

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi



MINISTERE DE LA SANTE ET DU DEVELOPPEMENT SOCIAL

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

<p>PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES (MTN) 2022-2026</p>
--

Table des matières

Liste des figures	3
Liste des tableaux	4
Abréviations et acronymes.....	5
Principales définitions.....	7
Résumé d'orientation.....	9
Préface	10
Remerciements	11
Equipe de rédaction	12
Introduction	13
1. ANALYSE DE LA SITUATION DES MTN	15
1.1. Réévaluation les priorités nationales et les engagements pris au niveau national, régional et mondial dans le cadre de la lutte contre les MTN	15
1.2. Analyse du contexte national	19
1.2.1. Analyse du pays	19
1.2.1.1. Organisation administrative	19
1.2.1.2. Climat et hydrographie	20
1.2.1.3. Démographie	20
1.2.1.4. Données socioculturelles	21
1.2.1.5. Situations socio-économiques et indicateurs	22
1.2.1.6. Transport et Communication	24
1.3. Analyse du système de santé	26
1.3.1. Objectifs et priorité du système de santé :	26
1.3.2. Analyse de l'ensemble du système de santé	27
1.3.2.1. La prestation de services Organisation du Système de santé.....	27
1.3.2.2. Personnel de la santé	31
1.3.2.3. Organisation de la collecte, du traitement et de l'analyse des données	31
1.3.2.4. Le financement de la santé.....	32
1.3.2.5. Etat de la fourniture d'eau de boisson, d'assainissement et d'hygiène.....	33
1.4. Évaluation des lacunes	37
1.5. Analyse du contexte du programme	43

1.5.1.	Organisation et état actuels du programme de lutte contre les MTN	43
1.5.2.	Performance du programme de lutte contre les MTN	54
1.5.3.	Performance des autres programmes étroitement liés au programme de lutte contre les MTN	57
1.5.4.	Epidémiologie et charge de la maladie	69
1.5.4.1.	Les MTN à Chimiothérapie Préventive (CTP)	69
1.5.4.2.	Les MTN dont la stratégie est basée sur la prise en charge des cas (PCC)	74
1.5.5.	Les autres MTN non encore évaluées au Mali	77
1.5.6.	Seuils d'endémicité des MTN	81
1.6.	Les atouts du programme de lutte contre les MTN	83
1.6.1.	Opportunités et menaces	83
1.6.2.	Forces et faiblesses	84
2.	PROGRAMME STRATEGIQUE : BUT ET OBJECTIFS	86
2.1.	Mission et vision de programme de lutte contre les MTN	86
2.2.	Objectifs stratégiques, jalons et cibles	86
2.2.1.	Objectifs stratégiques prioritaires	86
2.2.1.1.	Objectif stratégique prioritaire N° 1 : Accélérer l'action programmatique :	86
2.2.1.2.	Objectif stratégique prioritaire N° 2 : Intensifier les approches transversales :	87
2.2.1.3.	Objectif stratégique prioritaire N° 3 : Améliorer le modèle opérationnel pour faciliter l'appropriation par les pays :	87
2.2.1.4.	Objectif stratégique prioritaire N° 4 : Renforcer la mobilisation des ressources et la collaboration intersectorielle afin d'éliminer les MTN.....	88
2.2.2.	Cibles	89
2.2.2.1.	Cibles générales	89
2.2.2.2.	Cibles transversales.....	89
2.2.2.3.	Cibles relatives à des maladies spécifiques	98
2.2.3.	Jalons	99
2.2.4.	Principes directeurs.....	104
2.2.5.	Objectifs stratégiques	105
3.	MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE : CADRE OPERATIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LES MTN	111
3.1.	Coordination.....	111
3.2.	Politiques et Planification.....	113

3.3.	Capacités opérationnelles	116
3.4.	Systèmes d'Information	124
3.5.	Gestion de données : Mesure dans laquelle les systèmes d'information existent et répondent aux besoins des PNMTN tout en respectant les normes pertinentes de sécurité des données et de confidentialité des patients	125
3.6.	Services	125
3.7.	Surveillance des MTN : Degré d'intégration de la surveillance des MTN dans tous les programmes et services à tous les niveaux.....	126
4.	FINANCEMENT	127
5.	VERS LA DURABILITE DES PROGRAMMES : intensification de la coordination et des partenariats	128
6.	HYPOTHESES, RISQUES ET ATTENUATION	135
7.	CADRE DE PERFORMANCE ET DE RESPONSABILISATION	138
7.1.	Cibles générales à l'échelle nationale :	138
7.2.	Cibles transversales à l'échelle nationale :	139
7.3.	Incidence des approches intégrées sur les cibles spécifiques à certaines maladies à l'échelle Nationale :	140
8.	BUDGETISATION DE L'IMPACT : ESTIMATIONS ET JUSTIFICATIONS.....	143

Liste des figures

Figure 1: Carte du Mali avec les districts sanitaires	19
Figure 2 : Pyramides des âges du Mali (EDSM-VI, 2018).....	21
Figure 3 : pourcentage de ménages utilisant une source améliorée d'eau de boisson (EDSM-VI, 2018)	33
Figure 4 : Carte des MTN Co-endémique au Mali. (Source: Implementing preventive chemotherapy through an integrated National Neglected Tropical Disease Control Program in Mali).....	54

Liste des tableaux

Tableau I: Couverture au Paquet Minimum d'Activités (PMA) en 2021	28
Tableau II: Ratio professionnels de santé (médecin, infirmier et sage-femme) pour 10 000 habitants par région en 2021	31
Tableau III: liste des médicaments utilisés dans le cadre des MTN	35
Tableau IV: Liste des médicaments utilisés dans le cadre des MTN PIM	35
Tableau V: Liste récapitulative des régimes thérapeutiques de la lèpre	36
Tableau VI: Evaluation des lacunes/difficultés tirées de la mise en œuvre de l'ancien plan stratégique 2017 - 2021	38
Tableau VII: Résultats de l'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces par rapport au plan stratégique 2017-2021.....	40
Tableau VIII: Données nationales sur la population, écoles et établissements de santé au niveau des districts.....	51
Tableau IX: Répartition connue des maladies dans le pays	53
Tableau X: Cartographie de la situation des MTN	56
Tableau XI: Vecteurs et MTN connexes	58
Tableau XII: Résumé des informations sur les interventions menées par les programmes de lutte contre les MTN existants	66
Tableau XIII: Seuil d'endémicité des MTN	81
Tableau XIV: Situation de la cartographie des MTN en 2016	82
Tableau XV: Mission, vision et but	86
Tableau XVI: Objectifs stratégiques	86
Tableau XVII: Cibles spécifiques pour chaque maladie.....	98
Tableau XVIII: Étapes importantes à franchir en ce qui concerne les MTN.....	99
Tableau XIX: Objectifs stratégiques pour l'élimination des maladies tropicales négligées..	105
Tableau XX: Composition et mandat - Mécanisme de coordination du programme	131
Tableau XXI: Matrice des partenaires	132
Tableau XXII: Matrice des partenaires par domaines d'intervention et par maladie	135
Tableau XXIII: Critères de risques et évaluation des risques.....	136
Tableau XXIV: Etapes à suivre pour atténuer les risques	137
Tableau XXV: Indicateurs de performance pour le pilier 1	137
Tableau XXVI: Budgétisation des activités des programmes MTN	143

Abréviations et acronymes

AFOM	Atouts, faiblesses, opportunités et menaces
AMM	Administration massive de médicaments/
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ASC	
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CCS	Communication pour un changement de comportement social
CCSC	Communication pour les changements sociaux et comportementaux
CEDEAO	
CHANCE	Chirurgie du trichiasis, Antibiothérapie, Nettoyage du visage et le Changement de l'Environnement
CMSS	Caisse Malienne de Sécurité Sociale
CNIECS	Centre Nationale d'Information d'Education et de Communication pour la Santé
CREDD	Cadre Stratégique pour la Relance Economique et le Développement Durable
CSCOM	
CTP	Chimiothérapie préventive
DGSHP	Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRSHP	Directions Régionales de la Santé et de l'hygiène Publique
DS	District Sanitaire
DTC	Directeur technique de centre
EDS	
EDSM	
FL	Filariose lymphatique
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
IVM	Ivermectine
MCD	Médecin-chef du DS
MILDA	Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action
MTN	Maladies tropicales négligées
ODD	Objectifs du développement durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMS/AFRO	Bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique
Oncho	Onchocercose
OV	Onchocercose
PCC	Prise en charge des cas
PCT	Poly Chimio Thérapie
PDDSS	Plan Décennal de Développement Socio-Sanitaire
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNB	Produit national brut

PNEFL	Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique
PNEVG	Programme National d'Eradication du Ver de Guinée
PNLL	Programme National de lutte contre la Lèpre
PNLO	Programme National de lutte contre l'Onchocercose
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLSH	Programme National de lutte contre les Schistosomiasés et les Géo helminthiases
PNLTHA	Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine
PNSO	Programme National de Santé Oculaire
PRODESS	
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RECOTRADE	Réseau des Communicateurs Traditionnels pour le Développement
RGPH	
SCH	Schistosomiase
SDADME	Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SDLM	Sous-Direction de la Lutte contre la Maladie
SSP	Soins de santé primaires
STH/ GéoH	Géo helminthiases
TAA	Trypanosomiase Animale Africaine
TAS	Evaluations de la transmission
TDM	Traitement de masse
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
TIDC	Traitement à l'ivermectine sous directive communautaire
TR	Trachome
TRA	Trachome
UEMOA	
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International
WASH	Eau, assainissement et hygiène (EHA)
ZTO	Zones de transmission opérationnelles

Principales définitions

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

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

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

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

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

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

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

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

maladies).

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

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

Chimio-prévention : Administration de médicaments à grande échelle, seuls ou en association, lors des interventions de santé publique. L'administration massive de médicaments constitue une forme de chimio-prévention. D'autres formes peuvent être limitées à des groupes de population spécifiques comme les enfants d'âge scolaire et les femmes en âge de procréer. (Dans le présent document, les termes Chimio-prévention et Administration massive de médicaments sont employés de façon interchangeable.)

Résumé d'orientation

Des plans pluriannuels complets de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) sont des éléments essentiels pour une planification et une mise en œuvre efficaces de programmes durables de lutte contre les MTN dans la région africaine. Le plan pluriannuel global de chaque programme national de lutte contre les MTN, plus connu sous le nom de plan directeur MTN, définit les buts et objectifs du programme ainsi qu'une stratégie sur 3 à 5 ans basée sur une analyse approfondie de la situation, et aborde toutes les composantes des programmes MTN pertinentes pour le pays.

Plus récemment, les pays ont passé les 3 à 5 dernières années à mettre en œuvre le plan qu'ils ont élaboré. Aujourd'hui, au tournant de la nouvelle décennie, les pays ont la possibilité de redéfinir les objectifs de leurs pays respectifs dans la lutte pour le contrôle et l'élimination des MTN. Les pays devront tenir compte de la "WHO NTD Global Roadmap 2021 - 2030", qui vient d'être publiée, ainsi que des considérations relatives à la sécurité des activités liées aux MTN dans une époque post-COVID-19.

Sur la base de l'expérience acquise lors des précédentes versions des plans directeurs nationaux, et compte tenu du changement que représente la nouvelle feuille de route mondiale de l'OMS sur les MTN pour 2021-2030, le présent plan directeur est basé sur les orientations 2021-2025 pour planifier et mettre en œuvre des stratégies nationales en matière de lutte contre les MTN.

Le plan directeur est divisé en quatre sections :

- Analyse de la situation des MTN
- Agenda stratégique
- Mise en œuvre de la stratégie
- Budgétisation de l'impact

Ce document est conçu pour guider les programmes MTN du pays dans l'élaboration des plans opérationnels, conformément à la feuille de route de l'OMS 2030 et au cadre stratégique ESPEN 2025.

Préface

Remerciements

Le Directeur National de la Santé adresse ses remerciements à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la production de ce document plan.

Les remerciements s'adressent en particulier à :

- l'OMS/Bureau Mali pour leur appui technique
- l'USAID/Helen Keller International et Sightsavers pour leur appui technique et financier
- tous les membres de la Direction Nationale de la Santé
- les acteurs de terrain et les populations qui ont pris part aux enquêtes
- tous ceux qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à l'élaboration de ce document.

Equipe de rédaction

Les structures ci-dessous citées ont contribué à l'élaboration de ce document :

- Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGSHP)
- Sous -Direction Lutte contre la Maladie (SDLM)
- Sous-direction de la Santé scolaire de la DGSHP
- Sous-Direction nutrition de la DGSHP
- Sous-Direction Hygiène Publique et Salubrité/DGSHP
- Centre de documentation de planification, de formation et d'information sanitaire (CDPFIS)
- Programme national de lutte contre l'onchocercose (PNLO)
- Programme national de santé oculaire (PNZO)
- Programme National de Lutte contre les Schistosomiasés et les Géo Helminthiases
- Programme National d'élimination de la filariose lymphatique (PNEFL)
- Programme National d'éradication du Ver de Guinée
- Programme National de lutte contre le paludisme
- Programme National de lutte contre la lèpre
- Programme National de lutte contre les trypanosomiasés humaines africaine
- Pharmacienne de la DGSHP
- Direction nationale de la pédagogie – Ministère de l'éducation nationale
- Direction nationale de l'assainissement et des contrôles de pollutions et nuisances - Ministère de l'environnement, de l'assainissement et de développement durable
- Direction Nationale du Service Vétérinaire
- Direction Nationale de l'Hydraulique
- International Center of Excellence in Research (ICER Mali)
- Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie (FMOS)
- Institut National de Santé Publique (INSP)
- Hôpital de dermatologie de Bamako
- Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé (CNIECS)
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Sightsavers
- Helen Keller International
- World Vision

Le plan stratégique 2022-2026 est conçu pour guider les programmes MTN du Mali dans l'élaboration des plans opérationnels, conformément aux directives de l'OMS. Il permettra de fournir aux différentes parties prenantes des informations de base de même que les objectifs visés par les programmes MTN. Le présent plan s'inscrit dans le cadre d'une évaluation des acquis, des contraintes, des opportunités pour une bonne planification des actions futures.

Introduction

Les maladies tropicales négligées (MTN) sont un groupe de diverses maladies fréquentes au sein des populations à faible revenu dans les régions en développement d'Afrique, d'Asie et d'Amérique. Ce groupe de maladies est négligé en raison du faible intérêt dont il jouit en comparaison à d'autres infections telles l'infection par le VIH, la tuberculose et le paludisme. En effet, malgré l'importance de la population qu'elles touchent, des patients pauvres dans les pays les plus pauvres, ces maladies ne bénéficient point de financement, de recherche, ni d'attention politique qu'elles méritent.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), dans le monde, 4,2 milliards de personnes sont à risque des MTN dans 149 Pays. Elles affectent 1,6 milliard de personnes, soit près de 20% de la population mondiale dont plus de 500 millions d'enfants.

L'OMS accorde actuellement la priorité à 20 MTN. Ce sont : le trachome, la filariose lymphatique (FL), les schistosomiasés, les vers intestinaux, le ver de Guinée, la lèpre, l'onchocercose, la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), la leishmaniose, la dengue, la cysticercose, l'ulcère de Buruli, l'échinococcose, la rage, la maladie de Chaggas, les envenimations, le pian, les trématodoses d'origine alimentaire, la gale, les mycétomes.

En Afrique 620 millions de personnes sont exposées aux MTN dont 600 millions nécessitent un traitement préventif par an et 170 000 décès sont également enregistrés chaque année (<http://espen.afro.who.int/>).

Au Mali, les MTN sont réparties en deux groupes : (1) les MTN à chimiothérapie préventive (CTP) : le trachome, la filariose lymphatique, l'onchocercose, les schistosomiasés et les vers intestinaux ; (2) les MTN à prise en charge des cas (PCC) : le ver de Guinée, la lèpre et la THA. Chaque programme est dirigé par un coordinateur.

Les enquêtes de prévalence menées dans le pays en 2007 ont permis de réaliser les cartographies qui ont montré que les MTN sont réparties sur toute l'étendue du territoire (*Dembélé M, Bamani S, Dembélé R, Traoré MO, Goita S, Traoré MN, Sidibe AK, Sam L, Tuinsma M, Toubali E, Macarthur C, Baker SK, Zhang Y. Implementing preventive chemotherapy through an integrated National Neglected Tropical Disease Control Program in Mali. PLoS Negl Trop Dis. 2012;6 (3):e1574. doi: 10.1371/journal.pntd.0001574. Epub 2012 Mar 20. PMID: 22448294; PMCID: PMC3308933*). Cependant, le niveau d'endémicité de certaines MTN (la leishmaniose, la dengue, l'ulcère de Buruli, la rage et les envenimations) est mal connu à l'échelle du pays.

Le Mali envisage que le Noma fasse partie des MTN. Le plan triennal de lutte contre le Noma 2017-2019 a été évalué en septembre 2022. Ce plan couvrait trois régions à savoir Sikasso, Mopti et Ségou. Les Organisations Non Gouvernementales (au Fil de la vie et New Face) font des activités de formation du personnel et de sensibilisation. En 2022, il n'y a pas eu de cas de noma détectés.

Le traitement intégré des MTN à CTP au Mali a débuté en 2007, le pays étant un des premiers à bénéficier de la stratégie « Fast-Track » de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID). En 2009 le pays disposait d'une cartographie complète de toutes les MTN à chimiothérapie préventive.

De 2007 à 2022, le Mali a élaboré et mis en œuvre trois plans stratégiques (2007- 2011, 2012- 2016, 2017- 2021). Dans le cadre de mise en œuvre de ces plans, la crise sécuritaire a perturbé depuis 2012 la distribution de médicaments dans certaines régions. Toutefois avec l'adaptation des stratégies novatrices, les taux de couverture thérapeutique et géographique ont été à hauteur de souhait dans ces régions.

Des avancées significatives ont été faites depuis la mise en œuvre de ces plans qui ont conduit à l'arrêt du traitement de masse (TDM) pour le trachome, la FL et les géo-helminthiases dans tous les districts sanitaires. Pour les MTN à PCC, la lèpre, la THA ont atteint le seuil d'élimination en tant que problème de santé publique et le ver de Guinée est considéré toujours comme endémique au Mali.

PARTIE 1

1. ANALYSE DE LA SITUATION DES MTN

1.1. Réévaluation les priorités nationales et les engagements pris au niveau national, régional et mondial dans le cadre de la lutte contre les MTN

Au Mali, les MTN sont réparties en deux groupes : les MTN à chimiothérapie préventive (le trachome, la filariose lymphatique, l'onchocercose, les schistosomias, les vers intestinaux) et les MTN à prise en charge de cas (le ver de Guinée, la lèpre, la Trypanosomiase Humaine Africaine).

Le Mali met en œuvre un programme de lutte contre les MTN, intégrant les efforts de solides programmes verticaux spécifiques aux maladies avec des stratégies d'élimination bien établies pour la filariose lymphatique (FL), l'onchocercose (OV), le trachome (TR) et les géo helminthiases (Géo H) ; des stratégies de contrôle de la schistosomiase (SCH) ainsi que des stratégies de prise en charges de cas (le ver de Guinée, la lèpre, la Trypanosomiase Humaine Africaine, le noma, l'ulcère de Buruli, la rage, les envenimations, la leishmaniose cutanée et le pian).

Le Ministère en charge de la santé s'est attaché à cibler ces MTN par le biais des programmes intégrés: le Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique (PNEFL), le Programme National de lutte contre l'Onchocercose (PNLO), le Programme National de lutte contre les Schistosomias et les Géo helminthiases (PNLSH), le Programme National de Santé Oculaire (PNSO), le Programme National de lutte contre la Lèpre (PNLL), le Programme National d'Eradication du Ver de Guinée (PNEVG), le Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNLTHA) .

Chaque programme est sous la responsabilité d'un coordinateur national. Ces différents programmes sont sous la responsabilité de la Sous-Direction de la Lutte contre la Maladie (SDLM) à la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGSHP).

La DGSHP est représentée au niveau régional et au niveau du District de Bamako par les Directions Régionales de la Santé et de l'hygiène Publique (DRSHP). Chaque DRSHP apporte ainsi un appui technique et institutionnel aux Districts Sanitaires (DS). Au sein de chaque DRSHP, il y a un point focal pour toutes les MTN qui supervise les activités de lutte contre les MTN sous la responsabilité du directeur régional de la santé. Au niveau des DS, il existe également un point focal pour toutes les MTN qui surveille et coordonne les activités de lutte contre les MTN (ainsi que divers autres sujets de santé non liés aux MTN) sous la responsabilité du médecin-chef du DS (MCD). Les DS fournissent donc une assistance technique à leurs différentes aires de santé. Au niveau des aires de

santé, les directeurs techniques de centre (DTC) sont responsables de la mise en œuvre des activités au niveau communautaire. Les agents de santé communautaire et les relais sont impliqués dans la mise en œuvre des activités au niveau des villages/ quartiers/ fraction.

Les enquêtes de cartographies ont montré que les maladies tropicales négligées sont réparties sur l'ensemble du territoire national.

Le Mali à l'instar des autres pays a mis en œuvre des directives de l'OMS pour l'élimination, le contrôle et l'éradication des MTN. Ainsi, la mise en œuvre des plans stratégiques 2007-2011 ; 2012-2016 ; 2017-2021 a permis d'atteindre des résultats satisfaisants.

De 2014 à 2021, les résultats des évaluations ont montré :

- **Filariose lymphatique** : les évaluations de la transmission (TAS1) ont montré que le nombre de cas positifs au niveau des UE est inférieur au seuil indiqué par l'OMS (18 à 20 cas). Ainsi, le traitement de masse a été arrêté dans l'ensemble des districts sanitaires depuis 2019. Les évaluations de la transmission de la FL dans le cadre de la surveillance post arrêt du traitement (TAS2 et TAS3) se poursuivent. Le dossier d'élimination est en cours d'élaboration.
- **Géo helminthiases** : la revue des données d'évaluation en 2021 a montré qu'elles ne constituent plus un problème de santé publique au Mali. Cependant les activités de surveillance sont nécessaires pour consolider les acquis. Le traitement de masse contre les géo helminthiases a été arrêté dans l'ensemble des 75 districts sanitaires.
- **Schistosomias** : la même revue des données de 2021 a montré que, sur un ensemble de 1510 aires de santé ; 210 aires de santé sont non endémiques (0%), 586 aires de santé ont une prévalence faible, 403 aires de santé ont une prévalence modérée et 311 aires ont une prévalence forte (>50%) ;
- **Trachome** : le traitement de masse est arrêté depuis 2016 et le dossier d'élimination de la maladie en tant que problème de santé publique a été soumis à l'OMS en 2022.
- **Onchocercose** : en 2015 l'absence d'infection à *Onchocerca volvulus* au sein de la communauté a été observée en utilisant la biopsie cutanée exsangue. En 2019, des études entomologiques sous forme de prospection des gîtes larvaires ont permis d'identifier les espèces vectrices. La même année, les enquêtes pré stop AMM en utilisant les tests rapides Ov16 chez les enfants de 5-9 ans ont montré que sur 18 zones de transmission opérationnelles, 17 ZTO ont passé pour l'enquête stop AMM. Les enquêtes stop AMM (entomologique et épidémiologique) sont en cours depuis 2021.
- **Lèpre** : en 2021 le taux de prévalence de la lèpre est resté largement en dessous du seuil d'élimination en tant que problème de santé publique (moins d'un cas pour 10 000 habitants)

- **Ver de Guinée** : la transmission de la maladie a été arrêtée dans les régions de Kayes, Koulikoro, Tombouctou, Gao, Ménaka, Kidal et Taoudénit (en phase de Pré-certification). Les activités de sensibilisation sont principalement menées dans les zones endémiques ou à risque sous surveillance dans les régions de Ségou, Sikasso et Mopti.
- **Trypanosomiase Humaine Africaine** : Depuis 2001, aucun porteur de parasite n'a été mis en évidence. Des sites sentinelles de surveillance de la maladie ont été mis en place dans les anciens foyers. Le Mali a été déclaré par l'OMS éligible pour l'élimination. Le draft 0 de document de l'élimination est disponible.
- Pour les autres MTN notamment l'ulcère de Buruli, la dengue, la leishmaniose, la rage, le pian et les envenimations, les données disponibles sont insuffisantes et limitées à quelques résultats de recherche. Une cartographie intégrée ou une enquête de prévalence intégrée selon les cas doit être réalisée.
- Les résultats encourageants ont été obtenus, cependant des défis/contraintes restent à relever pour consolider les acquis notamment la gestion des morbidités, l'insécurité, la mobilisation des ressources et l'insuffisance de la surveillance intégrée des MTN.

➤ **Les engagements du pays envers la lutte contre les MTN**

Au niveau national, le PRODESS accorde une grande place aux activités de lutte contre les MTN. Les orientations du PRODESS et de la politique nationale de sante du Mali sont en phase avec les différentes résolutions prise au niveau régional et mondial (les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé relatives aux MTN, la résolution de 2013 du Comité régional de l'OMS relative aux MTN, la Déclaration de Londres sur les maladies tropicales négligées de 2012 et l'Appel urgent à l'action d'Accra contre les MTN et l'engagement pris à Addis-Abeba entre autres).

En 2020, conformément aux recommandations de l'OMS, la soixante-treizième (73^{ème}) assemblée mondiale de la Santé a publié la décision WHA 73, dans laquelle elle a approuvé la nouvelle feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030. Cette feuille de route repose sur quatre piliers :

- 1- Accélérer l'action programmatique,
- 2- Intensifier les approches transversales,
- 3- Changer les modèles de fonctionnement et la culture afin de faciliter l'appropriation par les pays
- 4- Renforcer la mobilisation des ressources et la collaboration intersectorielle enfin d'éliminer les MTN.

Le nouveau plan 2022-2026, est orienté sur des stratégies qui sont conformes aux trois piliers de la

feuille de route de l’OMS. Les stratégies sont les suivantes : la cartographie, la chimiothérapie de masse, la prise en charge des cas, les activités d’évaluation et de surveillance. Tandis que certaines maladies nécessitent la cartographie (la leishmaniose, la dengue, l’ulcère de Buruli, la rage, l’envenimation par morsure de serpents), d’autres sont en phase de surveillance après arrêt du traitement (trachome, filariose lymphatique et géo helminthiases) et/ou en phase de surveillance épidémiologique (onchocercose, ver de Guinée, filariose lymphatique, trachome, schistosomiase, géo helminthiases, lèpre et Trypanosomiase Humaine Africaine).

Le présent document a pour but de fournir des informations utiles pour les programmes de lutte contre les

MTN des États Membres de la Région africaine de l’OMS, en vue de l’élaboration de la prochaine génération de plans directeurs de lutte contre les MTN, conformément à la feuille de route à l’horizon 2030 de l’OMS. Les parties prenantes peuvent contribuer à l’élaboration du document.

➤ **Le plan directeur est divisé en quatre sections :**

- **Analyse de la situation des MTN** décrit l'environnement dans lequel le programme MTN sera développé et mis en œuvre, y compris les facteurs environnementaux et le contexte national qui sont essentiels pour comprendre la répartition des MTN et leur contrôle.
- **Agenda stratégique : (Buts et objectifs)** donne un aperçu sur les cibles et les étapes pour toutes les MTN qui sont endémiques au Mali. Ces cibles et ces étapes sont déterminées en consultation avec les parties prenantes dans le pays, y compris le gouvernement, les collectivités, les groupes scientifiques et de recherche, les organisations non gouvernementales, les partenaires de mise en œuvre, les donateurs et les organisations du secteur privé.
- **Mise en œuvre de la stratégie : le** Cadre opérationnel MTN vise à assurer trois changements fondamentaux dans l'approche de la lutte contre les MTN : une responsabilité accrue en matière d'impact en utilisant des indicateurs d'impact au lieu d'indicateurs de processus ; l'abandon des programmes cloisonnés et spécifiques à une maladie en intégrant les programmes dans les systèmes de santé nationaux et en intensifiant les approches transversales centrées sur les besoins des personnes et des communautés ; et un changement dans les modèles opérationnels et la culture pour faciliter une plus grande appropriation des programmes par le pays.
- **Budgétisation de l'impact :** Estimations et justifications, un outil de gestion essentiel pour la planification et la mise en œuvre des activités

Des efforts doivent être faits par rapport au renforcement de capacité, l’équipement des laboratoires et la formation des agents de laboratoire, l’éducation à la santé, l’amélioration de l’environnement,

l'éducation, l'eau, hygiène et l'assainissement/WASH, l'inclusion sociale, le renforcement dans la collaboration multisectorielle et transfrontalière et la communication pour un changement de comportement social (CCS) pour préserver les acquis afin d'éviter une résurgence de ces maladies.

1.2. Analyse du contexte national

1.2.1. Analyse du pays

1.2.1.1. Organisation administrative

Le Mali est un pays continental situé au cœur de l'Afrique Occidentale dans la zone soudano-sahélienne. Il couvre une superficie de 1 241 238 km². Il est limité au Nord-Est par l'Algérie, à l'Est par le Niger, au Sud par le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire, à l'Ouest par le Sénégal et la Mauritanie et au Sud-Ouest par la Guinée.

Le pays est divisé en 19 régions administratives et le District de Bamako (*LOI N°2012-017/ DU 02 MARS 2012 PORTANT CREATION DE CIRCONSCRIPTIONS ADMINISTRATIVES EN REPUBLIQUE DU MALI*).

Ces 19 régions administratives qui sont Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal, Ménaka, Taoudénit, Nioro, Kita, Doila, Nara, Bougouni, Koutiala, San, Douentza, Bandiagara et le District de Bamako. Dans le cadre de la décentralisation, le Mali compte 59 cercles et le District de Bamako, 703 communes dont 684 rurales et 19 urbaines parmi lesquels les 6 communes du district de Bamako. Sur le plan sanitaire, le Mali compte 75 districts sanitaires (DS).

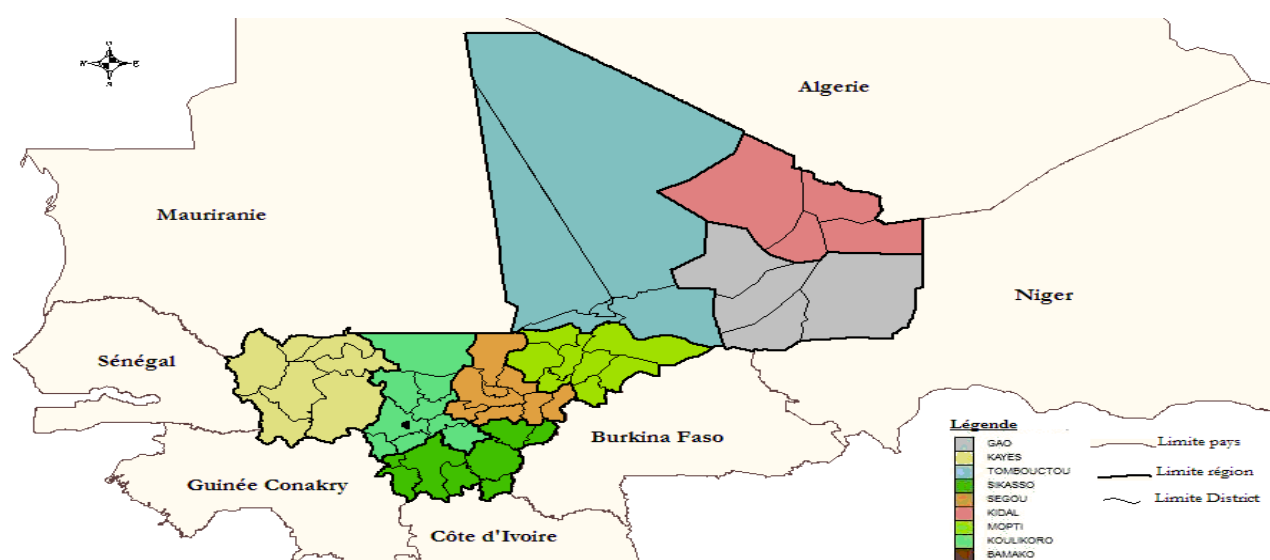


Figure 1: Carte du Mali avec les districts sanitaires

1.2.1.2. Climat et hydrographie

Le climat est tropical alternant une saison sèche et une saison des pluies d'une durée moyenne de cinq mois au sud et de moins de trois mois au Nord ainsi que des écarts de température très élevés.

Le pays est arrosé par deux grands fleuves : le Niger et le Sénégal. Des barrages et des retenues d'eau à visée agricole ont été construits sur les deux fleuves. Des zones de pêche et de culture du riz ont créées des zones écologiques où certaines MTN se développent.

Les précipitations varient selon les zones climatiques :

- zone soudanienne à l'extrême sud du pays avec une pluviométrie de 1500 mm d'eau environ par an ;
- zone sahélienne au centre recevant 200 à 800 mm d'eau par an ;
- zone saharienne qui occupe la moitié nord du pays, les précipitations y sont irrégulières voire accidentelles et très souvent inférieures à 200 mm d'eau par an.

Pendant la saison des pluies, la mise en œuvre des interventions ciblant les MTN est difficile à causes des travaux champêtres et l'impraticabilité de certaines routes.

1.2.1.3. Démographie

La population est estimée à 22 751 415 habitants (*RGPH 2009 actualisé en 2022*) avec une densité de 18,33 hbts/km² en 2022. Dans sa grande majorité, la population malienne est sédentaire et réside en milieu rural (77,5%) (INSAT 2021). Les nomades représentent 0,92 de la population. La répartition spatiale est inégale. La population est en outre caractérisée par sa jeunesse (49% âgée de moins de 15 ans). Les personnes de 65 ans et plus représentent 3%. La pyramide des âges a une base large qui se rétrécit rapidement traduisant une mortalité et une fécondité élevées (PRODESS IV).

La croissance démographique est très rapide et pose un défi pour la fourniture des services sociaux de base(santé, éducation, eau hygiène et assainissement). L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est de 6,3 enfants/femme selon l'EDS-M-VI 2018. Si cette tendance se poursuit, la population doublera au moins tous les 25 ans.

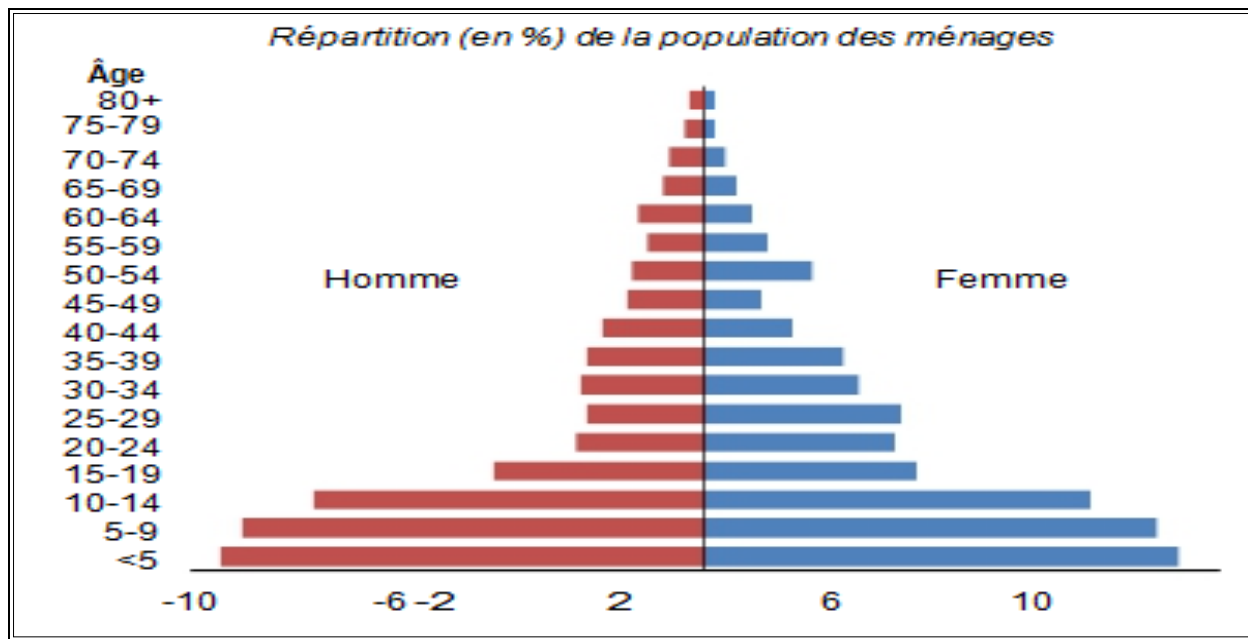


Figure 2 : Pyramides des âges du Mali (EDSM-VI, 2018)

Historiquement, trait d'union entre l'Afrique du Nord et les zones sub-sahéliennes et côtières, le Mali connaît des habitudes migratoires anciennes qui se sont fortement accentuées au cours du XXème siècle. La population malienne résidant à l'étranger serait de l'ordre de plus de quatre (4) millions de personnes. La majorité de ces migrations est masculine et elles sont fortement motivées par la recherche d'emploi. Ces flux se font principalement en provenance du milieu rural. L'exode des populations vers l'étranger se fait à partir de toutes les régions (sauf le District de Bamako où les chiffres sont minimes). Par ordre d'importance, les régions de Mopti et Kayes ont enregistré les taux de migration vers l'étranger les plus importants et Sikasso a enregistré les migrations de ce type les moins importantes. Cependant, il convient de signaler la migration interne croissante des femmes vers les grandes villes à la recherche du bien-être. En ce qui concerne les migrations internes, Bamako se distingue très nettement des autres régions. La capitale est de loin le principal pôle d'attraction des migrations internes ; 38% de sa population (contre 10% en moyenne nationale) est constituée de migrants. Avec l'accroissement des investissements – aménagements agricoles, mines, explorations pétrolières, barrages, le flux des migrations internes et internationales vers les régions de Gao, Kayes, Ségou et Sikasso va augmenter de manière significative au cours des cinq années à venir (EDSM-VI, 2018).

1.2.1.4. Données socioculturelles

L'influence de la famille sur le comportement des individus est substantielle, particulièrement en milieu rural où les membres de la famille vivent souvent dans des concessions comprenant plusieurs ménages constituant la 'grande' famille, tous travaillant pour un objectif commun de survie et de bien-

être. En l'absence de filet social public, la famille élargie est souvent la source principale de protection sociale des individus. Toute fois, la famille peut exiger un lourd tribut des individus à des fins de satisfaction des obligations sociales, matérielles et financières.

La famille repose sur la structure traditionnelle avec le chef de famille (généralement un homme) qui prend les principales décisions. Les villages, organisés en quartier ou en fraction sous l'autorité d'un chef de village entouré de conseillers villageois prennent les principales décisions.

Chaque commune est administrée par un conseil municipal dirigé par un maire et des conseillers municipaux élus aux suffrages universels.

La grande majorité des femmes et des hommes de 15-49 ans sont analphabètes. Seulement 21 % des femmes et 38 % des hommes sont considérés comme étant alphabétisés (EDSM-VI, 2018).

Les organisations de la société civile (associations de femmes, de jeunes, de santé communautaire, les organisations faitières) sont très actives dans le domaine de la mobilisation sociale pour des interventions en matière de santé.

1.2.1.5. Situations socio-économiques et indicateurs

L'économie malienne est entrée en récession en 2020 sous les effets combinés de la pandémie du COVID-19, de la faible performance agricole ainsi que de la crise sociopolitique. Le PIB réel a légèrement rebondi en 2021, avec une croissance estimée à 3.1%, [5].

L'économie du Mali est essentiellement à vocation agro sylvo pastorale, caractérisée par sa vulnérabilité aux aléas climatiques. L'amélioration de la performance du cadre macro-économique se poursuit à travers la bonne tenue des indicateurs macroéconomiques. En 2022, le PIB est de 2,1% contre 4,5% en 2021-2022 en raison des sanctions de l'UEMOA et de la CEDEAO combinées aux effets de la guerre entre la Russie et l'Ukraine.

L'Indice de développement humain (IDH) connaît une croissance faible passant de 0,40 à 0,43 entre 2010 et 2017, en 2021 il était de 0,394.

Les complications invalidantes liées à certaines MTN, notamment, l'éléphantiasis, l'hydrocèle et la cécité entraînent des pertes économiques au Mali.

Selon le rapport de l'OMS en 2014 sur les MTN, dans les communautés rurales d'Afrique subsaharienne dont le Mali, où, un taux de mortalité plus élevé a été observé chez les aveugles, que chez les témoins qui ne l'étaient pas. Le coût économique du trachome en terme de perte de productivité est estimé entre 2,9 et 5,3 milliards de dollar, et à 8 milliard de dollar si on inclut le trichiasis.

Selon les résultats de l'EDS VI, c'est en milieu urbain et en particulier dans le district de Bamako, qu'est concentrée la population la plus riche (respectivement 72 % et 83 %). A l'opposé, en milieu rural, seulement 6 % de la population appartiennent au quintile le plus élevé en terme de revenus. Au niveau régional, on constate un clivage entre Bamako et les autres régions. En effet, à Bamako, la quasi-totalité de la population est classée dans les deux quintiles les plus riches ; dans les autres régions, cette proportion varie d'un maximum de 39 % dans les régions de Kayes, Koulikoro et Sikasso à 24 % dans celle de Ségou et à un minimum de 15 % dans celle de Mopti. Dans ces deux dernières régions, environ un tiers de la population est classée dans le quintile le plus bas (respectivement 31 % et 34 %) (EDSM-VI, 2018).

En 2019, le Mali occupait la 184^{ème} place pour l'indice de développement humain (0,434), le produit intérieur brut était de 813,37 dollar par habitant (banquemondiale.org.)

Taux d'inflation : 1,4% en 2015 (Source : BM)

Taux de chômage : 8,2% en 2013 (Source : statistique mondiale)

Espérance de la vie : 55.6 (Source : RGPH 2009)

Taux de mortalité infantile : 104,0‰ (Source : RGPH 2009)

Taux de mortalité infanto-juvénile : 154,0‰ (Source : RGPH 2009)

Pourcentage des enfants atteints de retard de croissance (0-5 ans) : 38% (Source : EDSM VI)

Taux de couverture en hygiène et eau potable saine : 37% des ménages (Source : RGPH 2009)

Au plan national, l'année 2012 a été très difficile. Elle a été marquée par un certain nombre d'évènements, notamment ceux du 22 mars entraînant la suspension des financements extérieurs, hormis l'aide d'urgence et l'aide humanitaire, l'insécurité de l'environnement des affaires, l'occupation des régions nord du pays et la crise socio politique.

Ces divers évènements ont affecté le cadre macroéconomique et budgétaire entraînant un ralentissement de l'activité économique. Ainsi, le taux de croissance du PIB se situait à -1,2 % en 2012 contre 2,7 % en 2011. Cette récession a été atténuée par les performances du secteur primaire. Les secteurs secondaire et tertiaire ont enregistré des taux de croissance négatifs. Le taux de croissance du secteur primaire s'est établi à 8,6% en 2012 contre -1,3% en 2011. Cette croissance a été tirée principalement par l'agriculture (13,9 %). Les productions des branches Élevage, Pêche et Sylviculture ont enregistré une croissance nulle en 2012. La production céréalière totale pour la campagne 2012/2013 est estimée à 6 674 427 tonnes (qui se composent de 27 % de mil, 29 % de riz, 18 % de sorgho, 25 % de maïs, 0,32 % de fonio et 0,60 % de blé) contre 5 777 729 tonnes obtenues en

2011/2012. La production de céréales est en hausse de 15 % par rapport à la campagne passée. La production de riz s'est établie à 1 914 867 tonnes en 2012 contre 1 741 472 tonnes l'année précédente. La plus grande performance du secteur a été réalisée par la branche agriculture vivrière hors riz. Cette dernière a atteint 17,9 % en 2012, soit un gain de 18,7 points de pourcentage.

Le taux de croissance du secteur secondaire est passé de 8,1 % en 2011 à -5,4 % en 2012. Cette baisse est imputable principalement aux branches Bâtiments et Travaux Publics et à l'agroalimentaire boisson-tabac.

Ainsi, leurs taux de croissance sont passés de respectivement 5,0 % et 18,6 % en 2011 à 35,0 % et -16,0 % en 2012.

Le secteur des produits d'extraction a réalisé un taux de croissance réelle de 9,2 % en 2012 contre une croissance nulle (0,0 %) en 2011. Ils ont contribué à 0,5 % à la croissance du PIB en 2012. En pourcentage du PIB total, la branche des produits de l'extraction a représenté 5,8 % en 2012 contre 5,3 % en 2011.

L'économie est tributaire des aléas climatiques, des prix des matières premières sur le marché international et de l'enclavement intérieur et extérieur du pays.

La moyenne nationale en Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans un rayon de 5 Km est restée stationnaire 58% entre 2014 et 2015.

Il faut noter que dans la région de Kidal, les districts d'Abeibara et Tin-Essako sont en retard dans la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé.

Le taux de fréquentation des services de santé est de 0,41 nouveau contact/habitant/an¹.

Dans un rayon de 15 Km la couverture nationale moyenne a baissé de 89% en 2014 à 87% en 2015.

Les moyennes régionales varient de 31% à Kidal à 95% pour le district de Bamako.

Dans les régions de Tombouctou, Gao et Kidal, la dispersion et la mobilité de la population rend difficile l'amélioration de l'accès des populations dans un rayon de 5 Km à travers la construction de CScCom.

1.2.1.6. Transport et Communication

Le Mali est un pays enclavé, vulnérable aux chocs externes, ses infrastructures sont insuffisantes. Le réseau de transport a connu une grande amélioration les cinq dernières années. En 2015 le Mali compte

18709 km avec 3397 km de route bitumé, 11148 km de route à terre et 4164 km de piste (Essor 21 sept 2015).

Au Mali, le transport est essentiellement assuré par les exploitants privés.

Pendant la période hivernale la majorité des populations rurales vivent dans l'isolement par rapport au reste du pays du fait de l'inaccessibilité de leur milieu, ce qui rend difficile les activités de lutte contre les MTN.

Cette situation favorise le maintien des populations dans un état de pauvreté et les empêche d'exporter ou d'importer les produits. Elle limite également l'intervention des structures d'appui à l'endroit des populations.

L'insuffisance qualitative et quantitative de l'offre des services de transport est accentuée par le mauvais état des infrastructures de transport. Cela constitue l'un des problèmes prioritaires du pays, une entrave à une croissance économique durable, aux échanges commerciaux, à l'accès des populations aux services sociaux de base.

Les voies navigables sont fonctionnelles surtout pendant la période de crue du fleuve Niger.

Le pays dispose de 8 aéroports dont un international.

La télécommunication publique s'est développée dans beaucoup de régions du Mali, en milieu urbain les médias disponibles sont les radios, télévisions, internet, presse écrite ; tandis qu'en milieu rural il y a essentiellement les radios, la télévision et les crieurs publics.

La téléphonie mobile : trois réseaux sont disponibles au Mali. Ces réseaux couvrent presque l'ensemble du territoire.

Les radios : Depuis l'avènement de la démocratie au Mali, le paysage médiatique est libéralisé et permet aux promoteurs d'informer le public pour la plupart par des ondes émises en modulation de fréquences. Presque chaque district sanitaire est couvert par des radios de proximité.

Il faut remarquer que la radio est le média le plus écouté Selon l'EDSM-VI : 47 % des femmes et 54 % des hommes ont déclaré avoir écouté la radio au moins une fois par semaine. Par ailleurs, 2 % des femmes et 5 % des hommes sont exposés aux trois médias au moins une fois par semaine.

L'internet fourni un autre moyen important pour partager les informations. Par internet, il faut comprendre l'utilisation des services divers et variés comme le courrier électronique (e-mail), les pages avec liens et contenus multimédias des sites Web, la transmission de vidéos et d'audio en direct (ou streaming), et les médias sociaux.

Au cours des 12 derniers mois, 14 % des femmes et 36 % des hommes ont déclaré avoir utilisé l'internet. Parmi ceux qui ont utilisé l'internet au cours des 12 derniers mois, 56 % des femmes et 54 % des hommes l'ont utilisé presque chaque jour.

La presse écrite est florissante au Mali avec plus d'une vingtaine de journaux. La communication traditionnelle garde toujours son importance. Les communicateurs traditionnels ont démontré leur dynamisme dans la communication pour le développement au Mali. Ils ont d'ailleurs créé le Réseau des Communicateurs Traditionnels pour le Développement (RECOTRADE). Au Mali, en plus de la télévision nationale, il existe d'autres chaînes de télévision privées. Le Mali a été l'un des pays pilotes à avoir expérimenté l'utilisation de la messagerie des téléphones mobiles comme moyen de transmission des données et dans la mise en œuvre des activités des programmes nationaux de lutte contre les MTN avec une bonne appréciation du logiciel comme moyen de transmission rapide des données MTN.

Cependant, quelques difficultés ont été évoquées :

- absence de réseau téléphonique et internet au niveau de certaines aires de santé et districts,
- problème d'interférence de réseau empêchant souvent la transmission des messages sms,
- perturbation de réseau souvent empêchant l'envoi rapide des messages.

A partir de l'expérience pilote, il a été envisagé l'utilisation de téléphone mobile dans la transmission des données en 2012 par SMS.

D'autres canaux de communications comme Internet sont disponibles et sont parfois utilisés pour la transmission des données et des messages.

1.3. Analyse du système de santé

Le système de santé est composé de l'ensemble des structures et organismes publics (Etat et collectivités territoriales), privés, communautaires (associations, mutuelles et fondations) et confessionnels ainsi que les ordres professionnels de la santé dont l'action concourt à la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

1.3.1. Objectifs et priorité du système de santé :

Le Plan Décennal de Développement Socio-Sanitaire (PDDSS 2014-2023), présente la vision du gouvernement malien en matière de santé, de la famille et de développement social pour l'atteinte des objectifs du développement durable (ODD) et pour réduire la pauvreté conformément aux orientations du Cadre Stratégique pour la Relance Economique et le Développement Durable (CREDD 2019-2023).

Les objectifs stratégiques (OS) du PDDSS 2014-2023 sont au nombre de onze (11), à savoir :

- (i) Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile ;
- (ii) Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles ;
- (iii) Réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps liés aux maladies non transmissibles ;
- (iv) Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé ;
- (v) Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique ;
- (vi) Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations ;
- (vii) Assurer un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques y compris les réactifs de laboratoire, les vaccins et les produits sanguins ;
- (viii) Assurer la disponibilité des ressources humaines (hommes et femmes) qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable ;
- (ix) Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces ;
- (x) Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires fiables ventilées par sexe et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire ;
- (xi) Assurer une gouvernance du système de santé permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle.

1.3.2. Analyse de l'ensemble du système de santé

1.3.2.1. La prestation de services Organisation du Système de santé

La politique sectorielle de santé et de population adoptée en 1990 par le gouvernement du Mali est basée sur la décentralisation, l'amélioration de l'accès aux soins et la participation communautaire.

Ses objectifs généraux sont :

- Étendre la couverture sanitaire ;
- Améliorer l'accès aux médicaments pour toutes les couches de la population.

Au Mali, le système de soins de santé a trois niveaux de prise en charge :

- Le niveau opérationnel avec ses 2 échelons qui sont :
 - * Le premier échelon composé de 1534 CSCOM fonctionnels en 2021, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) de même que les structures de santé parapubliques, confessionnelles, services de santé des armées, dispensaires et autres établissements de santé privés. Les données des ONG sont agrégées avec celles des CSCOM.

NB : Le PMA comprend : les soins curatifs, préventifs et promotionnels ;

- * Le deuxième échelon composé de 75 districts sanitaires en 2021 Ces structures de première référence CSRéf/Hôpital du district assurent la prise en charge de la référence venant du premier échelon.
- Le niveau intermédiaire constitué de 6 EPH (Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao) assure la 2^{ème} référence ;
- Le niveau central avec ses 9 EPH/CHU : Point G, Gabriel TOURE, Hôpital de Kati, IOTA, CNOS, Hôpital du Mali, Hôpital Dermatologique de Bamako, Hôpital Mohamed V et Hôpital mère enfant Luxembourg constitue la 3^{ème} référence.

NB : A côté du secteur public, il existe les structures de santé privées, les établissements confessionnels, les structures des Garnisons et la médecine traditionnelle :

- 62 centres de santé de garnison
- 55 Services de Développement Social de cercle et de communes.
- 2507 sites ASC fonctionnels (source base de données DNS) 2015
- 434 structures privées y compris les pharmacies et les laboratoires
- 34 écoles et instituts de formation des agents de santé

Tableau I: Couverture au Paquet Minimum d'Activités (PMA) en 2021

District/Région	Population totale	Population dans un rayon de 5km	Proportion de population vivant dans un rayon de 5 km d'un centre de santé	Population dans un rayon de 15km	Proportion de population vivant dans un rayon de 15 km d'un centre de Santé	Population dans un rayon de plus de 15km	Proportion de population vivant dans un rayon de plus de 15 km
Bafoulabe	186 735	106 372	57	151 689	81.2	35 046	18.8
Diema	307 732	134 754	43.8	250 196	81.3	57 535	18.7
Kayes	745 704	504 216	67.6	646 333	86.7	99 371	13.3

District/Région	Populatio n totale	Populatio n dans un rayon de 5km	Proportio n de population vivant dans un rayon de 5 km d'un centre de santé	Populatio n dans un rayon de 15km	Proportio n de population vivant dans un rayon de 15 km d' un centre de Santé	Populatio n dans un rayon de plus de 15km	Proportio n de population vivant dans un rayon de plus de 15 km
Kenieba	286 339	140 163	49	204 679	71.5	72 676	25.4
Kita	502 818	257 001	51.1	432 107	85.9	70 711	14.1
Nioro	332 659	204 354	61.4	305 814	91.9	26 846	8.1
Oussoubidiagna	152 784	82 460	54	142 765	93.4	10 019	6.6
Sagabari	56 567	27 617	48.8	32 934	58.2	23 633	41.8
Sefeto	69 137	40 757	59	62 274	90.1	6 863	9.9
Yelimane	256 502	226 812	88.4	253 146	98.7	3 356	1.3
Kayes	2 896 977	1 724 506	59.5	2 481 937	85.7	406 056	14
Banamba	276 821	146 973	53.1	244 650	88.4	32 171	11.6
Dioila	385 984	171 091	44.3	352 765	91.4	33 219	8.6
Fana	328 801	187 710	57.1	304 024	92.5	24 778	7.5
Kalabancoro	359 680	240 746	66.9	322 899	89.8	36 781	10.2
Kangaba	146 563	96 380	65.8	135 536	92.5	11 027	7.5
Kati	730 259	450 302	61.7	669 730	91.7	60 529	8.3
Kolokani	340 388	121 330	35.6	302 362	88.8	38 026	11.2
Koulikoro	307 187	169 241	55.1	278 843	90.8	28 344	9.2
Nara	353 587	147 090	41.6	260 691	73.7	92 900	26.3
Ouelessebougou	289 731	124 142	42.9	265 520	91.6	24 211	8.4
Koulikoro	3 519 001	1 855 005	52.7	3 137 020	89.2	381 986	10.8
Bougouni	674 257	261 883	38.8	542 031	80.4	132 230	19.6
Kadiolo	350 634	216 551	61.8	327 525	93.4	23 109	6.6
Kignan	169 793	70 779	41.7	155 477	91.6	14 315	8.4
Kolondieba	296 374	101 645	34.3	259 552	87.6	36 824	12.4
Koutiala	841 218	571 447	67.9	804 932	95.7	36 284	4.3
Niena	180 020	91 223	50.7	171 457	95.2	8 563	4.8
Selingue	118 715	76 078	64.1	109 060	91.9	9 655	8.1
Sikasso	711 394	451 900	63.5	547 297	76.9	164 175	23.1
Yanfolila	189 002	88 518	46.8	149 968	79.3	39 035	20.6
Yorosso	309 378	152 031	49.1	289 105	93.5	20 274	6.5
Sikasso	3 840 785	2 082 055	54.2	3 356 404	87.4	484 464	12.6
Baroueli	294 790	159 506	54.1	282 740	95.9	12 048	4.1
Bla	412 220	228 614	55.5	404 777	98.2	12 298	3
Macina	343 050	152 983	44.6	317 535	92.6	25 515	7.4
Markala	319 302	201 467	63.1	298 752	93.6	20 550	6.4
Niono	530 204	355 112	67	503 254	94.9	26 950	5.1
San	484 782	272 134	56.1	456 850	94.2	27 934	5.8
Segou	692 242	421 820	60.9	651 778	94.2	40 464	5.8
Tominian	321 329	110 075	34.3	284 830	88.6	36 498	11.4

District/Région	Populatio n totale	Populatio n dans un rayon de 5km	Proportio n de population vivant dans un rayon de 5 km d'un centre de santé	Populatio n dans un rayon de 15km	Proportio n de population vivant dans un rayon de 15 km d' un centre de Santé	Populatio n dans un rayon de plus de 15km	Proportio n de population vivant dans un rayon de plus de 15 km
Ségou	3 397 919	1 901 711	56	3 200 516	94.2	202 257	6
Bandiagara	461 810	226 585	49.1	380 722	82.4	81 093	17.6
Bankass	382 627	160 898	42	353 787	92.5	28 845	7.5
Djenné	301 023	154 706	51.4	280 582	93.2	20 443	6.8
Douentza	359 894	149 447	41.5	228 301	63.4	130 069	36.1
Koro	525 684	225 746	42.9	484 246	92.1	41 437	7.9
Mopti	535 224	342 244	63.9	472 955	88.4	62 270	11.6
Tenenkou	237 671	117 881	49.6	203 219	85.5	34 451	14.5
Youwarou	155 069	53 687	34.6	125 625	81	29 446	19
Mopti	2 959 002	1 431 194	48.4	2 529 437	85.5	428 054	14.5
Diré	160 203	61 657	38.5	117 512	73.3	42 711	26.7
Goundam	216 076	102 855	47.6	141 798	65.6	74 278	34.4
Gourma- Rharous	160 292	36 740	22.9	103 848	64.8	56 444	35.2
Niafunké	265 199	119 058	44.9	204 492	77.1	60 818	22.9
Tombouctou	179 230	122 253	68.2	155 639	86.8	23 591	13.2
Tombouctou	981 000	442 563	45.1	723 289	73.7	257 842	26.3
Ansongo	191 745	69 712	36.4	148 172	77.3	43 573	22.7
Bourem	141 333	37 935	26.8	119 503	84.5	21 830	15.4
Gao	348 075	178 736	51.4	310 340	89.2	37 735	10.8
Gao	708 906	293 553	41.4	590 044	83.2	118 861	16.8
Abeibara	14 961	3 761	25.1	4 916	32.9	10 045	67.1
Kidal	48 630	25 459	52.4	32 941	67.7	15 689	32.3
Tessalit	23 185	7 367	31.8	8 994	38.8	14 191	61.2
TinEssako	11 657	795	6.8	795	6.8	10 862	93.2
Kidal	98 433	37 382	38	47 646	48.4	50 787	51.6
Achouratt	33 428	6 917	20.7	16 166	48.4	17 261	51.6
Al-Ourche	55 273	6 561	11.9	13 512	24.4	41 760	75.5
Arawane	30 730	5 047	16.4	6 032	19.6	24 698	80.4
Boujbeha	34 596	5 531	16	9 789	28.3	24 807	71.7
Foum-Alba	18 104	1 325	7.3	1 325	7.3	16 779	92.7
Taoudenit	25 942	2 614	10.1	3 345	12.9	22 597	87.1
Taoudenit	198 073	27 995	14.1	50 169	25.3	147 902	74.7
Anderamboukane	26 287	5 577	21.2	12 359	47	13 928	53
Inekar	7 877	2 586	32.8	5 630	71.5	2 247	28.5
Menaka	32 926	11 728	35.6	25 802	78.4	7 123	21.6
Tidermene	12 040	3 805	31.6	10 405	86.4	2 036	16.9
Menaka	79 130	23 696	29.9	54 196	68.5	25 334	32

District/Région	Population totale	Population dans un rayon de 5km	Proportion de population vivant dans un rayon de 5 km d'un centre de santé	Population dans un rayon de 15km	Proportion de population vivant dans un rayon de 15 km d'un centre de Santé	Population dans un rayon de plus de 15km	Proportion de population vivant dans un rayon de plus de 15 km
Commune I	487 786	487 786	100	487 786	100		
Commune II	232 406	232 406	100	232 406	100		
Commune III	186 968	187 290	100.2	187 290	100.2		
Commune IV	436 416	436 416	100	436 416	100		
Commune V	603 056	603 056	100	603 056	100		
Commune VI	683 917	682 047	99.7	682 047	99.7		
Bamako	2 630 549	2 629 001	99.9	2 629 001	99.9		
Mali	21 309 775	12 448 661	58.4	18 799 659	88.2	2 503 543	11.8

Source: [DHIS2](#)

1.3.2.2. *Personnel de la santé*

Tableau II: Ratio professionnels de santé (médecin, infirmier et sage-femme) pour 10 000 habitants par région en 2021

District / Corps	Kayes	Koulikoro	Sikasso	Ségou	Mopti	Tomboctou	Gao	Kidal	Taoudénit	Ménaka	Bamako	Total
MD	345	225	326	251	147	58	25	17	10	17	850	2271
SF, IO	472	613	645	321	117	91	75	20	13	16	1110	3493
Infirmier (AM, TSS, TS)	621	627	799	615	573	170	112	54	39	93	1291	4994
Professionnel de santé	1438	1401	1770	1164	837	428	2212	91	58	126	3251	12776
Pop. 2021	2 896 977	3 519 001	3 841 000	3 397 920	2 959 000	981 000	708 906	984 33	198 073	7913 0	2630 549	21 309 775
Ratio	5	3,98	5	3,43	2,83	4	3,1	9	2,92	15,92	12,35	5,99

Source: Annuaire DRS 2020

1.3.2.3. *Organisation de la collecte, du traitement et de l'analyse des données*

a) Niveau local

Les structures de santé du premier échelon et les CSRéf/Hôpital de district collectent et traitent les données sur les supports durs avant la saisie sur la plateforme DHIS2. Cependant, ces structures transmettent mensuellement un exemplaire des rapports aux districts sanitaires pour analyse et l'archivage.

b) Niveau régional

La direction régionale de la santé vérifie la qualité des données à travers :

- le contrôle de la complétude, la promptitude et la cohérence des données ;
- la relance des gestionnaires des districts se fait par écrit (email) ou par téléphone sur les données en retard ;
- la comparaison de la complétude et de la promptitude des rapports et des données transmises par formulaire de la formation sanitaire vers le district ;
- l'élaboration des tableaux, graphiques et cartes pour une comparaison de l'évolution des activités de soins par district et par formation sanitaire ;
- la comparaison des performances entre formations sanitaires ;
- l'identification des causes des écarts observés.

c) Niveau national

Le DHIS2 est la base de données de référence nationale au Mali depuis 2016. Les données saisies dans le DHIS2 font l'objet d'analyse et d'interprétation. Les informations sont agrégées et utilisées pour l'élaboration de l'annuaire statistique. La rétro information est faite à tous les niveaux.

L'annuaire validé est diffusé, transmis au cabinet, à la CPS, aux DRS, aux CSRéf, aux EPH et aux partenaires. Ce niveau assure l'orientation, la conception, la formation, le suivi des régions et des districts sanitaires. Le niveau central héberge le serveur avec son backup.

1.3.2.4. Le financement de la santé

Le système des soins est basé sur le recouvrement des coûts dans le cadre de la participation des populations à la gestion de leurs problèmes de santé.

Cependant, le système de protection sociale est inscrit dans la constitution du Mali. Plusieurs dispositifs de sécurité sociale ont été créés depuis l'indépendance.

Il existe deux types de régimes dans le pays :

• Les régimes contributifs :

- L'institut National de Prévoyance Sociale (INPS) ;
- La Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) ;
- La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), qui gère le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) ;
- Le système d'Assurance Mutualiste.

• Les régimes non contributifs :

- Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), géré par l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM),
- Les programmes des filets sociaux.

NB : Le RAMU comprend des dispositifs contributifs et des dispositifs non contributifs et son lancement est

prévu avant la fin de l'année 2022.

1.3.2.5. Etat de la fourniture d'eau de boisson, d'assainissement et d'hygiène

Selon la dernière EDSM (EDSM-VI 2018), 62% des ménages disposaient d'un service élémentaire d'approvisionnement en eau de boisson. Ce pourcentage est de 91% en milieu urbain contre 54% en milieu rural. Il est de 99% à Bamako, 69% à Kidal et de 47% à Mopti.

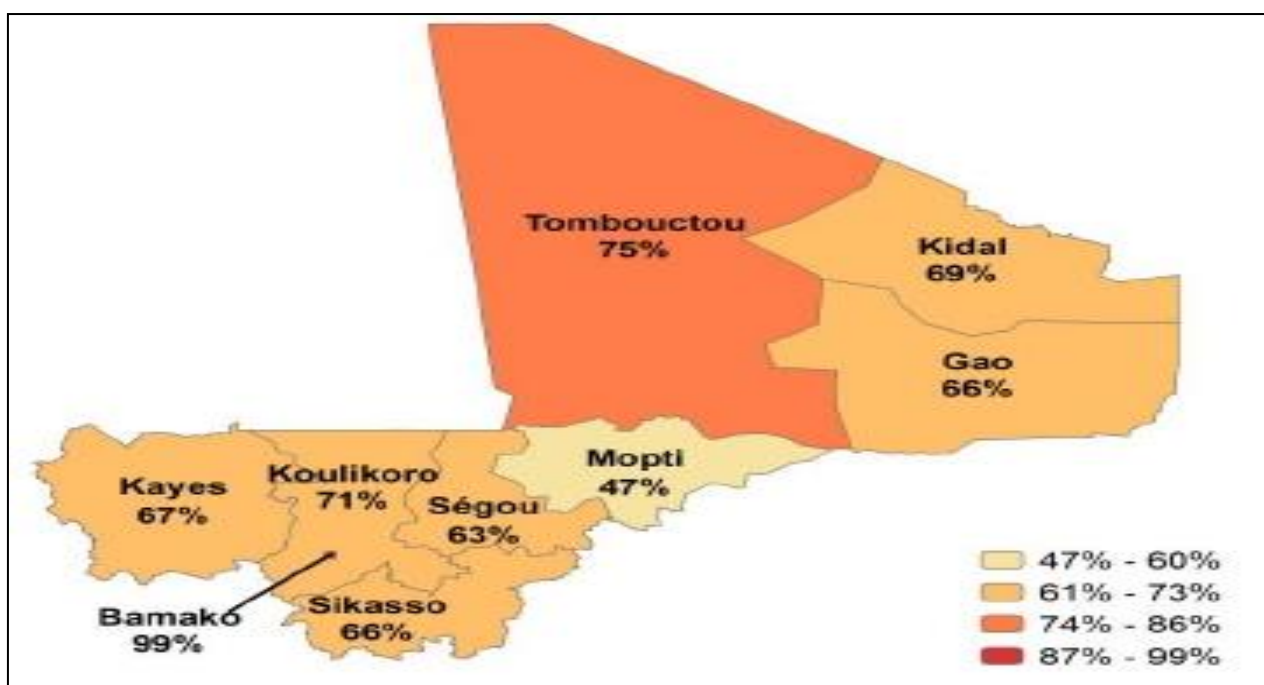


Figure 3 : pourcentage de ménages utilisant une source améliorée d'eau de boisson (EDSM-VI, 2018)

Globalement 55% des ménages utilisaient des installations sanitaires améliorées, 35% des installations non améliorées et 9% pratiquent la défécation à l'air libre. Les installations sanitaires améliorées sont utilisées en grande partie en milieu urbain (85%) et 47% en milieu rural (EDSM-VI, 2018).

Les installations sanitaires améliorées les plus couramment utilisées sont les fosses d'aisance avec dalle. Selon la même source, de 2001 à 2018, la proportion de ménages utilisant des installations sanitaires améliorées et non partagées (individuelles) est passée de 1% en 2001 à 9% en 2006 et 34% en 2018 (EDSM-VI, 2018).

Le lavage des mains est une action hygiénique de haute importance permettant d'éviter la transmission de plusieurs germes.

Selon la dernière version de l'EDSM-VI, 2018 ; 69% de la population disposaient d'un endroit pour se laver les mains. Parmi les ménages qui disposaient d'un endroit pour se laver les mains, 45% disposaient d'eau, 24% de savon et 2% de produits nettoyants autres que le savon.

1.2.2.2.6. Les produits médicaux

Le Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SDAME) a été adopté en 1995, mis en œuvre à partir de 1996 et révisé en 2010 sous le nom le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME).

Les quatre fonctions clés de la mise en œuvre du SDADME sont : l'approvisionnement, la supervision/suivi, le contrôle/inspection et l'information/communication. Les principaux organes et structures intervenant pour assurer ses fonctions clés sont : le comité technique de coordination de suivi de la gestion des médicaments essentiels, la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), la Pharmacie Populaire du Mali (PPM), le Laboratoire Nationale de la Santé ; l'Inspection de la Santé en charge du contrôle du respect de la législation de la réglementation et des procédures, le Centre Nationale d'Information d'Education et de Communication pour la Santé (CNIECS).

L'organisation du système d'approvisionnement des médicaments et intrants MTN est conforme au Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels (SDADME).

La chaîne d'approvisionnement encore appelé Pipeline est « la chaîne entière des installations de stockage et des moyens de transport par le biais desquels les produits transitent du fabricant au consommateur, y compris les installations portuaires, le dépôt central, les magasins régionaux, les magasins locaux, tous les points de prestation de services et les véhicules de transport ».

Au Mali, la chaîne nationale d'approvisionnement en médicaments et autres intrants de lutte contre les MTN comporte 6 niveaux :

- le réseau des donateurs ;
- le niveau central ;
- le niveau régional ;
- le niveau district ;
- le niveau des aires de santé ;
- le niveau communautaire ou village/quartier/fraction où se fait la distribution des produits MTN.

La sélection des médicaments, réactifs de laboratoire et consommables médicaux de lutte contre les maladies tropicales négligées au niveau national est basée sur les normes et protocoles de l'OMS et sur les documents de politique du Ministère de la Santé et du développement social.

Cette sélection est faite sur la base :

- du guide technique de lutte contre les MTN ;
- de la liste nationale des médicaments essentiels sous dénomination commune internationale et des consommables médicaux essentiels ;
- de la liste des médicaments pré-qualifiés par l'OMS ;

- de la nomenclature nationale des spécialités pharmaceutiques et médicaments génériques utilisés au Mali. Les médicaments de lutte contre les MTN qui ne sont pas dans la nomenclature doivent être importés conformément à la réglementation en vigueur.

Les principaux médicaments de lutte contre les MTN sont mentionnés dans le tableau III :

Tableau III: liste des médicaments utilisés dans le cadre des MTN

Dénomination commune internationale	Dosage	Présentation	MTN Ciblée
Praziquantel	600 mg	Comprimé	Schistosomiase
Ivermectine	3 mg	Comprimé	Filariose lymphatique et Onchocercose
Albendazole	400 mg	Comprimé	Filariose lymphatique et Géohelminthiases
Azithromycine	1200 mg	suspension	Trachome chez les enfants de 6 –59 mois
Azithromycine	250 mg	Comprimé	Trachome chez les plus de 5 ans
Tétracycline	1%	pommade ophtalmique	Trachome chez les moins de 6 mois

Tableau IV: Liste des médicaments utilisés dans le cadre des MTN PIM

Dénomination commune internationale	Dosage	Présentation	MTN Ciblée

Plaquettes MB Adulte (MB) adulte (Rifampicine 300mg, Clofazimine 100mg, Clofazimine 50mg, Dapsone 100mg)	(300+100+50+100)	blister	Malade adulte de lèpre de plus de 5 taches
Plaquettes Mutibacillaires (MB) Enfant (Rifampicine 150mg, Clofazimine 50mg, Clofazimine 50mg, Dapsone 50mg)	(150+50+50+50)	blister	Malade enfant (10-14ans) de lèpre de plus de 5 taches,
Plaquettes Pauci bacillaire (PB) adulte (Rifampicine 300mg, Dapsone 100mg)	(300+100)	blister	Malade adulte de lèpre de moins de 5 taches
Plaquettes PB enfant (Rifampicine 150mg, Dapsone 50mg)	(150+50)	blister	Malade enfant de lèpre de moins de 5 taches
Eflornithine		soluté	Trypanosomiase H. A

Les régimes thérapeutiques utilisés pour la prise en charge des cas de lèpre sont résumés dans le tableau V.

Tableau V: Liste récapitulative des régimes thérapeutiques de la lèpre

Classification des malades	Type de présentation	<u>Protocole</u>
Adulte lépreux de plus de 5 taches	MB adulte	<u>1^{er} Jour</u> : Rifampicine 600mg (2X300mg) Clofazimine 300mg (3X100mg) Dapsone 100mg <u>Traitement quotidien</u> (2 ^{ème} au 28 ^{ème} jour) Clofazimine 50mg Dapsone 100mg <u>Durée de traitement</u> 12 plaquettes sur une période de 12 à 18 mois
Enfant lépreux de plus de 5 taches (10-14 ans)	MB enfant	<u>1^{er} Jour</u> : Rifampicine 450mg (3X150mg) Clofazimine 150mg (3X50mg) Dapsone 50mg <u>Traitement quotidien</u> (2 ^{ème} au 28 ^{ème} jour) Clofazimine 50mg tous les deux jours Dapsone 100mg tous les jours <u>Durée de traitement</u> 12 plaquettes sur une période de 12 à 18 mois
Adulte lépreux de moins de 5 taches	PB adulte	<u>1^{er} Jour</u> : Rifampicine 600mg (2X300mg) Dapsone 100mg <u>Traitement quotidien</u> (2 ^{ème} au 28 ^{ème} jour) Dapsone 100mg tous les jours <u>Durée de traitement</u> 6 plaquettes sur une période de 6 à 9 mois
Enfant lépreux de moins de 5 taches (10-14 ans)	PB enfant	<u>1^{er} Jour</u> : Rifampicine 450mg (3X150mg) Dapsone 50mg <u>Traitement quotidien</u> (2 ^{ème} au 28 ^{ème} jour) Dapsone 50mg tous les jours <u>Durée de traitement</u> 6 plaquettes sur une période de 6 à 9 mois

1.4. Évaluation des lacunes

En fin 2021, le traitement de masse a été arrêté pour la FL dans toutes les unités d'évaluations à l'exception de celle du nord ayant accusé un retard dû à l'insécurité. Le dossier d'élimination du trachome en tant que problème de santé publique a été soumis à l'OMS. Le seuil de non endémicité

a été atteint pour les géo helminthiases, tandis que les schistosomiasés et l'onchocercose, continuent de bénéficier du traitement de masse. Par rapport à l'onchocercose, les évaluations sont en cours pour l'arrêt du traitement de masse. Pour les MTN à prise en charge des cas, une baisse de prévalence a été notée en 2021, la lèpre, la THA ont atteint le seuil d'élimination en tant que problème de santé publique et le ver de Guinée est considéré toujours comme endémique au Mali.

Une action concertée est nécessaire dans les domaines suivants :

- Suivi évaluation des activités des programmes ne bénéficiant de peu d'appuis (intégration de ces activités aux activités de suivi évaluations des programmes bien appuyés par l'Etat et de ses partenaires) ;

- Collaboration multisectorielle (santé animale, éducation, agriculture et WASH) et transfrontalière. Les lacunes actuelles sont dues principalement au faible niveau de financement des activités de lutte contre les MTN, l'insuffisance dans la collaboration multisectorielle et transfrontalière.

La priorité reste la certification de l'éradication du Ver de Guinée, de la trypanosomiase Humaine Africaine, de l'élimination du trachome, de la FL, de l'onchocercose, de la lèpre et du noma, le contrôle des schistosomiasés/géo helminthiases à l'échelle nationale.

Malgré les résultats remarquables obtenus notamment l'arrêt du traitement de masse pour la FL, les MTN ne sont pas encore éliminées. Il est nécessaire de continuer à traiter les communautés dans les régions quelques années encore.

Des défis demeurent notamment dans le cadre du traitement de masse, de la détection et de la prise en charge des cas, de la faible adhésion de la population, de la faible mobilisation sociale et de l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières.

Tableau VI: Evaluation des lacunes/difficultés tirées de la mise en œuvre de l'ancien plan stratégique 2017 - 2021

Faiblesses/Enseignements tirés de l'évaluation de l'ancien Plan 2017 – 2021	Recommandations pour le prochain Plan stratégique	Menaces/Risques
---	---	-----------------

Insuffisance de collaboration multisectorielle	Poursuivre l'initiative One Health	Incapacité de tirer un meilleur profit des opportunités existantes dans les autres secteurs
Timide intégration des 7 programmes MTN	L'intégration des MTN dans les politiques, la planification, la programmation financière, l'exécution et le suivi de routine est essentielle à la durabilité	Fragilisation des acquis et risque de réémergence pour certaines MTN
Manque d'informations sur les autres MTN	<ul style="list-style-type: none"> -Faire l'état de lieux pour les autres MTN présentes au Mali -Cartographie intégrée - Engagement dans la lutte contre ces autres MTN 	Absence d'engagement dans la lutte contre ces autres MTN
Insuffisance en ressources	Renforcement des capacités, des services en logistique, matériel/équipement technique et ressources humaines	Limitation des capacités d'activité des PNMTN
Insuffisance de la lutte anti vectorielle	Renforcer la lutte anti vectorielle intégrée en collaboration avec le programme de lutte contre le paludisme et les autres secteurs	Réémergence pour certaines MTN
Insuffisance de l'utilisation de l'outil TIPAC	<ul style="list-style-type: none"> -Renforcer la formation du personnel, -Responsabiliser un gestionnaire de données MTN y compris l'outil TIPAC 	Limite dans la planification des activités financière et de plaidoyer (le suivi/supervision budgétaire)
Faible adhésion de la population aux activités de prévention et de surveillance des MTN dans	-Renforcer la communication et la sensibilisation pour le changement de comportement	Limite de l'atteinte des objectifs (changement de comportement)

certaines localités		
---------------------	--	--

Les difficultés/contraintes rencontrées sont :

- Insécurité dans le pays ;
- Retard dans l’approvisionnement en médicaments des MTN pour le TDM ;
- Insuffisance des capacités des services en magasin de stockage des médicaments, et de la logistique ;
- Insuffisance des moyens de communications existants (téléphone, internet) ;
- Réticence de certaines personnes à la chimiothérapie préventive ;
- Insuffisance dans l’identification et la prise en charge des cas ;
- Insuffisance des connaissances sur les origines, les sources et les modes de contamination relatives aux infestations animales ;
- Insuffisance de financement de la supervision/surveillance des MTN ;
- Insuffisance des méthodes de gestion des chiens errants.

Par rapport aux problèmes transfrontaliers :

- Insécurité ;
- Absence d’un cadre formel de collaboration et de concertation ;
- Insuffisance en ressources humaines, matérielles et financières ;
- Inexistence d’un plan de mise en œuvre synchronisé des activités de lutte contre les MTN des pays.

Tableau VII: Résultats de l’analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces par rapport au plan stratégique 2017-2021

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
--------	------------	--------------	---------

<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un manuel de gestion des médicaments - Disponibilité d'une pharmacienne responsable de la gestion des médicaments MTN - Disponibilité des agents formés 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés d'approvisionnement en médicaments MTN des régions en proie à l'insécurité - Insuffisance des magasins de stockage, des médicaments et de la logistique - Insuffisance de formation des acteurs impliqués sur la gestion logistique des médicaments MTN au niveau CSREF et CSCOM ; - Insuffisance dans l'application du Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicament Essentiel (SDAME) 	<ul style="list-style-type: none"> -Disponibilité des ressources humaine, matérielle, et financière de l'Etat et des partenaires - Plaidoyer en cours pour la construction de nouveaux magasins 	<ul style="list-style-type: none"> - Insécurité, instabilité du personnel formé - Retrait des partenaires - Insuffisance de financement domestique
Existence de compétences techniques en matière de cartographie des complications des MTN	Insuffisance dans l'identification et la prise en charge des cas	Plaidoyer en cours auprès de l'état et des partenaires pour mobiliser les ressources nécessaires	Désintérêt de l'Etat des PTF à la mise en œuvre de la cartographie des complications
Existence de compétences techniques en matière de cartographie des autres MTN	-Faible engagement de l'Etat et des partenaires	Plaidoyer en cours auprès de l'état et des partenaires pour mobiliser les ressources nécessaires	Désintérêt de l'Etat et des PTF à la mise en œuvre de la cartographie des autres MTN
<ul style="list-style-type: none"> - Recrutement périodique des agents de santé à la fonction publique de l'état et celle des collectivités - Existence du cadre organique de la Direction Générale de la 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance en ressources humaines - Mauvaise répartition des ressources humaines 	Assistance technique et financière des PTF	<ul style="list-style-type: none"> - Non application du plan de carrière ; - Instabilité du personnel

Santé et de l'hygiène publique (DGSHP)			
<ul style="list-style-type: none"> - Appropriation partielle des plans MTN par le Ministère de la Santé - Existence d'une ligne budgétaire pour la sous-direction de lutte contre la maladie 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de financement des plans par l'état - Faible intégration des activités de lutte contre les MTN a tous les niveaux 	Existence des sociétés minières et sociétés privées	<ul style="list-style-type: none"> - Insécurité ; - Réémergence des maladies
<ul style="list-style-type: none"> - Existence de Comité Technique de Coordination des MTN, du Comité National de Coordination Multisectorielle, du comité de pilotage, d'une plateforme "One Health" (Une Seule Santé) 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans la mise en œuvre des activités planifiées - Absence de prise en compte des maladies à PCC dans l'arrêté de création du Comité National de Coordination Multisectorielle - Non fonctionnement du Comité de pilotage 	Disponibilité de l'état et des PTF	Retard dans l'atteinte des objectifs des programmes
Existence d'un cadre d'échange par rapport aux activités trans frontalières de la lutte contre les MTN	Absence d'un plan de mise en œuvre synchronisée des activités trans frontalières de lutte contre les MTN dans les pays endémiques	Expérience dans la mise en œuvre des activités synchronisées dans les pays frontaliers	Risque de réémergence des MTN dans certains districts frontaliers
Existence d'un plan de communication	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance dans la mise en œuvre du plan de communication - Insuffisance de formation des relais - Insuffisance de communication inter personnelle - Absence de prise en compte des autres MTN dans le plan 	Disponibilité de plusieurs canaux fiables de diffusion de l'information (téléphonie mobile, radios de proximité, crieurs publics, presse écrite etc.)	Les rumeurs et fausses informations
Implication des leaders communautaires, religieux	Faible niveau d'engagement des	Utilisation de plusieurs canaux de	

et les chefs coutumiers dans la sensibilisation.	leaders communautaires, religieux et les chefs coutumiers dans la sensibilisation	communication adaptés par villages	Difficulté dans l'obtention de changement de comportement
Existence du Centre national d'information, d'éducation, de communication sanitaire (CNIECS)	Insuffisance en ressources	Existence du personnel compétent	Difficulté dans l'obtention de changement de comportement
Intégration des MTN dans le PRODESS, le PMA	Faible intérêt de l'Etat et des partenaires pour certaines MTN (ulcère de Buruli, leishmaniose, pian, dengue, rage et envenimations).	Elaboration d'un nouveau plan stratégique 2022-2026 qui prend en compte l'ensemble des MTN	Retard dans l'atteinte des objectifs du plan
Existence d'un cadre de collaboration entre les institutions de recherche et les programmes MTN	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de financement des recherches - Insuffisance de données de prévalence à l'échelle nationale pour certaines MTN (ulcère de Buruli, leishmaniose, pian, dengue, rage et envenimations) - Absence de système de surveillance intégré de certaines MTN 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de publications scientifiques, de rapport d'étude, de thèses et de mémoires pour certaines MTN - Existence des institutions de recherche 	Risque de réémergence/ Persistance des MTN en tant que problème de santé publique
Intégration de la THA, ver de Guinée, la lèpre et la rage dans les modules de formation des MTN	Faible niveau de connaissance des agents de santé sur la THA, ver de Guinée, la lèpre, la rage	Existence d'une cellule de lutte contre la Trypanosomiase Animale Africaine (TAA) très active au Ministère du développement rural	Persistance de la THA dans des pays voisins

1.5. Analyse du contexte du programme

1.5.1. Organisation et état actuels du programme de lutte contre les MTN

Evolution du profil épidémiologique des MTN de 2017 à 2021

A. Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique (PNEFL)

➤ **Traitement de Masse des populations à risque ;**

De 2017 à 2021 le PNEFL a effectué deux TDM. Le dernier TDM date de 2018 avec un taux de couverture géographique à 93,99%.

➤ **Analyse de la situation des complications de la FL**

Le PNEFL dénote une insuffisance dans le recensement et la cartographie des complications. Au cours du dernier quinquennat, à travers le PNEFL 1 052 cas de lymphœdèmes/éléphantiasis ont été traités et suivis en apprenant aux malades les mesures d'hygiène et en donnant des kits de lavage des membres. Par contre, 2781 cas d'hydrocèle ont été recensés et pris en charge lors des camps de chirurgie et la prise en charge en routine dans les centres de santé. Les camps de chirurgie d'hydrocèle ont été organisés dans presque tous les districts sanitaires du Mali excepté les régions de Gao, Ménaka, Kidal et Taoudénit qui n'ont pas encore fourni des listes par rapport aux complications de la FL. Cette activité reste timide, les méthodologies utilisées pour le recensement est la remontée du nombre de cas lors des campagnes de TDM et la recherche active.

Le PNEFL a notifié une réticence de la population à ce niveau car malgré les campagnes de sensibilisation la population continue à croire que les complications surtout les lymphœdèmes et les hydrocèles sont des conséquences des mauvais sorts. L'hydrocèle affectant une partie intime de l'homme reste souvent bien cachée et dans nos cultures, le sexe reste toujours une question taboue que beaucoup de gens préfèrent occulter.

➤ **Surveillance épidémiologique et entomologique de la FL**

▪ **Réalisation des TAS 1**

A la date du 20 décembre 2020 tous les 75 DS au Mali avaient passé la TAS 1 avec succès. Les 75 DS ont été répartis en 24 unités d'évaluation (UE). Au total, 39.038 enfants de 6 – 7 ans ont été testés dans les 690 villages sélectionnés par le logiciel de l'OMS *Survey Sample size Bulder* (SSB). Sur chaque unité évaluée, le nombre d'enfants testés positifs a varié de 0 à 11 et qui était inférieur au seuil critique indiqué par l'OMS (18 à 20 cas positifs).

▪ **Réalisation des TAS 2**

Le Mali a commencé la TAS 2 en 2015 trois ans après la TAS 1 en conformité avec les recommandations de l'OMS. Les enfants de 6 – 7 ans ont été testés dans 60 districts sanitaires répartis entre 19 UE. Sur chaque unité évaluée, le nombre d'enfants testés positifs a varié de 0 à 4 et qui était inférieur au seuil critique indiqué par l'OMS (18 à 20 cas positifs).

En 2021, 60 DS repartis entre 19 UE ont passé la TAS 2 avec succès.

▪ **Réalisation des TAS 3**

La TAS 3 a commencé au Mali en 2019 avec l'UE de Bougouni-Yanfolila. Dans cette UE sur les 1767 enfants de classe 1 et 2 de l'enseignement fondamental testés, seulement 2 étaient positifs. Les deux positifs étaient du village de M'Piedougoula dans l'aire de Kola, DS de Bougouni. Les enfants positifs et leurs familles ont reçu une dose d'ivermectine et d'albendazole. Au cours des investigations, une notion de voyage en Côte d'Ivoire de ces deux enfants et de leurs parents a été rapportée.

En 2019, 14 DS ont été répartis en 11 UE. Il s'agissait des UE de Banamba/Koulikoro, Diema/Nioro, Dioila, Fana, Kalabancoro/Kangaba, Kati, Kayes, Kenieba, Kolokani, Nara, et Ouelessebouyou. Hormis Kayes, toutes ces évaluations étaient de type communautaire et aucun enfant positif n'a été trouvé parmi les 18 322 testés avec les cartes FTS.

En 2021, 3 UE (Bafoulabe/Oussoubidiagna/Sefeto, Kita/Sagabari, et Yelimane) ont passé la TAS 3 et aucun enfant n'a été testé positif.

Les enfants de 6 – 7 ans ont été testés dans 43 districts sanitaires répartis entre 25 UE. Sur chaque unité évaluée, le nombre d'enfants testés positifs a varié de 0 à 2 et qui était inférieur au seuil critique indiqué par l'OMS (18 à 20 cas positifs).

En 2022, 10 UE ont passé la TAS 3 car dans chaque UE, le nombre d'enfants testés positifs a varié de 0 à 1 et qui sera inférieur au seuil critique indiqué par l'OMS (18 à 20 cas positifs).

Actuellement, sur 31 UE planifiées, 23 UE ont passé la TAS 3. Le reste de la TAS 3 à réaliser est de 8 UE qui seront planifiées en 2024.

B. Programme National de Lutte contre l'Onchocercose (PNLO)

➤ Lutte contre l'onchocercose

- De 1974-1987 la lutte a débuté avec le programme de lutte l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) par la lutte anti vectorielle ;
- En 1988 introduction de traitement à l'ivermectine avec comme stratégie distribution en équipe mobile, puis traitement à l'ivermectine à base communautaire (TIBC), traitement à l'ivermectine sous directive communautaire (TIDC) et partir de 2015 traitement de masse intégré dans 20 districts sanitaires.
- De 2015 – 2022 le taux de couverture géographique était de 100% et le taux de couverture thérapeutique est supérieur ou égal à 80%.

➤ Enquêtes épidémiologiques et entomologiques

De 2018 à 2022, en plus du traitement de masse, le PNLO a réalisé la cartographie de l'exclusion de l'onchocercose, la mise en jour de cartographie des gîtes larvaires en 2019. Cette cartographie a

permis d'identifier les espèces de vecteurs impliqués dans la transmission. (Rapport de prospection 2019).

Les enquêtes pré-stop AMM et l'enquête Stop. L'enquête épidémiologique réalisée chez les enfants 5 à 9 ans en 2020 a montré une séro- prévalence inférieure 1% dans 17/18 zones de ZTO (résultat de l'enquête). L'enquête Stop est en cours dans les 17 ZTO. Des actions spécifiques sont en cours dans seule ZTO qui n'a pas été éligible en l'enquête Stop AMM (Traitements alternatifs : ivermectine et moxidectine, lutte anti vectorielle et la gestion transfrontalière).

C. Programme National de Lutte contre les Schistosomiasés et les Géo Helminthiases (PNLSH)

Pour la réduction des morbidités le PNLSH en conformité avec les recommandations de l'OMS, il a été réalisé 5 tours de TDM de 2017 à 2021 avec respectivement des taux de couverture thérapeutique de 99,00 ; 92,33 ; 97,33 ; 98,52 et 90,76%. Le taux de couverture thérapeutique moyen est de 95,59%. Les zones de faible endémicité un TDM une fois tous les trois ans a été réalisé, la moyenne endémicité un TDM tous les deux ans et un TDM annuel pour les zones de forte endémicité.

Le dernier TDM date de 2021 au cours duquel 1510 aires de santé classées en zone de faible, moyenne ou de forte endémicité ont été traitées.

Malgré que ces taux de couverture soient satisfaisants, l'élimination en tant que problème de santé publique de la schistosomiase reste complexe au Mali.

➤ Traitement individuel

Le PNLSH n'a pas encore adopté une politique de gratuité en dehors des TDM pour l'accès individuel des populations au praziquantel. Malgré que l'accessibilité économique du praziquantel ne se pose pas à beaucoup de maliens, cependant la demande ne se fait pas à hauteur de souhait par la communauté en routine. Les réflexions sont en cours afin d'intégrer l'offre du praziquantel au paquet des ASC.

D. Programme National de Santé Oculaire (PNSO)

Pour le quinquennat 2017-2021 le PNSO s'était fixé comme objectif d'éliminer le trachome au Mali d'ici fin 2018 en réduisant la prévalence du trichiasis trachomateux (TT) à moins de 0,1% et celle du trachome folliculaire (TF) à moins de 5% chez les enfants de 1 à 9 ans dans la population totale en adoptant la stratégie CHANCE (Chirurgie du trichiasis, Antibiothérapie, Nettoyage du visage et le

Changement de l'Environnement).

➤ **Chirurgie du trichiasis**

Pour réduire la prévalence du trachome, les activités de chirurgie du trichiasis ont été effectuées de 2017 à 2021. Le ratissage avec la stratégie " porte à porte " a été pratiquée pour atteindre les derniers malades.

➤ **Antibiothérapie de masse à l'azithromycine**

Durant la période de 2017 à 2021, le programme n'a pas fait de TDM avec l'azithromycine car tous les districts avaient une prévalence inférieure au seuil d'élimination en 2017.

Entre 2015 et 2019, plusieurs enquêtes d'impact ont été réalisées. Elles ont montré que la prévalence du TF était inférieure à 5% dans tous les districts sanitaires du pays. Le dossier d'élimination est soumis à l'OMS.

E. Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNLTHA)

Dans la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (THA) le PNLTHA a pris l'engagement dans le plan directeur de lutte contre les MTN 2017-2021 d'**éliminer** la THA en tant que problème de santé publique d'ici 2020.

Depuis 2001, aucun cas de THA n'a été diagnostiqué au Mali lors des prospections médicales menées (Simarro et al., 2010). Les derniers cas ont été diagnostiqués en 2000 et 2001 à Kéniéba et Dioila. Cependant, il faut noter que plus de 230 000 km² soit 1/6 du territoire national sont infestés de glossines qui entretiennent des mini foyers actifs de Trypanosomiase Humaine Africaine. Ce qui se traduit par une exposition de plus de 2 974 000 personnes et leurs bétails au risque de piqûre de glossines (rapport de la réunion de coordination des responsables nationaux à Grand Bassam en Côte d'Ivoire).

Aujourd'hui la prévalence de la maladie est faible. Au niveau de la sous-région les pays comme le Mali, le Burkina Faso, le Togo et le Benin sont à l'état hypo endémique.

La surveillance passive de la THA est en cours dans 5 sites sentinelles (Kangaba, Kéniéba, Koutiala, Sikasso et Yanfolila). Ces activités sont restées aux stades embryonnaires.

Le document d'élimination est en cours d'élaboration pour soumission.

F. Programme National d'Eradication du Ver de Guinée (PNEVG)

La lutte contre le VG a été intensifiée au Mali à partir de 1993. De 1991 à 1992, une enquête nationale de base a déterminé le niveau d'endémicité de l'affection dans 5 régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti) en dénombant 16024 cas dans 1163 villages. Les régions les plus endémiques

étaient Mopti (avec plus de 50% des cas), Kayes et Koulikoro. De 1995 à 1996, une enquête a trouvé 1947 cas dans la région de Gao et 537 cas dans la région de Tombouctou.

Les stratégies initiales de lutte préconisées étaient :

- L'information, l'éducation et la communication pour la santé (IEC) ;
- L'approvisionnement en eau potable des populations par la réalisation de forages dans tous les villages endémiques ;
- La confection, la distribution et la vulgarisation des tamis filtres ;
- La surveillance épidémiologique dans les villages et la notification des cas par les agents formés par le programme (superviseurs, animateurs de réseau, agents de santé villageois) ;

En 1995, deux nouvelles stratégies de lutte ont été introduites par le programme :

- L'isolement des cas cliniques de Ver de Guinée ;
- Le traitement des points d'eau suspects à l'Abate (temephos).

En 2013, 11 cas ont été notifiés (région de Gao, district d'Ansongo : 6 cas ; région de Kidal, district de Kidal : 3 cas ; région de Tombouctou, district de Gourma-Rharous : 1cas et région de Mopti, district de Djenné : 1 cas). Mais l'insécurité dans les régions de Gao, Tombouctou et Kidal (appelées régions du Nord) ces dernières années, n'a pas permis d'assurer une surveillance de qualité de la maladie.

- En 2014, 40 cas ont été notifiés (région de Ségou, district sanitaire de Tominian : Un (1) cas ; région de Tombouctou, district sanitaire de Gourma Rharous : dix (10) cas ; région de Gao, district sanitaire de Ansongo : Vingt-neuf (29) cas). Parmi ces cas, 35 ont été isolés.
- En 2015, la situation épidémiologique se décrit comme suit : un (1) cas à Parasilamé dans l'aire de santé de Fangasso (District sanitaire de Tominian), région de Ségou et deux (2) cas à Tanzikeratène dans l'aire de santé de Bentia (District sanitaire d'Ansongo) région de Gao et une (1) infestation animale chez un chien à Kantama.
- En 2016, le Mali était arrivé à l'interruption de la transmission humaine, mais cette performance a contrasté avec l'avènement de l'infestation animale dans le pays ; et il a été enregistré onze (11) infestations animales dans le district sanitaire de Tominian.
- En 2017, le Mali a notifié dix (10) infestations animales dont quatre (04) dans le district sanitaire de Tominian et six (06) dans le district voisin Djenné, dans la région de Mopti.
- En 2018, le nombre d'infestations animales est passé à vingt (20). La région de Ségou a notifié douze (12) infestations animales dont neuf (09) dans le District Sanitaire de Tominian. Le district sanitaire de Macina a notifié deux (02) infestations animales et le district sanitaire de Markala a

notifié une (01) infestation animale. Le district sanitaire de Djenné dans la région de Mopti a notifié huit (08) infestations animales.

- En 2019, il a été notifié au Mali neuf (09) infestations dont huit (08) chez les chiens et une (01) chez une Chatte qui étaient réparties comme suit : quatre (04) infestations de chien dans le district de Tominian et une (01) infestation de chat dans le district de Macina tous de la région de Ségou et enfin trois (03) infestations dans le district de Djenné dans la région de Mopti.
- En 2020, un (01) cas humain de Ver de Guinée à Konobougou dans le district sanitaire de Baraoueli et neuf (09) infestations de chien dans les districts sanitaires de Macina (04), Markala (01), Tominian (01) et Djenné (03).
- En 2021, le Mali a enregistré deux (02) cas humains de Ver de Guinée à Sansanding, dix-sept (17) infestations animales dont six (06) chez les chiens dans le district sanitaire de Macina, une (01) infestation chez le chien dans le district sanitaire de Markala ; trois (03) chez les chiens dans le district sanitaire de Tominian ; sept (7) infestations animales dans le district sanitaire de Djenné : six (06) chez les chiens et une (01) chez un chat.
- Les chiens sont les animaux les plus touchés par la maladie du Ver de Guinée. Sur un total de 89 infestations animales notifiées par le Mali de 2015 à nos jours, 83 ont concerné les chiens et 06 les chats.
- Au regard de cette faible endémicité constatée en 2015, notre pays se devait donc d'entamer les activités de pré certification et c'est ce qui a justifié la création de la Commission Nationale de Certification de l'Eradication de la Dracunculose (CNCED) par Décision N° 382 MSHP-SG du 13 mai 2015 et la mise en place des membres de cette CNCED par la décision N° 1654 MSHP- SG du 18 décembre 2016. Entre temps, il a été établi que le germe de la maladie du ver de Guinée chez l'animal est parfois identique à celui de l'homme. Ce qui signifie que malgré l'arrêt de la transmission chez l'homme depuis 2015, le risque de ré introduction de la maladie chez l'homme est très fort d'où l'extension des critères de certification par l'OMS à l'arrêt de la transmission chez les animaux aussi justifiant du coût la nécessité de maintenir et de poursuivre les efforts d'éradication de la maladie dans les régions endémiques du Mali en même temps que les efforts de pré certification à l'échelle du Pays.
- Une enquête réalisée en 2018 a conclu qu'un arrêt momentané de la transmission humaine de ver de Guinée de 2016 à 2019 avait été observé au Mali. Certaines zones restent encore endémiques dans les régions de Ségou et de Mopti en infestation animale. Malheureusement, il y a aussi eu une résurgence de cas humain dans la région de Ségou avec la notification d'un cas à Konobougou

dans le district sanitaire de Baroueli en 2020 et de 2 cas à Sansanding dans le district sanitaire de Markala en 2021. Le retour à zéro cas de transmission de ver de Guinée autant humaine qu'animale reste un défi à relever dans le quinquennat 2022-2026.

- La surveillance est maintenue à tous les niveaux de la pyramide sanitaire par le système de surveillance classique (surveillance à base communautaire et la surveillance maladie intégrée et riposte (SMIR) au niveau des formations sanitaires).
- Un draft de rapport d'éradication a été élaboré en 2018/2019 et validé à la revue annuelle 2021 du PNEVG.

G. Programme National de Lutte contre la Lèpre (PNLL)

L'objectif visé par le programme de 2017 à 2021 était de :

Consolider l'élimination de la lèpre comme problème de santé publique au Mali

Au Mali, en 2021 le programme a dépisté 110 nouveaux cas dans les régions de Kayes, Ségou et Mopti soit une prévalence de 0,1 cas pour 10 000 habitants. Suite à l'introduction concluante de la Poly Chimiothérapie (PCT) en 1981, les stratégies de l'OMS ont porté principalement sur la réduction de la prévalence, initialement à moins d'un cas pour 10 000 habitants, puis sur la réduction du nombre de nouveaux cas dépistés et de l'incapacité (en particulier chez les enfants) ainsi que la stigmatisation et la discrimination.

Si la détection et le diagnostic de la lèpre sont précoces, la PCT permet de guérir complètement de la lèpre en 12 mois si le cas est MB (multi bacillaire) et 6 mois si le cas est PB (Pauci bacillaire). Ainsi, face à chaque cas, le programme met gratuitement à la disponibilité de la structure communautaire les médicaments pour la prise en charge. Les médicaments pour la PCT sont une donation de l'OMS et la prise en charge des complications est assurée par la fondation Raoul Follereau en dotant les malades de corticoïdes, d'anti inflammatoires non stéroïdiens et de produits de soins locaux entre autres. L'absentéisme ou la non disponibilité des DTC dans les centres pour des raisons de formation et de réunion au niveau district rend difficile l'accès des patients aux médicaments malgré la gratuité. Une dérogation de pouvoir des DTC aux personnels subalternes pourra améliorer ce constat. La crise sécuritaire avec le déplacement interne des régions du nord et du centre vers le sud complique aussi le suivi de certains patients.

H. Santé Bucco-dentaire (Noma)

Le plan triennal 2017-2019 a été évalué en septembre 2022. Ce plan a concerné trois régions (Sikasso Ségou et Mopti) et ne prévoyait pas un système de collecte, d'analyse et de traitement des données. Il existait un plan stratégique santé bucco-dentaire 2018-2022 qui n'a pas été validé. La

recommandation majeure a été de faire un nouveau plan stratégique santé bucco-dentaire 2023-2027 avec comme porte d'entrée le noma, les activités concerneront toutes les régions du Mali.

Malgré l'existence d'un plan, la prévalence du Noma reste méconnue au Mali d'où la nécessité de faire une évaluation de base et une cartographie nationale.

I. Les autres MTN au Mali

La prévalence des autres MTN telles que l'envenimation par morsure de serpents, la leishmaniose, le pian, la dengue, les mycétomes, l'ulcère de Buruli et la rage, reste méconnue au Mali d'où la nécessité de faire une évaluation de base et une cartographie nationale intégrée. Il existe un plan national de lutte contre la rage 2019-2023 dans le cadre de One health dont la validation technique a été faite.

Par ailleurs, les piqures de scorpions restent un problème de santé publique selon les résultats de recherche dans les régions du nord du Mali. Il est souhaitable de prendre en compte l'envenimation par piqures de scorpions parmi les MTN.

Tableau VIII: Données nationales sur la population, écoles et établissements de santé au niveau des districts

Région	District	Pop totale	Enfants de moins de 5 ans (d'âge préscolaire)	Enfants de 5 à 14 ans (d'âge scolaire)	Popu masculine	Pop femme	Nombre d'écoles primaires	Nombre d'établissements de santé périphériques
Bamako	Commune 1	520408	72857	148316	258122	262285	2027	12
Bamako	Commune 2	247950	34713	70666	122983	124967		8
Bamako	Commune 3	199954	27994	56987	99177	100777		8
Bamako	Commune 4	465603	65184	132697	230939	234664		11
Bamako	Commune 5	643388	90074	183366	319121	324268		12
Bamako	Commune 6	729657	102152	207952	361910	367747		12
Gao	Ansongo	204429	28620	58262	101397	103032	506	23
Gao	Bourem	179305	25103	51102	88935	90370		22
Gao	Almoustrat	14105	1975	4020	6996	7109		7
Gao	Gao	370884	51924	105702	183958	186925		41
Menaka	Menaka	57238	8013	16313	28390	28848	140	30
Menaka	Anderamboukan e	18137	2539	5169	8996	9141		6
Menaka	Inekar	6729	942	1918	3337	3391		10
Menaka	Tidermene	4649	651	1325	2306	2343		12
Kayes	Bafoulabé	199161	27882	56761	98784	100377	2155	25
Kayes	Diema	328266	45957	93556	162820	165446		23

Kayes	Kayes	794666	111253	226480	394154	400512		50
Kayes	Kenieba	300544	42076	85655	149070	151474		30
Kayes	Kita	534946	74892	152460	265333	269613		39
Kayes	Sagabari	62765	8787	17888	31131	31634		9
Kayes	Sefeto	74695	10457	21288	37049	37646		9
Kayes	Nioro	356787	49950	101684	176966	179821		28
Kayes	Oussoubidiagna	162949	22813	46441	80823	82126		20
Kayes	Yelimane	276221	38671	78723	137006	139216		30
Kidal	Abeibara	15972	2236	4552	7922	8050	85	3
Kidal	Kidal	51375	7193	14642	25482	25893		11
Kidal	Tessalit	25292	3541	7208	12545	12747		5
Kidal	Tin-Essako	12384	1734	3530	6143	6242		3
Koulikoro	Banamba	295444	41362	84202	146540	148904	3471	20
Koulikoro	Dioila	411951	57673	117406	204328	207623		25
Koulikoro	Fana	350921	49129	100013	174057	176864		22
Koulikoro	Kalabancoro	383878	53743	109405	190404	193475		21
Koulikoro	Kangaba	156423	21899	44580	77586	78837		18
Koulikoro	Kati	779387	109114	222125	386576	392811		37
Koulikoro	Kolokani	363287	50860	103537	180190	183097		23
Koulikoro	Koulikoro	327854	45900	93438	162615	165238		23
Koulikoro	Nara	377375	52833	107552	187178	190197		35
Koulikoro	Ouelessebouyou	309221	43291	88128	153374	155847		16
Mopti	Bandiagara	492654	68972	140406	244357	248298	858	30
Mopti	Bankass	408182	57145	116332	202458	205724		22
Mopti	Djenne	321128	44958	91521	159279	161848		23
Mopti	Douentza	383932	53751	109421	190430	193502		22
Mopti	Koro	560795	78511	159827	278154	282641		25
Mopti	Mopti	570972	79936	162727	283202	287770		27
Mopti	Teninkou	253545	35496	72260	125759	127787		20
Mopti	Youwarou	165426	23160	47147	82051	83375		8
Segou	Barouéli	315891	44225	90029	156682	159209	2068	27
Segou	Bla	440219	61631	125462	218349	221870		31
Segou	Macina	368541	51596	105034	182797	185745		20
Segou	Markala	278960	39054	79503	138364	140596		19
Segou	Niono	567135	79399	161634	281299	285836		26
Segou	San	519752	72765	148129	257797	261955		30
Segou	Segou	793966	111155	226280	393807	400159		36
Segou	Tominian	341192	47767	97240	169231	171961		22
Sikasso	Bougouni	717152	100401	204388	355708	361445	2838	45
Sikasso	Kadiolo	374119	52377	106624	185563	188556		24
Sikasso	Kignan	181164	25363	51632	89857	91307		12
Sikasso	Kolondieba	316224	44271	90124	156847	159377		21
Sikasso	Koutiala	897793	125691	255871	445306	452488		45
Sikasso	Niena	190221	26631	54213	94350	95871		21

Sikasso	Sélingué	128931	18050	36745	63950	64981		11
Sikasso	Sikasso	760888	106524	216853	377401	383488		46
Sikasso	Yanfolila	201662	28233	57474	100024	101637		20
Sikasso	Yorosso	330100	46214	94078	163729	166370		18
Tombouctou	Diré	170922	23929	48713	84778	86145	482	20
Tombouctou	Goundam	230534	32275	65702	114345	116189		22
Tombouctou	Gourma-Rharous	171018	23942	48740	84825	86193		16
Tombouctou	Niafunké	282944	39612	80639	140340	142604		28
Tombouctou	Tombouctou	191223	26771	54499	94847	96376		17
Taoudenit	Achourat	35445	4962	10102	17581	17864	23	5
Taoudenit	Al-Ourch	58609	8205	16703	29070	29539		4
Taoudenit	Araouane	32585	4562	9287	16162	16423		1
Taoudenit	Boujbeha	36684	5136	10455	18195	18489		3
Taoudenit	Foum-Elba	19198	2688	5471	9522	9676		1
Taoudenit	Taoudenit	27508	3851	7840	13644	13864		3
TOTAL	75	22751415	3185198	6484153	11284702	11466713	14653	1510

Tableau IX: Répartition connue des maladies dans le pays

Régions	Nombre Districts	Nombre de districts où la maladie est endémique (où le seuil d'élimination n'est pas atteint)								
		FL	Oncho	Schisto	STH	THA	Lèpr	Trachome	Dracunculos	Autres
Kayes	10	0	2	10	0	0	0	0	0	ND
Koulikoro	10	0	0	10	0	0	0	0	0	ND
Sikasso	10	0	0	10	0	0	0	0	0	ND
Segou	08	0	0	08	0	0	0	0	3	ND
Mopti	08	0	0	08	0	0	0	0	2	ND
Gao	04	0	0	04	0	0	0	0	0	ND

Tbctou	05	0	0	05	0	0	0	0	0	ND
Kidal	04	0	0	04	0	0	0	0	0	ND
Tdenit	06	0	0	06	0	0	0	0	0	ND
Menaka	04	0	0	04	0	0	0	0	0	ND
Dist Bko	06	0	0	06	0	0	0	0	0	ND
Total	75	0	2	75	0	0	0	0	5	ND

ND =Non Déterminé **FL**= Filariose lymphatique ; **Oncho**= Onchocercose, **Schisto**=Schistosomiase ; **STH**= Géohelminthiases ; **THA**= Trypanosomiase humaine africaine ; **Autres**= Pian, endocardite bactérienne subaiguë, etc.)

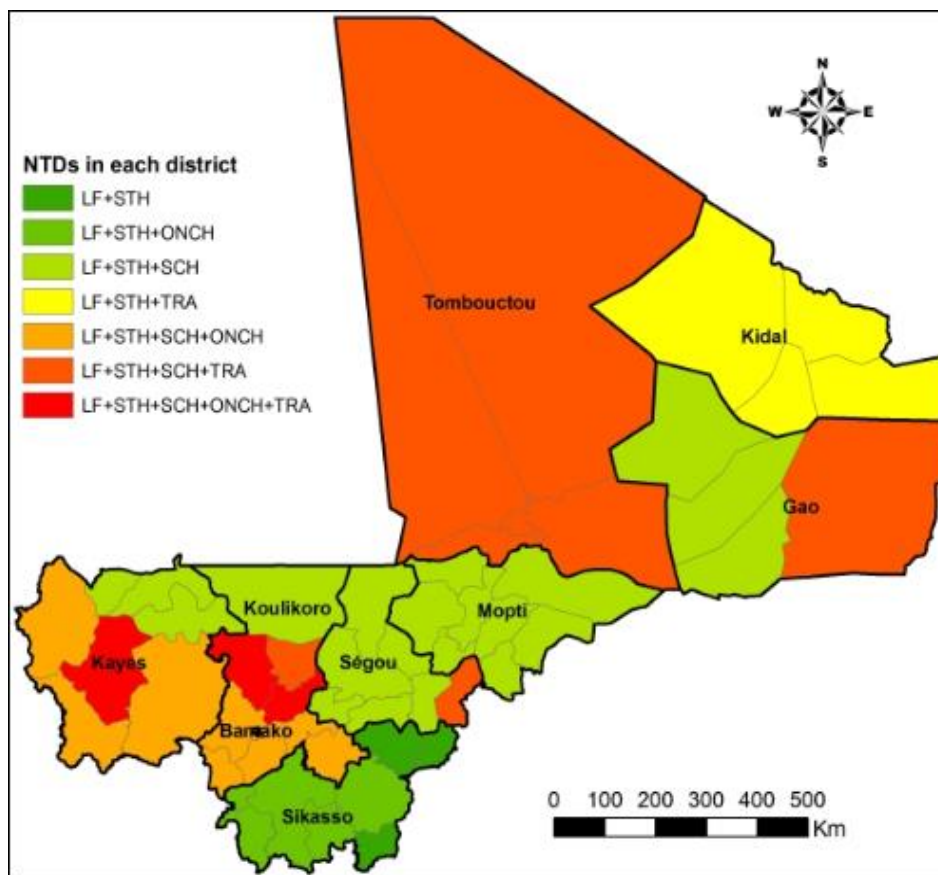


Figure 4 : Carte des MTN Co-endémique au Mali. (Source: Implementing preventive chemotherapy through an integrated National Neglected Tropical Disease Control Program in Mali)

1.5.2. Performance du programme de lutte contre les MTN

a. Programme National d'Élimination de la Filariose Lymphatique (PNEFL)

L'arrêt du traitement de masse contre la FL dans 75 districts sanitaires (le nombre de cas positif au niveau des unités d'évaluation est inférieur de 18 à 20 par unité au seuil critique recommandé par l'OMS en utilisant les cartes FTS)

b. Programme National de Lutte contre l'Onchocercose (PNLO)

Des prévalences nulles (0%) ont été enregistrées dans toutes les zones endémiques évaluées, une

enquête pré-stop traitement a été réalisée et les résultats sont attendus ;

c. Programme National de Lutte contre les Schistosomiasés et les Géo Helminthiasés (PNLSH)

Une tendance à la baisse des prévalences dans les districts sanitaires ;

Des prévalences inférieures à 2% (seuil recommandé par l'OMS pour l'arrêt du traitement de masse) dans tous les districts sanitaires ;

d. Programme National de Santé Oculaire (PNSO)

- L'arrêt du traitement contre trachome dans 69/69 districts sanitaires endémiques en 2018 ;
- La prévalence du TF chez les enfants de 1 à 9 ans ;

Tout le pays était endémique après la 1^{ère} cartographie en 1996. En 2022 tous les districts ont validé le critère d'élimination qui est inférieur au seuil de <5%.

- La prévalence du TT chez les adultes est passée de la forte endémicité dans tout le pays au-dessous du seuil d'élimination de 0,2%.

e. Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNLTHA)

Existence d'un programme et d'une base de données ; intégration au PMA et prise en compte dans le DHIS2 ; le Mali déclaré par l'OMS en 2020 Eligible et proposition de draft de document de validation de l'élimination disponible depuis 2018.

f. Programme National d'Eradication du Ver de Guinée (PNEVG)

Une tendance à la baisse des prévalences dans les districts sanitaires :

- Réduction de l'incidence annuelle de la maladie de 16 024 cas en 1991 à 0 cas en 2016;
- Arrêt de la transmission de la maladie de Ver de Guinée dans les régions de Kayes, Koulikoro, Tombouctou, Gao, Kidal ;
- Arrêt momentané de la transmission humaine de Ver de Guinée au Mali de 2016 à 2019,
- Résurgence de 3 cas humains dans la région de Ségou en raison d'1 2020 et de 2 en 2021).
- Persistance des infestations animales de 2015 à nos jours au nombre de 89 évoluant en dent de scie avec une moyenne de 12/an (83 chez les chiens et 6 chez les chats) dans les régions de Ségou et Mopti,
- Elaboration du draft 0 du document de certification.

g. Programme National de Lutte contre la Lèpre (PNLL)

- Depuis 2015, le Mali a atteint le seuil d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (national, régional et district sanitaire). Cela veut dire qu'à partir de cette date, le taux de prévalence instantanée de la lèpre est au-dessous de 1

cas pour 10 000 habitants (seuil d'élimination fixé par l'OMS). En fin 2021, ce taux a été de 0,10 cas pour 10 000 habitants.

- Plus de 90% des malades guéris avec une infirmité (moins de 5%) ont bénéficié d'une réhabilitation physique.

h. Santé Bucco-dentaire et Noma

Il n'y a pas eu d'étude formelle d'évaluation

Tableau X: Cartographie de la situation des MTN

MTN endémique	Nombre total de districts	Nombre de districts où la maladie est	Nombre de districts cartographiés ou statut connu au regard de l'endémie	Nombre de districts devant être cartographiés où dont le statut au regard de l'endémie doit être évalué
Schistosomiase	75	75	75	0

Géo helminthiases	75	75	75	0
Filariose lymphatique	75	75	75	0
Onchocercose	75	36	75	0
Trachome	75	69	75	0
Trypanosomiase Humaine Africaine	75	10	75	0
Lèpre	75	6		75
Dracunculose	75	38	38	12*
Rage, Envenimation par morsure de serpents, Ulcère de Buruli, Leishmaniose, Pian, Dengue.	75	ND	ND	75

* La cartographie doit être réalisée pour cas d'infestation animale dans 12 districts sanitaires

ND= Non déterminé

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

Lutte antivectorielle

Les maladies à transmission vectorielle sont un fardeau croissant, parfois à l'origine de flambées épidémiques dans les régions de l'OMS. Ces maladies constituent un risque pour 80 % de la population mondiale.

Elles représentent 17 % de la charge mondiale de morbidité due aux maladies transmissibles et provoquent plus de 700 000 décès par an dans le monde entier.

Les maladies à transmission vectorielle posent un sérieux problème de santé dans la Région africaine

de l’OMS, qui supporte à elle seule 90 % de la charge due au paludisme dans le monde.

Plus de 60 millions de personnes sont exposées au risque de contracter la trypanosomiase humaine africaine, une maladie qui, chaque année, touche 10 700 individus et est à l’origine de 6900 décès. Plus de 11,7 millions de cas de schistosomiase, environ 24 000 cas de leishmaniose viscérale et 19 000 cas de leishmaniose cutanée sont notifiés chaque année, alors que 22 cas de maladie du ver de Guinée ont été signalés depuis 2015. En outre, il existe plus de 38 millions de cas de filariose lymphatique et environ 15 millions de cas d’onchocercose. La charge de morbidité due aux arboviroses, particulièrement au chikungunya, à la dengue, à la fièvre jaune et à l’infection à virus Zika, est une source de préoccupation majeure.

Au Mali les maladies à transmission vectorielle notamment le paludisme, la filariose lymphatique, onchocercose, dengue, schistosomiase, ver de Guinée et trypanosomiase humaine africaine touche la presque totalité de la population.

La lutte anti- vectorielle repose essentiellement sur la lutte contre les vecteurs adultes et la lutte anti larvaire.

Il existe un cadre de collaboration et de concertation entre le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), les programmes MTN et les autres secteurs.

La distribution des moustiquaires imprégnées d’insecticide à longue durée d’action (MILDA), la pulvérisation intra domiciliaire (PID) et l’aménagement de l’environnement sont les trois composantes de la lutte contre le vecteur adulte. La lutte anti larvaire est basée sur la promotion de l’hygiène et de l’assainissement du milieu pour la destruction des gîtes.

Au Mali, les campagnes nationales intégrées de distribution de MILDA ont été organisées au cours des deux dernières décennies d’abord aux femmes enceintes puis aux enfants de moins de 5 ans et ensuite élargies à toute la population malienne en raison de 2 moustiquaires imprégnées d’insecticide à longue durée d’action (MILDA) pour 3 personnes (Politique nationale de lutte contre le paludisme au Mali)

Tableau XI: Vecteurs et MTN connexes

Activités	Vecteurs et MTN connexes						
	Moustiques			Autres vecteurs			
				Escargots	Simulie	Phlébotome	Mouche tsé- tsé
	Filariose lymphatique	Dengue	Paludisme	Schistosomias e	Onchocercos e	Leishmaniose	Trypanosomiase humaine africaine

Moustiquaires imprégnées d'insecticide	X	X	X			X	-
Pulvérisation Intra domiciliaire à effet rémanent	X	X	X			X	
Pulvérisation spatiale					X		X
Traitement larvicide	X	X	X		X		
Pièges							X
Prévention/Traitement des sites de reproduction	X	X	X	X	x	??	

« Un monde, une santé »

Les engagements du Mali à mettre en place un mécanisme national solide pour la coordination intersectorielle entre les secteurs de la santé animale, humaine et environnementale conformément à l'approche « Une Seule Santé » lors de la réunion technique et ministérielle de Dakar en novembre 2016 et d'Abuja en juin 2017, ne peuvent être tenus que si chaque secteur apporte sa contribution. Lors de la réunion technique de Lomé en octobre 2019, il a été constaté que le secteur de l'environnement est à la traîne sur celui de la santé humaine et animale. A cet effet une recommandation a été faite à l'endroit des partenaires et des pays pour renforcer les appuis à ce secteur afin de booster les capacités.

Au Mali, les maladies sous surveillance épidémiologique sont l'Anthrax, la Rage, la Tuberculose bovine, les fièvres hémorragiques, la fièvre jaune, la grippe zoonotique aviaire et la Trypanosomiase. La plupart de ces maladies étant des zoonoses, le contrôle et la surveillance à long terme nécessite une forte implication de l'environnement.

En plus de ces nombreuses menaces pour la santé humaine, notamment les zoonoses, les maladies d'origine alimentaire, les événements chimiques, les phénomènes radiologiques ainsi que la résistance antimicrobienne (RAM), constituent des phénomènes complexes dont le secteur de la santé humaine à lui seul ne saurait en assurer la gestion. La collaboration entre les différents secteurs et les différentes disciplines permet aux pays d'assurer de façon efficace, la prévention, la détection, la réponse ainsi que le relèvement des menaces de santé publique.

La plateforme "Une Seule Santé" est sous la tutelle de la primature et dirigée techniquement par le ministère de la Santé. Elle a un secrétariat permanent composé de quatre départements clés à savoir : la santé, l'environnement, l'élevage et l'agriculture. La plateforme a des groupes de travail dont : RAM, laboratoire, communication (gestion des rumeurs).

Elle est mise en place dans certaines régions et cercles.

La plateforme nationale se réunit mensuellement pour partager sur la situation de la surveillance

épidémiologique.

Malgré l'existence d'un document de politique national d'intégration au Mali, d'un plan stratégique intégré de lutte contre les MTN et la création d'un comité multisectoriel, les principales interventions restent celle relative à la surveillance intégrée des maladies zoonotiques et l'appui des services vétérinaires pour la prise en charge des cas de certaines MTN comme le ver de Guinée. Implication du ministère de l'éducation pour les TDM et sensibilisation pour la prévention des MTN. Il y'a la nécessité d'intégration des indicateurs relatifs aux MTN et les autres secteurs (One health et l'éducation) dans l'outil DHIS2

En perspective un manuel de guide / outils intégré sera élaboré prenant en compte l'ensemble des MTN et les autres secteurs.

Pour le renforcement des capacités, une formation en cascade sera effectuée dans le cadre de TDM à tous les niveaux en collaboration avec les autres secteurs.

L'approvisionnement intégré des intrants MTN et les intrants des autres services (vétérinaires, hydraulique, éducation...) sera envisagé.

Un plan de communication intégré multisectoriel prenant en compte les modes de contamination inter humain, inter animal, entre humain, animal et environnement sera élaboré.

L'identification et la prise en charge des cas intégrée par rapport au MTN et aux maladies humaines et chez les animaux.

Suivi évaluation

Il est souhaitable d'intégrer dans la surveillance épidémiologique et entomologique des maladies zoonotiques à celle des autres MTN dans le système de santé.

Le suivi de l'intégration des indicateurs des MTN et des autres secteurs dans le DHIS2.

La lutte anti vectorielle, hygiène assainissement intégré prenant en compte des stratégies du programme paludisme et les autres MTN sera mené.

Organisation des missions conjointes de supervisions intégrées mixtes (humaines animales et environnements) des MTN et des autres secteurs.

Recherche opérationnelle pour discerner les différents contours des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN dans le cadre de One health.

WASH

L'épidémie d'Ebola et la pandémie de Covid 19 au Mali ont mis en évidence les conséquences mortelles de l'absence d'une première ligne de défense pour les travailleurs dans les centres de santé. Afin de relever ce défi, le Mali, avec l'appui de différents partenaires a entamé la mise en œuvre de

l'approche WASHFIT. Il s'agit d'une approche développée par l'OMS axée sur l'évaluation de risques et qui vise l'amélioration et le maintien des infrastructures et des services d'eau, d'hygiène et d'assainissement, ainsi que la gestion des déchets biomédicaux dans les établissements de santé des pays à revenu faible ou intermédiaire.

La Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique en partenariat avec l'UNICEF, L'OMS, WATERAID et Terre des hommes pilote depuis 2016 la mise en œuvre de cette approche (WASH FIT) dans les districts sanitaires des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti en couvrant 109 établissements de soins de santé. Ainsi, les dernières évaluations ont montré que :

- 59% des établissements de santé disposent de l'eau en quantité suffisante (HeRAMS, 2020) ;
- 52 % des établissements de santé font le tri des déchets (JMP 2020) ;
- 66% des établissements de santé traitent les déchets biomédicaux (JMP 2020) ;
- Seulement 2 % des centres de santé ruraux au Mali disposent de services élémentaires d'assainissement (possèdent des installations sanitaires améliorées et utilisables avec au moins une toilette réservée au personnel, au moins une toilette séparée par sexe avec des installations d'hygiène menstruelle et au moins une toilette accessible aux personnes à mobilité réduite) (JMP 2020) ;
- 56% des établissements de santé ont des toilettes en quantité suffisante (HeRAMS, 2020) ;
- Seulement 42 % des centres de santé en milieu rural disposent des installations d'hygiène des mains fonctionnelles (avec de l'eau et du savon et / ou un désinfectant pour les mains à base d'alcool) dans les salles de soins et à moins de 5 mètres des toilettes (JMP 2020) ;
- Dans 52 % des centres de santé au Mali, les déchets sont séparés en toute sécurité dans au moins trois bacs, et les objets tranchants et infectieux sont traités et éliminés en toute sécurité ;
- 66% des centres de santé au Mali, traitent les déchets biomédicaux ;
- 17 % des centres de santé en milieu rural disposent des protocoles de nettoyage de base et le personnel chargé du nettoyage a été formé. Environ 66 % disposent des protocoles de nettoyage et/ou au moins une partie du personnel a reçu une formation sur le nettoyage.
- 17 % des centres de santé ne disposent d'aucun protocole de nettoyage et aucun personnel n'a reçu de formation sur le nettoyage.

Aussi, Pour mieux renforcer les interventions en la matière, il a été créé auprès de la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique une 'Task Force WASH/PCI en charge d'appuyer la coordination et le suivi des interventions en matière d'Eau, d'Hygiène et d'Assainissement ainsi que de Prévention et le Contrôle des Infections. Ce groupe réunissant les acteurs majeurs du secteur a

pour missions de :

- a. Coordonner et suivre toutes les interventions en matière d'Eau, d'Hygiène et d'Assainissement ainsi que de Prévention et le Contrôle des Infections,
- b. Apprécier les résultats atteints par les différents intervenants ;
- c. Analyser et donner un avis technique sur la qualité des interventions ;
- d. Proposer ou suggérer des améliorations aux orientations, stratégies et standards WASH/PCI ;
- e. S'assurer que les interventions soient conformes aux orientations du niveau national ;
- f. Porter les questions de plaidoyer en faveur de WASH/PCI ;
- g. Faciliter la capitalisation et le partage des différentes expériences entre les différents intervenants
- h. Contribuer au développement et à l'harmonisation des outils de collecte des données/informations sur les interventions WASH en milieu de soins.

En termes de perspectives et dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'amélioration des conditions d'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement dans les établissements de santé 2023- 2027, des efforts seront déployés en vue d'une part de combler le gap du rapport conjoint Unicef-OMS (JMP, 2020 Établissements de santé) en matière de l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement dans les établissements de santé. D'autre part d'honorer les engagements de la 72^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé, tenue à Genève du 20 au 28 mai 2019, au cours de laquelle les Ministres en charge de la santé des pays membres ont adopté une résolution spécifique relative à l'Eau Potable, l'Hygiène et l'Assainissement en milieu de soins. Elle engage les états à redoubler d'efforts pour parvenir à un accès universel d'ici 2030. Ces engagements sont :

- a. Mener des évaluations complètes afin de quantifier la disponibilité, la qualité et les besoins concernant les services WASH et Prévention et Contrôle des Infections (PCI) dans les établissements de santé ;
- b. Etablir et appliquer des normes minimales WASH/PCI et les intégrer dans un système d'accréditation et de réglementation ;
- c. Elaborer et mettre en œuvre une feuille de route de mise à niveau WASH/PCI des établissements de santé ;
- d. Fixer des cibles à atteindre dans les politiques de santé et intégrer les indicateurs relatifs aux WASH/PCI dans les mécanismes de suivi nationaux ;
- e. Intégrer les services WASH/PCI dans les programmes de santé, y compris ceux relatifs à la nutrition, la santé de la mère, de l'enfant et du nouveau-né, la Résistance aux anti- microbiens, la qualité des soins et la couverture sanitaire universelle ;

- f. Prendre en compte les questions d'inégalité dans les services WASH notamment au niveau des établissements offrant des services de maternité et ceux des soins de santé primaires ;
- g. Harmoniser leurs stratégies et leurs approches aux initiatives mondiales sur le WASH en milieu de soins et contribuer aux ODD 3 et 6 ;
- h. Mettre en place un mécanisme de financement durable des services WASH/PCI dans les établissements de santé ;
- i. Mettre en place des mécanismes solides de coordination multisectorielle ;
- j. Mener une action d'éducation et de sensibilisation à l'endroit des prestataires, les usagers et la communauté ;
- k. Promouvoir un environnement de travail sûr et sécurisé pour chaque agent de santé en vue d'une prestation de services efficiente et sûre.

Le Mali, ayant pris part à cette Assemblée, s'est engagé sur l'ensemble des 11 points de la résolution lors de la table ronde sur le WASH en milieu de soins tenue le 04 juillet 2019 à Bamako.

PHARMACOVIGILANCE

Depuis 2008, le Mali a mis en œuvre son système de pharmacovigilance. Selon l'article 7 de l'arrêté N°2011_4201_MS-SG du 14 octobre 2011 fixant les modalités de mise en œuvre de la pharmacovigilance au Mali. Le système National de Pharmacovigilance comprend :

- L'Autorité Nationale de Règlementation Pharmaceutique (ANRP) ;
- Le Centre National de Reference de la Pharmacovigilance (CNRP) ;
- Les organes consultatifs :
 - La Commission Nationale de Pharmacovigilance (CNP) ;
 - Les Commissions Régionales de Pharmacovigilance (CRP) ;
- Les organes techniques de pharmacovigilance :
 - Le Comité Technique de Pharmacovigilance (CTP) ;
 - Le Comité Thérapeutique des Etablissements Publics Hospitaliers (CTE) ;
 - Le Comité Local du Médicament (CLM) des Centres de Santé de Reference (CSRéf).

Rôle, mandat et Responsabilités de l'autorité chargée de la pharmacovigilance

L'activité technique de pharmacovigilance est assurée par le Centre National de Reference de la Pharmacovigilance (CNRP). Il a pour missions d'assurer les activités quotidiennes de pharmacovigilance et de réaliser les études et travaux concernant la sécurité d'emploi des médicaments en vue de confirmer ou infirmer les faits signalés par les notifications.

A cet effet, il est chargé de :

- Recueillir et diffuser les informations sur les effets indésirables des médicaments ;
- Analyser et évaluer le lien entre les produits de santé et les effets indésirables par l'imputabilité;
- Coordonner les activités de notification au sein des structures et programmes de santé ;
- Collecter les notifications d'effets indésirables des produits de santé provenant des professionnels de santé des secteurs public et privé, des programmes de santé et de l'industrie pharmaceutique ;
- Documenter et archiver les informations sur les effets indésirables des produits de santé dans une banque de données ;
- Faire le suivi et la retro information aux notificateurs des effets indésirables des produits de santé;
- Répondre aux demandes sur les effets indésirables des médicaments ;
- Assurer les échanges avec le centre international de pharmacovigilance de l'OMS : UMC (*Uppsala Monitoring Center*) et y soumettre des rapports ;
- Programmer et réaliser des enquêtes de pharmacovigilance ;
- Assurer la formation continue des professionnels de santé en matière de pharmacovigilance ;
- Générer les signaux et alertes en matière de pharmacovigilance.

Position de l'autorité de pharmacovigilance au sein du gouvernement et son organisation

Le CNRP est rattaché à l'Institut National de Santé Publique (INSP) qui est l'un des services centraux du Ministère en charge de la santé.

Dans le cadre de la gestion des événements indésirables, il est mis en place par niveau de la pyramide sanitaire des organes techniques de pharmacovigilance :

- Le Comité Technique de Pharmacovigilance (CTP) ;
- Le Comité Thérapeutique des Etablissements Publics Hospitaliers (CTE) ;
- Le Comité Local du Médicament (CLM).

Le Comité Technique de Pharmacovigilance (CTP) est chargé de :

- Donner un avis technique sur toutes les questions scientifiques se présentant au CNRP ;
- Contribuer à l'élaboration des procédures et outils harmonisés de fonctionnement de la pharmacovigilance dans le pays (fiche de notification, base de données, méthodes d'imputabilité) ;
- Faire la classification finale des cas graves ;
- Statuer sur les cas graves et déterminer les besoins d'analyses complémentaires ainsi que toutes enquêtes ou études épidémiologiques nécessaires à la confirmation du lien de causalité avec le produit de santé ;

- Evaluer les risques encourus par le patient ;
- Rédiger et transmettre le rapport final au CNRP ;
- Contribuer à la diffusion des résultats des activités de la pharmacovigilance.

Le Comité Technique de Pharmacovigilance (CTP) est composé de :

- Président (un membre élu par les autres membres)
- Membres :
 - Un dermatologue
 - Un pharmacologue
 - Un médecin interniste
 - Un toxicologue
 - Un épidémiologiste
 - Un pharmacien et
 - Un pédiatre.

Le CTP peut au besoin faire appel à toute personne qualifiée selon le cas à évaluer et se réunit une fois par trimestre ou sur demande de son président en cas de situation particulière urgente.

Par rapport aux MTN, il y a lieu de renforcer les relations entre les programmes nationaux et les CNRP surtout en prélude et pendant les campagnes de traitement de masse pour une meilleure récolte des informations sur les réactions potentielles au sein des populations traitées.

Tableau XII: Résumé des informations sur les interventions menées par les programmes de lutte contre les MTN existants

Lutte contre les MTN	Date de début du programme	Nombre total de districts visés	Nombre de districts couverts (couverture géographique *)	Population totale en 2022 dans le district visé	Nombre de personnes (%) atteintes	Nombre (%) de districts ayant reçu le nombre de tournées de traitement requis	Nombre (%) de districts ayant cessé l'administration massive de médicaments	Principales stratégies utilisées	Principaux partenaires
Filariose lymphatique	2004	75	75 (100%)	22751415	18201132 (80%)	75 (100%)	75 (100%)	-TDM, - Surveillance post arrêt, gestion de la morbidité, Renforcement des mesures préventives – WASH, lutte antivectorielle	Etat, OMS/Espen/GSK Merck, Helen Keller/USAID Sightsavers -World Vision, End fund, Banque mondiale
Onchocercose	1986	36	36 (100%)	9895313	7916250 (80%)	22** (100%)	2 (0,09%)	TDM, - Surveillance épidémiologique et entomologique - WASH, lutte antivectorielle	Etat, OMS/Espen, Merck Helen Keller INTL /USAID Sightsaver End Fund, Banque mondiale
Schistosomiases	1996	75	75	22751415	6484153 (28,5%)	75 (100%)	0 (0%)	TDM, - Surveillance	Etat OMS,/ Espen/GSK

								épidémiologique WASH,	Helen Keller/USAID Task force for global health, Banque mondiale
Géo helminthiases	1996	75	75 (100%)	22751415	18201132 (80%)	75 (100%)	75 (100%)	-TDM, - Surveillance post arrêt, Renforcement des mesures préventives – WASH,	Etat, OMS/Espen/GS K Merck, Helen Keller/USAID Sightsavers -World Vision, Banque mondiale
Trachome	1994	69	69 (100%)	19944455	19944455 (100%)	69 (100%)	69 (100%)	-CHANCE -Surveillance post arrêt- WASH, lutte antivectorielle	Etat, Hilton Conrad N. Fondation, SS, OPC, USAID, HKI, OMS, Centre Carter, Yeux du monde, Croix rouge Suisse/Mali, Fondation Orange, FMED, ITI, World Vision, Water Aid, Lion's Club, Islamic Relief, Banque mondiale

Dracunculose	1992	38	38 (100%)	16777312	(100%)	NA	NA	Surveillance, Prise en charge des cas - WASH, lutte antivectorielle	Etat, OMS, Centre Carter, UNICEF, HDI
Lèpre	1986	75	75 (100%)	22751415	22751415 (100%)	NA	NA	-PCC - Surveillance épidémiologique	Etat, OMS, Fondation Raoul Follereau de France
Trypanosomie humaine africaine	1986	10	10 (100%)	4274653	4274653 (100%)	NA	NA	-PCC - Surveillance épidémiologique - WASH, lutte antivectorielle	Etat, OMS

***Couverture géographique = Nombre de districts couverts par le programme/Nombre total de districts nationaux ou la maladie est endémique**

**** Onchocercose :** Parmi les 36 districts visés par le programme, 22 districts sont sous TDM, 14 districts sont sous surveillance épidémiologique et entomologique

1.5.4. Epidémiologie et charge de la maladie

1.5.4.1. Les MTN à Chimiothérapie Préventive (CTP)

Avant 2007 la lutte contre les MTN se faisait à travers des programmes “indépendants et verticaux” pour chaque maladie. A partir de 2007, le Mali a bénéficié de fonds RTI/USAID/HKI/ITI pour la mise en œuvre d’un traitement de masse intégré.

Trachome

Le Mali était connu comme un pays ayant une forte morbidité due au trachome. La stratégie nationale s’insère dans l’objectif du Global Elimination Trachoma (GET) 2030. Le Mali met actuellement en œuvre la stratégie CHANCE pour l’élimination du trachome en tant que problème de santé publique conformément aux directives et recommandations de l’OMS. La cartographie de référence faite à la fin des années 90 a révélé une prévalence de trachome actif allant de 23,1% à 46,7% et une prévalence de trichiasis trachomateux (TT) de 2,5%. L’évidence d’une large endémicité a conduit au lancement en 1998 d’un programme de contrôle du trachome via le Programme National de Lutte contre le Cécité (PNLC) appelé maintenant Programme National de Santé Oculaire (PNSO). La première série de distribution de l’azithromycine et de la pommade tétracycline 1% s’est déroulée en 2002.

Après plus de 10 années de lutte contre le trachome, 56 sur les 59 districts endémiques ont atteint les critères d’élimination du trachome folliculaire (TF) et ont ainsi arrêté la distribution médicamenteuse de masse (DMM). Cependant, trois districts (Oussoubidiagna, Ansongo et Bourem) sont dans l’attente de l’évaluation d’impact pour déterminer la nécessité ou non de continuer la DMM.

Avec le financement de la Fondation HILTON en 2013, l’enquête réalisée avec l’approche sous-district (aires de santé) dans le district d’Oussoubidiagna dans la région de Kayes (anciennes directives de l’OMS) a montré que neuf aires de santé n’avaient pas atteint les critères d’arrêt de la DMM.

Conformément aux directives actuelles de l’OMS, ces neuf aires de santé ont été traitées en février 2016 et une évaluation d’impact est prévue 6 à 8 mois après dans l’ensemble du district pour déterminer la nécessité de continuer le traitement.

En ce qui concerne le trichiasis, depuis 2009 le PNSO au Mali a réduit le nombre de personnes ayant des besoins en chirurgie grâce à un intense programme de chirurgie du trichiasis mis en

œuvre et soutenu techniquement par le Centre Carter, HKI (avec financement de la Fondation HILTON) et Sightsavers. En juillet 2016, le PNSO a estimé à 11 150 le nombre de personnes devant être immédiatement opérées du trichiasis trachomateux y compris ceux se trouvant dans des zones à accès difficile. Avec le financement de la Fondation HILTON, le PNSO croit qu'il dispose des ressources nécessaires pour atteindre son objectif ultime d'intervention (OUI) pour la chirurgie du Trichiasis au cours de l'année 2017. La programmation de l'année fiscale 2016 a été concentrée sur les districts ayant un arriéré plus faible en termes de cas à traiter et sur ceux qui commencent une surveillance alors que la recherche des derniers cas s'intensifie.

Avec le financement de la Fondation HILTON en année fiscale 2015, des enquêtes d'impact du trachome ont été menées dans des districts, selon les résultats aucun de ces districts n'aura besoin de DMM. En année fiscale 2017 des enquêtes de pré-validation sont encore prévues pour 14 districts (Kita, Diéma, Koutiala, Niono, San, Tominian, Tenenkou, Youwarou, Tombouctou, Goundam, Diré, Gourma Rharous, Sikasso, Bougouni) avec le soutien de la Fondation HILTON. L'objectif fixé par le PNSO est l'élimination du trachome en tant que problème de santé publique d'ici fin 2018.

Filariose Lymphatique

La cartographie réalisée en 2004 a montré que l'ensemble du pays est endémique avec une prévalence variant de 18,6% à Sikasso (sud du pays) à 1% à Tombouctou (nord du pays) pour une prévalence globale de 7,07%. Sur soixante-cinq (65) districts originellement endémiques, quarante-neuf (49) districts évalués pour l'enquête d'évaluation de la transmission (TAS 1) en 2012 et 2015-2016, dont dix dans la région de Sikasso, dix dans la région de Kayes, huit dans la région de Ségou, cinq dans la région de Mopti, six dans le District de Bamako, dix dans la région de Koulikoro ont atteint les critères d'arrêt de la DMM, c'est-à-dire une prévalence de l'antigénémie inférieure à 2% dans les unités d'évaluation. Cependant, la DMM a été arrêtée depuis 2012 dans les districts de Yanfolila et Bougouni de la région de Sikasso.

Des pré-enquêtes d'évaluation de la transmission (Pré TAS) sont planifiées pour 2017 dans 16 districts des régions de Kidal (quatre), Gao (quatre), Tombouctou et trois districts de Mopti.

Les complications les plus fréquentes de la filariose lymphatique (FL) sont l'éléphantiasis et l'hydrocèle.

Dans le cadre du traitement des maladies tropicales négligées (MTN), des complications liées à la FL ont été recensées dans les régions de Sikasso, Kayes, Koulikoro, Ségou, Mopti, Tombouctou,

Gao, Kidal, Bamako : 999 cas d'hydrocèle et 557 cas d'éléphantiasis, soit un total de 1556 cas selon le plan quinquennal 2012-2016. Toutefois, ces chiffres paraissent sous-estimés. Outre l'insuffisance dans l'identification des cas, nous connaissons aussi des difficultés de mobilisation des ressources financières. Il y a à l'heure actuelle, un besoin de cartographie nationale des complications.

De 2014 à 2016, 114 kits d'hygiène de prise en charge du lymphœdème et 750 cas d'hydrocèle ont été opérés avec le soutien financier de END Fund / HKI dans 5 régions. Dans le cadre du financement CDC Atlanta selon le plan 2012-2016, plus de 400 kits d'hygiène de prise en charge de lymphœdème ont été fournis aux malades dans les régions de Koulikoro et Sikasso. Ils ont été également formés à leur auto-prise en charge.

La stratégie nationale consiste à l'élimination de la FL d'ici 2020 avec un traitement annuel basé sur l'association d'IVM et d'ALB conformément aux directives de l'OMS. La FL était endémique dans tous les districts sanitaires du Mali selon la cartographie établie par le PNEFL en 2004 au moyen de tests immuno chromatographiques (ICT). La DMM à l'IVM et l'ALB a débuté en 2005 dans la région de Sikasso pour traiter la FL et l'onchocercose. Au fil du temps, l'extension du traitement s'est poursuivie, d'abord dans les districts co-endémiques avec l'onchocercose, puis dans d'autres districts. En 2009 la couverture géographique de 100% a été atteinte au Mali. Cette couverture s'est maintenue jusqu'en 2012 et a été interrompue dans les régions du nord (Gao, Kidal, Tombouctou) et trois districts sanitaires de la région de Mopti à cause de la crise sécuritaire que le pays a connue. Les activités de DMM ont repris dans les trois districts sanitaires de la région de Mopti en 2013. Les DMM dans les régions de Kidal et Tombouctou ont repris en 2014 et à Gao en 2015.

Suite à l'atteinte des critères d'arrêt, 49 districts sanitaires ne seront pas traités contre la FL en 2017 dans les régions de Sikasso (10 DS), Koulikoro (10 DS), Kayes (10), Bamako (6 DS), Ségou (8 DS) et Mopti (5 DS).

Les perspectives sont la recherche opérationnelle au niveau des hotspots (points chauds), zones transfrontalières, les sites d'orpaillages, zones d'accès limité.

La mise en œuvre de ce plan permettra d'atteindre le seuil d'élimination de la maladie dans tous les 65 districts sanitaires originellement endémiques du pays.

Les activités d'élimination de la FL sont soutenues par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et ses partenaires (ENVISION/USAID/HKI, END Fund/HKI, CDC Atlanta, La Banque Mondiale, OMS, Sightsavers).

Onchocercose

Au Mali, 05 régions sont endémiques à l'onchocercose (Sikasso, Kayes, Koulikoro, Ségou et Mopti). Trente-cinq (35) districts sanitaires sont concernés par l'onchocercose dont 20 sous traitement à l'ivermectine et 15 sous surveillance parmi lesquels 13 districts sanitaires hypo endémiques n'ont jamais été traités à l'ivermectine (IVM) depuis 1988 date à laquelle la distribution de l'IVM contre l'onchocercose a commencé au Mali, mais ont été plutôt traités avec l'IVM et ALB contre la FL pendant au moins 6 années. Ces districts couvrent une superficie de 350 472 km² où vivent environ 10 600 000 personnes. Parmi les 15 districts hypo endémiques, deux ont atteint les critères d'arrêt de traitement à l'IVM.

Après plus de 30 ans de lutte contre l'onchocercose, le PNLO a atteint les objectifs de contrôle dans les 35 DS selon les résultats des dernières enquêtes épidémiologiques et entomologiques. En 2015, la prévalence de l'onchocercose était nulle dans les districts sanitaires de Kati et Kolokani chez 3422 personnes et à Bougouni chez 1741 personnes où la biopsie cutanée a été effectuée. Le taux d'infectivité des simulies était inférieur à 0,5 pour 1000 dans les districts sanitaires de Bougouni, Yanfolila, Kalabancoro et Selingué (rapport d'évaluation 2015, PNLO).

De 2015-2016 les évaluations effectuées dans le pays ont montré que le seuil d'élimination est atteint dans tous les districts évalués. Pour consolider les résultats, les activités du PNLO seront axées sur les évaluations épidémiologiques et entomologiques utilisant les nouvelles techniques de diagnostic recommandées par l'OMS (Guide de l'OMS pour la vérification de l'élimination de l'onchocercose par le traitement à l'IVM).

L'objectif actuel du PNLO d'ici 2025 est la certification de l'élimination de l'onchocercose. C'est dans ce cadre du processus de certification que le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers PNLO a mis en place conformément aux recommandations de l'OMS le Comité National de Certification de l'Élimination de la Maladie.

Des enquêtes de vérification de l'élimination seront réalisées dès 2017 dans les 20 districts qui sont actuellement sous traitement. Les résultats de ces enquêtes serviront de base pour la poursuite ou l'arrêt du traitement.

Un système de surveillance sera mis en place dans les districts ayant arrêté le traitement.

Par contre le traitement devra continuer dans les districts n'ayant pas atteint les critères d'arrêt.

Schistosomias /Géo helminthias

- Schistosomias

Selon le Plan Stratégique National pour la Schistosomias, la stratégie actuelle au Mali repose sur le contrôle de la morbidité vers 2020, en phase avec les directives existantes de l'OMS.

Dans les années 1970, avec la construction d'une série de petits barrages au plateau Dogon, fruit de la coopération entre le Mali et la République Fédérale Allemande (RFA) , il y a eu un développement considérable de la culture maraîchère, mais aussi une flambée de la bilharziose urinaire. Le Mali a sollicité l'aide de la RFA pour combattre cette maladie qui sévissait désormais à l'état endémique.

C'est ainsi qu'est né un projet de lutte contre la bilharziose en 1979 dont la zone d'intervention était limitée au plateau Dogon, ayant établi une base à Bandiagara.

En 1981, le Mali a inscrit la bilharziose dans le plan décennal de développement sanitaire pendant la période 1981-1990 comme l'un des 10 programmes prioritaires à mettre en œuvre avec la Décision d'étendre les activités du projet à toutes les zones où la maladie constituait un problème de santé publique, notamment les zones d'irrigation de l'Office du Niger, de Baguineda et la zone du barrage de Selingué.

En 1982, le programme national de lutte contre les schistosomias et les géo helminthias a été créé et la tutelle du programme a été confiée à l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP). La mise en œuvre des activités se faisait de manière verticale par une équipe centrale basée à Bamako pendant 15 ans.

En 1996, par nécessité de renforcer l'intégration des activités de lutte contre les Schistosomias dans les structures de soins de santé primaires, le Programme National de lutte contre les Schistosomias transféré à la Direction Nationale de la Santé Publique par **décision n° 96-0434/MSSPA-SG du 22/07/96.**

De sa création à ce jour, deux évaluations nationales ont été effectuées (1984-1989 et 2004-2006). Ces enquêtes ont confirmé une endémicité de la schistosomias urogénitale et intestinale au Mali. Un traitement ciblant les enfants d'âge scolaire (EAS) et les adultes à risque a été instauré en 2005 avec le soutien de l'Initiative de Contrôle de la Schistosomias (SCI) dans toutes les régions endémiques. Cette stratégie se poursuit dans le cadre de l'effort intégré depuis 2007 avec le

financement de l'USAID/RTI/Helen Keller INTL, l'OMVS et Sightsavers.

Près de dix (10) années d'efforts intégrés de contrôle des MTN ont eu un impact sur la morbidité de la SCH. La revue des résultats des enquêtes conduites en 2014 et en 2017 au niveau des sites sentinelles dans 46 districts sanitaires a permis de mesurer l'impact des interventions.

- Géohelminthiases

La stratégie actuelle du Mali vise à contrôler la morbidité d'ici 2020 selon les directives de l'OMS. Parallèlement aux évaluations de 2004-2006 pour la Schistosomiase (voir plus haut), des données ont été également collectées sur la prévalence des géo helminthiases. Les résultats ont révélé que les géo helminthiases étaient endémiques dans tout le pays. Tous les districts étaient couverts par le TDM de la FL même ceux ayant une prévalence inférieure à 20%. A partir de 2007, les programmes nationaux en charge des MTN ont commencé un traitement intégré qui associa les géo helminthiases à la FL. Les derniers résultats provenant des enquêtes de Schistosomias/géo helminthiases de 2014, 2015, 2016 et 2017 ont montré que 41/46 districts évalués avaient une prévalence nulle. La revue des données sur les schistosomias et géo helminthiases a recommandé de faire des enquêtes supplémentaires pour confirmer ces résultats et l'intégration des évaluations futures dans les enquêtes TAS. Selon la revue schistosomiase et géo helminthiase tous les districts ont atteint un seuil de contrôle < 2%.

1.5.4.2. Les MTN dont la stratégie est basée sur la prise en charge des cas (PCC)

Lèpre

La lèpre est une maladie infectieuse causée par une bactérie, *Mycobacterium leprae* (bacille de Hansen). Actuellement la maladie guérit totalement sans séquelles grâce à la poly chimiothérapie et au diagnostic précoce.

De plus de 10 cas de lèpre pour 10 000 habitants dans les années 1980, la prévalence de la maladie est passée sous la barre de 1 cas pour 10 000 habitants depuis la fin du 2ème trimestre de l'année 2001 dans tous les districts sanitaires du Mali sauf à Kénieba.

En 2015 le taux de prévalence instantanée est de 0,14 cas pour 10 000 habitants, les proportions d'enfants (2,3%) et d'infirmités (3%) par les nouveaux cas (222) sont restées largement en dessous de 10%, Rapportée à 1 000 000 d'habitants la proportion d'infirmités de degré 2 est de 3 %.

Le district sanitaire de Kénieba dans la région de Kayes (18/65 malades au total en fin 2015) est le seul qui n'a pas encore éliminé la lèpre avec un taux de prévalence à 0,75.p 10 000. Malgré ce

faible niveau d'élimination de la maladie, la réalité est qu'il existe encore plusieurs nouveaux cas de lèpre inaccessibles au dépistage passif. Pour les atteindre il faut un dépistage actif au cours des consultations dermatologiques en stratégies avancées dans les villages enclavés ou éloignés des centres de santé communautaires existants. Cette stratégie reste valable pour les districts sanitaires de Kita et de Mopti. Son exécution nécessite le financement annuel de micro projets. Le PNLL n'a pour l'instant pas de partenaire engagé dans cette voie.

Pour maintenir et consolider l'élimination de la lèpre dans les autres districts sanitaires du Mali, le programme national de lutte contre la lèpre mène les activités suivantes : les supervisons formatives, la sensibilisation des chargés lèpre, du reste du personnel et de la population, l'approvisionnement régulier en médicaments pour la PCT.

Ces activités sont pour l'instant financées par la Fondation Raoul Follereau de France.

Difficultés majeures :

1. Insuffisance de véhicule de supervision pour le PNLL
2. Manque de motos pour les infirmiers superviseurs lèpre des districts.

Dracunculose ou Ver de Guinée

La dracunculose ou ver de Guinée est une maladie parasitaire (nématodose) transmise à l'homme par l'ingestion d'eau contenant un cyclops infesté de larves de *Dracunculus medinensis*. La maladie est caractérisée par l'émergence d'un ver dont la longueur peut atteindre un (1) mètre sur les membres en général mais le ver peut émerger à n'importe autre partie du corps.

Le Mali reste un des quatre pays encore endémiques de la dracunculose dans le monde malgré les progrès importants enregistrés ces dernières années.

Selon l'enquête réalisée en 1991/1992, il avait été enregistré 16024 cas dans 1163 villages : Mopti (9154 cas), Kayes (6504 cas), Ségou (277 cas) et Koulikoro (89 cas). La région de Sikasso et le district de Bamako étaient indemnes de ver de Guinée.

Dans les régions du nord, pour des raisons de sécurité, l'enquête n'a pu être réalisée qu'entre 1995 et 1996. Il a été recensé 1947 cas de ver de Guinée dans la région de Gao en 1995 et 537 cas dans la région de Tombouctou en 1996. La région de Kidal était indemne de ver de Guinée.

Le nombre de cas de ver de Guinée au Mali est passé de 16024 cas en 1992 à 5 cas en 2015 et de zéro cas en 2016, soit un taux de réduction du nombre de cas de 88,88% en 2015 et 100% en 2016. Le nombre de villages d'endémie est passé de 1163 en 1992 à 3 en 2015 soit un taux de réduction de 99,74% et à 0 village en 2016.

Ces trois dernières années, la situation épidémiologique a évolué comme suit :

- ✓ Dans la région de Ségou, un seul district sanitaire est endémique, il s'agit du district sanitaire de Tominian qui a notifié un (1) cas en 2014 et en 2015. En 2016, aucun cas humain n'a été notifié, cependant, 11 cas d'infection ont été décrites chez les chiens dans ce district ;
- ✓ Dans la région de Tombouctou, le district sanitaire de Gourma Rharous reste le seul endémique. En 2014, à Nangaye (aire de santé de Tintadeni) qui a notifié dix (10) cas, en 2015 et un (1) cas à N'gariatane (aire de santé de Gossi) et zéro (0) cas en 2016 ;
- ✓ Dans la région de Gao, le district sanitaire d'Ansongo est le seul endémique qui a notifié vingt-neuf (29) cas en 2014, trois (3) cas en 2015 et zéro (0) cas en 2016.

Les autres régions n'ont pas notifié de cas de ver de Guinée.

***NB :** Aucun cas humain n'a été déclaré sur toute l'étendue du territoire en 2016. Ceci marque le début des activités de pré certification dans notre pays. Les activités d'éradication du ver de Guinée sont soutenues par l'Etat et ses partenaires (le Centre Carter, L'OMS et l'UNICEF).*

La Trypanosomiase Humaine Africaine

La Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) à *T. b. gambiense* ou maladie du sommeil constitue l'un des obstacles les plus importants au développement socio-économique des états au sud du Sahara où sévissent des glossines ou mouche tsé-tsé. C'est ainsi que l'OMS, à travers la résolution WHA 36.31 a mis en garde les pays concernés sur le danger permanent que représente la maladie sommeiluse.

Au Mali plus de 230 000 km² soit 1/6 du territoire national sont infestés de glossines qui entretiennent des mini foyers actifs de THA. Plus de 2 974 000 personnes et leurs bétails sont exposés au risque de piqûre de glossines.

Les anciennes équipes mobiles des secteurs des grandes endémies qui assuraient les prospections systématiques ont été supprimées et leurs activités transférées aux services socio-sanitaires des cercles.

Aujourd'hui la prévalence de la maladie est faible mais aucune étude n'a été faite pour confirmer le statut actuel. Au niveau de la sous-région les pays comme le Mali, le Burkina Faso, le Togo et le Bénin sont à l'état hypo endémique.

Suite aux travaux récemment réalisés par l'équipe centrale de THA de la Division de

l'Épidémiologie et le Laboratoire Vétérinaire Central (section entomologie) quatre espèces de glossines ont été signalées au Mali :

- *Glossina morsitans submorsitans* : vecteur de la trypanosomiase animale africaine.
- *Glossina palpalis gambiense*: vecteur majeur de la THA à T.b. gambiense.
- *Glossina tachinoides*: vecteur de la THA
- *Glossina longipalpalis*: vecteur de la trypanosomiase animale africaine.

Donc le danger de transmission existe et est même permanent. Cependant l'unité de lutte anti-glossine n'est plus fonctionnelle et il n'existe pas de médicaments ni d'intrants de laboratoire.

Depuis 2015, notre pays s'est engagé résolument dans l'élimination de la maladie d'ici 2020 à travers la mise en place de 5 sites sentinelles de surveillance dans les anciens foyers de THA.

Ces sites sont les CSRéf de Keniéba (Région de Kayes), de Kangaba (Région de Koulikoro), de Yanfolila, Sikasso et Koutiala (Région de Sikasso).

Ces sites ont été dotés en tests de diagnostic rapide et le personnel formé pour assurer une surveillance continue de la maladie.

1.5.5. Les autres MTN non encore évaluées au Mali

Ulcère de Buruli, Leishmaniose, Pian, Dengue, Rage et Envenimations

L'ulcère de Buruli, la leishmaniose, le pian sont des maladies infectieuses dont les prévalences ne sont pas encore évaluées au Mali. Il en est de même pour la rage, la dengue et les envenimations.

Dengue

Cas présumé Dengue : Toute personne présentant une maladie fébrile aiguë d'une durée comprise entre 2 et 7 jours, s'accompagnant d'au moins 2 des symptômes suivants : céphalées, douleur rétro-orbitale, myalgie, arthralgie, éruption cutanée, manifestations hémorragiques, leucopénie.

- La dengue est une fièvre d'origine virale provoquée par un arbovirus transmis par les moustiques *Aedes* (*Ae. aegypti* et *Ae. albopiticus*).

Le Mali a connu pour la première fois une épidémie de type II en 2008. L'épidémie a concerné deux zones aurifères de la région de Kayes (Sadiola et Yatela). Il a été enregistré au cours de cette épidémie 109 cas avec 4 décès.

Rage

- La rage est une zoonose (maladie transmise à l'homme par les animaux) virale. Le virus de la rage infecte les animaux domestiques et sauvages et se transmet à l'Homme par contact avec la salive d'animaux infectés (lors de morsures ou d'égratignures).
- Le virus de la rage infecte le système nerveux central, provoquant une inflammation de l'encéphale, mortelle. Chez l'Homme, la maladie se manifeste au départ par de la fièvre, des céphalées, un état de malaise ou de faiblesse généralisée. Avec l'évolution de la maladie, d'autres symptômes apparaissent : insomnie, anxiété, confusion, paralysie légère ou partielle, excitation, hallucinations, salivation excessive, difficulté à déglutir et hydrophobie.
- Chez les personnes non vaccinées, la rage est presque toujours mortelle en l'absence de prophylaxie post-exposition administrée avant l'apparition des symptômes. La mort intervient généralement dans les jours qui suivent l'apparition des symptômes neurologiques.
- Les chiens sont responsables de la plupart des cas mortels de rage humaine (environ 97%) dans le monde. Ils sont le principal vecteur du virus, en Afrique.
- La lutte contre la rage canine et l'accès à une prophylaxie post-exposition peuvent considérablement alléger le fardeau de la rage dans les populations humaines.

Ulcère de Buruli

Toute personne présentant un nodule cutané, une plaque ou un ulcère indolore, qui réside ou qui s'est rendue dans une région d'endémie pour l'ulcère de Buruli.

Cas confirmé : Cas présumé ou confirmé par au moins un des tests de laboratoire (présence de bacilles acido-alcoolorésistants confirmée par coloration de Ziehl-Neelsen, PCR, culture ou histologie) :

- Infection cutanée provoquée par *Mycobacterium ulcerans* (BAR).
- La maladie se manifeste principalement par des lésions cutanées (nodules, plaques et ulcères) qui peuvent se compliquer par une atteinte des os et des articulations. Les autres organes, comme les yeux, sont rarement touchés.
- Dissémination dans les régions intertropicales, dans les sols humides ou les zones marécageuses, les forêts et les exploitations minières en surface.
- Les patients sont classés en trois catégories :
 - **Catégorie I :** patient présentant une seule lésion cutanée de moins de 5 cm de

diamètre (lésion précoce) ;

- **Catégorie II** : patient présentant une seule lésion cutanée de 5 à 15 cm de diamètre ;
- **Catégorie III** : patient présentant une seule lésion cutanée de plus de 15 cm de diamètre ou de multiples lésions ou une lésion située en un site critique (visage, tête et cou, torse, périnée, parties génitales, lésion touchant les articulations).

Leishmaniose

La leishmaniose cutanée (LC) à *Leishmania major* est une zoonose due à un protozoaire flagellé du genre *Leishmania* transmis à l'homme par la piqûre infectante de la femelle d'un phlébotome du genre *Phlebotomus*. Dans le monde l'incidence annuelle des formes cutanées est estimée entre 0,7 à 1,2 millions; en Afrique au Sud du Sahara l'incidence est estimée entre 790-1500 cas, au Mali cette incidence est sous-estimée et est estimée entre 290 et 589 cas [Alvar et al., *PLoS One* 2012, **7**: e356714] qui place le Mali en tête des pays les plus touchés en Afrique de l'Ouest.

La transmission de *L. major* y est rurale, une étude récente conduite en 2008 montre un taux d'incidence annuelle de 5,7 et 18,5% dans deux villages de la région de Ségou [Oliveira et al., *PLoS Negl Trop Dis* 2009, **3**: e565], par contre la transmission en milieu urbain semble être faible avec une prévalence de 4,8% et de 12,7 % respectivement observée à Mopti ville et à Bamako ville [Imperato et al., *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1969, **63**: 236-241]. Les facteurs qui augmentent le risque de la transmission de *L. major* sont entre autres l'agriculture, l'élevage, le service militaire et le tourisme au Mal. Les cas répertoriés au CNAM viennent des 8 régions du Mali [Keita et al., *Mali médical* 2003, **18**: 29-31], mais une étude récente montre une répartition géographique de *L. major* plus restreinte aux régions de Kayes, Koulikoro, Ségou, Mopti et de Tombouctou [Paz et al., *Am J Trop Med Hyg* 2013, **88**: 583-585].

La cartographie des cas de LC rapportés au CNAM montre que le nord du Mali n'est pas touché par contre l'extrême ouest (Région de Kayes) et les zones rurales du centre du pays (Koulikoro, Ségou et Mopti) sont beaucoup plus touchés par la LC (figure 2) [Tall K. Thèse Université de Bamako, 2008].

Les manifestations cliniques de la LC dépendent des interactions complexes entre la virulence de l'espèce de parasite et la réponse immunitaire de l'hôte. Le tableau clinique de la LC à *L. major* se caractérise par une ou plusieurs lésion(s) papuleuse(s) ou papulo nodulaire(s) ulcérée(s)

recouverte(s) d'une croûte adhérente ou non qui ne guérit pas sous traitement anti-infectieux habituel. La lésion évolue plusieurs semaines avec tendance à la guérison. Elle peut se surinfecter avec ou sans atteinte lymphatique. L'aspect classique de bouton d'Orient ulcéro-croûteux est le plus fréquemment rencontré.

1.5.6. Seuils d'endémicité des MTN

Les seuils d'endémicité admis au-delà desquels les MTN constituent un problème de santé publique sont indiqués dans le tableau suivant :

Tableau XIII: Seuil d'endémicité des MTN

Maladies	Seuil d'endémicité	Observations
1. Trachome	$\geq 1\%$ TF (1-9 ans)	maladie à éliminer
2. Filariose lymphatique	$\geq 1\%$ (carte ICT, Strip test ou mf nocturne)	maladie à éliminer
3. Onchocercose	$\geq 10\%$ mf / $\geq 5\%$ nodules	maladie à éliminer
4. Schistosomiasis	$\geq 1\%$ KK, Filtration urine 1 cas	maladie à contrôler
5. Helminthiases transmises par le sol	$\geq 1\%$ KK	maladie à contrôler
6. Lèpre	moins d'un (1) cas d'infirmité de degré 2 parmi les nouveaux cas pour / 1 000 000 habitants	maladie à éliminer
7. Ver de Guinée	1 cas	maladie à éradiquer
8. Trypanosomiase Humaine Africaine	1 cas	maladie à éliminer
9. Ulcère de Buruli, Leishmaniose, Pian, Dengue, Rage et Envenimations	A évaluer	Maladie à contrôler

Situation de la cartographie des MTN

Tableau XIV: Situation de la cartographie des MTN en 2016

MTN endémique	Nombre de districts suspectés d'être endémiques	Nombre de districts cartographiés ou dont le niveau d'endémicité est connu	Nombre de districts devant encore être cartographiés ou évalués pour déterminer leur niveau d'endémicité
FL	65	65	0
Trachome	59	59	0
Schistosomiase	65	65	0
STH	65	65	0
Onchocercose	52	52	0
Lèpre	61	61	4
THA	11	5	60
Ver de Guinée	65	65	0
Ulcère de Buruli	65	0	65
Leishmaniose	65	0	65
Envenimations	65	0	65
Dengue	65	0	65
Rage	65	0	65

En vue de consolider les avancées de cette lutte et renforcer l'appropriation de ce processus au plus haut niveau, les Programmes Nationaux de Lutte contre les MTN ont élaboré un plan de durabilité 2022- 2026 prenant en compte toutes les parties impliquées dans la lutte contre les MTN, conformément aux recommandations de l'OMS (feuille de route 2021-2030).

Le nouveau plan stratégique (2022-2026) prend en compte le plan de durabilité. Il sera orienté sur les stratégies suivantes : la cartographie, la chimiothérapie de masse, la prise en charge des cas, les activités de formation, d'évaluation et de surveillance.

1.6. Les atouts du programme de lutte contre les MTN

1.6.1. Opportunités et menaces

Opportunités compensant les Faiblesses	Menaces
<ol style="list-style-type: none"> 1. Formation des acteurs impliqués sur la gestion logistique des médicaments MTN. 2. Révision du cadre organique de la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène publique 3. Prévision de ressources pour la mise en œuvre des activités planifiées 4. Disponibilité des relais organisés autour des ménages dans les villages 5. Possibilité d'une large diffusion de l'information (téléphonie mobile, radios de proximité, etc.) 6. Mise en œuvre du projet paludisme/MTN de la Banque Mondiale dans les pays frontaliers 7. Mise en œuvre effective de l'accord de paix signé entre les différentes parties ; 8. Appui des partenaires 9. Existence de plusieurs équipes de recherche sur les MTN 10. Elaboration d'un plan de communication pour l'intégration des MTN 11. Elaboration d'un nouveau plan stratégique 2022-2026 qui prend en compte l'ensemble des MTN 12. Existence de publications scientifiques, de rapport d'étude, de thèses et de mémoires pour certaines MTN 13. Existence d'un programme régional de lutte contre la THA ; 14. Intégration de la THA dans le module de 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insécurité 2. Inexistence de plan de carrière ; 3. Instabilité du personnel 4. Arrêt du financement par les PTF 5. Abandon de la fonction du relais 6. Non adhésion des populations aux activités sanitaires due aux rumeurs 7. Récidives/Réémergence des MTN 8. Persistance des MTN en tant que problème de santé publique 9. Pilotage à vue des activités de MTN 10. Persistance de la THA dans des pays voisins 11. Désintérêt des PTF à la mise en œuvre de la cartographie des complications 12. Absence de leadership 13. La fatigue des PTF en rapport avec la faiblesse du budget d'état attribué aux MTN 14. L'enjeux des confinements (Covid 19) sur les AMM

Opportunités compensant les Faiblesses	Menaces
formation des MTN 15. Mise en œuvre des dispositions administratives liées aux prérogatives du comité technique de coordination des MTN	

1.6.2. *Forces et faiblesses*

Faiblesses	Forces compensant les Faiblesses
1. Retard dans l’approvisionnement en médicaments MTN 2. Insuffisance en ressources humaines 3. Insuffisance en ressources matérielles, financières, logistiques et communicationnelles 4. Faible niveau de motivation des relais 5. Impact négatif des rumeurs sur la participation à la DMM 6. Réticence de certains malades à la chirurgie des complications des MTN (trichiasis et hydrocèle) 7. Inexistence d’un plan de mise en œuvre synchronisée des activités de lutte contre les MTN dans les pays endémiques frontaliers 8. Faible niveau de changement de comportement des populations face aux modes de transmission des MTN 9. Faible taux de couverture thérapeutique dans les districts sanitaires du Nord (insécurité) 10. Faible prise en compte de la recherche dans les activités des MTN 11. Insuffisance d’intégration des activités des programmes PCC et CTP à tous les niveaux (planification intégrée, surveillance, supervision intégrée, formation, approvisionnement en médicaments, restitution) 12. Insuffisance dans la mobilisation	1. Existence d’un manuel de gestion des médicaments 2. Disponibilité d’une pharmacienne responsable de la gestion des médicaments MTN 3. Assistance technique des partenaires et des institutions de recherche 4. Recrutement annuel d’agents de santé 5. Tissu social au niveau rural et reconnaissance communautaire 6. Existence de plusieurs sources d’information 7. Taux de couverture géographique relativement élevé dans les pays frontaliers 8. Existence d’une coordination régionale pour la lutte contre les MTN. 9. Implication des leaders communautaires, religieux et les chefs coutumiers dans la sensibilisation 10. Engagement communautaire et des services techniques 11. Appui financier des partenaires techniques 12. Les MTN sont intégrées dans le PRODESS, PMA 13. Existence du Centre national d’information, d’éducation, de communication sanitaire (CNIECS) 14. Intégration de ces MTN dans le PRODESS, le PMA 15. Activités des institutions de recherche

Faiblesses	Forces compensant les Faiblesses
<p>sociale</p> <p>13. Faible intérêt de l'Etat et des partenaires pour certaines MTN à prise en charge des cas (lèpre, la THA, ulcère de Buruli, leishmaniose, pian, dengue, rage et envenimations)</p> <p>14. Inexistence de bases de données ou de programme pour certaines MTN à prise en charge des cas (ulcère de Buruli, leishmaniose, pian, dengue, rage et envenimations)</p> <p>15. Faible niveau de connaissance des agents de santé sur la THA</p> <p>16. Absence de cartographie des complications de la FL</p> <p>17. Insuffisance dans la coordination des activités intégrées des MTN</p>	<p>sur certaines MTN</p> <p>16. Existence d'une cellule de lutte contre la Trypanosomiase Animale Africaine (TAA) très active au ministère du développement rural</p> <p>17. Existence de compétences techniques en matière de cartographie des complications</p> <p>18. Existence du comité technique de coordination des MTN</p> <p>19. Elaboration d'un plan opérationnel annuel des MTN</p> <p>20. Atteinte des résultats satisfaisants par les PNMTN</p>

PARTIE 2

2. PROGRAMME STRATEGIQUE : BUT ET OBJECTIFS

2.1. Mission et vision de programme de lutte contre les MTN

Tableau XV: Mission, vision et but

Tableau XV : Mission, vision et but	
Mission	Contrôler, éliminer ou éradiquer les MTN au Mali d'ici fin 2026
Vision	Libérer les populations du Mali du fardeau lié aux MTN
But	Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux MTN en vue d'améliorer l'état de santé des populations d'ici fin 2026 au Mali.

2.2. Objectifs stratégiques, jalons et cibles

2.2.1. Objectifs stratégiques prioritaires

Objectif stratégique prioritaire N° 1 : Accélérer l'action programmatique ;

Objectif stratégique prioritaire N° 2 : Intensifier les approches transversales ;

Objectif stratégique prioritaire N° 3 : Améliorer le modèle opérationnel pour faciliter l'appropriation par les pays ;

Objectif stratégique prioritaire N° 4 : Renforcer la mobilisation des ressources et la collaboration intersectorielle afin d'éliminer les MTN.

Tableau XVI: Objectifs stratégiques

Objectifs stratégiques :	<ul style="list-style-type: none"> - Eradiquer le ver de Guinée d'ici 2026 - Éliminer la filariose lymphatique, l'onchocercose, schistosomiase, géo helminthiases, trypanosomiase humaine africaine, la lèpre, et le trachome en tant que problème de santé publique d'ici 2026.
---------------------------------	--

2.2.1.1. Objectif stratégique prioritaire N° 1 : Accélérer l'action programmatique :

Filariose lymphatique : renforcer la surveillance post arrêt traitement (TAS) ;

Trachome : renforcer la surveillance post arrêt traitement (recherche active et prise en charge des

cas de Trichiasis Trachomateux dans les centres fixes) ;

Onchocercose : assurer le traitement de masse à l'ivermectine dans les 20 districts sanitaires encore endémiques et les enquêtes de surveillance post arrêt de traitement ;

Schistosomias : assurer le traitement de masse avec le praziquantel dans tous les districts et les enquêtes de surveillance de la transmission ;

Géo helminthiases : renforcer la surveillance post arrêt traitement ;

Trypanosomiase Humaine Africain (THA) : renforcer la surveillance épidémiologique ;

Lèpre : assurer le traitement prophylactique avec la Rifampicine (dose unique de 600 mg) des sujets contacts avec les nouveaux cas ;

Ver de Guinée : détecter et prendre en charge les cas et infestations animales suspects dans les régions endémiques de Ségou et Mopti ;

Noma : réaliser la cartographie afin de connaître l'ampleur de la maladie.

2.2.1.2. Objectif stratégique prioritaire N° 2 : Intensifier les approches transversales :

Filariose lymphatique : Intensifier la gestion de la morbidité des cas d'éléphantiasis et d'hydrocèle, évaluer et améliorer la qualité de soins, renforcer la communication pour l'identification des cas d'éléphantiasis et d'hydrocèle ;

Trachome : doter les structures de santé en kit et matériels de prise en charge des cas de TT ;

Onchocercose : Conduire les enquêtes (épidémiologique et entomologique) d'arrêt du traitement de masse à l'ivermectine et les enquêtes de surveillance post arrêt de traitement ;

Schistosomias : Conduire les enquêtes parasitologiques dans les aires de santé endémiques et promouvoir une stratégie de communication continue sur les schistosomias ;

Géo helminthiases : Conduire les enquêtes parasitologiques post arrêt du TDM à l'albendazole et promouvoir une stratégie de communication continue sur les géo helminthiases ;

Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) : Conduire les enquêtes parasitologiques dans les foyers endémiques ;

Lèpre : cartographier les nouveaux cas ;

Ver de Guinée : mettre en place un système de communication pour un changement de comportement positif ;

Noma : **renforcer** le leadership et le partenariat à l'échelle nationale et faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

2.2.1.3. Objectif stratégique prioritaire N° 3 : Améliorer le modèle opérationnel pour faciliter l'appropriation par les pays :

Filariose lymphatique : renforcer l'intégration du système de surveillance et de gestion de la

morbidité dans les activités de routine ;

Trachome : assurer la formation continue du personnel de santé en soin oculaire de base et la prise en charge des cas de trachome ;

Onchocercose : intégrer la surveillance de l'onchocercose dans le système de routine en dotant les structures de santé en kit de dépistage ;

Schistosomiasés : former le personnel de santé en détection et prise en charge des cas ;

Géo helminthiasés : former le personnel de santé en détection et prise en charge des cas ;

Trypanosomiase Humaine Africain (THA) : Renforcer le système de surveillance dans les sites sentinelles et développer la recherche opérationnelle ;

Lèpre : solliciter un appui logistique et financier de l'état dans les activités de lutte contre la maladie ;

Ver de Guinée : renforcer l'intégration du système de surveillance dans la routine ;

Noma : renforcer les capacités des prestataires de soins sur l'identification, la détection et la prise en charge des cas.

2.2.1.4. Objectif stratégique prioritaire N° 4 : Renforcer la mobilisation des ressources et la collaboration intersectorielle afin d'éliminer les MTN

Filariose lymphatique : collaborer avec le secteur eau, hygiène, assainissement, agriculture, éducation ;

Trachome : collaborer avec le secteur eau, hygiène, assainissement, agriculture, éducation ;

Onchocercose : collaborer avec les secteurs de l'environnement et du développement rural ;

Schistosomiasés : collaborer avec le secteur eau, hygiène, assainissement et vétérinaire ;

Géo helminthiasés : collaborer avec le secteur eau, hygiène, assainissement et l'éducation ;

Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) : collaborer avec les secteurs vétérinaires, agriculture et environnement ;

Lèpre : collaborer avec le secteur eau, hygiène, assainissement et l'éducation ;

Ver de Guinée : renforcer la collaboration avec les secteurs vétérinaire, hydraulique, éducation et environnement ;

Noma : collaborer avec les secteurs de l'éducation, de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement

2.2.2. Cibles

2.2.2.1. Cibles générales

Cibles générales

À atteindre d'ici 2026 dans le pays :

- Éradiquer la dracunculose
- Réduire de 50 % le nombre de personnes nécessitant des interventions visant à lutter contre les MTN

2.2.2.2. Cibles transversales

BUT GENERAL DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN	OBJECTIF GENERAL	OBJECTIFS SPECIFIQUE	STRATEGIES ET MTN CIBLEES
1. Renforcement des approches intégrées	Adopter et mettre en œuvre des stratégies intégrées de lutte contre les infections dermatologiques dues à des maladies tropicales négligées. 1. Filariose lymphatique 2. Onchocercose 3. Lèpre	1. Renforcer les compétences techniques des agents chargés du dépistage des MTN à lésions cutanées 2. Améliorer les CAP des communautés sur les MTN à lésions cutanées 3. Déterminer les cas de MTN à lésions cutanées 4. Apprécier la qualité du dépistage et la prise en charge de MTN à lésions cutanées	<ul style="list-style-type: none"> • Formation intégrée des agents de santé des maladies à lésion cutanées • Elaboration et mise en œuvre d'un plan de communication intégré • Dépistage intégré des MTN à lésions cutanées • Diagnostic intégré de laboratoire des MTN à lésions cutanées • Prise en charge cas de MTN à lésions cutanées • Supervision/suivi/évaluation
2. Renforcement de la collaboration Multisectorielles	1. Parvenir à 100 % d'accès à l'approvisionnement en eau, à l'assainissement et à l'hygiène de base dans les zones endémiques 2. Réduire le nombre	1. Renforcer le cadre de collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre les MTN et les secteurs, de l'eau, de	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue régulière des réunions pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités multisectorielles • Dotation des villages en point d'eau potable

BUT GENERAL DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN	OBJECTIF GENERAL	OBJECTIFS SPECIFIQUE	STRATEGIES ET MTN CIBLEES
	d'invalidités dues à des maladies tropicales négligées à transmission vectorielle (par rapport à 2021)	l'hygiène et de l'assainissement 2. Accroître l'accès à l'eau potable tant en milieu urbain que rural 3. Promouvoir la consommation de l'eau potable 4. Promouvoir la lutte anti vectorielle	<ul style="list-style-type: none"> • Communication pour le changement social de comportement • Epannage de l'abate au niveau des rivières, des marres et marigot pour lutter contre les vecteurs de l'onchocercose et de la dracunculose • Promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides pour lutter contre la filariose lymphatique
3. Renforcement de l'appropriation par les pays	1. Intégrer la lutte contre les MTN dans les stratégies et les plans sanitaires nationaux. 2. Inclure les interventions de lutte contre les MTN dans l'ensemble de services essentiels et prévoir un budget à cet effet 3. Notifier les données sur toutes les MTN endémiques pertinentes 4. Réduire les conséquences des effets secondaires liés aux médicaments MTN	-Inclure toutes les activités de lutte contre les MTN dans les plans stratégiques nationaux de lutte contre la maladie -Renforcer les compétences des agents de santé communautaire (DTC et ASC) sur les activités de lutte contre les MTN Utiliser les plateformes numériques pour le rapportage des données des MTN -Accroître l'acceptabilité de la prise des médicaments MTN -Renforcer les systèmes d'identification, de gestion, de	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte de toutes les activités MTN dans les micros plans • Formation des agents de santé communautaire (DTC et ASC) sur les activités de lutte contre les MTN • Saisie des données MTN dans le DHIS2 • Sensibilisation et prise en charge des effets secondaires liés aux médicaments MTN

BUT GENERAL DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN	OBJECTIF GENERAL	OBJECTIFS SPECIFIQUE	STRATEGIES ET MTN CIBLEES
		notification et d'analyse des manifestations indésirables graves entre les programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées et les centres nationaux de pharmacovigilance.	
4. Renforcement de la couverture sanitaire universelle	Réduire les dépenses directes des populations à risque en matière de lutte contre les MTN	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les CAP des populations sur les facteurs de risques des MTN - Intégrer la prise en charge des MTN dans le régime d'assurance maladie universelle (RAMU) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation sur les activités de lutte contre les MTN • Organisation des rencontres avec le groupe en charge de l'opérationnalisation du RAMU (Comité de pilotage de la coordination multisectorielle)

BUT GENERAL DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN	OBJECTIF GENERAL	OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES
Elimination de l'onchocercose But : élimination de l'onchocercose comme problème de santé publique et obstacle au	Eliminer l'onchocercose comme problème de santé publique et obstacle au développement	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluer le déclin de l'infection et de la transmission vers le seuil critique d'élimination 2. Confirmer que le seuil critique 	<ul style="list-style-type: none"> • Enquêtes épidémiologiques (phase 1a) • Enquêtes épidémiologiques (phase 1b) • Enquêtes entomologiques (phase 1b)

BUT GENERAL DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN	OBJECTIF GENERAL	OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES
développement socio-économique dans les zones endémiques d'ici 2026	socio-économique dans les zones endémiques d'ici 2026	d'élimination a été atteint et que le traitement peut être arrêté 3. Confirmer qu'il n'y a aucune recrudescence de l'infection et de la transmission 4. Détecter toute recrudescence possible de l'infection et de la transmission 5. Assurer la tenue régulière des réunions du Comité d'experts d'élimination de l'Onchocercose	<ul style="list-style-type: none"> • Enquêtes épidémiologiques (phase 2) • Enquêtes entomologiques (phase 2) • Traitement de masse dans les zones de transmission opérationnelle ZTO qui n'ont pas atteint le seuil d'élimination • Suivi/Supervision des activités de lutte dans les districts sanitaires • Renforcement des compétences des agents de santé et autres secteurs sur la surveillance • Enquêtes épidémiologiques (phase 3) • Enquêtes entomologiques (phase 3) • Textes de création et d'organisation et de fonctionnement du Comité d'experts d'élimination de l'Onchocercose
Elimination de la filariose lymphatique But : Elimination de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique du Mali d'ici 2026	Eliminer la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique du Mali d'ici 2026	1. Assurer le traitement de masse dans 100% des districts sanitaires endémiques 2. Faire l'analyse de la situation des complications de la FL 3. Elaborer un plan de gestion de la morbidité et de	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement de Masse des populations à risque ; • Recensement et cartographie des complications de la FL • Atelier d'élaboration du plan de gestion de la morbidité et de prévention de l'incapacité dues à la FL • Renforcement des capacités et mise en place du paquet minimum de soins par rapport au MMDP • Communication pour le • Changement Social et de comportement (CCSC);

BUT GENERAL DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN	OBJECTIF GENERAL	OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES
		prévention de l'incapacité dues à la FL 4. Mettre en œuvre le plan de gestion de la morbidité et de prévention de l'incapacité (MMDP) dues à la FL 5. Assurer la mobilisation sociale pour l'adhésion aux TDM et MMDP dans 100% des districts endémiques pour la FL 6. Assurer la surveillance épidémiologique et entomologique de la FL 7. Réaliser des activités de recherche/action sur la FL	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi/supervision/évaluation • Réalisation des TAS 2 et TAS 3 • Lutte antivectorielle ; • Formation et mise à niveau ; • Recherche opérationnelle
Elimination du trachome But : Elimination du trachome en tant que problème	Eliminer le trachome en tant que problème de santé publique	Valider l'élimination	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi du dossier d'élimination • Surveillance

BUT GENERAL DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN	OBJECTIF GENERAL	OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES
de santé publique au Mali d'ici 2026			
Elimination de la schistosomiase et des géohelminthiases But : Elimination des schistosomiasés et les géohelminthiases d'ici 2026 au Mali.	Eliminer les schistosomiasés et les géohelminthiases d'ici 2026 au Mali.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atteindre les populations cibles des zones endémiques 2. Renforcer les activités de lutte contre les schistosomiasés 3. Accroître la participation communautaire dans les activités de lutte contre les schistosomiasés 	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement de Masse • Formation/mise à niveau du personnel • Traitement individuel • Communication pour le changement social et de comportement (CCSC) • Gestion des médicaments en dehors des campagnes • Assainissement du milieu • Approvisionnement en eau potable • Recherche opérationnelle • Suivi/ supervision /évaluation • Surveillance
Elimination de la lèpre But : Elimination de la transmission interhumaine de la lèpre	Eliminer la transmission interhumaine de la lèpre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Augmenter le taux de dépistage des cas afin de réduire les risques de contamination, les complications et les séquelles de la lèpre. 2. Accroître le taux de guérison des malades de la lèpre 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de consultations dermatologiques en stratégie avancée et en centres fixes • Accentuation du dépistage au cours des consultations curatives • Renforcement des compétences techniques des agents de santé chargés de suspecter et de diagnostiquer les cas de lèpre dans la communauté • Renforcement des capacités du programme en moyens logistiques adaptés au terrain • Renforcement de la communication pour le

BUT GENERAL DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN	OBJECTIF GENERAL	OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES
			<p>Changement Social et de Comportement du personnel de santé et du reste de la communauté.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi/évaluation/supervision • Recherche opérationnelle
<p>Eradication de la dracunculose</p> <p>But : Eradication de la dracunculose au Mali</p>	<p>Eradiquer la dracunculose d'ici fin 2026 au Mali</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluer l'ampleur de l'infestation animale dans les 75 districts dont 12 districts prioritaires 2. Confirmer l'arrêt de la transmission de la dracunculose au Mali d'ici fin 2026 3. Poursuivre la mise en œuvre des activités de pré certification de l'éradication de la dracunculose. 4. Assurer la mise en œuvre du plan de communication 5. Assurer la mise en œuvre des approches novatrices d'isolement et d'accès aux 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi de l'identification et orientations des marchands de chiens sur le ver de Guinée • Surveillance et Riposte • Recherche des cas humain/infestation animale • Investigation des rumeurs • Coordination des activités de lutte contre la dracunculose à tous les niveaux de la pyramide sanitaire • Mise en œuvre des activités de pré certification • Formation du personnel de santé et des relais communautaires dans les activités de lutte contre la dracunculose • Promotion des activités de communication • Renforcement des équipements et de la logistique • Suivi/évaluation/supervision • Recherche opérationnelle

BUT GENERAL DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN	OBJECTIF GENERAL	OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES
		zones d'insécurité	
Elimination de la THA But : Elimination de la THA au Mali	Eliminer la THA en tant que problème de santé publique d'ici fin 2026	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer les compétences du personnel dans toutes les structures sanitaires des anciens foyers ; 2. Renforcer les capacités du PNLTHA en moyens humains et matériels ; 3. Renforcer le partenariat dans le cadre de la lutte contre la THA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans tous les domaines ; 4. Renforcer la surveillance de la THA dans tous les foyers ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation du personnel de santé • Dotation en matériels adéquats. • Création d'un cadre de collaboration entre le PNLTHA et l'INSP • Création d'un cadre de concertation entre les acteurs à tous les niveaux • Recherche passive des cas ; • Recherche opérationnelle ; • Suivi / évaluation du programme (revue, supervision)

BUT GENERAL DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN	OBJECTIF GENERAL	OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES
<p>Noma</p> <p>But : contribution à la santé buccodentaire de la population à travers la lutte contre le Noma</p>	<p>Réduire la morbidité et mortalité lié au Noma de 25% d'ici 2026</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer les capacités de prévention, de détection et de prise en charge du Noma du personnel socio sanitaire dans les CSRéf et les CSCOM 2. Renforcer et développer au niveau des communautés la promotion de la santé buccodentaire pour la prise en charge du Noma 3. Renforcer le plaidoyer, le leadership et le partenariat à l'échelle nationale afin de combattre les affections bucco dentaires et le noma 4. Améliorer la surveillance intégrée du noma 5. Améliorer la coordination le suivi évaluation et la recherche sur le noma 6. Promouvoir la réinsertion sociale des survivants de Noma 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration et multiplication des modules de formation • Formation des agents socio sanitaires et communautaires • Elaboration d'un plan de communication • Mise en œuvre du plan • Organisation des sessions de plaidoyer auprès des décideurs et partenaires • Organisation des journées d'orientation des acteurs communautaires (leaders et plateformes communautaires, tradithérapeutes, enseignants, radio de proximité, RECOTRADE) sur les facteurs de risques, la prévention et l'orientation des patients • Intégration des indicateurs du noma dans le RMA lors de sa révision • Paramétrage des indicateurs du noma dans le DHIS2 • Renforcement de la recherche active des cas de noma dans la communauté • Elaboration et diffusion les bulletins sur les données du noma de façon semestrielle • Dotation le programme en moyens logistiques et informatiques • Réalisation une enquête de prévalence du noma • Implication des malades guéris du noma dans les activités de sensibilisation contre la maladie • Sensibilisation pour diminuer la discrimination à l'égard des malades du noma et de leur

BUT GENERAL DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN	OBJECTIF GENERAL	OBJECTIFS SPECIFIQUES	STRATEGIES
			famille au sein des communautés

2.2.2.3. Cibles relatives à des maladies spécifiques

Tableau XVII: Cibles spécifiques pour chaque maladie

Cible nationale	Maladies	Objectif	Année	Stratégies
Maladies que l'on cherche à éradiquer :	Dracunculose	Parvenir à la certification de l'exemption de la transmission	2026	<ul style="list-style-type: none"> • Confinement des cas, • Prévention de la transmission communautaire.
Maladies que l'on cherche à éliminer en tant que problème de santé publique.	Filariose Lymphatique	Assurer la surveillance post traitement de masse	2026	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des morbidités et prévention des handicaps, et lutte
	Lèpre	Ramener le nombre de nouveaux patients atteints de la lèpre présentant une incapacité de degré 2 à moins d'un cas par million d'habitants	2026	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance active • Recherche des contacts, prise en charge des cas, réadaptation.
	Trachome	Certifier l'élimination	2026	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi du dossier pour certification
	Onchocercose	Poursuivre les activités d'interruption de la transmission	2026	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement de masse communautaire dans les 20 districts sanitaires • La lutte anti vectorielle dans les

	THA	Certifier l'élimination	2026	• Finalisation et soumission du dossier
	Schistosomias	Poursuivre les activités d'interruption de la transmission	2026	• Traitement de masse communautaire
	géo-helminthiases	Certifier l'élimination	2026	• Elaboration du dossier d'élimination

2.2.3. Jalons

Tableau XVIII: Étapes importantes à franchir en ce qui concerne les MTN

Onchocercose	2022	2023	2024	2025	2026
Enquêtes épidémiologiques (phase 1b)	9 ZTO (50%)	18 ZTO (100%)			
Enquêtes entomologiques (phase 1b)	18 ZTO (100%)				
Enquêtes épidémiologiques (phase 2)	9 ZTO (50%)	18 ZTO (100%)			
Enquêtes entomologiques (phase 2)	NA	NA	18 ZTO (100%)	18 ZTO (100%)	18 ZTO (100%)
Traitement de masse dans les zones de transmission opérationnelle ZTO qui n'ont pas atteint le seuil d'élimination	20 DS (100%)	20 DS (100%)	PM	PM	PM
Suivi/Supervision des activités de lutte dans les districts	20 DS (100%)	20 DS (100%)	PM	PM	PM

sanitaires					
Renforcement des compétences des agents de santé et autres secteurs sur la surveillance	0 (0%)	40 (40%)	60 (60%)	80 (80%)	100 (100%)
Textes de création et d'organisation et de fonctionnement du Comité d'experts d'élimination de l'Onchocercose		1 (100%)			

Filariose lymphatique	2022	2023	2024	2025	2026
Traitement de Masse des populations à risque ;	0/8 villages (0%)	8 villages (100%)	0 village	0 village	0 village
Recensement et cartographie des complications de la FL	4 DS (5%)	20 (27%)	43 (57%)	66 (88%)	75 (100%)
Atelier d'élaboration du plan de gestion de la morbidité et de prévention de l'incapacité dues à la FL	1 (100%)	-	-	-	-
Renforcement des capacités et mise en place du paquet minimum de soins par	4 DS (5%)	20 (27%)	43 (57%)	66 (88%)	75 (100%)

rapport au MMDP					
Communication pour le Changement Social et de Comportement (CCSC)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)
Suivi/supervision/évaluation	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)
Réalisation des TAS 2	0	6 UE (100%)	-	-	-
Réalisation des TAS 3	17 (55%)	-	25 (81%)	31 (100%)	-
Lutte antivectorielle ;	-	2 DS (50%)	4 DS (100%)	-	-
Formation et mise à niveau ;	5 DS (33%)	15 DS (100%)	-	-	-
Recherche opérationnelle		1			

Trachome	2022	2023	2024	2025	2026
Suivi du dossier d'élimination	Dépôt	Certification			
Surveillance	--	10 DS (25%)	20 DS (50%)	30 DS (75%)	40 DS (100%)

Schistosomias/Géo helminthiases	2022	2023	2024	2025	2026
Traitement de Masse (par aire de santé)	605 (23%)	1347 (51%)	2196 (83%)	2657 (100%)	-
Formation/mise à niveau du personnel	20 (27%)	40 (53%)	75 (100)		-
Traitement individuel	-	75 DS (100%)			-
Communication pour le changement social et de comportement (CCSC)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	-
Gestion des médicaments en dehors des campagnes	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	-
Assainissement du milieu	0 DS (0%)	5 DS (25%)	10 DS (50%)	20 DS (100%)	-
Approvisionnement en eau potable	0 DS (0%)	6 DS (27%)	14 DS (64%)	22 DS (100%)	-
Recherche opérationnelle	1	2			
Suivi/ supervision /évaluation	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	
Surveillance	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	

Lèpre	2022	2023	2024	2025	2026
Organisation de consultations dermatologiques en stratégie avancée et en centres fixes	0	1 DS (50%)	2 DS (100%)	2 DS (100%)	2 DS (100%)
Accentuation du dépistage au cours des consultations curatives	0	1 DS (50%)	2 DS (100%)	2 DS (100%)	2 DS (100%)
Renforcement des compétences techniques des agents de santé chargés de suspecter et de diagnostiquer les cas de lèpre dans la communauté	0	15 (27%)	30 (54%)	45 (80%)	56 (100%)
Renforcement des capacités du programme en moyens logistiques adaptés au terrain	0 (100%)	1 (33%)	2 (67%)	3 (100%)	
Renforcement de la communication pour le Changement Social et de Comportement du personnel de santé et du reste de la communauté.	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)
Suivi/évaluation/supervision	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)
Recherche opérationnelle	1 (33%)	2 (67%)	3 (100%)		

Ver de Guinée	2022	2023	2024	2025	2026
Suivi de l'identification et orientations des marchands de chiens sur le ver de Guinée	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)
Surveillance et Riposte	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)
Recherche des cas humain/infestation animale	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)
Investigation des rumeurs	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)
Coordination des activités de lutte contre la dracunculose à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)
Mise en œuvre des activités de pré certification	-	-	0	1	2
Formation du personnel de santé et des relais communautaires dans les activités de lutte contre la dracunculose	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)
Promotion des activités de communication	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)
Renforcement des équipements et de la logistique	0 (100%)	1 (33%)	2 (67%)	3 (100%)	
Suivi/évaluation/supervision	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)	75 DS (100%)
Recherche opérationnelle	-	-	-	-	-

THA	2022	2023	2024	2025	2026
Formation du personnel de santé	0 (100%)	1 (33%)	2 (67 %)	3 (100%)	0 (100%)
Dotation en matériels adéquats.	0 (100%)	1 (33%)	2 (67 %)	3 (100%)	0 (100%)
Recherche passive des cas au niveau des 5 sites de surveillance	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)
Suivi / évaluation du programme (revue, supervision) au niveau des 5 sites de surveillance	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)

2.2.4. *Principes directeurs*

Quelques principes directeurs ont été identifiés comme étant au cœur du cadre de coordination pour permettre la réalisation des objectifs nationaux du nouveau plan stratégique MTN :

- Transparence et responsabilité
- Représentation multisectorielle en impliquant toutes les parties prenantes, équilibrée en nombre et l'expertise (avantage comparatif) pour maintenir l'efficacité.
- Prise de décision collective, résultats partagés et compréhension commune.
- Des conseils d'experts fondés sur des données probantes et des informations sur les meilleures pratiques et les questions à jour sur la coordination des MTN.
- Prise en compte de l'équité et du genre pour assurer une couverture efficace des groupes vulnérables et ceux des régions difficiles d'accès du pays.
- Engagement et participation de la communauté.

2.2.5. Objectifs stratégiques

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux MTN d'ici fin 2030

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

Piliers stratégiques	Objectifs stratégiques
Pilier 1. Accélérer l'action Programmatique	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à l'échelle les paquets de chimiothérapie préventive intégrée. • Renforcer la lutte anti vectorielle intégrée et la prévention de la transmission des MTN visées : • Mettre à échelle les interventions de prise en charge intégrée des maladies spécialement pour la lèpre, le ver de Guinée, la THA, l'Ulcère de Buruli les Leishmanioses, le Pian et la prévention de la Rage Humaine <p><i>Stratégies de lutte contre les MTN évitables par la chimiothérapie préventive de masse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation du personnel socio sanitaire et les relais communautaires • Communication pour le Changement Social et de Comportement (CCSC) • Approvisionnement en médicaments • Campagne de traitement de masse intégré des populations à risque contre les MTN • Suivi/supervision/évaluation des activités • Identification et la prise en charge des complications dues aux MTN • Appui institutionnel. <p><i>Stratégies de lutte contre les MTN à prise en charge des cas (PCC)</i></p> <p>- <i>Stratégies de lutte contre la dracunculose :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une surveillance à base communautaire dans tous les villages endémiques. • Dépistage et isolement des malades • Approvisionnement en eau potable des communautés touchées • Communication pour le Changement Social et de Comportement • Approvisionnement des communautés en matériel de filtration des eaux de boissons • Traitement des sources d'eau avec l'Abate

	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer et promouvoir un cadre intégré de S&E des MTN et améliorer le suivi des MTN dans le cadre des systèmes nationaux d'informations sanitaires ; • Renforcer la surveillance et le riposte des MTN à caractère épidémique en particulier la dengue, la leishmaniose ; • Réaliser des recherches opérationnelles, la documentation et l'exploitation des évidences ; • Etablir un système intégré de gestion des données et appuyer l'analyse d'impact du programme MTN dans le pays ; <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la capacité pour la gestion et la mise en œuvre des programmes en charge des MTN et accélérer l'évaluation du fardeau de la cartographie intégrée des MTN • Renforcer la capacité de stockage et de manutention du magasin central ; • Renforcer la capacité du système de transport des médicaments ; • Renforcer le système de santé en matériels informatiques pour la gestion des données ; • Renforcer la capacité de gestion multisectorielle des données ; • Renforcer la qualité des données MTN dans le DHIS2 ; • Renforcer la communication pour une visibilité des programmes MTN. • Renforcer le système de surveillance en prenant en compte l'ensemble des MTN à CTP
--	--

Pilier 2 : Intensifier les approches transversales	<ul style="list-style-type: none"> • Approvisionner en eau potable les communautés, • Assainir le cadre de vie des populations ; • Renforcer l'intégration des MTN avec les autres secteurs de la santé ; • Faire un contrat de diffusion des messages avec les structures privées de communications ; • Renforcer les capacités des enseignants sur le module intégré MTN et WASH ; • Intégrer le module MTN dans les curricula de formation des écoles fondamentales ; • Intégrer le module MTN dans les curricula des Instituts de Formation des Maîtres (IFM) • Renforcer les connaissances des communautés dans la lutte antivectorielle, • Renforcer les capacités des maçons • Elaborer un plan d'action commun avec les autres secteurs (Education, Elevage, environnement, Hydraulique, transport, travaux publics.....) ; • Faire le plaidoyer auprès des entreprises privées, des associations de la société civile, des radios et TV privés pour leur contribution dans la mise en œuvre des activités MTN ; • Documenter et partager les expériences des bonnes pratiques en matière de lutte contre les MTN ;
---	---

<p>Pilier 3. Modifier le modèle opérationnel et la culture pour faciliter l'appropriation par le pays</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les mécanismes de coordination des programmes de lutte contre les MTN aux niveaux, national, régional et district sanitaire ; • Renforcer et promouvoir le partenariat en vue de la lutte, de l'élimination et de l'éradication des MTN ciblées aux niveaux national, district et au niveau communautaire ; • Favoriser l'analyse de haut niveau de la performance des programmes de lutte contre les MTN, et se servir des leçons apprises pour renforcer le plaidoyer, la sensibilisation et la mise en œuvre ; • Renforcer le plaidoyer, la visibilité et le profil des interventions de lutte, de l'élimination et de l'éradication des MTN à tous les niveaux • Renforcer la collaboration avec les autres secteurs ; • Faire le plaidoyer pour obtenir l'adhésion des autres départements ministériels ; • Mettre en place un cadre d'échange pour faciliter la mise en œuvre des activités transfrontalières (OOAS) ; • Faire un contrat de diffusion des messages avec les structures privées de communications ; • Renforcer la capacité des chirurgiens ophtalmologues dans la prise en charge des complications du trachome ; • Renforcer les capacités des prescripteurs et des techniciens de laboratoire ; • Renforcer la capacité du personnel en suivi évaluation (activité TAS) ; • Renforcer les capacités dans la prise en charge des cas de morbidité (lymphœdème, hydrocèle...) de la FL; • Renforcer les capacités des agents des régions, des districts sanitaires sur les formulaires et les indicateurs MTN dans le DHIS2 ; • Renforcer les capacités des agents du secteur privé sur la collecte et l'analyse des données ; • Renforcer les capacités des enquêteurs du programme sur l'utilisation de tropical data • Améliorer la communication et la sensibilisation au niveau communautaire pour réussir à éliminer les MTN endémiques. • Encourager la participation de la communauté et l'appropriation du programme par la communauté afin que les ressources disponibles soient utilisées de façon optimale. • Renforcer les capacités des agents des structures privées dans les activités de lutte contre les MTN • Renforcer les capacités sur le module intégré MTN et WASH • Renforcer les connaissances des communautés dans la lutte antivectorielle • Intégrer le module MTN dans le cursus de formation des écoles fondamentales • Intégrer le module MTN dans les curricula des Instituts de Formation des Maîtres (IFM)
--	---

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Renforcer les capacités des maçons• Renforcer le système de surveillance en prenant en compte l'ensemble des MTN à CTP |
|--|---|

<p>Pilier 4 Renforcer la mobilisation de ressources et Coordination en vue de l'élimination des MTN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les approches et stratégies de mobilisation des ressources au niveau national, régional et local ; • Renforcer l'intégration et les liaisons du programme MTN avec les plans financiers du niveau sectoriel, du budget National et les mécanismes de financement ; • Elaborer et mettre à jour les politiques nationales de lutte contre les MTN, et préparer les directives et instruments pour orienter efficacement les politiques et la mise en œuvre du programme ; • Faire le plaidoyer auprès des entreprises privées, des associations de la société civile, des radios et TV privés pour leur contribution dans la mise en œuvre des activités MTN • Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières ; • Augmenter les ressources en faveur de la lutte contre les MTN ; • Renforcer le processus de mobilisation des fonds de la ligne budgétaire de lutte contre les maladies ; • Renforcer la mobilisation des fonds sur le budget d'Etat ; • Renforcer les compétences des comptables à l'utilisation de logiciel de gestion financière ; • Réaliser une évaluation du plan stratégique multisectoriel d'élimination/contrôle des MTN 2022- 2026. • Renforcer la collaboration avec les autres secteurs de la santé ; • Renforcer la collaboration avec les autres secteurs
--	--

PARTIE 3

3. MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE : CADRE OPERATIONNEL DE LA LUTTE CONTRE LES MTN

3.1. Coordination			
<p>La coordination étroite avec d'autres domaines de la santé ou programmes connexes, tels que le paludisme, et d'autres secteurs notamment l'eau et l'assainissement, services vétérinaires et l'éducation, est essentielle à la durabilité à long terme. Ces secteurs disposent souvent de ressources et de plateformes et travaillent en étroite collaboration avec les mêmes populations cibles que les PNMTN. En renforçant les partenariats avec les autres secteurs, les PNMTN peuvent intégrer les plateformes de prestations de services, les chaînes d'approvisionnement et la planification en ressources humaines. Ils peuvent également identifier les ressources des secteurs privés et multisectoriels pour accroître la synergie, l'efficacité et la responsabilité en vue du contrôle et de l'élimination des MTN. Les mécanismes de coordination actuels peuvent comprendre des groupes techniques (groupe technique de travail, comités d'experts, ...) chargés de proposer des orientations techniques sur les problèmes posés et comités de coordination chargés de la gouvernance. Ces structures de gouvernance peuvent formaliser les cadres de collaboration entre les parties prenantes (responsabilités pour le TDM contre les Schistosomias/Géo Helminthiases, la lutte anti vectorielle, l'éducation, l'eau et l'assainissement et autres services). En outre, ces mécanismes de coordination doivent être représentatifs du genre et d'autres considérations sociales afin de promouvoir l'équité dans le domaine de la santé.</p>			
<p>3.1.1 Coordination intra sectorielle (dans le ministère de la santé) : Existence d'un organe de gouvernance fonctionnel et diversifié des MTN doté de l'autorité appropriée pour intégrer les MTN dans les différents programmes du ministère de la santé</p>			
Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources nécessaires
PNMTN : Renforcer le cadre de collaboration avec les autres domaines de la sante	Organiser une réunion semestrielle avec le programme paludisme et nutrition	2022-2026	Humaines (PNMTN, PNLP, Nutrition) Matérielles et Financières
	Organiser une rencontre semestrielle entre les PNMTN et la PPM pour étudier la faisabilité de commande et d'approvisionnement du pays via le circuit PPM en médicament et intrant MTN	2023-2025	Humaines (PPM, PNMTN, DGSHP) Matérielles, financières
<p>3.1.2 Coordination intersectorielle (coordination du ministère de la santé avec autres entités publiques) : Les PNMTN sont en mesure de s'associer stratégiquement avec divers acteurs du secteur public en dehors du ministère de la santé,</p>			
Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources nécessaires
PNLSH: Tenir régulièrement des réunions de coordination,	Organiser des réunions trimestrielles pour des activités SCH/GéoH avec l'ensemble des autres secteurs et partenaires	2022-2026	Humaines (Programme SCH, DRS, PNMTN, les Experts internationaux et les autres secteurs) Matérielles, Financières

PNLSH : Elaborer un plan d'action SCH/GéoH impliquant les autres secteurs (Education, Elevage, environnement, Eau, transport, travaux publique.....)	Organiser un atelier d'élaboration du plan d'action SCH/GéoH avec les autres secteurs	2022-2026	Humaines (Programme SCH, PNMTN, les Experts internationaux et les autres secteurs) Matérielles, Financières
	Organiser un atelier de validation technique et dissémination du plan d'action SCH/GéoH avec les autres secteurs	2022-2026	Humaines (Programme SCH, PNMTN, les Experts internationaux 1 représentant cabinet du MSDS, DGSHP, SDLM, et les autres secteurs) Matérielles, Financières
PNLO : Intégrer les activités avec les autres secteurs	Renforcer le cadre de concertation entre le PNLO et les secteurs de l'agriculture, de l'éducation, l'environnement, l'élevage et l'hydraulique	2022-2026	Humaines (PNLO, PNMTN, DGSHP, SDLM, les autres secteurs et partenaires) Matérielles, Financières
	Tenir une réunion semestrielle avec les représentants du cadre de concertation	2022-2026	Humaines (PNLO, PNMTN, DGSHP, SDLM, les autres secteurs et partenaires) Matérielles, Financières
PNMTN : Tenir régulièrement des réunions de coordination multisectorielle	Tenir 4 réunions du comité technique de coordination multisectorielle des MTN à CTP/an	2022-2026	Humaines, Matérielles et Financières
	Tenir 2 réunions du comité de pilotage de la coordination multisectorielle des MTN à CTP/an	2022-2026	Humaines, Matérielles et Financières
PNMTN : renforcer la collaboration avec les autres secteurs	Tenir une réunion semestrielle avec l'ensemble des intervenants du secteur EHA	2022-2026	Humaines (PNSO, PNMTN, DGSHP, SDLM, les autres secteurs et partenaires) Matérielles, Financières
	Tenir une réunion semestrielle avec les intervenants des secteurs de l'Education et de l'Elevage.	2022-2026	Humaines (PNSO, PNMTN, DGSHP, SDLM, les autres secteurs et partenaires) Matérielles, Financières
3.1.3 Partenariats public-privé : Existence et utilisation d'une stratégie de partenariat pour impliquer les différentes parties prenantes hors du gouvernement			
Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources Nécessaires
PNMTN : Faire le plaidoyer auprès des entreprises privées, des associations de la société civile, des radios et TV privées pour leur			
	Organiser deux journées de plaidoyer à l'endroit des entreprises privées des associations de la société civile pour leur	2023	Humaines (DGSHP, PNMTN, CNIACS, PTF, et les autres secteurs) Matérielles et Financières

contribution dans la mise en œuvre des activités MTN	contribution dans la mise en œuvre des activités MTN		
	Organiser une journée de plaidoyer à l'endroit des radios et TV et autres réseaux de communications pour contribution dans la mise en œuvre des activités MTN	2023	Humaines (DGSHP, PNMTN, CNEICS, PTF, et les autres secteurs) Matérielles et Financières
	Faire le suivi des engagements /recommandations issues de la journée plaidoyer	2023	Humaines (DGSHP, CNEICS, PNMTN), Matérielles, Financières
PNMTN : Renforcer la capacité technique et matériels, la collaboration avec les établissements de santé privée	Organiser deux sessions de formation à l'endroit de 30 établissements de santé privée/an dans le district de Bamako	2022-2025	Humaines (DGSHP, PNMTN), Matérielles, Financières
	Organiser deux sessions de formation à l'endroit de 150 établissements de santé privée/an au niveau des districts sanitaires des régions administratives	2022-2025	Humaines (DGSHP, PNMTN), Matérielles, Financières

3.2. Politiques et Planification

Dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques, les ministères en charge de la santé et de l'éducation doivent intégrer et institutionnaliser les plateformes de prestations de services, la gestion de la morbidité, les mécanismes de la chaîne d'approvisionnement ainsi que la formation et la surveillance dans les politiques et plans d'actions du secteur de la santé et de l'éducation. Par exemple, les nouveaux plans stratégiques du secteur de la santé devraient tenir compte des plans directeurs préexistants de lutte contre les MTN pour assurer l'alignement et prendre en compte les nouvelles tendances épidémiologiques et démographiques ainsi que les approches de contrôle et d'élimination. Les politiques devraient fournir la preuve que le contrôle et l'élimination des MTN sont liés aux stratégies de réductions de la pauvreté et contribuent aux objectifs nationaux de développement et d'équité. Les politiques devraient promouvoir et répondre aux besoins de toute la population et promouvoir l'égalité des sexes et l'inclusion sociale.

3.2.1 Stratégies et politiques des PNMTN : Les objectifs programmatiques, opérationnels, financiers et stratégiques concernant la lutte contre les MTN sont énoncés dans le plan directeur MTN du pays

Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources Nécessaires
PNMTN : Elaborer et valider un nouveau plan	Evaluer le plan stratégique de lutte contre les MTN	1er trimestre 2022	Humaines Financières

stratégique 2022-2026	(2017-2021).		
	Organiser un atelier de l'élaboration du nouveau plan stratégique (2022-2026)	2eme trimestre 2022	Humaines Financières Assistance technique
	Organiser un atelier pour la validation technique du nouveau plan stratégique	2eme trimestre 2022	Humaines Financières
	Organiser un atelier de dissémination au niveau des régions administratives et le district de Bamako.	1er trimestre 2022	Humaines Financières
PNMTN : Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières	Organiser un atelier préparatoire d'un jour pour l'élaboration du document de plaidoyer.	2eme trimestre 2022	Humaines Financières
	Organiser une journée de plaidoyer auprès des autorités politiques et des partenaires.	4eme trimestre 2022	Humaines Financières
3.2.2 Stratégies et politiques nationales du secteur de santé : Une bonne coordination existe au sein du ministère en charge de la santé afin de permettre aux PNMTN de fournir des services de prévention et de traitement des MTN financés de manière durable par des programmes de santé traditionnels			
Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources nécessaires
PNMTN : Renforcer l'intégration des MTN avec les autres secteurs de la santé	Tenir une réunion d'échange (élaboration du document, planification et la mise en œuvre) une fois par an entre les secteurs de la santé et les autres secteurs pour renforcer l'intégration avec les MTN au niveau national, régional et district	2022-2026	Humaines, Financières et matériels

PNMTN : Documenter et partager les expériences des bonnes pratiques en matière de lutte contre les MTN	Rédiger un article scientifique sur l'intégration du traitement de masse MTN avec la JNV	2023	Humaines Financières
3.2.3 Stratégies et politiques intersectorielles : Une coordination et une collaboration existent entre les PNMTN et d'autres secteurs pour fournir des services de prévention, de surveillance et de traitement des MTN financés de manière durable par d'autres plateformes sectorielles			
Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources Nécessaires
PNMTN : Faire le plaidoyer pour obtenir l'adhésion des autres départements ministériels	Organiser une journée de plaidoyer à l'endroit des autres départements ministériels	2022-2023	Humaines, Matérielles et Financières
PNMTN : Mettre en place un cadre d'échange pour faciliter la mise en œuvre des activités transfrontalières	Organiser une rencontre transfrontalière annuelle avec les coordinateurs de programmes, les DRS, MCD, les représentants des autres secteurs du Mali et des pays frontaliers	2023-2024	Humaines Financières et matérielles
PNMTN : Faire un contrat de diffusion des messages avec les structures privées de communications	Elaborer les messages de sensibilisation sur les MTN	2023-2026	Humaines et Financières et matérielles
	Etablir un contrat annuel de partenariat avec les deux principales compagnies de téléphonie mobile (Orange et MoovAfrica)	2023-2026	Humaines et Financières et matérielles
	Diffuser les messages (Radio ; Tv et réseaux sociaux) de sensibilisation sur les MTN	2022-2025	Humaines Matérielles Financières

3.3. Capacités opérationnelles

L'intégration des ressources humaines, pharmaceutiques et de la surveillance des MTN dans le système national renforce la durabilité du programme de MTN. Chacune de ses ressources nécessite la capacité de prévoir les besoins et de gérer les programmes pour assurer des services de haute qualité et la surveillance des maladies. Les ressources humaines telles que les médecins, les pharmaciens, les infirmiers, les agents de l'assainissement, les enseignants et les autres agents de santé communautaire, ont un rôle essentiel à jouer dans l'offre de services liés aux MTN et leurs capacités doivent être renforcées. Les systèmes de don, d'achat, et de distribution des médicaments utilisés dans la lutte contre les MTN devraient être entièrement détenus par le gouvernement et intégrés au schéma directeur d'approvisionnement pharmaceutique y compris la quantification, l'approvisionnement, l'entreposage, la distribution et l'utilisation pour atteindre l'objectif de contrôle et/ou l'élimination. Les coordinateurs des programmes de MTN devraient être en mesure de recevoir les demandes de médicaments MTN du niveau international et de prévoir en temps opportuns les demandes de médicaments et de les soumettre aux programmes mondiaux de dons. Enfin, le ministère de la santé doit avoir la capacité de suivre et d'évaluer régulièrement les programmes de lutte contre les MTN.

3.3.1 Ressources humaines et alignement avec les besoins des PNMTN (dans le système de santé) : Degré auquel les MTN sont prises en compte lors de la planification des besoins nationaux au sein du système de santé

Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources nécessaires
PNSO : Renforcer la capacité des chirurgiens ophtalmologues dans la prise en charge des complications du trachome	Organiser deux ateliers de mise à niveau des chirurgiens ophtalmologues/an (HEADSTART)	2022-2025	Humaines (PNSO, PNMTN, DRS) Matérielles et Financières
	Organiser deux ateliers de formation des formateurs dans deux régions administratives sur les soins oculaires de bases (SOB)/an	2022-2025	Humaines (PNSO, PNMTN, DRS) Matérielles et Financières
	Organiser 16 sessions de formations/an (une session par district) dans les deux régions administratives formées	2022-2025	Humaines (PNSO, PNMTN, DRS) Matérielles et Financières
PNLSH : Renforcer les capacités des prescripteurs et des techniciens de laboratoire	Organiser 11 sessions de formation (une session par région administrative et le district de Bamako) à l'endroit des techniciens des districts sanitaires sur l'identification des schistosomes des géo-helminthes et des mollusques	2022-2023-2024	Humaines (PNLSH, PNMTN, DGSHP, INSP, DRS) Matérielles et financières
	Organiser 11 sessions de formation (une session par	2022-2023-2024	Humaines (PNLSH, PNMTN, DGSHP,

	région administrative et le district de Bamako) sur le diagnostic et la prise en charge à l'endroit des prescripteurs basés au niveau des districts sanitaires		INSP, DRS) Matérielles et Financières
	Doter les 75 districts sanitaires en équipements (microscopes) et les produits consommables (réactifs, lame, lamelles etc...) dans le cadre du suivi des schistosomiasés et les géo- helminthiases	2022-2023-2024	Humaines Matérielles et Financières
PNLO : Renforcer les capacités des techniciens de laboratoires	Organiser 2 sessions de formation au niveau national des techniciens de laboratoire/chercheurs dans l'identification des simulies avant le test PCR	2022-2025	Humaines (PNLO, PNMTN, DGSHP, DRS) Matérielles et Financières
	Organiser 2 sessions de formation des laborantins/chercheurs en technique d'ELISA et de PCR pour l'onchocercose	2022-2025	Humaines Matérielles et Financières
PNEFL : renforcer la capacité du personnel en suivi évaluation (activité TAS),	Organiser 9 sessions de formation des directeurs techniques des CSCOMs (DTC) au niveau des chefs lieu de régions des unités d'évaluations dans la mise en œuvre du protocole TAS de Gao (2), Tombouctou (3), Kidal (1), et Mopti (3)	2022-2023-2024-2025	Humaines Matérielles et Financières
PNEFL : Renforcer les capacités dans la prise en charge des cas des morbidités (lymphœdème, hydrocèle...) de la FL	Organiser 4 sessions de formation /an des DTC, médecins chefs, malades et accompagnants dans la prise en charge des lymphœdèmes	2022-2023-2024-2025	Humaines (PNEFL, PNMTN, DGSHP, DRS) Matérielles et Financières
	Doter 200 patients en kits (bassins, seau, serviette, savon, chaussures,	2022-2023-2024-2025	Humaines Matérielles et Financières

	médicaments...) de prise en charge des lymphœdèmes		
	Organiser 1 session de mise à niveau / formation/an des chirurgiens et des anesthésistes des districts sanitaires sur la nouvelle technique de cure d'hydrocèle	2022-2023-2024-2025	Humaines Matérielles et Financières
CDPFIS : Renforcer les capacités des agents des régions, des districts sanitaires sur les formulaires et les indicateurs MTN dans le DHIS2	Organiser 3 sessions de formation des points focaux MTN des DRS et des DS (Tombouctou, Gao, Ménaka, Taoudénit)	2022-2023	Humaines (CDPFIS, DRS)
	Mettre à niveau des points focaux MTN et chargé de SIS sur les formulaires et indicateurs MTN dans le DHIS2 des régions de Kayes Koulikoro, Ségou, Sikasso et Mopti	2023-2024	Humaines (CDPFIS, DRS)
	Doter les points focaux MTN en ordinateurs portables et connexion internet au niveau de toutes les DRS (11) et DS (75).	2023-2024	Humaines Matérielles Financières
	Doter 3 agents du CDPFIS en ordinateurs portables et connexion internet.	2023	Humaines Matérielles Financières
CDPFIS : Renforcer les capacités des agents du secteur privée de santé sur la collecte et l'analyse des données	Former 200 structures privées de santé sur la collecte et l'analyse des données dans le DHIS2	2022-2023-2024-2025	Humaines Matérielles Financières
PNSO : Renforcer les capacités des enquêteurs du programme sur l'utilisation de tropical data	Organiser 1 session de formation de 50 enquêteurs à l'utilisation de Tropical Data pour l'enquête de prévalence post validation du trachome dans 3 districts sanitaires	2023-2024-2025	Humaines Matérielles Financières
PNMTN : Renforcer les capacités des agents de santé des structures privées dans les activités	Former les agents de structure de santé privée au cours des formations en cascade pour le traitement	2022, 2023, 2024, 2025, 2026	Humaines Financières

de lutte contre les MTN	de masse		
	Former les agents de santé des structures privées sur le diagnostic et la prise en charge des cas des morbidités liées aux MTN	2023, 2024, 2025, 2026	Humaines Financières
3.3.2 Ressources humaines et alignement avec les besoins des PNMTN (hors du système de santé) : Degré auquel les MTN sont prises en compte lors de la planification des besoins nationaux hors du système de santé			
Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources nécessaires
PNMTN : Renforcer les capacités des agents de santé et autres secteurs sur le module intégré MTN et WASH	Organiser un atelier de l'élaboration d'un module de formation intégré WASH/MTN/notion de base sur l'entomologie	2022-2023	Humaines (DNH, DNACPN, Education, Santé) Matérielles Financières
	Organiser un atelier pour la validation technique du module de formation intégré WASH/MTN	2022-2023	Humaines Matérielles Financières
	Organiser 2 sessions de formation des formateurs régionaux par académie d'enseignement au module intégré WASH et MTN	2022-2023	Humaines Matérielles Financières
	Organiser 20 sessions de formation des enseignants (une session par académie) au module intégré WASH et MTN /an	2022-2025	Humaines Matérielles Financières
	Organiser 3 sessions de formation des Associations des Mères d'Elèves (AME) des Comités de Gestion Scolaire (CGS) et des parents d'élèves (APE) par an et par académie d'enseignement au module intégré WASH et MTN	2022-2023- 2024-2025	Humaines Matérielles Financières
PNMTN : Renforcer les connaissances des communautés dans la lutte antivectorielle	Organiser 3 sessions d'information de 1 jour axées sur la lutte anti vectorielle à l'endroit des leaders communautaires, des associations féminines et autres associations faitières /an et par DS	2022-2023- 2024-2025	Humaines Matérielles Financières
PNMTN : Intégrer le	Organiser un atelier	2022-2023	Humaines Matérielles et

module MTN dans le cursus de formation des écoles fondamentales	d'identification des thèmes MTN à intégrer dans les curricula du fondamental		Financières
	Organiser un atelier pour l'analyse des programmes d'enseignement fondamental en lien avec les MTN et l'intégration des thèmes identifiés dans lesdits programmes	2022-2023	Humaines Matérielles et Financières
	Organiser un atelier de validation des programmes intégrés de l'enseignement fondamental (EF)	2022-2023	Humaines Matérielles et Financières
	Organiser un atelier d'élaboration d'un guide d'utilisation des programmes intégrés de (EF)	2022-2023	Humaines Matérielles et Financières
	Organiser un atelier de validation du guide d'utilisation des programmes de (EF)	2022-2023	Humaines Matérielles et Financières
	Organiser une session de formation des formateurs nationaux sur le guide élaboré prenant en compte l'intégration des MTN des programmes de l'EF	2022-2023	Humaines Matérielles et Financières
	Organiser 6 sessions de 5 jours de formation des formateurs régionaux sur le guide élaboré prenant en compte l'intégration des MTN dans les curricula de formation de l'EF	2022-2023	Humaines Matérielles et Financières
	Organiser une session de formation des enseignants par académie à l'utilisation du guide prenant en compte l'intégration des MTN dans les programmes de l'EF	2022-2023-2024-2025	Humaines Matérielles et Financières
Intégrer le module MTN dans les curricula des Instituts de Formation des Maîtres (IFM)	Organiser un atelier pour l'identification des thèmes MTN à intégrer dans les curricula des Instituts de Formation des Maîtres (IFM)	2022-2023	Humaines Matérielles et Financières
	Organiser un atelier pour	2022-2023	Humaines Matérielles et

	l'analyse des curricula des IFM en lien avec les MTN et l'intégration des thèmes identifiées dans les curricula de formation des maîtres		Financières
	Organiser un atelier validation des curricula intégrés des (IFM)	2022-2023	Humaines Matérielles et Financières
	Organiser un atelier d'élaboration du guide d'utilisation des curricula intégrés (IFM)	2022-2023	Humaines Matérielles et Financières
	Organiser un atelier de validation du guide d'utilisation des curricula intégrés (IFM)	2022-2023	Humaines Matérielles et Financières
	Organiser une session de formation des formateurs régionaux à l'utilisation du guide prenant en compte l'intégration des MTN dans les curricula de formation de l'IFM	2023	Humaines Matérielles et Financières
	Organiser 2 sessions de formation des enseignants des IFM sur l'utilisation du guide prenant en compte l'intégration des MTN dans les curricula de formation/an	2023	Humaines Matérielles et Financières
PNSO : Renforcer les capacités des maçons	Organiser 4 sessions de formation de 50 maçons locaux par session sur la production des dalles Sanplats	2023-2025	Humaines Matérielles et Financières
3.3.3 Surveillance : Utilisation d'un système de surveillance pour déterminer la prévalence et l'incidence des maladies			
Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources nécessaires
PNMTN : Renforcer le système de surveillance en prenant en compte l'ensemble des MTN à CTP	Organiser un atelier d'élaboration du plan de surveillance intégré des MTN à CTP	2024	Humaines Matérielles Financières
	Organiser un atelier de validation technique et de dissémination du plan de surveillance intégré des	2024	Humaines Matérielles Financières

	MTN à CTP		
	Réaliser une enquête de prévalence du trachome folliculaire dans 3 districts sanitaires tous les deux ans pour la surveillance post validation.	2023-2025	Humaines Matérielles Financières
	Réaliser l'enquête d'évaluation de la transmission de la Filariose Lymphatique (TAS2) dans les régions de Gao, Kidal, Ménaka	2023	Humaines Matérielles Financières
	Réaliser l'enquête d'évaluation de la transmission de la Filariose Lymphatique (TAS3) dans les régions de Gao, Kidal, Ménaka, Mopti	2025	Humaines Matérielles Financières
	Réaliser l'enquête d'évaluation de la transmission de la Filariose Lymphatique (TAS3) dans la région de Tombouctou	2023	Humaines Matérielles Financières
	Réaliser l'évaluation entomologique de la Filariose Lymphatique dans les DS où la prévalence était élevée à la cartographie et des cas positifs pendant les TAS (Bougouni, Kolondieba, Yanfolila, Koutiala, Kolokani, Sélingué, Yorosso, Sikasso, Commune 2, Niono, Tominian)	2024-2025	Humaines Matérielles Financières
	Réaliser les enquêtes d'impact de schistosomiasis dans 10 districts sanitaires par an	2023- 2024-2025	Humaines Matérielles Financières
	Réaliser les enquêtes de surveillance des Géo helminthiases dans les 10 districts sanitaires où la prévalence était supérieure à 20% à la cartographie de base	2023- 2024-2025	Humaines Matérielles Financières
	Réaliser des enquêtes	2022-2024	Humaines Matérielles

	entomologiques pour l'arrêt du traitement de masse contre l'onchocercose dans les zones de transmission opérationnelles (ZTO)		Financières
	Réaliser des enquêtes épidémiologiques pour l'arrêt du traitement de masse contre l'onchocercose dans les zones de transmission opérationnelles (ZTO)	2023-2024-2025-2026	Humaines Matérielles Financières
	Réaliser des enquêtes entomologiques post arrêt traitement de masse contre l'onchocercose dans les zones de transmission opérationnelles (ZTO)	2024-2025	Humaines Matérielles Financières
	Réaliser des enquêtes épidémiologiques post arrêt du traitement de masse contre l'onchocercose dans les zones de transmission opérationnelles (ZTO)	2024-2025	Humaines Matérielles Financières
	Réaliser des enquêtes épidémiologiques pré arrêt du traitement de masse (MDA) dans la zone de transmission opérationnelle KA05 qui a échoué à l'enquête pré arrêt du traitement de masse (Kénieba, Sagabari, Kita et Bafoulabé).	2024-2025	Humaines Matérielles Financières

3.3.4 Chaîne d'approvisionnement : Processus et système utilisés pour prévoir les besoins en médicaments et minimiser les ruptures de stock

Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources nécessaires
PNMTN : Renforcer la capacité de stockage et de manutention du magasin central	Doter le magasin central en matériel de manutention par l'achat de 4 chariots et 2 échelles	2023	Humaines (PNMTN, DGSH) Matérielles, financières
	Aménager le magasin central par l'installation d'aération, climatisation et d'étagères	2023	Humaines (PNMTN, DGSH) Matérielles, financières
PNMTN : Renforcer la capacité du système de transport des	Acheter 1 camion pour le transport des médicaments et intrants MTN	2024	Humaines (PNMTN, DGSH) Matérielles, financières

médicaments			
-------------	--	--	--

3.4. Systèmes d'Information			
<p>Les systèmes nationaux d'information devraient intégrer les indicateurs des MTN dans les systèmes de gestion des données de routine, y compris la surveillance et le recueil des données sensibles, désagrégées au genre par sexe et par âge. L'intégration des systèmes cloisonnés de collecte et de gestion de données sur les MTN dans les systèmes de gestion de l'information sanitaire existants garantit que les données sur les MTN sont collectées, analysées et rapportées comme les autres informations de santé, y compris la collecte de données auprès de prestataires privés. Ces données doivent être communiquées au niveau de l'établissement et du district et doivent être aussi disponibles à ces fins pour améliorer la planification et l'allocation des ressources.</p>			
3.4.1 Intégration des indicateurs des MTN dans le système national d'information sanitaire (SNIS) : Mesure dans laquelle les domaines liés aux MTN sont inclus dans SNIS et les politiques existantes pour l'utilisation de ces indicateurs			
Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources nécessaires
Renforcer le système de santé en matériels informatiques pour la gestion des données	Doter les points focaux MTN des 75 districts sanitaires, les points focaux MTN des 11 DRS les 4 coordinateurs MTN, 10 agents CDPFIS et 200 structures privées en matériels informatiques (300 ordinateurs et connexion internet) pour la saisie et la gestion des données	2022-2023	Financières, Matérielles
Renforcer la qualité des données MTN dans le DHIS2	Organiser une session de revue trimestrielle au niveau des districts couplé aux revues des données du paludisme, VIH, TB	2022-2023-2024-2025-2026	Matériels, financières et humaines
Renforcer la communication pour une visibilité des programmes MTN	Produire annuellement des bulletins d'information MTN	2023-2024-2025	Matériels, financières et humaines
3.4.2 Suivi et évaluation (S&E) : Existence et utilisation d'indicateurs de S&E pour évaluer la performance des PNMTN			
Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources nécessaires
Renforcer le système d'information des données des MTN de l'ensemble des secteurs y compris la santé	Organiser un atelier de 4 jours de monitoring des données MTN de l'ensemble des secteurs	2023-2024-2025	Matériels, financières et humaines
	Organiser un atelier de 5 jours de paramétrage dans DHIS2 et des indicateurs clés des autres secteurs (Environnement, élevage, éducation, nutrition, santé de la reproduction, agriculture, paludisme...) en relations avec les MTN	2023	Matériels, financières et humaines
Renforcer la capacité de gestion multisectorielle des données	Organiser un atelier de concertation sur l'intégration des différents outils de gestion des données des autres secteurs en dehors de la santé et le DHIS2	2023	Humaines, Matérielles et Financières

Soumettre les dossiers d'élimination	Organiser un atelier de finalisation du dossier d'élimination du trachome.	2022	Humaines
	Organiser un atelier de développement du dossier d'élimination de la filariose lymphatique ;	2023	Humaines Financières
	Recruter un consultant pour la finalisation de la rédaction du dossier d'élimination de la FL	2024-2026	Humaines Financières
<p>3.5. Gestion de données : Mesure dans laquelle les systèmes d'information existent et répondent aux besoins des PNMTN tout en respectant les normes pertinentes de sécurité des données et de confidentialité des patients</p>			
Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources nécessaires
PNMTN : Renforcer la saisie des données dans le DHIS2	Organiser 1 session de saisie des données dans le DHIS2 par district sanitaire une fois par an	2022-2026	Matériels, financières et humaines

<p>3.6. Services</p>			
<p>Les TDM font partie d'un programme de santé publique solide pour atteindre et maintenir le contrôle des SCH et des GéoH. La coordination intersectorielle entre les secteurs de la santé et de l'éducation jouera un rôle déterminant dans la réalisation à long terme du TDM de SCH/ GéoH. Pour soutenir les interventions de déparasitage, le gouvernement devrait les intégrer dans le paquet de services de base et les fournir via les plateformes existantes. En plus, le ministère de la santé devrait identifier des mécanismes pour atteindre les individus ou les groupes cartographiés par le TDM. Dans le cadre d'un programme complet de lutte contre les MTN, la prestation de services en établissement pour lutter contre les morbidités dues à la Filariose lymphatique et au Trachome devraient être inclues.</p>			
<p>3.6.1 Services basés sur les établissements de santé : Degré auquel les services de prévention des MTN et de gestion de la morbidité sont fournis au sein du système de santé</p>			
Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources nécessaires
Renforcer la capacité des agents de santé communautaire	Organiser une session de dissémination du module révisé des agents de santé communautaires dans les régions administratives et le district de Bamako	2023-2024-2025	Humaines, Matérielles et Financières
<p>3.6.2 Services intégrés : Degré auquel les services de prévention des MTN et de gestion de la morbidité sont délivrés en dehors du système de santé</p>			
Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources nécessaires
Renforcer la communication pour la lutte contre les MTN	Organiser 20 sessions de formation des hommes de média sur les mesures de lutte contre les MTN dans les régions	2023, 2024, 2025	Humaines, Matérielles et Financières

Renforcer l'accès en eau potable	Réaliser 10 forages du système d'hydraulique villageois amélioré (SHVA) équipé par an dans les régions	2023, 2024, 2025, 2026	Humaines Matériels Financières
3.7. Surveillance des MTN : Degré d'intégration de la surveillance des MTN dans tous les programmes et services à tous les niveaux			
Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources nécessaires
Renforcer la capacité des agents de santé pour le diagnostic biologiques et parasitologiques	Organiser des sessions de formation en cascade des techniciens de laboratoire des districts sanitaires, cliniques privées et des CSCOMs sur le diagnostic parasitologique des schistosomiases, des vers intestinaux, onchocercoses et la filariose lymphatique	2023, 2024, 2025, 2026	Humaines, Matérielles et Financières
Renforcer la capacité des agents de santé en soins de santé oculaire de base	Organiser 11 sessions de Formation en soins de santé oculaire de base des agents de santé des structures sanitaires publiques, parapubliques, privées, infirmerie des garnisons, confessionnelles.	2023, 2024, 2025, 2026	Humaines, Matérielles et Financières

4. FINANCEMENT

<p>Les budgets publics ont besoin de plus de ressources intérieures pour répondre aux besoins des programmes à long terme. Cette situation nécessite que les responsables de la santé et d'autres parties prenantes utilisent les données financières et programmatiques pour plaider en faveur des ressources gouvernementales pour les MTN et pour démontrer la rentabilité et l'impact sur la santé. Le financement des MTN doit être intégré dans les mécanismes de gouvernance de la santé aux niveaux national et décentralisé pour garantir que ces fonds soient débloqués et dépensés pour une programmation des stratégies de lutte contre les MTN de haute qualité, efficace et équitable. Les dépenses doivent être comptabilisées de manière transparente par rapport aux résultats programmatiques pour les MTN</p>			
<p>4.1 Analyse des besoins financiers : Utilisation par les PNMTN d'outils (TIPAC ou autre) pour l'analyse financière</p>			
Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources nécessaires
Renforcer l'utilisation de l'outil TIPAC pour la revue annuelle des données financières	Organiser chaque année un atelier de mise à jour et d'analyse des données dans TIPAC	2022-2023-2024-2025-2026	Humaines Matérielles, financières
<p>4.2 Budget indépendant et dédié aux PNMTN par le gouvernement : Existence d'une ligne budgétaire financée de manière durable pour les MTN dans le budget national</p>			
Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources nécessaires
Augmenter les ressources en faveur de la lutte contre les MTN	Elaborer un plan de plaidoyer en faveur d'une ligne budgétaire pour les MTN sur le budget d'Etat	2022-2023	Humaines Matérielles, financières
	Organiser 3 sessions de plaidoyer pour la mobilisation des fonds auprès des départements ministériels concernés (santé, finances et les politiques)	2022-2023-2024-2025	Humaines Matérielles, financières
Renforcer le processus de mobilisation des fonds de la ligne budgétaire lutte contre les maladies	Inscrire les activités MTN dans le Plan Opérationnel (PO) du MSDS sur financement du budget d'Etat	2022-2023-2024-2025-2026	Humaines Matérielles, financières
<p>4.3 Gestion financière : Existence et utilisation des systèmes et des méthodes de gestion des opérations financières</p>			
Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources nécessaires
Renforcer les compétences des comptables à l'utilisation de logiciel de gestion financière	Organiser une session de formation des comptables sur les logiciels de gestion financière par an	2023-2024-2025	Humaines Matérielles, financières
<p>4.4 Projections budgétaires pluriannuelles : Degré de priorisation nationale du budget pour l'élimination et le contrôle des MTN</p>			

Objectif stratégique	Activités stratégiques	Durée	Ressources nécessaires
Réaliser une évaluation du plan stratégique multisectoriel d'élimination/contrôle des MTN 2022-2026	Organiser deux (2) évaluations : 1 à mi-parcours et 1 finale du plan stratégique d'élimination des MTN	2024 et 2026	Humaines Matérielles, financières

5. **VERS LA DURABILITE DES PROGRAMMES** : *intensification de la coordination et des partenariats*

Selon la feuille de route de l’OMS, la réalisation des cibles 2030 en matière de MTN nécessitera une coordination entre les secteurs et programmes périphériques, tant dans le domaine de la santé qu’au-delà, dans le cadre du réseau MTN dans son ensemble. Des secteurs tels que la lutte antivectorielle et l’EHA (WASH) apportent une contribution essentielle aux progrès en matière de lutte contre les MTN, et une collaboration plus efficace peut accélérer et soutenir les progrès vers l’élimination et le contrôle des maladies. Grâce à la collaboration, les MTN peuvent bénéficier des ressources et des activités d’autres secteurs. Une coordination efficace peut également minimiser les activités faisant double emploi. Par exemple, une lutte harmonisée contre les vecteurs du paludisme et de la filariose lymphatique peut réduire le chevauchement des initiatives dans les pays où ces deux maladies sont endémiques.

Le Mali a mis en œuvre un programme intégré de lutte contre les MTN depuis 2007, intégrant les efforts de solides programmes verticaux spécifiques aux maladies avec des stratégies d'élimination bien établies pour la filariose lymphatique (FL), l'onchocercose (OV), le trachome (TR), et des helminthes transmissibles par le sol (GéoH) ainsi que des stratégies de contrôle de la schistosomiase (SCH). Le Ministère de la Santé et du Développement Social (MSDS) s'est attaché à cibler ces cinq MTN par le biais de quatre programmes verticaux : le Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique (PNEFL), le Programme National de lutte contre l'Onchocercose (PNLO), le Programme National de lutte contre les Schistosomiasés et les Géo helminthiasés (PNLSH) et le Programme National de Santé Oculaire (PNSO).

Un atelier tenu en décembre 2020 dans la salle de conférence du centre ABBE DAVID de Sébénikoro, a permis l’élaboration d’une feuille de route pour la coordination intersectorielle pour l’élimination et le contrôle des maladies tropicales négligées au Mali. Les participants ont regroupé les représentants du Ministère de la Santé et du développement Social, les représentants des départements ministériels (Education nationale, Elevage et pêche, Energie, Eau et Environnement) et les Partenaires Techniques et financiers intervenant dans la lutte contre les MTN. L’examen **de**

la cartographie des parties prenantes et l'analyse des barrières a servi de référence pour la rédaction de la feuille de route.

Un atelier de Validation en avril 2021 a finalisé le plan de travail et des TDRs pour soutenir la mise en place de la plateforme de Coordination Intersectorielle. Ainsi la décision N°001343/MSDS-SG DU 23 AOUT 2021, formalise le comité technique de coordination multisectoriel ainsi que le comité de pilotage. Après le lancement en décembre 2021, le comité technique a pu tenir ses 4 rencontres trimestrielles en 2022, alors que le comité de pilotage ne s'est pas encore rencontré.

Entité	Composition	Mandat
Le comité de pilotage		
Fréquence des réunions : 2/an Présidence : Ministre de la santé	Voir décision N°001343/MSDS-SG DU 23 AOUT 2021 (Cf. annexe)	-Renforcer la collaboration et la coordination entre les différents secteurs -soutenir le plaidoyer pour la mobilisation des ressources -Valider les documents soumis par le comité technique Prendre les décisions (arrêt ou poursuite des TDM, évaluations et surveillance)
Secrétariat : Directeur Général de la santé et de l’hygiène publique		
Le comité technique de coordination multisectoriel		
Fréquence des réunions : 1/trimestre Présidence : Directeur Général de la santé et de l’hygiène publique	Voir décision N°001343/MSDS-SG DU 23 AOUT 2021 (Cf. annexe)	-Elaboré le plan stratégique et les plans opérationnels -Mettre en œuvre les plans -Assurer le suivi/évaluations des plans -Prendre des décision (planification des activités, choix des stratégies d’interventions) -Contribuer à l’élaboration du plan de communication -Mettre en œuvre le plan de communication -Assurer le suivi/évaluation du plan de communication -Elaborer les rapports -Disséminer les rapports validés
Secrétariat : Sous-Directeur de la lutte contre la maladie		

Tableau XX: Composition et mandat - Mécanisme de coordination du programme

Mécanisme de coordination de multisectorialité et intégration

Mutualisation des ressources (M, H, F)

Débuté en 2007, le pays est l'un des premiers à bénéficier de la stratégie « Fast-Track » de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID).

En 2009 le pays disposait d'une cartographie complète de toutes les MTN à chimiothérapie préventive ;

Elaboration et mise en œuvre de 3 plans stratégiques (2007-2011 ; 2012-2017 ; 2017-2021)

Le quatrième plan (2022 – 2026) dans le cadre de la multisectorialité et en faveurs de la durabilité est en cours de validation.

La mise en œuvre et le suivi- évaluation de ce plan impliquent plusieurs entités au niveau national réunis autour d'un comité de pilotage et d'un comité technique de coordination :

Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique/Sous-Direction Prévention et Lutte contre la Maladie/ Sous-Direction Hygiène Publique et Salubrité/ Sous-Direction Nutrition/CDPFIS/ CНИЕCS

Programmes nationaux : PNSO, PNEFL, PNLO, PNLSH, PNLL, PNEVG, PNLTHA, Programme de Lutte Bucco-dentaire et Noma (PLBDN)

Autres secteurs (Education, service vétérinaire, Hydraulique, Assainissement, Agriculture, élevage, Développement Social, promotion de la femme de l'enfant et de la famille, communication (la presse).

Partenaires techniques et financiers : OMS, USAID, Helen Keller INTL, World Vision, Sightsavers, Banque Mondiale, PSI, les Institutions de recherches etc.

Les directions régionales de la santé et les districts sanitaires sont chargés de l'opérationnalisation du plan, avec la participation de la communauté dans les aires de santé, les villages et les fractions.

Justification du traitement de masse intégré des MTN :

- Existence de cadre idéal de concertation et d'intégration au niveau national pour l'ensemble des programmes impliqués dans la lutte contre les MTN à chimiothérapie préventive ;
- Chevauchent des zones d'endémicité* ; Intégration des activités de lutte contre les MTN dans le PMA des CSCOM ; Possibilité de la co- administration de l'ivermectine et de l'albendazole pour traiter à la fois la FL, l'onchocercose et les vers intestinaux ;
- Mêmes communautés bénéficiaires des prestations des quatre programmes en charge des MTN.

Stratégies:

- Approvisionnement des structures en médicaments ;
- Formation du personnel (niveau régional, niveau district et relais) ;
- CCC (Lancement, Production et diffusion de bande annonce, production de pagnes,) ;
- Campagnes de traitement de masse (centre fixe, stratégie avancée et équipe mobile) ;
- Suivi/Supervision/Evaluation ;
- Renforcement du partenariat (existence de partenaires qui accompagnent les programmes) ;
- Collaboration multisectorielle ;
- Collaboration transfrontalière ;
- Appropriation du système par l'Etat /Intégration dans le système de santé ;
- Elaboration d'un document de Politique Nationale MTN ainsi que les directives et les outils ;
- Existence d'un plan pluri annuel intégré d'une durée de cinq ans des MTN CTP et MTN (2017 à 2021) ;
- Intégration des activités de lutte contre les MTN dans le PMA des CSCOM et des relais communautaires ;
- Expérience d'intégration : JNV et évaluation TAS - STH ;
- Possibilité d'intégration : lutte anti – vectorielle (assainissement, eau, hygiène, MII).

Expérience d'Intégration des activités promotionnelles (Relais Communautaire) :

- Promotion des pratiques familiales essentielles adoptées au niveau national ;
- Promotion et le suivi de la croissance et les conseils nutritionnels adéquats, le dépistage, la référence et le suivi des cas de malnutrition, de même que l'appui à la stratégie avancée (partage d'informations, référence, recherche active des perdus de vue) ;
- Distribution à Base Communautaire des produits non médicaux et/ou approuvés y compris les contraceptifs ;
- Communication pour le Changement Social de Comportement (CCSC).

Expérience Intégration des activités préventives :

Administration de produits et distribution d'intrants pendant les campagnes de masse (vit A, Vaccin Polio Oral, déparasitant ; Moustiquaires Imprégnées de Longue Durée d'Action, TDM au PZQ, Albendazole, Ivermectine, Azithromycine, Tétracycline, distribution de capsules iodées et de filtres etc.....).

Tableau XXI: Matrice des partenaires

- **Liste des Partenaires habituels des programmes MTN**

Programmes MTN	Partenaires
1. Programme santé oculaire	Sightsavers, OPC, USAID, Helen Keller International, OMS, Centre Carter, Yeux du monde, Croix rouge Suisse/Mali, Fondation Orange, FMED, ITI, World Vision, Water Aid, Lion's Club, Islamic Relief
2. Programme filariose lymphatique	OMS, Alliance Mondiale, USAID, Helen Keller International, End Fund, laboratoire GSK, Merck & Co, Sightsavers, CDC Atlanta
3. Programme Onchocercose	Sightsavers, OPC, OMS USAID, Helen Keller International, OMVS, Merck
4. Programme Schistosomiasis et vers intestinaux	SCI, OMVS, PNIR, OMS, USAID, Helen Keller International, OPIB, World Vision, PAM
5. Programme lèpre	OMS, Fondation Raoul Follereau,
6. Programme Ver de Guinée	Centre Carter, OMS,
7. Programme THA	OMS
8. Ulcère de Buruli, leishmaniose, pian, rage, envenimations	OMS, Fondation Raoul Follereau
Programme de Santé Bucco-dentaire et Noma	OMS, HIFAKTIONOMA, Au fil de la vie, NEW FACE
Education	Partenaires
Direction Nationale de la Pédagogie (DNP)	UNICEF, UNESCO, Water-Aid, Intra-health, Solthis, KOIKA, Enda-Mali, Marie-stoppes Mali, Save-children, WVI
Secteurs Vétérinaires	Partenaires
Services Vétérinaires	OIE, PRAPS, PADEL-M, PDDPS, PDIRAM, FAO-ECTAD, UEMOA MDR ; BSI ; PRAPS ; PRIA ; PRODEZEM ; PDIRAAM ; PAFHA ; ILRI ; FAO ; CICR ; PCI ; PAMOBARMA ; AVSF ; CILSS ; PDI-BS ; PADEL-M ; PAFLAPUM ; PREDIP; One Health; REDISSE III
Secteur EHA (WASH)	Partenaires

Direction Nationale de l'Assainissement et du Contrôle des Pollutions et des Nuisances (DNACPN)	UNICEF, GIZ, Water Aid, PSI, Plan International
Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique	UNICEF; OMS; USAID/MSH; Water Aid; Keneya Sissiwale; World Vision; URC; IMC; REDISSE III
Direction Nationale de l'Hydraulique (DNH)	Autres projets GIZ, AFD, PADS, PACTEA, WVI, UNICEF, Save The Children, Sahel ECO, CARE Mali
PNMRE	KFW
PCA-GIRE	Royaume des Pays-Bas, Royaume du Danemark, Royaume Suédois
Projet BID-UEMOA	Union Européenne
PAEPMA	KFW
Programme Fonds Saoudien	Fonds de Développement Saoudien
PACTEA III	Union Européenne
PACS-RE	KFW
HydrometMali	Banque Mondiale
Projet de réalisation de Forages Manuels	UNICEF
One health	Partenaires
Lutte anti vectorielle Intégrée	Partenaires
Paludisme	Banque Mondiale, OMS, USAID

Tableau XXII: Matrice des partenaires par domaines d'intervention et par maladie

MTN (liste)	Services vétérinaires	Secteur WASH	Lutte antivectorielle Intégrée	One-Health	Éducation	Paludisme
Filariose lymphatique	X	X	X	X	X	X
Onchocercose	X	X	X	X	X	
Schistosomiasis	X	X	X	X	X	
Trachome		X	X	X	X	
Géo helminthiases	X	X		X	X	
Ver de Guinée	X	X	X	X	X	
Lèpre	X	X		X	X	
Trypanosomiase Humaine Africaine	X	X	X	X	X	

6. HYPOTHESES, RISQUES ET ATTENUATION

Différentes hypothèses peuvent impacter à la réalisation de ce plan :

- 1) Non atteinte des objectifs de contrôle, d'élimination et d'éradications des MTN à cause :
 - L'instabilité politique
 - L'insuffisance de financement
- 2) Perte du matériel et du médicaments, kidnapping, blessures graves ou décès liées à l'insécurité grandissante.
- 3) Retard ou suspension des activités du programme liés à la survenue des épidémies et catastrophes naturelles,
- 4) Crise alimentaire.

Tableau XXIII: Critères de risques et évaluation des risques

Evaluation des risques	Avant l'atténuation des risques			Atténuation des risques	Après l'atténuation des risques		
	Probabilité de survenue	Impact	Résultat		Probabilité de survenue	Impact	Résultat
	Certain = 5 Probable = 4 Possible = 3 Improbable = 2 Rare = 1	Grave = 5 Majeur = 4 Modéré = 3 Mineur = 2 Négligeable = 1	Probabilité x Impact		Certain = 5 Probable = 4 Possible = 3 Improbable = 2 Rare = 1	Grave = 5 Majeur = 4 Modéré = 3 Mineur = 2 Négligeable = 1	Probabilité x Impact
<i>Type de risque</i>							
Insecurité	5	5	25	Mieux planifier et mieux s'informer avant la mise en œuvre des activités	3	5	15
Faible engagement des PTF	3	3	9	Plaidoyer au près de l'Etat	3	2	6
Récidive et réémergence des MTN	3	2	6	La mise en œuvre d'un plan de surveillance	3	2	6
<i>Type de risque</i>							
Faible attribution des budgets d'Etat	3	3	9	Plaidoyer pour la création des lignes budgétaires spécifiques aux MTN	3	3	9
Enjeux des épidémies (Covid-19)	3	2	6	Adaptation des modes opératoires aux risques	3	2	6
L'instabilité politique	4	3	12		3	3	9

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

Tableau XXIV: Etapes à suivre pour atténuer les risques	
Eviter	De changer les plans dans le but de contourner le problème
Contrôler	Réduire l'impact de la menace ou la probabilité (ou les deux) grâce à des étapes intermédiaires
Partager	Confier la gestion du risque (ou d'une partie du risque) à un ou plusieurs tiers qui pourront gérer les résultats.
Accepter	Accepter le risque que représente un impact négatif
Suivre	Suivre et examiner le processus dans lequel la gestion du risque a été mise en place

Tableau XXV: Indicateurs de performance pour le pilier 1			
Objectif stratégique	Indicateurs de performance	Cible	Date
Objectif stratégique n° 1 Intensifier la chimio prévention intégrée afin de parvenir à une couverture géographique 100 % et une couverture épidémiologique 65% en ce qui concerne la filariose lymphatique et l'onchocercose.	Nombre d'unités mise en œuvre dotées d'une cartographie Complète des MTN	75 Unités mise en œuvre par rapport au MTN CTP et à PCC Pour les autres MTN la cartographie intégrée est non réalisée voir	2009
	Nombre d'ateliers organisés sur les MTN	Trois ateliers par région	Annuellement
	Nombre de personnes atteintes de la filariose lymphatique	Toutes les personnes vivant dans les unités internationales endémiques (22 751 415)	Annuellement
	Nombre de personnes atteintes d'onchocercose qui ont été traitées	Toutes les personnes vivant dans les unités internationales endémiques (7 708 889)	Annuellement

Objectif stratégique n° 2 : Mettre à échelle les interventions de prise en charge intégrée des maladies spécialement pour la lèpre, le ver de Guinée, la THA, l'Ulcère de Buruli, les Leishmanioses, le Pian et la Rage Humaine	Nombre de personnel former aux différents niveaux pour la PCC	200 chargés de programme sont formés par an	2022-2026
	Nombre de région ayant correctement renseigner outils de collecte des données	10 régions plus le district de Bamako	2022-2026
	Nombre de district ayant correctement renseigner les données dans le DHIS2	75 districts sanitaires	2022-2026
	Nombre de cas identifier et PCC	75 districts sanitaires	2022-2026
Objectif stratégique n° 3 : Renforcer la lutte anti vectorielle intégrée et la prévention de la transmission des MTN visées	Nombre de campagne de lutte anti vectorielle réalisée	10 régions et Bamako plus les 75 districts sanitaires	2022-2026
Objectif stratégique n° 4 : Renforcer la capacité de gestion et de mise en œuvre des programmes en charge des MTN et accélérer l'élimination des MTN	Nombre de véhicule et de moto acheter	Programme MTN	2022-2025
	Nombre de structure doter de fourniture de bureau acheter	Programme MTN	2022-2026
	Nombre de suivi et évaluation des programmes MTN effectués après l'arrêt du traitement	Programme MTN	2022-2026

7. CADRE DE PERFORMANCE ET DE RESPONSABILISATION

7.1. Cibles générales à l'échelle nationale :

Indicateurs	Echéance					Vision Mondiale 2030
	2022	2023	2024	2025	2026	
Pourcentage de réduction du nombre de personnes ayant besoin d'une intervention liée à une maladie tropicale négligée	10%	30%	50%	70%	80%	90 %
Nombre de district/ au Mali ayant éliminé au moins une maladie tropicale négligée	75	75	75	75	75	100 %
Nombre de maladies tropicales négligées éradiquées	0	0	0	0	1	100 %

7.2. Cibles transversales à l'échelle nationale :

Indicateurs		Echéance					Vision Mondiale 2030
		2022	2023	2024	2025	2026	
Approches intégrées	Indice de couverture des traitements intégrés en ce qui concerne la chimio prévention	80%	80%	80%	80%	80%	100%
	Nombre de district/ au Mali ayant adopté et mis en œuvre des stratégies intégrées de lutte contre les maladies tropicales négligées de la peau	75	75	75	75	75	75
	Pourcentage de réduction du nombre de décès dus à des maladies tropicales négligées à transmission vectorielle (par rapport 2022-2026), en vue d'atteindre la cible fixée par l'OMS dans le cadre de l'Action mondiale pour lutter contre les vecteurs	5%	10%	15%	20%	30%	75%
Coordination multisectorielle	Accès à des services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène de base au moins, dans les régions où les maladies tropicales négligées sont endémiques, afin d'atteindre les cibles 6.1 et 6.2 de l'objectif de développement durable n°6	70,9 %	78%	81%	83%	85%	100%
	Pourcentage de la population à risque protégée contre les dépenses de santé liées à des maladies tropicales négligées qui sont à la charge des patients et constituent une situation catastrophique, en vue d'atteindre la cible 3.8 de l'objectif de développement durable n°3	15%	30%	45%	60%	75%	90%
Couverture sanitaire universelle	Pourcentage de district/ au Mali ayant intégré les maladies tropicales négligées dans leurs stratégies ou leurs plans sanitaires nationaux	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
	Pourcentage de pays ayant inclus les interventions liées aux maladies tropicales négligées dans leurs services essentiels et dans leur budget	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
	Pourcentage de district/ au Mali dont les systèmes de santé disposent de directives pour la prise en charge des incapacités liées aux maladies tropicales négligées	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
Appropriation par les pays	Pourcentage de district/ au Mali qui rédigent des rapports sur toutes les maladies tropicales négligées endémiques pertinentes	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
	Pourcentage de district/ au Mali qui recueillent et fournissent des données sur les maladies tropicales négligées,	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100%

	avec une ventilation par sexe					
--	-------------------------------	--	--	--	--	--

Incidence des approches intégrées sur les cibles spécifiques à certaines maladies à l'échelle Nationale :

Maladie	Indicateur	2020	2023	2025	2030
Maladie que l'on prévoit d'éradiquer					
Dracunculose	Nombre de district au Mali ayant été blanchit exempts de transmission et les perceptives pour les années à venir 2023,2025,2030	70 (93%)	70 (93%)	75 (100%)	75 (100%)
Maladie que l'on prévoit d'éliminer (interruption de la transmission)					
Trypanosomiase humaine africaine (à T. gambiense)	Nombre de district au Mali où l'interruption de la transmission a été vérifiée	75 (100%)	75 (100%)	75 (100%)	75 (100%)
Lèpre	Nombre de district au Mali n'ayant enregistré aucun nouveau cas autochtone de lèpre	56 -75%	Non-applicable (NA)	NA	NA
Onchocercose	Nombre de district au Mali où l'interruption de la transmission a été vérifiée	74 (99%)	74 (99 %)	74 (99 %)	75 (100%)
Maladie que l'on prévoit d'éliminer en tant que problème de santé publique					
Trypanosomiase humaine africaine (à T. rhodesiense)	Nombre de district au Mali où son élimination en tant que problème de santé publique a été validée (moins d'un cas en moyenne par année dans une population de 10 000 habitants, dans tous les districts sanitaires du pays, au cours des cinq dernières années)	70 (93%)	70 (93%)	70 (93%)	75 (100%)
Filariose lymphatique	Nombre de district au Mali où son élimination en tant que problème de santé publique a été validée (l'infection a été maintenue sous les seuils définis par l'enquête d'évaluation de la transmission pendant quatre ans au moins après l'arrêt de l'administration massive de médicaments,	75 (100 %)	75 (100 %)	75 (100 %)	75 (100 %)
	Nombre de district au Mali où la totalité des soins essentiels sont dispensés dans toutes les régions où l'existence de cas est connue)	60 (80%)	60 (80%)	60 (80%)	75%

Schistosomias	Nombre de district où leur élimination en tant que problème de santé publique a été validée (à l'heure actuelle, cela signifie que le taux d'infection par les schistosomias d'intensité élevée est inférieur à 1 %)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Géohelminthiases	Nombre de district au Mali où leur élimination en tant que problème de santé publique a été validée (le taux des géohelminthiases d'intensité modérée ou élevée causées par Ascaris lumbricoides, Trichuris trichuria, Necator americanus ou Ancylostoma duodenale est inférieur à 2 %)	75 (100%)	75 (100%)	75 (100%)	75 (100%)
Trachome	Nombre de district au Mali où son élimination en tant que problème de santé publique a été validée (cela signifie i) que le taux de prévalence du trichiasis trachomateux - prouvent que le système de santé est folliculaires chez les enfants de 1 à 9 ans - est inférieur à 5 %, dans tous les districts où la maladie était endémique, et iii) qu'il existe des données écrites qui « inconnu dans le système de santé » est inférieur à 0,2 % chez les 15 ans ou plus, dans tous les districts où la maladie était endémique, ii) que le taux de capable d'identifier et de prendre en charge les nouveaux cas de trichiasis trachomateux grâce à des stratégies définies, ainsi que des données indiquant que des ressources financières suffisantes pour mettre en œuvre ces stratégies sont disponibles) prévalence des inflammations trachomateuses	74 (99%)	75 (100 %)	75 (100 %)	75 (100%)
Maladies que l'on prévoit de juguler					
Echinococcose	Nombre de district au Mali ayant intensifié leur lutte contre l'échinococcose cystique dans les régions où la maladie est Hyperendémique	Non évalué	Non évalué	Non évalué	17
Mycétome, chromoblastomycose et autres mycoses profondes	Nombre de district au Mali ayant inclus le mycétome, la chromoblastomycose, la sporotrichose et la paracoccidioïdomycose dans leurs programmes de lutte et leurs systèmes de surveillance nationale	0	0	0	15

Taeniasis et cysticercoses	Nombre de district au Mali ayant intensifié leur lutte dans les régions où ces maladies sont hyperendémiques	75(100 %)	75(100 %)	75(100 %)	75(100 %)
-------------------------------	--	-----------	-----------	-----------	-----------

--

PARTIE 4

8. BUDGETISATION DE L'IMPACT : ESTIMATIONS ET JUSTIFICATIONS

Tableau XXVI: Budgétisation des activités des programmes MTN

Récapitulatif du budget du plan stratégique, multisectoriel et de durabilité MTN 2022-2026	
Domaine	Budget
Les MTN à chimiothérapie préventive	
1.Coordination	91,337,254
2.Politiques et Planification	42,699,000
3.Capacités opérationnelles	3,414,318,912
4.Systèmes d'Information	1,670,488,858
5.Services (Services basés sur les établissements de santé)	2,982,544,632
6.Financement pour la mobilisation des ressources	43,657,152
Les autres MTN	
7.Programme de lutte contre la lèpre	51,500,000
8.Programme de lutte contre la THA	22,500,000
9.Cartographie intégrée des MTN (Liste des MTN concernées par la cartographie : la rage, le pian, l'ulcère de buruli, la dengue, la leishmaniose, les morsures de serpents et piquêre de scorpions)	80,000,000
10.La lutte anti – vectorielle intégrée	50,000,000
11.Utilisation d'une ligne verte Orange Mali et d'une ligne rouge Malitel pour la transmission des données et l'information	150,000,000
Activités de multisectorialité MTN et autres secteurs (Wach, éducation, nutrition	100,000,000
Total	8,699,045,808

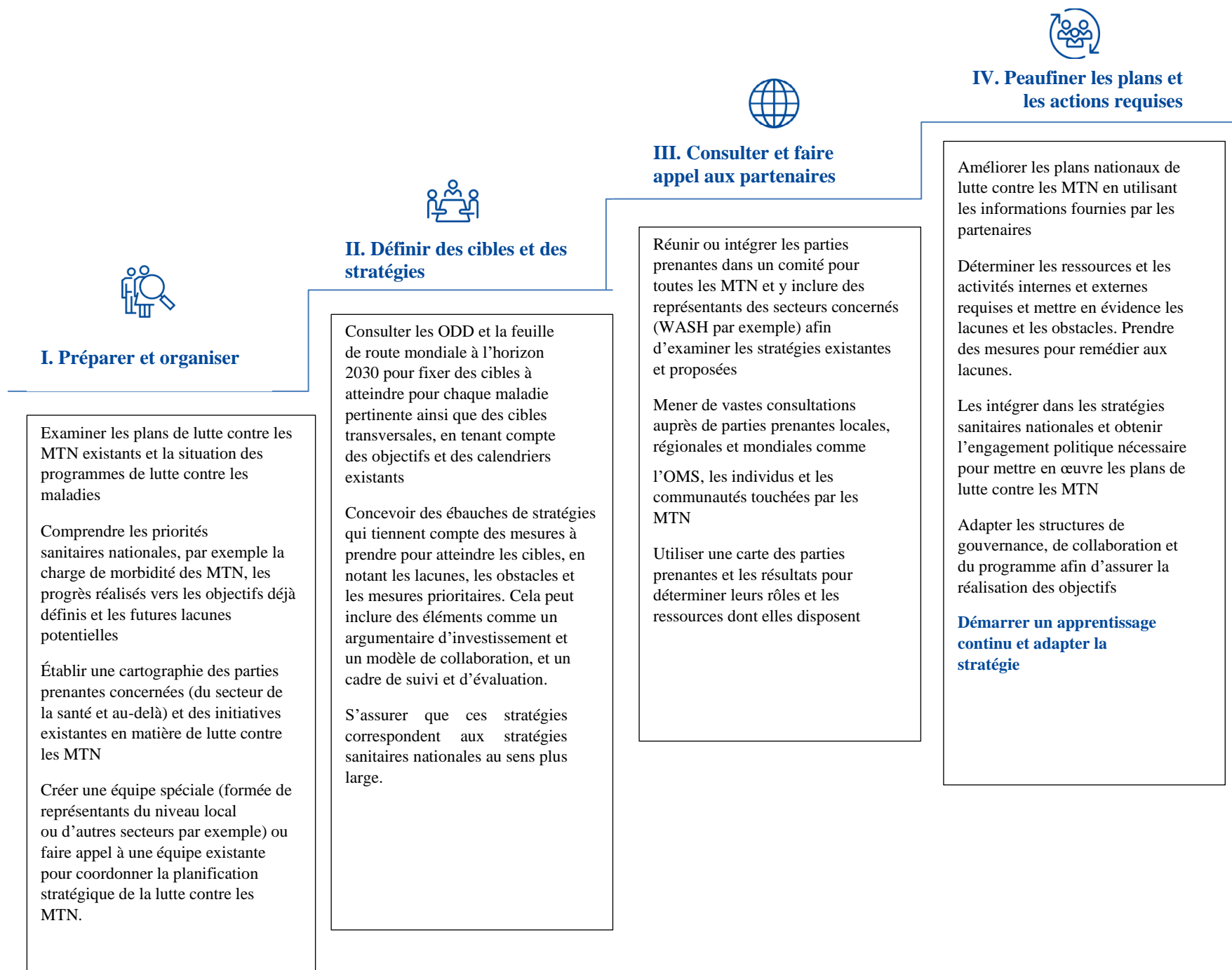
Contribution de l'état dans le cadre de la lutte contre les MTN :

L'Etat par le biais des différentes structures concernées mettra à disposition les compétences nationales pour la mise en œuvre des activités intégrées contre les MTN. Il continuera à supporter les salaires de tous les agents impliqués dans la mise en œuvre du plan et mettra à disposition les locaux disponibles et s'acquittera des factures d'eau et d'électricité. L'Etat va assurer l'exonération des médicaments MTN

Annexes

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

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



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

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

Cibles transversales

Indicateur		2030
Approches intégrées	Indice de couverture des traitements intégrés en ce qui concerne la chimio prévention	75 %
	Nombre de pays ayant adopté et mis en œuvre des stratégies intégrées de lutte contre les maladies tropicales négligées de la peau	40 %
	Pourcentage de réduction du nombre de décès dus à des maladies tropicales négligées à transmission vectorielle (par rapport à 2016), en vue d'atteindre la cible fixée par l'OMS dans le cadre de l'Action mondiale pour lutter contre les vecteurs	75 %
Coordination multisectorielle	Accès à des services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène de base au moins, dans les régions où les maladies tropicales négligées sont endémiques, afin d'atteindre les cibles 6.1 et 6.2 de l'objectif de développement durable n°6	100 %
	Pourcentage de la population à risque protégée contre les dépenses de santé liées à des maladies tropicales négligées qui sont à la charge des patients et constituent une situation catastrophique, en vue d'atteindre la cible 3.8 de l'objectif de développement durable n°3	90 %
	Pourcentage de pays ayant intégré les maladies tropicales négligées dans leurs stratégies ou leurs plans sanitaires nationaux	90 %

Couverture sanitaire universelle	Pourcentage de pays ayant inclus les interventions liées aux maladies tropicales négligées dans leurs services essentiels et dans leur budget	90 %
	Pourcentage de pays dont les systèmes de santé disposent de directives pour la prise en charge des incapacités liées aux maladies tropicales négligées	90 %
Appropriation par les pays	Pourcentage de pays qui rédigent des rapports sur toutes les maladies tropicales négligées endémiques pertinentes	90 %
	Pourcentage de pays qui recueillent et fournissent des données sur les maladies tropicales négligées, avec une ventilation par sexe	90 %

Incidence des approches intégrées sur les cibles spécifiques à certaines maladies

Maladie	Indicateur	2020	2023	2025	2030
Maladie que l'on prévoit d'éradiquer					
Dracunculose	Nombre de pays certifiés exempts de transmission	187 (96 %)	189 (97 %)	191 (97 %)	194 (100 %)
Pian	Nombre de pays certifiés exempts de transmission	1 (1 %)	97 (50 %)	131 (70 %)	194 (100 %)
Maladie que l'on prévoit d'éliminer (interruption de la transmission)					
Trypanosomiase humaine africaine (à T. gambiense)	Nombre de pays où l'interruption de la transmission a été vérifiée	0	0	5 (21 %)	15 (62 %)
Lèpre	Nombre de pays n'ayant enregistré aucun nouveau cas autochtone de lèpre	50 (26 %)	75 (39 %)	95 (49 %)	120 (62 %)
Onchocercose	Nombre de pays où l'interruption de la transmission a été vérifiée	4 (12 %)	5 (13 %)	8 (21 %)	12 (31 %)
Maladie que l'on prévoit d'éliminer en tant que problème de santé publique					
Maladie de Chagas	Nombre de pays où les quatre modes de transmission (vectorielle, par transfusion, à la suite d'une transplantation et congénitale) ont été interrompus et où les traitements antiparasitaires couvrent 75 % de la population cible	0	4 (10 %)	10 (24 %)	15 (37 %)

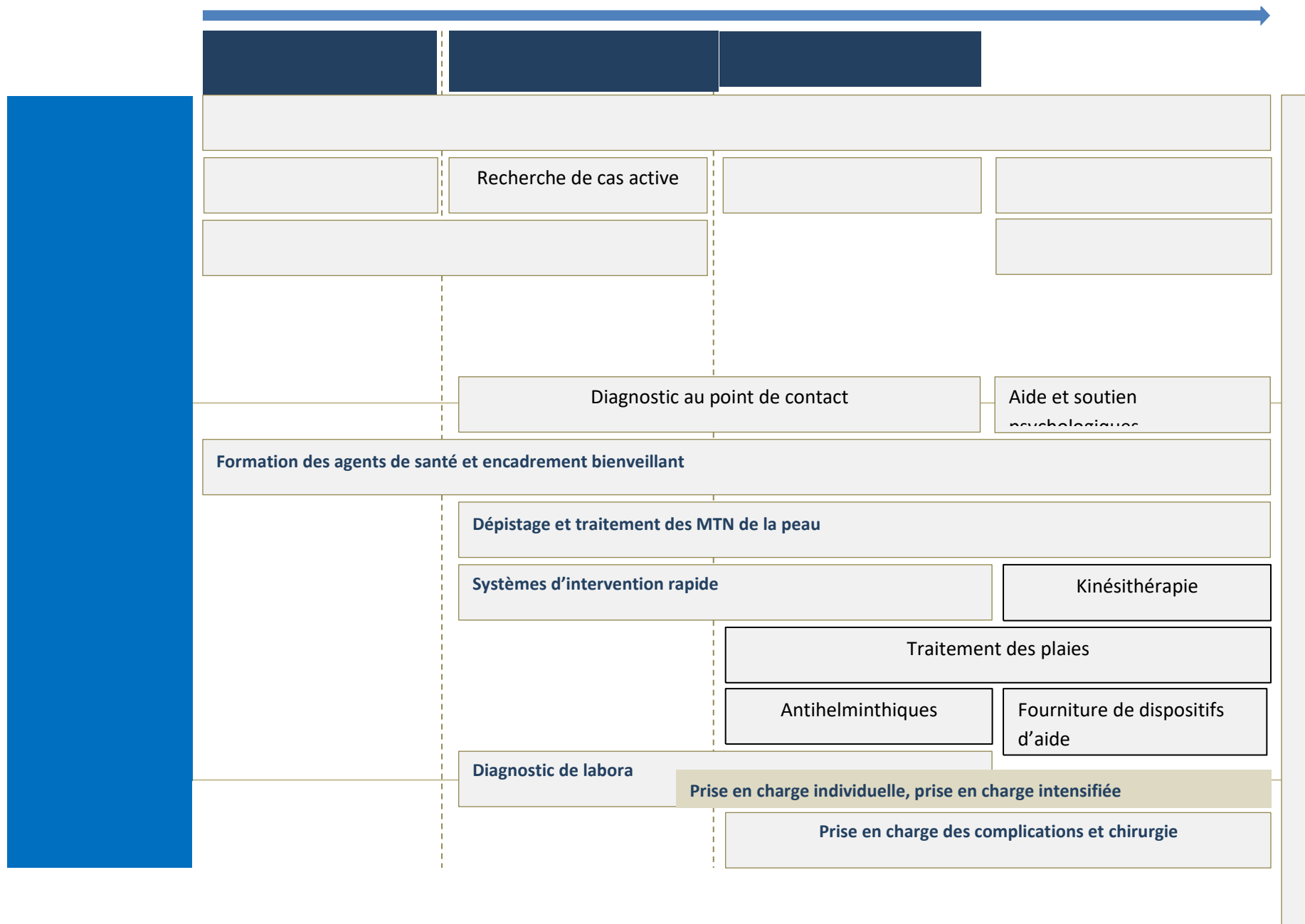
Trypanosomiase humaine africaine (à T. rhodesiense)	Nombre de pays où son élimination en tant que problème de santé publique a été validée (moins d'un cas en moyenne par année dans une population de 10 000 habitants, dans tous les districts sanitaires du pays, au cours des cinq dernières années)	0	2 (15 %)	4 (26 %)	8 (61 %)
Leishmaniose (viscérale)	Nombre de pays où son élimination en tant que problème de santé publique a été validée (taux de létalité due à la leishmaniose viscérale primaire inférieur à 1)	0	32 (43 %)	56 (75 %)	64 (85 %)
Filariose lymphatique	Nombre de pays où son élimination en tant que problème de santé publique a été validée (l'infection a été maintenue sous les seuils définis par l'enquête d'évaluation de la transmission pendant quatre ans au moins après l'arrêt de l'administration massive de médicaments, et la totalité des soins essentiels sont dispensés dans toutes les régions où l'existence de cas est connue)	19 (26 %)	23 (32 %)	34 (47 %)	58 (81 %)
Rage	Nombre de pays ayant atteint un taux nul de décès humains dus à la rage	80 (47 %)	89 (53 %)	113 (67 %)	155 (92 %)
Schistosomiasis	Nombre de pays où leur élimination en tant que problème de santé publique a été validée (à l'heure actuelle, cela signifie que le taux d'infection par les schistosomiasis d'intensité élevée est inférieur à 1 %)	26 (33 %)	49 (63 %)	69 (88 %)	78 (100 %)
Géohelminthiases	Nombre de pays où leur élimination en tant que problème de santé publique a été validée (le taux des géohelminthiases d'intensité modérée ou élevée causées par Ascaris lumbricoides, Trichuris trichuria, Necator americanus ou Ancylostoma duodenale est inférieur à 2 %)	7 (7 %)	60 (60 %)	70 (70 %)	96 (96 %)
Trachome	Nombre de pays où son élimination en tant que problème de santé publique a été validée (cela signifie i) que le taux de prévalence du trichiasis trachomateux « inconnu dans le système de santé » est inférieur à 0,2 % chez les 15 ans ou plus, dans tous les districts où la maladie était endémique, ii) que le taux de prévalence des inflammations trachomateuses - folliculaires chez les enfants de 1 à 9 ans - est inférieur à 5 %, dans tous les districts où la maladie était endémique, et iii) qu'il existe des données écrites qui	9 (14 %)	28 (44 %)	43 (68 %)	64 (100 %)

	prouvent que le système de santé est capable d'identifier et de prendre en charge les nouveaux cas de trichiasis trachomateux grâce à des stratégies définies, ainsi que des données indiquant que des ressources financières suffisantes pour mettre en œuvre ces stratégies sont disponibles)				
Maladies que l'on prévoit de juguler					
Ulcère de Buruli	Pourcentage de cas classés dans la catégorie III (stade avancé) au moment du diagnostic	30 %	Moins de 22 %	Moins de 18 %	Moins de 10 %
Dengue	Taux de létalité due à la dengue	0,80 %	0,50 %	0,50 %	0 %
Echinococcose	Nombre de pays ayant intensifié leur lutte contre l'échinococcose cystique dans les régions où la maladie est hyperendémique	1	4	9	17
Trématodoses d'origine Alimentaire	Nombre de pays ayant intensifié leur lutte dans les régions où la maladie est hyperendémique	Sans objet	3 (3 %)	6 (7 %)	11 (12 %)
Leishmaniose (cutanée)	Nombre de pays dans lesquels : 85 % des cas sont détectés et signalés, et 95 % des cas signalés sont traités.	Sans objet	44 (51 %)	66 (76 %)	87 (100 %)
Mycétome, chromoblastomycose et autres mycoses profondes	Nombre de pays ayant inclus le mycétome, la chromoblastomycose, la sporotrichose et la paracoccidioïdomycose dans leurs programmes de lutte et leurs systèmes de surveillance nationaux	1	4	8	15
Gale et autres ectoparasitoses	Nombre de pays ayant intégré la prise en charge de la gale dans les soins offerts au titre de la couverture sanitaire universelle	0	25 (13 %)	50 (26 %)	194 (100 %)
Envenimations par Morsures	Nombre de pays où le taux de mortalité par morsure de serpent a été réduit de 50 %	Sans objet	39 (30 %)	61 (46 %)	132 (100 %)
Taeniasis et cysticercose	Nombre de pays ayant intensifié leur lutte dans les régions où ces maladies sont hyperendémiques	2 (3 %)	4 (6 %)	9 (14 %)	17 (27 %)

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

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

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



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

Ministère de la Santé

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

Action mondiale pour lutter contre les vecteurs (elle peut relever du ministère de l'environnement dans certains pays)

Utilisation de répulsifs et de pièges (moustiquaires imprégnées d'insecticide,

Écrans, insecticides ou molluscicides, brumisation, par exemple)

Gestion de l'environnement en vue de minimiser les habitats larvaires :

- Amélioration des logements (en collaboration avec le ministère des infrastructures), par exemple des plans de construction de logements exempts de vecteurs comprenant des infrastructures de stockage de l'eau sûres, des installations sanitaires, des moustiquaires, et permettant à l'air de circuler, afin d'empêcher l'entrée de vecteurs et de garder les maisons au frais.
- Gestion des réceptacles, à savoir les recouvrir, les vider, les nettoyer et les éliminer (les vieux pneus par exemple).
- Drainage ou traitement des eaux stagnantes (en collaboration avec le ministère de l'eau et les services WASH)

Changement des comportements, port de vêtements longs, par exemple.

Utilisation d'autres approches innovantes comme la libération de vecteurs modifiés, transgéniques ou stériles ou les répulsifs spatiaux, pour empêcher l'entrée des vecteurs dans les foyers.

**Santé
mentale**



Services d'aide et de soutien psychologique destinés aux patients atteints de MTN

Évaluation de routine de la santé mentale des patients atteints de MTN spécifiques et de ceux atteints de maladies chroniques en particulier

**Handicap et
inclusion**



T
a
r

**Santé
maternelle et
infantile**

S
e
n

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

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

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

Santé oculaire

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

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

Nutrition

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

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

Autres programmes de lutte contre les maladies



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

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

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

Pharmacovigilance

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

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

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

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

Ministère de l'Education Nationale

Les acquis de la lutte contre les MTN

- Existence des documents de formation sur la prévention du Paludisme et des Maladies Tropicales Négligées (MTN) à l'intention des enseignants et des partenaires de l'école (AME, APE/CGS) ;
- Formation des enseignants et des partenaires de l'école sur les documents de formation.

La Pérennisation des acquis

La plupart des MTN ne sont pas prises en compte dans les curricula de formation.

La pérennisation des acquis dans la lutte contre les MTN en milieu scolaire se fera à travers :

- L'enseignement des programmes intégrant des aspects MTN ;
- Le développement d'un programme de communication pour le changement de comportement à travers la promotion de l'Eau, l'Hygiène et l'Assainissement à l'endroit du personnel enseignant, des élèves, les représentants des Collectivités et des Communautés. Pour cela les activités porteront sur :
 - L'intégration des MTN dans les curricula de formation (Institut de Formation des Maîtres, Fondamentale 1 et 2);
 - La production des outils pédagogiques ;
 - Le renforcement de capacité des enseignants et des partenaires ;
 - L'élaboration et la dissémination d'un plan de communication pour la promotion de l'Eau, l'Hygiène et l'Assainissement dans les écoles ;
 - L'élaboration, le développement, la multiplication et la dotation des écoles en outils de CCC ;
 - La promotion de l'hygiène des aliments ;
 - La promotion du lavage des mains au savon ;
 - La promotion de l'utilisation des latrines ;
 - La promotion du nettoyage de la cours et de l'entretien des locaux scolaires.

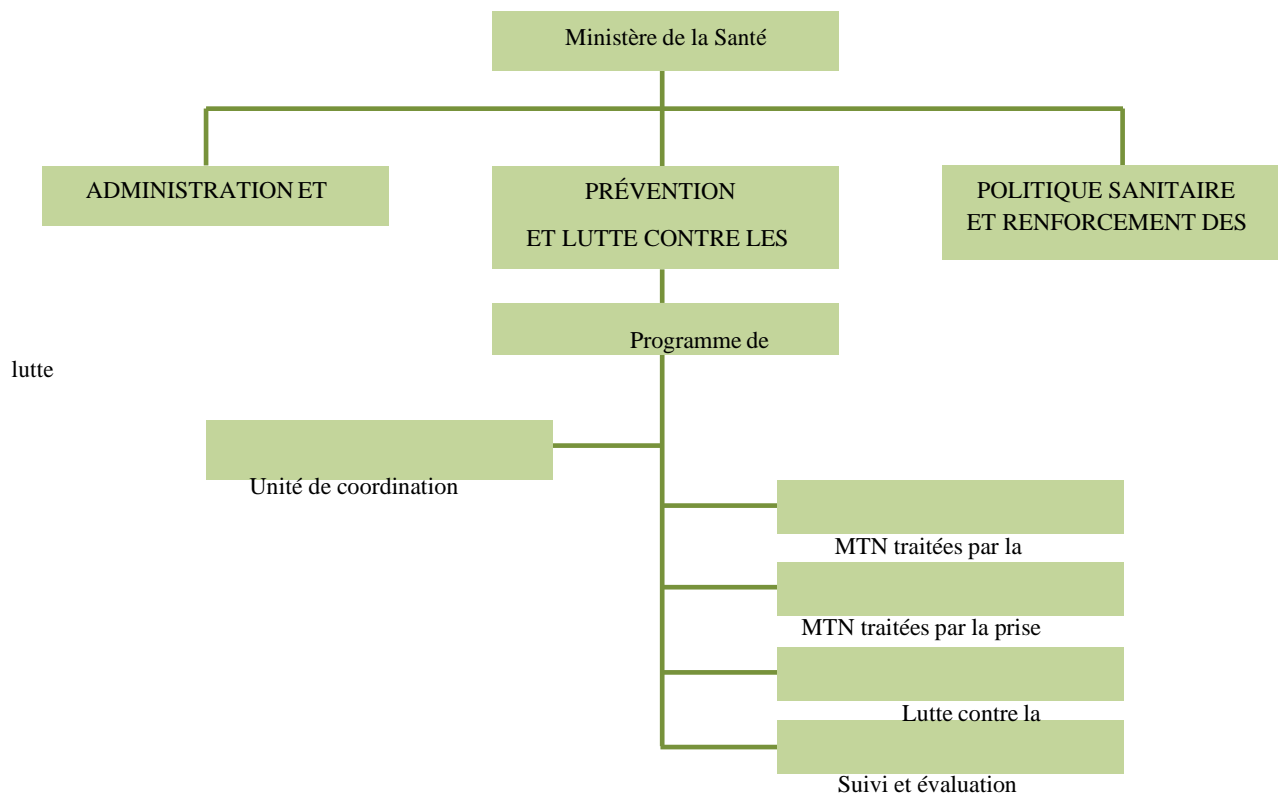
- L'organisation de campagnes de communication sur tous les supports de communication ayant un impact visuel, sensoriel, intellectuel et culturel appropriés à la population ciblée ;
- Le plaidoyer, la sensibilisation scolaire et communautaire (CGS, APE, AME, les Cuisinières des cantines scolaires) sur l'importance de l'hygiène et de l'assainissement.

Ministère des Mines, de l'Énergie et de l'Eau

Utilisation des points d'eau modernes pour la consommation de l'eau potable

- réalisation / réhabilitation des points d'eau potables (forages, puits modernes) dans le milieu scolaire et communautaire ;
- pérennisation de la fourniture de l'eau potable (Entretien et maintenance des ouvrages réalisés à l'état de fonctionnalité permanente) ;
- appui conseil en matière d'approvisionnement en eau potable

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



Annexe 6. Innocuité

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

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

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

Préparation des organisations et des systèmes

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

L'administration sans risque des médicaments et la mise en place de ripostes compétentes en cas de manifestations indésirables exigent une planification préalable couplée à une préparation organisationnelle, au sein du Ministère de la santé comme au-delà de ce département ministériel. Les centres nationaux de pharmacovigilance représentent une ressource essentielle, mais souvent négligée, pour les programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées dans la planification et la riposte aux manifestations indésirables liées aux médicaments. Les centres de pharmacovigilance ont de l'autorité réglementaire et la responsabilité de mener des investigations sur les manifestations indésirables et de les déclarer, et ils peuvent fournir les ressources et l'expertise essentielles aux programmes de lutte contre les maladies

tropicales négligées lorsque des manifestations indésirables graves surviennent. La collaboration avec les centres nationaux de pharmacovigilance devrait être mise en exergue dans les plans directeurs de lutte contre les maladies tropicales négligées. Les sections pertinentes pour une telle collaboration, telles qu'elles figurent dans les lignes directrices du plan directeur, sont mais pas exclusivement la section 1.2.2 (analyse des systèmes de santé), le tableau 2 (blocs constitutifs du système de santé), la section 1.4.2 (exécution de programmes étroitement liés) et la figure 9 (approches transversales de lutte contre les maladies tropicales négligées). Les représentants des agences de pharmacovigilance devront faire partie du groupe consultatif technique national sur les maladies tropicales négligées (figure 11).

Un deuxième domaine hautement prioritaire pour la préparation se trouve être la communication. L'inquiétude au sujet des manifestations indésirables est l'une des principales raisons avancées par les personnes qui refusent de participer à la chimioprévention. Lorsque des manifestations indésirables – ou même des rumeurs à leur sujet – se produisent, une communication claire et efficace est primordiale. De plus en plus, cela passe par les réseaux sociaux. Les plans directeurs de lutte contre les maladies tropicales négligées doivent préciser l'élaboration et l'examen périodique d'un plan de communication stratégique qui traite des messages clés axés sur l'innocuité des produits médicaux pendant la mobilisation communautaire, identifie les porte-parole pouvant être formés et « prêts » pendant l'administration massive de médicaments et coordonne les actions en cas de manifestations indésirables et d'autres situations susceptibles de provoquer la panique dans la communauté ou de représenter une menace pour le programme. Les sections pertinentes des lignes directrices relatives au plan directeur comprennent le tableau 14 (avec l'ajout de la communication sur les risques et la crise) et le pilier 3 (appropriation par les pays).

Gestion et stockage sûrs des médicaments

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

Formation à l'innocuité et administration sûre des médicaments

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

Gestion des manifestations indésirables

L'inadéquation et la mauvaise exécution des ripostes aux manifestations indésirables graves représentent une menace pour les programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées. Les plans directeurs

de lutte contre les maladies tropicales négligées doivent comprendre des objectifs et des activités spécifiquement axés sur la reconnaissance, la riposte, les investigations, l'établissement de rapports et, en fin de compte, la prévention des manifestations indésirables graves. Ces plans directeurs peuvent inclure des objectifs de processus pour la préparation et la riposte aux manifestations indésirables, ainsi que des cibles pour la collaboration avec les organismes nationaux de pharmacovigilance, la planification de la communication stratégique et la sensibilisation des parties prenantes aux procédures permettant d'intervenir en cas de manifestations indésirables graves. Zéro décès par étouffement serait un exemple de cible à atteindre.

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

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

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

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

Conclusion

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

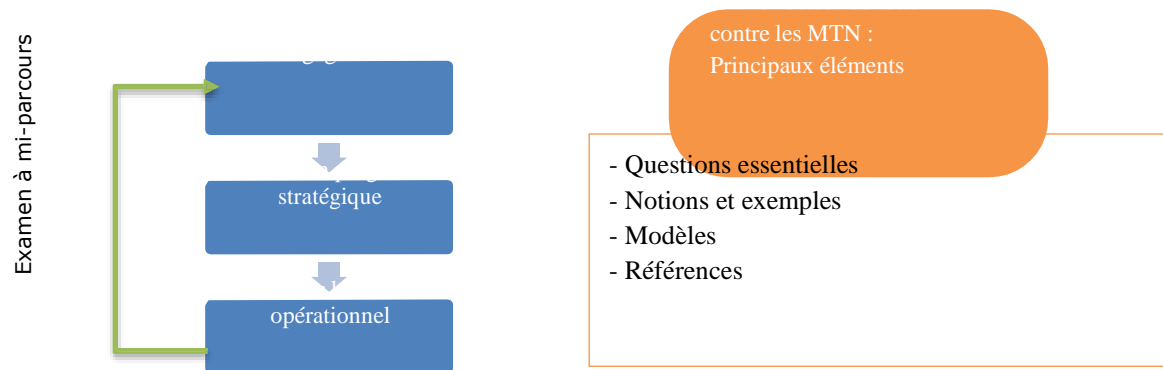


Figure 1. Principaux éléments du Plan directeur de lutte contre les MTN

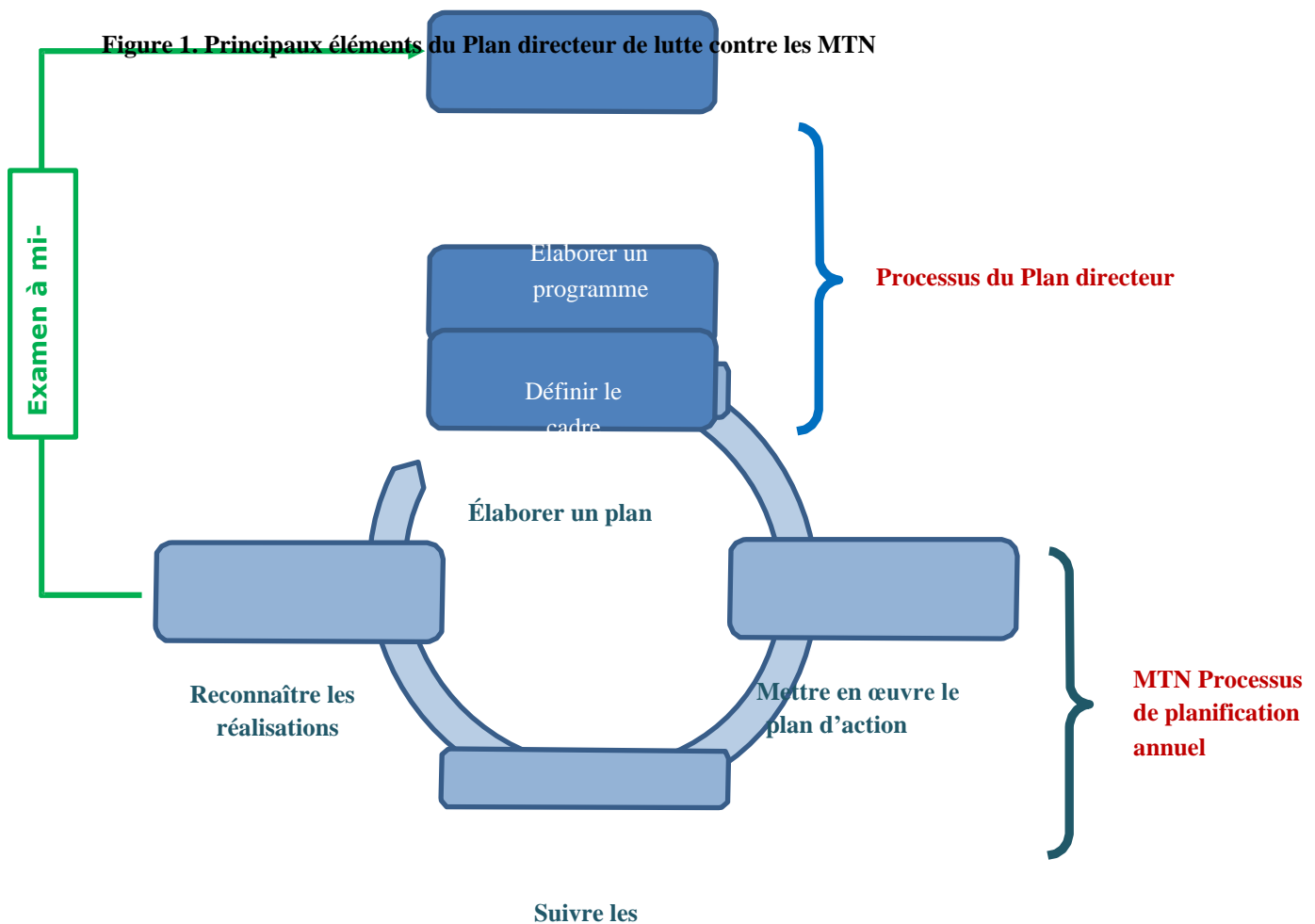


Figure 2. Plan directeur de lutte contre les MTN : Processus et cycles de gestion

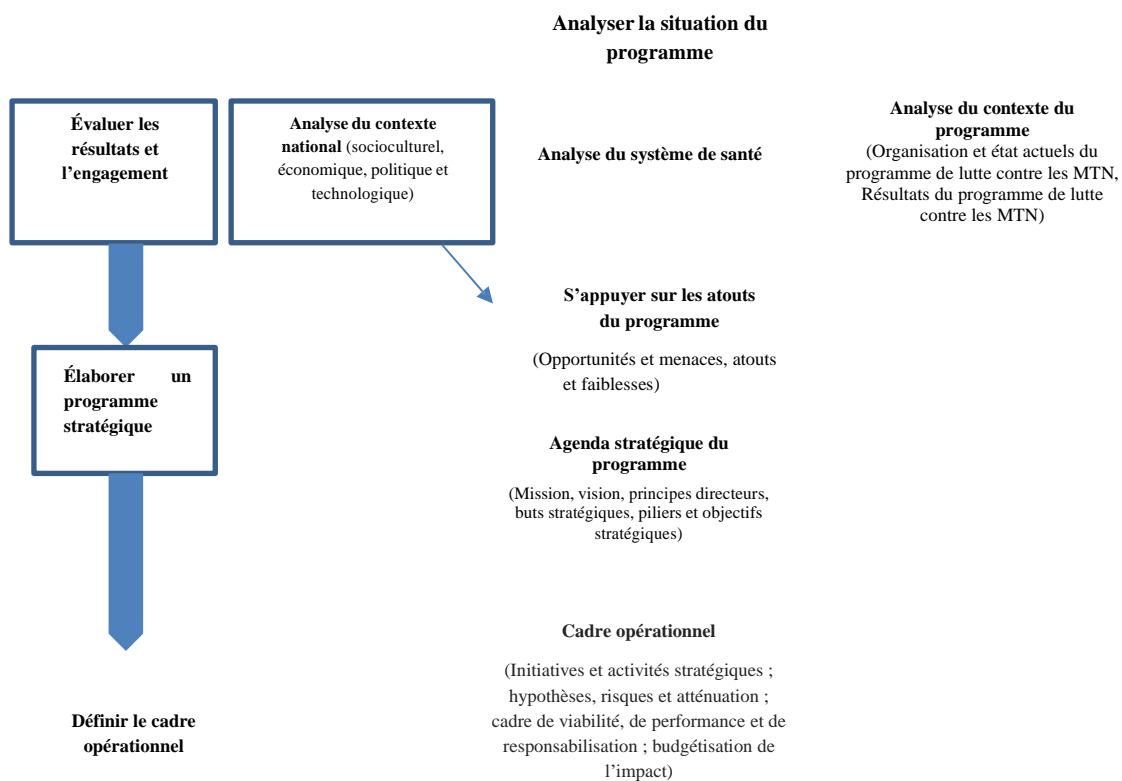


Figure 3. Processus du Plan directeur de lutte contre les MTN

Tableau 1. Outils du Plan directeur de lutte contre les MTN	
Domaine essentiel	Outils
Analyse du contexte national	ANALYSE PEST
Analyse du système de santé	Six éléments constitutifs
Analyse du contexte du programme	Programme Analyse des résultats et de la tendance en matière d'impact, évaluation des écarts, examen de la structure et du fonctionnement
S'appuyer sur les atouts du programme	Analyse AFOM
Agenda stratégique du programme	Énoncé de la mission, vision, principes directeurs et énoncés des objectifs, définition des cibles, tableaux des étapes importantes, hiérarchie entre les objectifs à trois niveaux, Schéma logique stratégique du plan directeur
Cadre opérationnel	Outils de planification des opérations, réorientations stratégiques du programme, culture du programme et modèle de fonctionnement double, matrice des partenariats, tableau des mécanismes de coordination et mandats, matrice des probabilités de survenue et de l'impact des risques, registre des hypothèses et des risques, plan d'atténuation des risques, cadre de suivi et d'évaluation, tableau de bord prospectif, outils de budgétisation

Tableau : Situation des programmes à la cartographie

Régions	Nombre de districts	Nombre de districts où la maladie est endémique									Noma
		Filariose lymphatique	Onchocercose	Schistosomiase	Géohelminthiases	Trypanosomiase humaine africaine	Lèpre	Leishmaniose	Trachome	(Dracunculose, pian, endocardite bactérienne)	
Kayes	10	10	09	10	10	01	03	ND	0	0	10
Koulikoro	10	10	09	10	10	05	0	ND	0	0	10
Sikasso	10	10	10	10	10	04	0	ND	0	0	10
Segou	08	08	05	08	08	0	01	ND	0	03	08
Mopti	08	08	03	08	08	0	02	ND	0	02	08
Gao	04	04	0	04	04	0	0	ND	0	0	04
Tbctou	05	05	0	05	05	0	0	ND	0	0	05
Kidal	04	04	0	04	04	0	0	ND	0	0	04
Tdenit	06	06	0	06	06	0	0	ND	0	0	06
Menaka	04	04	0	04	04		0	ND	0	0	04
Dist Bko	06	06	0	06	06		0	ND	0	0	06
Total	75	75	36	75	0	10	06	ND	0	05	75
Indiquez le niveau d'endémicité pour toutes les MTN endémiques dans le pays. ND =Non Déterminé											

