation des évidences</p>	<p>Recherches opérationnelles en matière de MTN</p> <p>Mesure de la performance du système de coordination et des stratégies/méthodes de contrôle ou d’élimination des MTN adoptés en vue des mises à jour ou des nouvelles orientations adaptées au pays</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former les responsables à tous les niveaux en conduite de recherche opérationnelle</li> <li>- Conduire des recherches opérationnelles, des enquêtes quantitatives et qualitatives sur la rage</li> <li>- Publier annuellement les résultats sur la surveillance de la résistance aux médicaments de la lèpre</li> </ul>	

Objectifs stratégiques	Stratégies	Cibles	Activités	Indicateurs
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mener d'autres études épidémiologiques sur la lèpre</li> <li>- Mener des études comparatives d'impact basées sur les informations en matière de Schistosomiasis et des géohelminthiases.</li> <li>- Mener des études comparatives d'impact en matière de Schistosomiasis et des géohelminthiases avec l'intégration du système WASH</li> <li>- Initier l'enquête épidémiologique et socio-anthropologique de mesure de l'efficacité réelle des méthodes de lutte appliquées contre les MTN à chimiothérapie préventive de masse à Madagascar</li> <li>- Procéder à une enquête d'évaluation du système intégré de coordination des Programmes de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées à Madagascar</li> </ul>	

ANNEXE : ESTIMATION DU BUDGET

Suivant l'outil de la budgétisation, le résumé du coût se présente comme suit :

Activities and Sub-activities	Total budget (USD)	Contribution		Gap
		Country	Partners	
<b>1. Scale-up Interventions</b>				
Mapping	142 944	0	0	142 944
Mass Drug Administration	9 030 735	0	0	9 030 735
Procurement of medicine (PC)	4 970 178	0	4 970 178	
Procurement of medicine (CM)	399 375	0	399 375	
Case/Morbidity management & disability prevention	1 682 306	0	0	1 682 306
Vector and Environmental Measurement	180 501	0	0	180 501
Capacity Strengthening at National HQs	17 150	0	0	17 150
Infrastructure & Logistics	122 248	0	0	122 248
<b>Total 1</b>	<b>16 545 436</b>	<b>-</b>	<b>5 369 553</b>	<b>11 175 883</b>
<b>2. Planning and Resource Mobilization</b>				
Strategic and operational planning	1 297	0	0	1 297
Resource Mobilization Initiatives	26 811	0	0	26 811
Integration & Linkages of Plans & Budgets	-	0	0	
Update of Policies, Guidelines & Tools	19 585	0	0	19 585
<b>Total 2</b>	<b>47 692</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>47 692</b>
<b>3. Coordination, Partnership &amp; Advocacy</b>				
Coordination Mechanisms	174 235	-	-	174 235
Strengthening & Fostering Partnerships	27 499	0	0	27 499
High-level Review Meetings	56 547	0	0	56 547
Advocacy and Communication	277 376	0	0	277 376
<b>Total 3</b>	<b>535 658</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>535 658</b>
<b>4. M&amp;E, Research</b>				
Monitoring, Supervision & Evaluation	3 153 955	0	0	3 153 955
Disease surveillance, response & control	188 293	0	0	188 293
Operational research	741 413	0	0	741 413
Data management	155 250	0	0	155 250
<b>Total 4</b>	<b>4 238 911</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>4 238 911</b>
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>21 367 696</b>	<b>-</b>	<b>5 369 553</b>	<b>15 998 143</b>