



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA MÉDECINE PRÉVENTIVE

DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

SERVICE DE LUTTE CONTRE LA PESTE, LES MALADIES ÉMERGENTES ET RÉ-ÉMERGENTES, LES MALADIES ENDÉMO-ÉPIDÉMIQUES ET TROPICALES NÉGLIGÉES

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES

PLAN DIRECTEUR DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES

2023-2027

Mars 2023

Préface

Les maladies tropicales négligées connues sous le sigle « MTN » constituent encore un véritable problème de santé publique, à Madagascar. Dans le cadre de ses engagements antérieurs, envers la lutte contre les MTN, le pays a enregistré des progrès significatifs. Malheureusement, la poursuite de ces avancées a été quelque peu perturbée par des obstacles ayant affecté de façon négative les progrès vers l'atteinte des objectifs nationaux, à savoir : la flambée épidémique de la peste en 2017, les aléas climatiques quasi-annuels et dernièrement la pandémie de la COVID-19.

*À l'instar des autres pays endémiques aux MTN, lors de la soixante-treizième Assemblée mondiale de la Santé, Madagascar a renouvelé ses engagements, en adoptant la Nouvelle feuille de route de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les MTN – intitulée « **Mettre fin à la négligence pour atteindre les objectifs de développement durable** ». La principale concrétisation en est la mise à jour du Plan directeur national de lutte contre les MTN (PDMTN). En effet, le PDMTN - Madagascar 2023-2027 vient d'être développé. Ce plan quinquennal est le fruit d'un processus participatif placé sous la coordination du Programme national de lutte contre les MTN et impliquant toutes les parties prenantes. Il a également reçu l'appui technique et financier de l'OMS, que ce soit du bureau national ou du bureau régional, à travers le projet ESPEN. Il est aligné sur les principaux documents stratégiques nationaux - Politique nationale de santé et Plan national de développement sanitaire - et internationaux, en l'occurrence la Feuille de route mondiale de l'OMS sur les MTN 2021-2030 et le Cadre stratégique ESPEN. En mettant en œuvre des stratégies pertinentes – techniques et de soutien, des approches innovantes s'appuyant sur la transversalité des interventions et la collaboration multisectorielle, ainsi que l'appropriation nationale, le PDMTN 2023-2027 s'est fixé comme but: « **Réduire le fardeau causé par les MTN prévalentes au niveau du pays et contribuer ainsi à l'atteinte des cibles mondiales dictées par les objectifs de développement durable** ». Le PDMTN 2023-2027 est un document de référence qui guide la réponse nationale aux MTN dans les domaines de la prévention, du contrôle et de l'élimination. Il permet l'alignement de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre de la lutte. Au fur et à mesure que le contexte et les connaissances évoluent, le document sera révisé pour tenir compte des nouvelles réalités émergentes dans l'orientation du pays.*

*Le ministère de la Santé Publique, à travers le Programme national de lutte contre les MTN, assurera le leadership dans la mise en œuvre de ce plan. Aussi, me ferai-je l'honneur de préfacier le présent document et j'exhorte tout un chacun à « **S'engager à cent pour cent** » afin de permettre au pays de réaliser sa vision « **Madagascar exempt du fardeau des MTN** ».*

Le Ministre de la Santé Publique



Professeur RANDRIAMANANTANY Zely Arivelo

Table des matières

Listes des figures.....	3
Liste des tableaux	4
Abréviations et acronymes	5
Principales définitions.....	9
Résumé.....	12
Introduction.....	14
1 Partie 1. Analyse de la situation	15
1.1 Réévaluation des priorités nationales et les engagements envers la lutte contre les MTN..	16
1.1.1 Liste des maladies tropicales négligées présentes dans le pays.....	16
1.1.2 Cadre d'engagements pour la lutte contre les MTN au niveau mondial	16
1.1.3 Cadre d'engagements pour la lutte contre les MTN au niveau régional	16
1.1.4 Engagement des autorités sanitaires pour la lutte contre les MTN	17
1.1.5 But du PDMTN 2023-2027	17
1.2 Contexte national.....	18
1.2.1 Profil du pays	18
1.2.1.1 Présentation générale du pays	18
1.2.1.2 Analyse PEST	24
1.2.2 Analyse du système de santé	25
1.2.2.1 Aperçu général.....	25
1.2.2.2 Objectif général	26
1.2.2.3 Analyse du système de santé.....	26
1.3 Évaluation des écarts	30
1.4 Analyse du contexte du programme	33
1.4.1 Organisation et état actuels du programme MTN.....	33
1.4.1.1 Bilharziose.....	34
1.4.1.2 Géohelminthiases (Helminthiases transmises par le sol)	34
1.4.1.3 Filariose lymphatique.....	35
1.4.1.4 Téniose.....	37
1.4.1.5 Cysticercose	38
1.4.1.6 Lèpre	39
1.4.1.7 Mycétomes	40
1.4.1.8 Arboviroses	40
1.4.1.9 Peste	43
1.4.1.10 Tungose.....	43
1.4.1.11 Rage	44
1.4.2 Performance du programme MTN	48
1.4.2.1 Bilharziose.....	48
1.4.2.2 Géohelminthiases	50
1.4.2.3 Filariose lymphatique.....	50
1.4.2.4 Téniose.....	54
1.4.2.5 Cysticercose	54
1.4.2.6 Lèpre	54
1.4.2.7 Arboviroses	56
1.4.2.8 Peste	56
1.4.2.9 Tungose.....	57
1.4.2.10 Rage	57
1.4.3 Performance des programmes étroitement liés au programme MTN	60
1.4.3.1 Lutte antivectorielle	60
1.4.3.2 Approche « Une seule santé » ou « One Health »	63
1.4.3.3 Eau, hygiène, assainissement (EHA) ou WASH	65
1.4.3.4 Pharmacovigilance	65
1.5 S'appuyer sur les points forts du programme	70

1.5.1	Opportunités et menaces	70
1.5.2	Forces et faiblesses.....	71
1.5.3	Lacunes et priorités	73
1.5.3.1	Lacunes	73
1.5.3.2	Priorités.....	73
2	Partie 2. Programme stratégique.....	75
2.1	<i>Mission et vision du programme de lutte contre les MTN</i>	76
2.2	<i>Buts stratégiques, cibles et jalons</i>	76
2.2.1	Buts stratégiques	76
2.2.2	Cibles	76
2.2.2.1	Cible générale	76
2.2.2.2	Cibles spécifiques aux MTN	76
2.2.2.3	Cibles transversales	82
2.2.3	Jalons	83
2.3	<i>Principes directeurs</i>	84
2.4	<i>Piliers et objectifs stratégiques</i>	85
2.4.1	Piliers stratégiques	85
2.4.2	Objectifs stratégiques.....	85
3	Partie 3. Cadre opérationnel.....	86
3.1	<i>Initiatives et activités stratégiques</i>	87
3.2	<i>Vers la durabilité des programmes : intensification de la coordination et des partenariats</i> 93	
3.3	<i>Hypothèses, risques et atténuation</i>	94
3.4	<i>Cadre de performance et de responsabilisation</i>	97
4	Partie 4. Estimations et justifications du budget.....	104
4.1	<i>Budgétisation des activités</i>	105
5	Annexes.....	109

Listes des figures

- Figure 1. Carte de localisation géographique de Madagascar
- Figure 2. Carte montrant les divisions des régions
- Figure 3. Population de Madagascar
- Figure 4. Évolution du taux de pauvreté
- Figure 5. Evolution du taux d'inflation de janvier 2020 à juillet 2021
- Figure 6. Analyse PEST
- Figure 7. Résultats des évaluations spécifiques à chacune des MTN
- Figure 8. Organigramme – Programme national de lutte contre les MTN
- Figure 9. Carte - Prévalence de l'endémicité de la schistosomiase en 2015
- Figure 10. Carte de prévalence des géohelminthiases dans les 114 DS (2016)
- Figure 11. Cartographie de l'endémicité de la filariose lymphatique
- Figure 12. Carte de prévalence de la téniose
- Figure 13. Nombre moyen par an de cas suspects de cysticercose
- Figure 14. Carte de prévalence de la cysticercose porcine entre 2008 et 2012
- Figure 15. Tendances des principaux indicateurs de surveillance de la lèpre (2006-2015)
- Figure 16. Situation épidémiologique de lèpre dans les DS en 2021
- Figure 17. Situation épidémiologique de lèpre dans les régions en 2021
- Figure 18. Situation épidémiologique des arboviroses de S1 à S51 au cours de l'année 2022
- Figure 19. Carte d'endémicité de la peste
- Figure 20. Carte montrant les DS endémiques à la tungose
- Figure 21. Carte montrant les DS endémiques à la rage
- Figure 22. Cas de morsure au niveau des 31 CTAR année 2021
- Figure 23. Carte montrant les DS où la circulation de la rage est avérée de 2013 à 2019
- Figure 24. Carte montrant la coendémicité des MTN
- Figure 25. Carte montrant les DS d'intervention sur la bilharziose génitale féminine
- Figure 26. Carte montrant la répartition des sites sentinelles – bilharziose et helminthiases
- Figure 27. Carte montrant la couverture géographique de l'AMM – filariose lymphatique
- Figure 28. Evolution du taux de couverture thérapeutique – filariose lymphatique
- Figure 29. Carte montrant les DS en arrêt de traitement – filariose lymphatique
- Figure 30. Carte montrant les DS ayant mis en place la PCMPI
- Figure 31. Carte montrant le taux de détection par district en 2021
- Figure 32. Carte montrant les localisations des centres de traitement antirabique (CTAR)
- Figure 33. Répartition de nombre personnes vaccinées et les personnes perdues de vue en 2021
- Figure 34. Matrice FFOM
- Figure 35. Cibles transversales
- Figure 36. Composition et mandat - Mécanisme de coordination du programme

Liste des tableaux

- Tableau 1. Répartition de la population par tranche d'âge
- Tableau 2. Indicateurs démographiques
- Tableau 3. Données d'endémicité de la bilharziose (Annexe 2)
- Tableau 4. Endémicité des géohelminthiases (Annexe 3)
- Tableau 5. Cartographie initiale sur la prévalence de l'endémicité de la filariose lymphatique en 2004 (Annexe 4)
- Tableau 6. Cartographie FL de 2015 (Annexe 5)
- Tableau 7. Cartographie FL de 2023 (Annexe 6)
- Tableau 8. Nombre de cas de lymphœdème et d'hydrocèle compilés par région
- Tableau 9. Répartition par district des cas de lymphœdème/hydrocèle (Annexe 7)
- Tableau 10. Nombre de cas notifiés d'arboviroses de S1 à S50, en 2022
- Tableau 11. Répartition connue de la peste
- Tableau 12. Répartition de cas de rage humaine (suspects et confirmés) de janvier 2018 à décembre 2022
- Tableau 13. Répartition des districts sanitaires endémiques à la rage
- Tableau 14. Données des districts sanitaires – population, écoles et établissements de santé
- Tableau 15. Statut d'endémicité des DS pour chacune des MTN (Annexe 9)
- Tableau 16. Districts sanitaires ayant conduit l'AMM-PZQ de 2013 à 2022
- Tableau 17. Tours de traitement – bilharziose (Annexe 10)
- Tableau 18. Nombre de tours d'AMM- filariose lymphatique par district sanitaire
- Tableau 19. Cartographie de l'endémicité des DS pour chacune des MTN
- Tableau 20. Vecteurs et MTN connexes
- Tableau 21. Résumé - Interventions menées dans le cadre des programmes MTN
- Tableau 22. Opportunités et menaces
- Tableau 23. Forces et faiblesses
- Tableau 24. Priorités
- Tableau 25. Cibles spécifiques
- Tableau 26. Jalons
- Tableau 27. Évolution du taux de couverture thérapeutique de chaque DS ayant conduit l'AMM-FL de 2005 à 2021
- Tableau 28. Plan d'élimination de la Filariose Lymphatique en 2030 (Annexe 12)
- Tableau 29. Objectifs stratégiques
- Tableau 30. Initiatives et activités stratégiques
- Tableau 31. Matrice des partenariats
- Tableau 32. Critères et évaluation des risques
- Tableau 33. Légendes de la notation des risques
- Tableau 34. Étapes à suivre pour atténuer les risques
- Tableau 35. Indicateurs de performance
- Tableau 36. Coûts des sous-activités (Annexe 13)
- Tableau 37. Coûts de cible générale « Eliminer au moins une MTN – Eliminer la FL en tant que problème de santé publique, d'ici 2030
- Tableau 38. Coût des activités par année
- Tableau 39. Coûts des activités par pilier stratégique et par année sur les 5 ans (USD)

Abréviations et acronymes

AC :	Agents communautaires
AFOM :	Atouts, faiblesses, opportunités et menaces
AMM :	Administration massive de médicaments
AN :	Assemblée nationale
APART :	Autorité politique administrative religieuse et traditionnelle
AS :	Agent de santé
BAD :	Banque africaine de développement
BLU :	Bande latérale unique
BM :	Banque mondiale
BNGRC :	Bureau national des gestions de risques et catastrophes
CCC :	Communication sur les changements sociaux et comportementaux
CEL :	Campagne d'élimination de la lèpre
CHRD :	Centre hospitalier de référence de district
CHRR :	Centre hospitalier de référence régionale
CIRAD :	Centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement
CN – MTN :	Coordonnateur national – Programme de lutte contre les maladies tropicales négligées
CNPV :	Centre national de pharmacovigilance
COI :	Commission de l'océan Indien
COR 2 :	Centre d'orientation recours niveau 2
COR-NTD:	Coalition for operational research on neglected tropical diseases
COVID-19:	COronaVirus Disease appeared in 2019
CRDI :	Centre de recherche pour le développement International
CRSSS :	Centre régional de santé et de services sociaux
CSB :	Centre de santé de base
CSU :	Couverture sanitaire universelle
CTAR:	Centre de traitement antirabique
CTP :	Chimiothérapie préventive
DA :	Bithérapie – diéthylcarbamazine et albendazole
DC :	Distributeurs communautaires de médicaments
DEPSI :	Direction des études, planification et système Informatique
DHIS :	District Health Information System
DLMT :	Direction de la Lutte contre les Maladies Transmissibles
DMM :	Distribution de masse de médicaments
DRSP :	Direction régionale de santé publique
DS :	District sanitaire
DSV :	Division de la santé vétérinaire
DVSSER:	Direction de Veille Sanitaire et de Surveillance Épidémiologique et Riposte
EAS :	Enfant d'âge scolaire
EHA :	Eau, hygiène et assainissement
EIM :	Événement indésirable des médicaments
EMAD :	Equipe de management du district
ESPEN:	Expended Special Project for Elimination of Neglected Tropical Diseases

FAO :	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FFOM :	Forces, faiblesses, opportunités, menaces
FL :	Filariose lymphatique
FN :	Fiche de notification
FOFIFA :	Département de recherche zootechniques, vétérinaires et piscicoles
FRF:	Fondation Raoul Follereau
FTS:	Filariasis test strip
FVR :	Fièvre de la vallée du Rift
GAVI :	Global alliance for vaccines and immunization (Alliance mondiale pour les vaccins)
GIV :	Gestion intégrée des vecteurs
GTT :	Groupe de travail technique
HI :	Humanité et inclusion
HTS :	Helminthiases transmises par le sol
ICT :	Immuno-chromatographic test
IDA :	Trithérapie – ivermectine, diéthylcarbamazine, albendazole
IDH :	Indice de développement humain
IEC :	Information, éducation, communication
INSTAT :	Institut national de la statistique
IPC :	Integrated food security phase classification (Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire)
IPM :	Institut Pasteur de Madagascar
IRD :	Institut de recherche pour le développement
IVM:	Ivermectine
JRSM:	Joint request for selected preventive chemotherapy medicines
LAR :	Lutte anti-réservoir
LAV :	Lutte antivectorielle
LQAS:	Lot quality assurance sampling
MADSUR:	Madagascar Animal Disease Surveillance
MB:	Multibacillaire
MCD-GH:	Medical Care Development Global Health
MEN :	Ministère de l'éducation nationale
MeSupReS :	Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
MICS :	Multiple indicators cluster survey
MIILDA:	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
MINAE :	Ministère de l'agriculture et de l'élevage
MOBSOC :	Mobilisation sociale
MSANP :	Ministère de la santé publique
MTN :	Maladie tropicale négligée
NTIC :	Nouvelle technologie de l'information et de la communication
ODD :	Objectif de développement durable
OMERT :	Office malgache d'études et de régulation des télécommunications
OMS/AFRO :	Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique
OMS:	Organisation mondiale de la santé
ONG:	Organisation non gouvernementale

ONN :	Office national de nutrition
OS :	Objectif spécifique
PAC :	Paquet d'activités communautaires
PAM :	Programme alimentaire mondial
PCC :	Prise en charge des cas
PCMPI :	Prise en charge de la morbidité et prévention des incapacités
PCR :	Polymerase chain reaction
PCT :	Polychimiothérapie
PDMTN :	Plan directeur des maladies tropicales négligées
PDSS :	Plan de développement du secteur de la santé
PEP :	Post-exposition prophylaxie
PEST :	Politique, économie, social, technologie
Pha-G-Dis :	Pharmacie de gros de district
Pha-Ge-Com :	Pharmacie à gestion communautaire
PIB :	Produit intérieur brut
PID :	Pulvérisation intradomiciliaire
PIRP :	Prévention des infirmités et réadaptation physique
PMA :	Paquet moyen d'activité
PNB :	Produit national brut
PNEFL :	Programme national d'élimination de la filariose
PNL :	Programme national lèpre
PNLP :	Programme national de lutte contre le paludisme
PNS :	Politique nationale de santé
PNSC :	Politique nationale de santé communautaire
POS :	Procédure opérationnelle standard
PTF :	Partenaire technique et financier
RAA :	Revue après action
RDT :	Rapid diagnostic test
RGPH :	Recensement général de la population et des habitations
RISEAL :	Réseau international de schistosomiase, environnement, aménagement et lutte
RMTN :	Responsable – maladies tropicales négligées
SALAMA :	Central d'achats des médicaments essentiels et de matériel médical de Madagascar
SCH:	Schistosomiase
SCI:	Schistosomiasis Control Initiative
SCIF:	Schistosomiasis Control Initiative Foundation
SDSP :	Service de district de santé publique
SEECALINE :	Surveillance et éducation des écoles et des communautés en matière d'alimentation et de nutrition élargie
SEGA :	Surveillance épidémiologique et gestion des alertes
SIS :	Système d'information sanitaire
SLPMERMETN :	Service de lutte contre la peste, les maladies émergentes et réémergentes, les maladies endémo-épidémiques et tropicales négligées
SMEETN :	Service de lutte contre les maladies endémo-épidémiques et tropicales

négligées

SN-CSU :	Stratégie nationale – couverture sanitaire universelle
SSD :	Service de santé de district
SSME :	Semaine de la santé de la mère et de l'enfant
SSP :	Soins de santé primaires
STD :	Service technique déconcentré
TAS :	Transmission assessment survey
TMM :	Traitement de masse de médicaments
UE :	Union européenne
UN :	United Nations
UNICEF :	Fonds des nations unies pour l'enfance
UNIMINTOX :	Unité d'information sur les médicaments et les intoxications
USAID:	United States agency for international development
VDNC :	Vérification de diagnostic des nouveaux cas
WASH:	Water, sanitation, and hygiene
WHODAS:	World health organization disability assessment schedule

Principales définitions

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)

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.)

Coordination : Collaboration entre secteurs et programmes adjacents, internes ou externes au domaine de la santé, dans le cadre plus large des MTN. Des secteurs comme la lutte antivectorielle et l'eau, l'assainissement et l'hygiène apportent des contributions essentielles aux progrès contre les MTN et une coopération plus efficace accélèrera et pérennisera les progrès en vue de l'élimination et du contrôle de ces maladies.

Domaines d'action des programmes : Notion utilisée dans la feuille de route et se référant à tous les domaines par rapport auxquels les programmes des MTN peuvent être évalués et identifier des actions à mener. La feuille de route en énumère 11 : compréhension scientifique ; outils de diagnostic ; interventions efficaces ; orientations opérationnelles et normatives ; planification, gouvernance et gestion des programmes ; suivi et évaluation ; accès et logistique ; infrastructures des soins de santé et personnel ; plaidoyer et financement ; collaboration et action multisectorielle ; renforcement des capacités et de la sensibilisation.

Eau, assainissement et hygiène (EAH) – en anglais WASH (water, sanitation and hygiene) : Objet de cibles dédiées dans l'objectif de développement durable 6 (Garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable). Les avantages d'avoir accès à une source améliorée d'eau de boisson pourront être pleinement obtenus seulement s'il y a également accès à des services d'assainissement améliorés et si les bonnes pratiques d'hygiène sont respectées. Au-delà de ses avantages immédiats, WASH a des retombées socio-économiques plus larges et plus profondes, notamment pour les femmes et les enfants.,

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.

IDA : Schémas thérapeutiques alternatifs pour réaligner le programme national d'élimination de la filariose lymphatique, en vue d'accélérer l'élimination, par la combinaison de trois molécules ou trithérapie (Ivermectine-Diethylcarbamazine-Albendazole), lors de l'administration massive de médicaments.

Inclusion : Planification et délivrance des interventions contre les MTN par les infrastructures du système de santé national pour renforcer les capacités et contribuer à une prévention et une lutte efficaces et durables contre les maladies.

Intégration : Regroupement ou « ensemble » de plusieurs maladies, selon leur charge dans le pays, pour faciliter la prestation conjointe d'interventions au moyen d'une plateforme commune, comme la chimiothérapie préventive et l'utilisation de diagnostics multiplex, et suivi, évaluation et notification intégrés de toutes les MTN endémiques concernées.

Interventions de santé publique basées en population : Interventions visant à prévenir les maladies et à promouvoir la santé, qui concernent toute une population et s'étendent au-delà des traitements médicaux en ciblant les processus contextuels ou communautaires et les facteurs de risque sous-jacents, tels que le tabagisme, les abus d'alcool ou de médicaments, les régimes alimentaires et les modes de vie inactifs, ainsi que les facteurs sociaux et environnementaux.

Lacune : Difficulté actuelle ou future pour les programmes et services de MTN empêchant les intervenants d'atteindre les cibles de 2030.

Lacune partagée : Lacune commune à au moins deux MTN. La feuille de route en identifie quatre essentielles pour lesquelles une action est requise d'urgence pour toutes les MTN ; diagnostics et autres interventions essentielles ; suivi et évaluation ; accès et logistique ; plaidoyer et financement.

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

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

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).

Objectifs de développement durable (ODD) : Ensemble de 17 objectifs adoptés en 2015 par tous les États Membres des Nations Unies dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Les ODD reconnaissent que, pour mettre fin à la pauvreté et aux autres privations, il doit y avoir des stratégies interconnectées pour améliorer la santé et l'éducation, réduire les inégalités et stimuler la croissance économique, lutter contre le changement climatique, et travailler à la préservation des océans et des forêts. Les ODD sont un appel à l'action d'urgence de la part de tous les pays dans le cadre d'un partenariat mondial.

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

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.

« Une seule santé » (One Health) : Approche intégrative et systémique de la santé, fondée sur la notion que la santé humaine est étroitement liée à la salubrité des aliments, des animaux et de l'environnement et de l'équilibre sain de leur impact sur les écosystèmes qu'ils partagent, partout dans le monde.

Résumé

Le Plan Directeur National de lutte contre les maladies tropicales négligées (PDMTN), de Madagascar, 2023-2027 se veut d'être complet en incluant toutes les MTN prévalentes au niveau du pays, en adressant les interventions recommandées par l'OMS et en impliquant les parties prenantes que ce soit au niveau du secteur de la santé ou au niveau des autres secteurs ainsi que les partenaires techniques et financiers (PTF) .

Ce document est structuré en quatre parties : (i) Analyse de la situation, (ii) Agenda stratégique, (iii) Cadre opérationnel et (iv) Estimation et justification du budget.

Dans la première partie, il est rapporté les engagements pris par le pays envers la lutte contre les MTN, à travers l'adoption des résolutions au niveau mondial ou régional. Ces dernières ont été traduites en divers documents nationaux dont font partie les PDMTN élaborés depuis 2011, à ce jour. L'établissement du profil du pays a été complété par les résultats de l'analyse PEST¹ et ceux de l'analyse du système de santé utilisant le cadre d'évaluation de l'OMS. L'évaluation des écarts ou lacunes s'est référée aux domaines d'actions spécifiques aux différentes MTN ainsi qu'aux stratégies relatives aux MTN cutanées. L'analyse du contexte du programme précise également la place des MTN parmi les priorités sanitaires. Les données sur l'endémicité et/ou la distribution sont présentées pour chaque MTN prévalentes. Y sont également incluses les grandes réalisations et la performance des programmes étroitement liés au programme MTN, tels (i) Lutte antivectorielle (LAV), (ii) Approche « One Health », (iii) Approche « WASH » (Water, sanitation and hygiene) et (iv) Pharmacovigilance. Les données issues de l'analyse du profil, du système de santé et du contexte du programme MTN ont été utilisées pour l'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) du Programme de lutte contre les MTN. Au final, l'analyse de la première partie a aidé à définir l'agenda stratégique du Programme MTN, objet de la deuxième partie du document.

Cette deuxième partie énonce : (i) la vision et la mission du programme de lutte contre les MTN, (ii) les principes directeurs qui vont régir la mise en œuvre du plan, (iii) les buts stratégiques à atteindre et (iv) les piliers stratégiques. Le choix de ces derniers s'est inspiré de ceux de la feuille de route mondiale de l'OMS sur les MTN 2021-2030 (FR-MTN 2030), auxquels a été ajouté un quatrième pilier sur lequel le Programme veut mettre l'accent, à savoir : « Renforcement de la mobilisation de ressources et la coordination ». Enfin, pour chacun des piliers stratégiques ont été définis des objectifs stratégiques assortis de cibles et jalons. Ces objectifs stratégiques vont être repris dans la troisième partie traitant du cadre opérationnel.

Le cadre opérationnel fait référence à la mise en œuvre des activités. Pour chaque objectif stratégique ont été identifiées des activités stratégiques qui sont des activités techniques spécifiques à chaque MTN et des activités liées à la transversalité.

Dans la quête de la durabilité du programme, il sera mis en place les différentes entités du Comité de pilotage du Programme MTN. Afin de sécuriser la faisabilité des interventions et notamment les risques potentiels, des mesures d'atténuation sont mises en place. Un cadre

¹ Facteurs - politique, économique, social et technologique

de performance et de responsabilisation est également conçu pour suivre et assurer les progrès vers la réalisation des objectifs et des cibles, à travers des indicateurs spécifiques aux maladies et des indicateurs transversaux. Toutes ces activités feront l'objet d'une budgétisation, objet de la quatrième partie du document.

Ce PDMTN est assorti d'un budget pluriannuel calculé sur la base des activités détaillées en sous activités. Il est présenté les différents coûts ainsi que les gaps de financement. L'estimation du budget a utilisé le logiciel TIPAC.

Introduction

Les maladies tropicales négligées (MTN), c'est : « Un milliard de personnes affectées dans le monde! », c'est également « 40% de la charge du fardeau, en Afrique! » et c'est aussi, « un (1) district coendémique à 2 jusqu'à 9 MTN à Madagascar! »

Les MTN sont un ensemble de vingt maladies ou de groupes de maladies bactériennes, virales, parasitaires et fongiques. Elles affectent, la santé et le bien-être de plus d'un milliard de personnes dans le monde, vivant dans les pays en voie de développement², le plus souvent dans les régions tropicales et subtropicales. En altérant les capacités physiques et intellectuelles des personnes touchées, elles impactent la vie de ces dernières, mais aussi, celle de leurs familles et de la communauté toute entière. De ce fait, elles font peser une charge sanitaire et économique sur les communautés, perpétuant ainsi le cycle de pauvreté.

Dans le cadre de la FR-MTN 2012-2020, et précisément dans la mise en œuvre PDMTN de Madagascar, qui a couvert la période 2016-2020, des efforts ont été fournis. Mais, ils sont encore insuffisants pour atteindre les objectifs nationaux afin de contribuer, au final, aux cibles mondiales. Il est rappelé que le et qui a été mis à jour, en 2019, pour inclure la stratégie alternative IDA (Trithérapie associant ivermectine, diéthylcarbamazine et albendazole), est actuellement obsolète. Il s'avère donc judicieux d'élaborer un nouveau PDMTN aligné à la FR-MTN 2030 et en utilisant le Guide ESPEN d'élaboration des PDMTN 2021-2025.

Le pays a lancé le processus de développement du PDMTN 2023-2027, en octobre 2022. Plusieurs ateliers ont été organisés, à savoir : un atelier d'élaboration du document, un atelier d'élaboration du budget en utilisant le logiciel TIPAC et un atelier de validation. Ce PDMTN a considéré toutes les MTN prévalentes dans le pays, parmi les 20 maladies/groupes de maladies de la FR-MTN 2030, ainsi que quelques maladies prioritaires, déjà inclus dans les plans antérieurs, telles : la peste, la tungose et la fièvre de la vallée du Rift. Toutes les interventions recommandées par l'OMS, pour la prévention, le contrôle et l'élimination des MTN, ont été prises en compte, à savoir : (i) Chimiothérapie préventive, (ii) Prise en charge des cas, (iii) Surveillance des vecteurs, (iv) Fourniture d'eau potable, amélioration de l'assainissement et de l'hygiène et (v) Santé publique vétérinaire. Par ailleurs, l'accent a été mis sur la transversalité des interventions nécessitant et l'intégration et la collaboration multisectorielle, ainsi que l'appropriation par le pays, en vue de la durabilité à travers celle des communautés et des dirigeants locaux.

Ce PDMTN sert de feuille de route nationale pour les MTN, au cours de la période 2023-2027. Il constitue un document de référence, en matière de plaidoyer, de mise en œuvre des interventions et de suivi-évaluation. Il est structuré en quatre parties : (i) Analyse de la situation ; (ii) Agenda stratégique ; (iii) Cadre opérationnel de lutte contre les MTN et (iv) Budgétisation.

²Rapport sur les maladies tropicales négligées, OMS, 2010

1 Partie 1. Analyse de la situation

1.1 Réévaluation des priorités nationales et les engagements envers la lutte contre les maladies tropicales négligées

1.1.1 Liste des maladies tropicales négligées présentes dans le pays

En référence aux maladies et groupes de maladies ciblées par la FR-MTN 2030, les MTN existant à Madagascar se présentent comme suit :

- Groupe des MTN à chimiothérapie préventive (CTP) : schistosomiase, géohelminthiases et filariose lymphatique;
- Groupe des MTN à prise en charge des cas (PCC) : lèpre, rage, téniose/cysticerdose, gale, mycétomes, dengue et chikungunya;
- Maladies prioritaires pour le pays : peste, tungose et fièvre de la vallée du Rift (FVR).

1.1.2 Cadre dans lequel les engagements envers la lutte contre les MTN ont été pris au niveau mondial

À l'échelle mondiale, les MTN ont reçu plus d'attention au cours des deux dernières décennies, comme en témoignent :

- En 2012, l'OMS a publié la première feuille de route mondiale sur les MTN. Elle incluait 17 maladies et fixait les principales stratégies et jalons pour la décennie 2020.
- Déclaration de Londres sur les MTN de 2012 : les firmes pharmaceutiques, les donateurs, les pays d'endémie et les organisations non gouvernementales (ONG) se sont ralliés à celle-ci pour s'engager à combattre, éliminer et éradiquer 10 maladies, principalement au moyen de l'expansion de la CTP.
- Résolution sur les MTN adoptée par la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2013 (Résolution WHA66.12), invitant instamment les États Membres à prendre en main, de manière continue au niveau des pays, les programmes visant à prévenir, combattre, éliminer et éradiquer les MTN, pour accélérer la lutte contre les MTN.

1.1.3 Cadre dans lequel les engagements envers la lutte contre les MTN ont été pris au niveau régional

Les efforts de lutte dans la Région Africaine ont été guidés au cours de la décennie écoulée par les différents engagements pris au niveau mondial – cités plus haut et concrétisés par les suivants :

- En juin 2012, en référence à l'Appel urgent à l'action d'Accra sur les MTN, toutes les parties prenantes ont été invitées à accélérer l'élimination des MTN ciblées dans la Région Africaine.
- Résolution sur les MTN (AFR/RC63/R6) adoptée par le Comité régional en 2013, au cours duquel, les États membres ont adopté la Stratégie Régionale sur les MTN pour l'Afrique 2014-2020, comme cadre de mise en œuvre de la feuille de route de l'OMS pour les MTN. Les États –Membres ont exprimé leur engagement à intensifier les interventions de lutte.

- Engagement d'Addis-Abeba sur les MTN : il a été signé par 26 pays africains endémiques de MTN, le 12 décembre 2014, les appelant à accroître les investissements nationaux, à renforcer le programme MTN dans ses objectifs, à travailler vers des objectifs mondiaux de contrôle et d'élimination des MTN pour renforcer leur système de santé en général.
- Par ailleurs, en vue d'atteindre les objectifs de la couverture sanitaire universelle (CSU) et les objectifs de développement durable (ODD), les États Africains avaient réaffirmé en 2013, leur engagement pour les soins de santé primaire (SSP) en renouvelant la politique du système de santé de district qui met l'accent sur la mise à niveau des structures sanitaires de proximité.

1.1.4 Engagement des autorités sanitaires, au niveau du pays, envers la lutte contre les MTN

Conscient du fardeau des MTN, le Gouvernement, à travers le ministère de la Santé Publique (MSANP), vise à améliorer la santé de la population et à réduire l'impact socio-économique dû aux MTN. Afin d'atteindre ces objectifs, le pays s'est engagé à suivre les recommandations internationales directement ou indirectement à travers les engagements pris au niveau régional.

Le MSANP a identifié des objectifs de développement nationaux et privilégié la place des MTN dans le plan de développement du secteur de la santé (PDSS).

Divers documents nationaux reflètent la priorité donnée aux MTN, à savoir :

- Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (SND30) : elle met l'accent sur la CSU qui a pour objectif de garantir à l'ensemble de la population la protection financière contre le risque de maladie et une couverture équitable en soins et services de santé. Elle contribuera ainsi à l'atteinte de l'ODD3.
- Développement de PDMTN:
 - PDMTN 2011-2015
 - PDMTN 2016-2020
 - PDMTN 2019-2023 : qui n'est autre que la révision du PDMTN 2016-2020 afin d'inclure l'adoption de la stratégie alternative IDA.
- Engagement des différents acteurs sectoriels
- Inclusion des MTN dans des documents nationaux :
 - Politique nationale de santé (PNS)
 - Plan stratégique national de santé avec des allocations budgétaires spécifiques pour les mesures de contrôle des maladies : vise à renforcer et à étendre les services de prévention, de promotion, de diagnostic et de traitement des MTN.

1.1.5 But du PDMTN 2023-2027

Ce plan directeur quinquennal constitue un document de référence, de plaidoyer et d'évaluation du programme MTN. C'est également un outil pour la coordination, l'harmonisation et l'alignement de toutes les parties prenantes œuvrant dans la lutte contre les MTN.

1.2 Contexte national

1.2.1 Profil du pays

1.2.1.1 Présentation générale du pays

Géographie et climat

Madagascar, situé dans l’Océan Indien, entre la latitude 19°00 Sud et longitude 47°06 Est. Il est séparé de 400 km de la côte Sud-Est de l’Afrique par le canal du Mozambique.

Madagascar est classé quatrième île du monde, de par sa superficie estimée à 587 041 km². Il s’étend sur une longueur de 1 500 kilomètres du Nord au Sud, et sur près de 500 kilomètres dans sa plus grande largeur, de l’Est à l’Ouest. Il possède plus de 5 000 kilomètres de côtes.



Figure 1. Carte de localisation géographique de Madagascar

Deux grandes saisons existent dans le pays : (i) une saison chaude et pluvieuse allant d’octobre à avril, au cours de laquelle, la température moyenne se situe entre de 25° et 30°C sur les côtes et de 18° à 25°C sur les hautes terres centrales, et (ii) une saison sèche et fraîche qui va de mai à septembre avec une température moyenne de 20° à 25°C sur les côtes et 10° à 15°C sur les hautes terres centrales.

Les précipitations annuelles varient de 3 050 mm par an sur les massifs du nord, à moins de 380 mm par an sur le plateau central. Le pays est sujet à des catastrophes climatiques. Ces conditions climatiques sont favorables à l’évolution des vecteurs de certaines MTN - filariose lymphatique (FL) et schistosomiasis (SCH). (6). Par ailleurs, Madagascar jouit d’une grande biodiversité. Une forêt relativement dense occupe la partie Est de l’île ; tandis que les parties Sud et Sud-Ouest du pays sont semi-désertiques.

Structure administrative, démographique et communautaire

Le pays est subdivisé en 6 provinces, 23 régions, 119 districts administratifs, 1 597 communes et 17 500 fokontany (la plus petite division administrative). La carte à la figure 2 montre les divisions correspondant aux régions.

Selon la projection du troisième recensement général de la population et de l'habitation (RGPH 3) de l'année 2018, la population actuelle du pays est estimée à 28 millions habitants, dont 19,3% vivent en milieu urbain et 80,7% en milieu rural. Le graphique à la figure 3 montre l'évolution du nombre de la population de 1975 à 2021. (Source INSTAT). La répartition de la population par tranche d'âge est donnée au tableau 1.



Figure 2. Carte montrant les divisions des régions

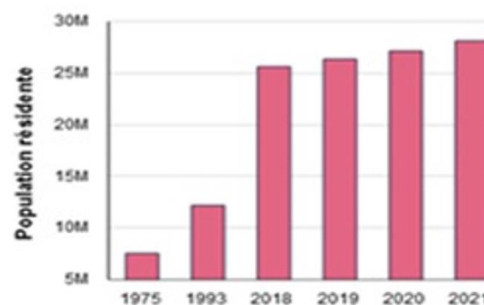


Figure 3. Population de Madagascar (Source INSTAT)

Tableau 1. Répartition de la population par tranche d'âges

Tranche d'âges	Population (%)
0 - 6 mois	2
6 - 11 mois	2
Enfants 1 - 4 ans - Enfants d'âge préscolaire: 12-59 mois)	12
≥ 2 ans	82
0 - 5 ans	18
5 - 14 ans (Enfants d'âge scolaire)	28,6
15 - 19 ans	9,7
19 - 24 ans	7,6
15 - 24 ans	17,2
15 ans et plus	55,4
25 ans et plus	36,1
Femmes en âge de procréer	23,4
Femmes enceintes attendues	4,5

Un ménage compte en moyenne 4,2 individus. La population est caractérisée par sa très grande jeunesse puisque près des deux tiers de la population ont moins de 25 ans (64%) et près de la moitié ont moins de 15 ans (47%). L'estimation de la croissance annuelle moyenne de la population, entre 1975 et 2018, est de 2,9%.

La fécondité est précoce. En effet, 32% des adolescentes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie reproductive, 26% ont déjà eu au moins un enfant et 6% des jeunes étaient enceintes du premier enfant. Cette précocité reproductive chez les adolescentes constitue une des causes de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale [RGPH 2018]. Il est listé au tableau 2 divers indicateurs démographiques.

Tableau 2. Indicateurs démographiques

N°	Indicateur	Valeur
1	Population totale du pays (Projection RGPH 2018)	25 674 196
2	Espérance de vie à la naissance (ans)	67,39
3	Taux d'accroissement naturel (%)	3,1
4	Taux de masculinité (sur 100)	97
5	Proportion des jeunes (%)	31,8%
6	Proportion des vieux (%)	10,5%
7	Population moins de 1 an (en milliers)	1 260 968
8	Population moins de 5 ans (en milliers)	4 621 355
9	Population moins de 15 ans (en milliers)	11 964 175
10	Population de 15 à 60 ans (en milliers)	12 503 333
12	Population de 60 ans et plus (en milliers)	1 180 013
13	Taux de fécondité totale TFT ou ISF en nombre	ND
14	Taux de mortalité infantile pour 1000 NV	25,27
15	Taux brut de mortalité pour 1000 individus	6
16	Taux brut de natalité pour 1000 individus	32

Situation socio-culturelle

La population de Madagascar est marquée par sa diversité ethnique, expliquée par ses différentes origines. La langue nationale, le *Malagasy*, est comprise dans tout le pays, bien qu'il y ait des dialectes spécifiques à chaque ethnie. Certaines pratiques sont communes à ces ethnies, telles : la circoncision et le retournement des morts ou « famadihana ». Une valeur partagée par toute la population, est le « fihavanana ». On peut la décrire comme un ensemble de règles et de normes définissant un code de bonne conduite en société (F. SANDRON, 2008), se traduisant par la solidarité et l'entraide dans la communauté. Elle constitue la base même de la vie collective.

La peur des interdits ou tabous ("fady") est encore très présente au sein de la population. Les interdits sont souvent l'expression d'un ensemble de règles de conduite établies par les ancêtres. A titre d'exemple, le non-respect des interdits pourrait entraîner des décès. Il est à noter que la propagation de certains MTN résulte en partie de l'attachement à ces croyances et de certaines pratiques³.

³ Source :INSTAT Madagascar - Institut National de la Statistique

Situation des indicateurs socio-économiques

Madagascar se trouve au 161^{ème} rang sur 188 pays (15), concernant l'indice de développement humain (IDH). Les perspectives de développement du pays demeurent entravées par le faible potentiel de croissance et son exposition à des crises politiques fréquentes, profondes et persistantes. Entre le retour du pays à l'ordre constitutionnel en 2013 et le début de la pandémie de COVID-19 en 2020, la croissance a été de l'ordre de 3,5 % par an en moyenne.

En 2020, le dernier rapport de la Banque mondiale sur les [Perspectives économiques de Madagascar : Tracer la voie de la reprise](#), révèle que les populations vulnérables, en particulier en milieu urbain, étaient les plus affectées par les pertes d'emplois dans les secteurs clés des services manufacturiers et par la perte de revenus résultant de l'arrêt soudain de l'activité économique. Les ménages ruraux ont également été touchés, note le rapport, mais une production agricole résiliente a contribué à absorber le choc de cette crise. [4]. La crise a été aggravée dans le sud de Madagascar par des sécheresses historiques qui ont entraîné des mauvaises récoltes généralisées, une insécurité alimentaire croissante et des migrations internes. En 2021, l'UNICEF estimait que 1 285 000 personnes se trouvaient en état d'insécurité alimentaire aiguë et que 28 000 personnes vivent une situation de famine. [5]. Elle a été suivie d'une récession environ trois fois plus profonde que dans la plupart des autres pays d'Afrique subsaharienne, avec la forte contraction de (-) 7,1 % de l'économie, résultant en grande partie de l'impact négatif de la pandémie COVID 19 sur les secteurs minier, touristique, des transports et des services.

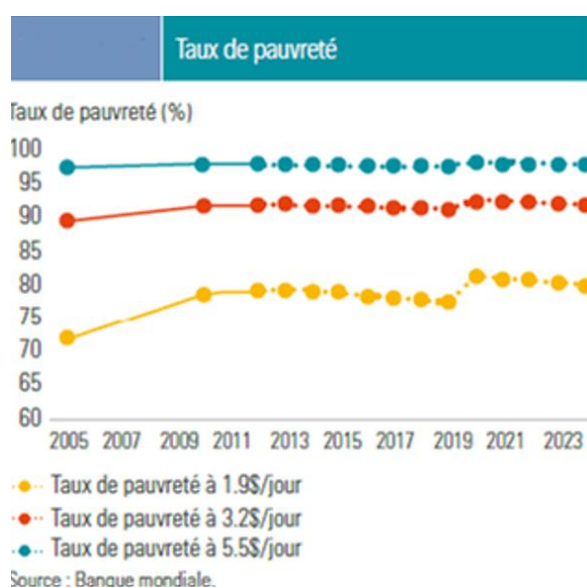


Figure 4. Evolution du taux de pauvreté

La croissance économique a commencé à se redresser en 2021, mais elle a été interrompue à nouveau en 2022 par une troisième vague de la pandémie COVID-19, suivie d'une série d'événements climatiques graves. Les hausses des prix mondiaux de l'énergie et des denrées alimentaires ont également eu des répercussions au niveau du pays.

La figure 4 illustre l'évolution du taux de pauvreté de 2005 à 2023. Il a atteint un nouveau record de 81% (mesuré par rapport au seuil de pauvreté international de 2,15 dollars/habitant/jour) [3]

Selon l'INSTAT en 2021, le taux d'inflation observé avoisine les 6,3% au mois de juillet 2021. L'inflation la plus forte étant dans le domaine de la santé et affiche respectivement un chiffre de 11% en juin, et de 10% en juillet 2021. La figure 5 fait état de l'évolution de l'inflation entre janvier 2020 à juillet 2021. Ceci a grandement affecté les ménages. [6]

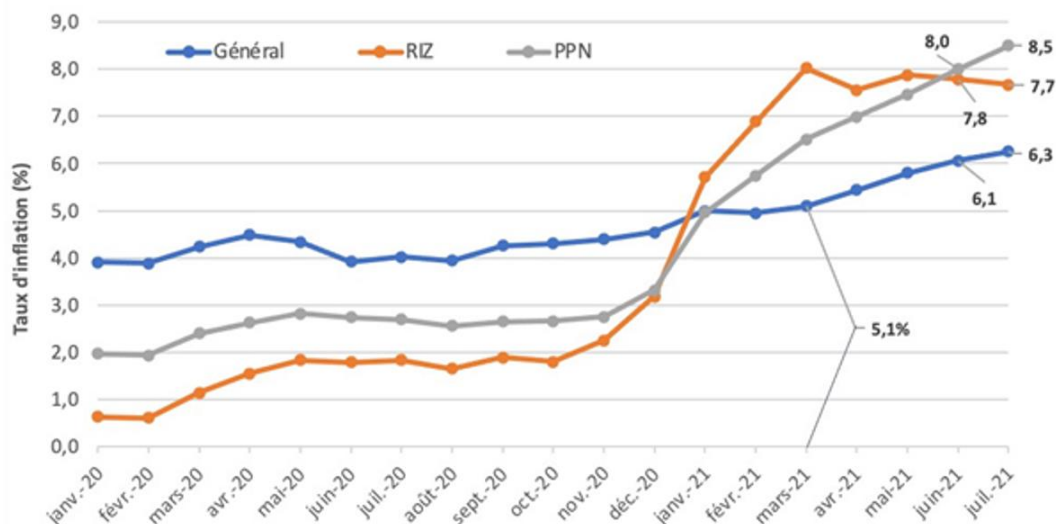


Figure 5. Evolution du taux d'inflation de janvier 2020 à juillet 2021

Le capital humain de Madagascar est l'un des plus faibles au monde. En effet, le pays a le quatrième taux de malnutrition chronique le plus élevé au monde. Il est à noter que 97% des enfants malgaches âgés de 10 ans sont incapables de lire et de comprendre un texte court et adapté à leur âge.

Le système de protection sociale dont dispose le pays est naissant et ne couvre que 6 % des personnes extrêmement pauvres, pouvant entraver l'atteinte de l'objectif d'un taux de couverture de 15% d'ici 2023, fixé dans la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) élaborée en 2019. [8]. En outre, la proportion du budget de l'État allouée à la protection sociale, déjà très faible a été réduite entre 2015 (0,25%) et 2020 (0,21%) [9]. Les dépenses liées à la protection sociale n'excèdent pas 0,04% du produit intérieur brut (PIB), ce qui est inférieur à la moyenne de 1,2% du PIB en Afrique subsaharienne [10]. De même, les dépenses liées aux filets de sécurité sont très faibles : 0,3% du PIB, contre une moyenne de 1,2% du PIB en Afrique sub-saharienne. [3]. La situation alimentaire et nutritionnelle reste précaire car selon le Programme alimentaire mondial des Nations unies (PAM) : à la mi-septembre 2022, 8,8 millions de personnes (33 % de la population) sont en situation d'insécurité alimentaire, soit un million de plus qu'il y a trois mois. La situation continuerait à se détériorer, en particulier dans le sud du pays, entre décembre 2022 et mars 2023, avec plus de deux millions de personnes qui connaîtront probablement des niveaux élevés d'insécurité alimentaire aiguë selon le [Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire \(IPC\)](#), et 284 600 personnes dans une situation d'urgence. Selon les résultats préliminaires de l'enquête [IPC Nutrition](#), près d'un demi-million de personnes pourraient être touchées par la malnutrition aiguë globale (sévère et modérée) entre septembre 2022 et mars 2023, soit une augmentation de 55% par rapport à la période se terminant en août 2022. [7]

Actuellement, la situation socio-économique de Madagascar est encore dans son état précaire vu les différents obstacles encourus par le pays. Les défis sont nombreux afin de relancer cette économie et de parvenir à la mise en place d'un développement durable.

Transport et communication

Le réseau routier du pays est évalué à 50 000 km dont 10% environ est goudronné. Le réseau routier qui est déjà en très mauvais état se trouve encore plus défectueux, pendant la saison des pluies. En milieu urbain, les moyens de transport sont le bus, le taxi-ville, le pousse-pousse ou cyclo-pousse, le tuk tuk dans certaines régions. Les sociétés de transports privées telles que l'EXPRESS, BUS POSTAL, DHL, etc. ne desservent que les districts. Les déplacements en milieu rural se font en taxi-brousse ou en charrette tirée par des bœufs. Les moyens de locomotion à deux roues (moto et bicyclette) sont utilisés aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural.

La compagnie aérienne nationale Air Madagascar relie la capitale Antananarivo à certaines villes des îles de l'Océan Indien, de l'Europe et de l'Asie de Sud Est. La compagnie nationale Tsaradia fait lien entre les différentes régions du pays. Des compagnies privées mettent en location de petits avions destinés soit pour des évacuations sanitaires ou d'autres utilisations. Des compagnies internationales effectuent des vols réguliers à destination de la capitale, Antananarivo et d'autres villes touristiques du pays.

Le réseau fluvial et maritime est également peu développé. Les moyens les plus utilisés sont les vedettes, les voiles, les bacs, les boutres, les radeaux et les bateaux. Ils sont prisés par les riverains habitant le long des côtes et des fleuves (ex : canal des Pangalana). Le réseau ferroviaire, peu développé également, dessert : (i) le trajet Fianarantsoa – Manakara, pour le transport commercial ; et (ii) le trajet Toamasina – Antananarivo pour le transport de hydrocarbures.

Concernant la communication et le système d'information, la télévision nationale, les chaînes de télévision privée, la radio nationale et les radios de proximité locales restent les principales sources d'information. Les journaux et les revues hebdomadaires ou mensuelles ne sont disponibles que dans certaines grandes villes.

En matière de nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), selon les données de l'Office malgache d'études et de régulation des télécommunications (OMERT), le secteur des télécommunications compte actuellement 12 opérateurs. Trois opérateurs principaux offrent le service de la téléphonie mobile de norme GSM et Internet : Orange, Airtel et Telma. Le taux pénétration de l'internet est encore faible (4,4% en 2021 selon Internet World Stats), en comparaison de celui en Afrique.

La communication par radio « Bande latérale unique » (BLU) est encore utilisée dans les zones non couvertes par le réseau téléphonique et surtout par la gendarmerie nationale et certains services de santé.

Dans le secteur de la santé, l'usage des technologies de l'information et de communication est en plein essor. Le niveau central du MSANP dispose d'une base des données des systèmes et applications utilisées par toutes les entités et produit périodiquement une cartographie.

Situation de l'éducation

Le taux de scolarisation est variable d'une région à l'autre du pays. Il est influencé par le nombre d'établissement scolaire et la distance entre les écoles et les habitations. Les résultats de MCIS (Multiples Indicator Cluster Survey), en 2018, montrent que le taux de fréquentation scolaire est de 76% au niveau primaire, 27% au premier cycle du secondaire et 13% aux deuxième et troisième cycles. Madagascar présente un taux de scolarisation relativement élevé au niveau de l'enseignement de base mais avec un fort taux de déperdition scolaire.

Assainissement et couverture en eau potable

Madagascar se situe au bas de la liste des 76 pays en développement ayant le plus faible accès à l'assainissement de base. La grande partie de la population n'a pas accès à une eau potable et ne dispose pas d'assainissement adéquat. Par ailleurs, l'accès à l'eau et à l'assainissement présente de profondes inégalités. En effet, 54,4 % de la population au niveau national a accès à l'eau, et seulement 12,3 % de la population à l'assainissement.

1.2.1.2 Analyse PEST

La présentation générale de la situation du pays est complétée par une analyse PEST. Cet acronyme (politique, économique, socioculturel et technologique) correspond aux quatre principaux types de facteurs externes pouvant influencer l'environnement du programme de façon positive ou négative. On peut considérer PEST comme un outil stratégique pour déterminer les menaces et les opportunités. Les résultats de l'analyse sont présentés, dans la figure 6.

Facteurs politiques	Facteurs économiques
<ul style="list-style-type: none"> • Crises politiques récurrentes à l'origine de l'instabilité politique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Changements de gouvernement ○ Élections • Politisation de l'administration 	<ul style="list-style-type: none"> • Espace budgétaire à la santé faible • Croissance économique faible • Appui financier insuffisant de la part du gouvernement • Retard dans le paiement des salaires et des primes • Inflation • Taux de change en devises étrangères témoigne de la baisse de la valeur de la monnaie locale
Facteurs sociaux	Facteurs technologiques
<ul style="list-style-type: none"> • Discrimination/Stigmatisation • Migrations • Poids des us et coutumes/Sorcellerie • Analphabétisme • Insécurité • Pauvreté 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible couverture de l'Internet • Insuffisance de la couverture en électricité • Insuffisance d'infrastructures technologiques • Utilisation des technologies mobiles pour assurer le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre les MTN

Figure 6. Analyse PEST

1.2.2 Analyse du système de santé

1.2.2.1 Aperçu général

Les deux dernières décennies, malgré les efforts déployés à travers des programmes stratégiquement structurés et financés, ont été marquées par des problèmes sanitaires persistants. Il s'agit particulièrement de : (i) Recrudescence des maladies à potentiel épidémique telles que la peste et la poliomyélite, (ii) Forte mortalité maternelle, néonatale et infantile, (iii) Stagnation à un niveau élevé du taux de malnutrition et (iv) Accroissement des taux de maladies non transmissibles. Cette situation est aggravée par les urgences cycliques consécutives aux cataclysmes naturels (cyclones, inondations et sécheresse).

Selon l'enquête⁴ sur les décès maternels réalisée en 2012, le ratio de mortalité maternelle reste stationnaire à un niveau élevé depuis deux décennies : il est passé de 596 pour 100 000 naissances vivantes (NV) en 1992 à 478 en 2012. Les septicémies occupent la première place parmi les causes de décès maternels (23,6 %), suivies par les hémorragies du post-partum (19,4 %), la rupture utérine (15,3 %), les complications des avortements (11,8 %) et l'éclampsie/pré éclampsie (8,3 %).

⁴ Politique de santé Madagascar

Les indicateurs concernant les adolescents se trouvent au rouge : 28 % sont actuellement en union, 12 % entrent en première union avant l'âge de 15 ans et leur taux de fécondité avoisine les 37 %. Les adolescentes de 15 à 19 ans sont exposées aux grossesses précoces avec 34% des cas de décès maternels enregistrés.

La pauvreté constitue un des grands déterminants de la santé à Madagascar. Le sous-emploi touche environ 70 %²², de la population avec comme corollaire l'insuffisance de revenu pour soutenir un bien-être général (éducation, alimentation, assainissement, eau et logement).

Le niveau d'instruction des mères présente un déterminant important pour la santé des enfants. Les proportions de femmes sans instruction et de niveau d'instruction primaire sont élevées avec respectivement une sex-ratio de 1,10 et 1,1823. 22 EPM 2010. La proportion d'enfants souffrant de malnutrition chronique varie avec le niveau d'instruction de la mère, et en fonction du niveau socio-économique du ménage.

1.2.2.2 Objectif général

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

1.2.2.3 Analyse du système de santé

La structure administrative du système de santé comporte les niveaux fonctionnels suivants :

- *Niveau central* : il est représenté par Le Ministre et son cabinet, le secrétariat général, la direction générale de la médecine préventive, les directions centrales et les services centraux. C'est à ce niveau qu'est définie la politique nationale de santé (PNS) avec les grands axes stratégiques et le suivi de la mise en œuvre.
- *Niveau régional* : il est constitué de vingt-trois (23) directions régionales de la santé publique (DRSP). Il coordonne l'exécution de la PNS et sa mise en œuvre dans chaque région.
- *Niveau périphérique* : il est constitué de quatorze (14) services de santé de district (SSD). C'est le niveau de mise en œuvre de toutes les activités des programmes de santé.

Les priorités identifiées par le MSANP sont traduites par six piliers⁵ correspondant aux composantes du système de santé définies par l'OMS. Il est présenté ci-dessous l'analyse du système de santé effectuée sur la base des 6 éléments constituant le cadre d'action de l'OMS, pour le renforcement du système de santé, à savoir : (i) Prestation des services à tous les niveaux, y compris la santé communautaire, (ii) Ressources humaines et formation, (iii) Système d'information sanitaire, recherche et suivi-évaluation (iv) Infrastructures, équipements, matériels et intrants, (v) Financement de la santé et (vi) Leadership et gouvernance.

Prestation de services

⁵ PDSS 2020-2024

Dans la rubrique « Prestation des services », ont été mis en exergue les domaines suivants : (i) Santé de la mère et survie de l'enfant, (ii) Maladies transmissibles, (iii) Maladies non transmissibles, (iv) Santé communautaire et (v) Promotion des comportements sains.

Les offres de soins sont organisées comme suit, en commençant par la base :

- *Niveau communautaire* : il fournit des services à base communautaire pour les soins de première intention, en se basant sur les documents de référence en matière de santé communautaire tels : (i) en 2008, le guide « Paquet d'activités communautaires » (PAC) en, (ii) en 2009, la Politique nationale en santé communautaire (PNSC), et en 2014 (iii) son guide de mise en œuvre. Les agents communautaires (AC) sont en même temps des acteurs travaillant avec les agents de santé et des bénéficiaires avec la population.
- *Centres de santé de base (CSB) de niveaux 1 et 2* : ils sont considérés comme le premier contact de la population avec un personnel de santé. Les CSB publics offrent le paquet minimum d'activités (PMA).
- *Centres hospitaliers de référence* : il existe trois catégories : (i) Centres hospitaliers de référence de district (CHRD) de niveaux 1 et 2 ; (ii) Centres hospitaliers de référence régionale (CHRR) ; et (iii) Centres hospitaliers universitaires (CHU). Les principaux enjeux de la prestation de service au niveau référence résident dans l'offre continue de services de qualité et accessibles, la disponibilité de plateau technique adéquat et l'effectivité du système de référence contre référence. La réforme hospitalière, adoptée en 2007, transcrite en Loi Hospitalière (2011-003) a comme objectif principal de rendre les hôpitaux capables de remplir leur mission, répondant aux attentes de la population en tant que centre de référence. Ils prennent en charge les complications des MTN.

Les services de soins sont aussi offerts par le secteur privé à but lucratif ou non (service médical d'entreprise ou confessionnel, les ONG, etc.). Il est à noter que les tradipraticiens tiennent une place non négligeable dans l'offre de soin.

Ressources humaines et formation

Le secteur de la santé souffre d'une insuffisance en ressources humaines aussi bien en quantité qu'en qualité. Si la norme de l'OMS, concernant le ratio médecin/ population est de 1/10 000, à Madagascar, ce ratio est de 1/10 500. Ceci a des répercussions négatives sur l'offre de soins et la mise en œuvre du programme de lutte contre les MTN, en particulier le volet prise en charge.

Pour remédier à ce déséquilibre, le MSANP entreprend actuellement des mesures de fidélisation et de motivation du personnel de santé. L'écart est résorbé en partie par les partenaires dans le cadre de projets en recrutant des personnels pour renforcer le système de santé.

D'autres facteurs non négligeables affectent la disponibilité et la qualité des soins, à savoir : (i) Vieillesse du personnel, (ii) Fort taux absentéisme des agents de santé au poste, pour diverses raisons et (iii) Manque de formation en cours d'emploi.

Système d'information sanitaire, recherche, suivi et évaluation

Le système d'information sanitaire constitue un outil de grande valeur pour une prise de décision efficace. Au niveau du MSANP trois directions gèrent des informations : (i) Direction chargée du Système d'Information (DSI), (ii) Direction chargée des Etudes et de la Planification (DEP) et (iii) Direction de Veille Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique et Riposte (DVSSER). Le circuit des informations passe par différentes étapes : collecte, analyse, utilisation et dissémination de rétro-information. Le niveau central publie périodiquement les informations sous forme d'annuaire statistique.

Récemment, pour améliorer la complétude et la promptitude de la remontée des données, un système de surveillance électronique et un système d'informatisation des bases des données DHIS-2 ont été mis en place de façon progressive.

Le système d'information sanitaire accuse un certain nombre de lacunes :

- Faible complétude des rapports à tous les niveaux;
- Insuffisance en ressources humaines qualifiées ainsi qu'en matériel et équipement ;
- Faible utilisation des données recueillies à tous les niveaux ;
- Quasi-absence de notification, surtout au niveau des structures sanitaires privées.

La plupart des MTN ne figurent pas encore dans la liste des maladies faisant l'objet du rapport mensuel d'activités (RMA) des CSB.

Infrastructures, équipements, matériels et intrants

Le système national d'approvisionnement en médicaments et intrants essentiels de santé a été amélioré depuis une vingtaine d'années à travers le circuit de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et de Matériels Médicaux de Madagascar (SALAMA). Toutefois la disponibilité des intrants de santé au niveau périphérique demeure encore non satisfaisante en raison de problèmes liés à l'approvisionnement des formations sanitaires et de décapitalisation des fonds des pharmacies de gros de districts (Pha-G-Dis) et des pharmacies à gestion communautaire (Pha-Ge-Com) des CSB ; le tout, affaiblissant le système de santé.

Par ailleurs, l'absence de politique d'entretien des bâtiments et de maintenance des matériels et équipements, ainsi que l'absence d'un plan d'investissement et de financement adéquat ne permettent pas de respecter les normes requises. Si l'acheminement depuis le niveau central vers les SSD est inclus dans le financement de l'acquisition et du prépositionnement des intrants, celui intéressant le SSD vers les formations sanitaires périphérique fait quelquefois défaut.

Les tests de diagnostic rapide et certains réactifs utilisés lors des enquêtes épidémiologiques ainsi que les médicaments distribués dans le cadre des campagnes d'AMM sont fournis à titre de dons à travers l'OMS. Les vaccins antirabiques sont livrés par l'Institut Pasteur de

Madagascar (IPM) et donnés gratuitement aux bénéficiaires dans tous les centres de traitement antirabique (CTAR). Cependant, les immunoglobulines contre la rage (RIG), même gratuites également, ne sont disponibles qu'au niveau de l'IPM.

Financement de la santé

Le pays est fortement tributaire des aides extérieures et ne dispose pas de stratégie claire de financement de la santé. La part du budget national alloué à la santé stagne autour de 7,5% du budget national. Ce chiffre est très en deçà de celui fixé dans le cadre de l'engagement des Chefs d'Etat pris à Abuja, qui est de 15%.

Les dépenses totales de santé représentent 3,5% du PIB⁶ et les dépenses de santé par habitant sont de l'ordre de 11,9 USD.

L'allocation et la gestion du financement du secteur de la santé présentent un certain nombre de problèmes, en plus de la faible proportion du budget de l'Etat alloué au secteur, tels : (i) Déséquilibre entre l'investissement et le fonctionnement, (ii) Absence de mécanisme de répartition des investissements par niveau, (iii) Imprévisibilité des fonds alloués par les partenaires, (iv) Faible capacité d'absorption du secteur et (iv) Forte centralisation de la gestion du budget.

Les médicaments délivrés au niveau des CSB sont payants, sauf ceux utilisés dans le cadre de programmes MTN-CTP (lèpre, rage, peste). Au niveau des hôpitaux, les soins et les médicaments sont aussi payants. Toutefois, il existe un système de participation communautaire qui garantit la disponibilité des intrants de santé et la prise en charge gratuite des cas pour les démunis appelée « FANOME » au niveau des CSB et le "tiers payant" au niveau des centres hospitaliers.

Récemment, dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie nationale de couverture en santé universelle (SN-CSU), le pays s'est engagé à élargir l'accès aux services de santé de qualité, financièrement abordables pour toutes les couches de la société, dans ses priorités nationales. Dans la phase de démarrage de la CSU, le MSANP a procédé à la mise en place du dispositif institutionnel de coordination et de suivi du programme.

⁶Comptes Nationaux de Santé 2010, MSANP, 2011

Concernant la mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN, Il existe une forte dépendance du financement des partenaires au niveau national et au niveau international – Office national de nutrition (ONN), IPM, Réseau international de schistosomiase, environnement, aménagement et lutte (RISEAL), Humanité Inclusion (HI), Principauté de Monaco, Fondation Raoul Follereau (FRF), OMS/ESPEN, Programme alimentaire mondial (PAM), Schistosomiasis Control Initiative (SCI), Banque mondiale (BM), Banque africaine de développement (BAD), etc.). Faute de financement, certaines interventions recommandées et requises dans la gestion des MTN ne sont pas mises en œuvre, à titre d'exemple, la LAV.

Leadership et gouvernance

Le MSANP dispose de cadres de référence législatifs, notamment le code de la santé réactualisé et la loi sur la réforme hospitalière. Celle-ci est accentuée par l'instabilité institutionnelle résultant des crises sociopolitiques répétitives. A cela s'ajoute le faible alignement des parties prenantes, au développement sanitaire par rapport aux priorités du Gouvernement qui rend difficile à l'atteinte des résultats escomptés.

Toutes les activités de maîtrise et de contrôle des MTN sont coordonnées au niveau du Service contre la Peste, les Maladies Emergentes et Ré émergentes, ainsi que les Maladies Endémo-Epidémiques et Tropicales Négligées (SLPMERMETN) du MSANP. Dans le cadre de la convention tripartite entre les parties prenantes - MSANP, Ministère de l'Education (MEN) et Office national de la nutrition (ONN) - toutes les activités d'AMM sont intégrées et mises en œuvre en collaboration avec toutes les entités responsables de chaque niveau. Le SLPMERMETN et la Division santé scolaire du MEN assurent conjointement la sphère technique et médicale des activités, dont la formation des instituteurs, l'acheminement des médicaments vers les écoles et le rapportage des activités d'AMM.

Il a été mis en place, en avril 2014, pour améliorer la mise en œuvre des activités de lutte dans le cadre de l'approche multisectorielle, un comité de pilotage national, composé de représentants des différents départements ministériels et des partenaires techniques. Malheureusement, ce comité n'est plus fonctionnel.

1.3 Évaluation des écarts

L'atteinte des objectifs spécifiques assignés à chaque MTN, requiert des actions concertées et spécifiques à chacune d'elles. Aussi, préalablement est-il indispensable d'identifier les écarts, en se référant aux domaines d'évaluation des actions spécifiques proposés dans la FR-MTN 2030. Ils sont classés en trois rubriques : (i) Progrès technique, (ii) Stratégie et prestation de service et (iii) Facilitateurs.

Les résultats de cet exercice sont présentés à la figure 7. Pour éviter toute répétition/redondance, les détails des lacunes seront utilisés pour l'exercice identification des priorités et des lacunes à la Section 1.5/Sous-section 1.5.3.

Par ailleurs, pour apprécier l'ampleur des écarts, il a été utilisé des couleurs : vert, jaune, orange et rouge, dont les significations sont les suivantes des deux couleurs extrêmes (rouge et vert) sont données ci-dessous, celles des deux autres (orange et jaune) se trouvent

logiquement entre les deux. Le « Rouge » peut avoir plusieurs significations : (i) l'écart concerne plutôt le contrôle que pour l'élimination, (ii) la base de données appropriée est plus faible, (iii) le programme est encore largement à un stade précoce, ce qui implique que davantage d'actions sont nécessaires pour adresser les problèmes systémiques, en particulier la stratégie et la prestation de services et (iv) une action critique est nécessaire pour l'atteinte des objectifs. Le « Vert » : (i) un écart dans le domaine n'empêchera probablement pas d'atteindre l'objectif, même si l'action doit être maintenue pour maintenir les gains et (ii) il n'y a aucune entrave à la réalisation de l'objectif.

		Lèpre	Filariose lymphatique	Rage	Schistosomiase	Géohelminthiases	Chikungunya	Dengue	Teniasis	Cysticerose	Peste	Tungose
Progrès technique	Connaissance scientifique	Vert	Vert	Vert	Orange	Orange	Vert	Vert	Orange	Orange	Jaune	Jaune
	Outils diagnostiques	Orange	Vert	Jaune	Vert	Vert	Orange	Orange	Vert	Orange	Vert	Vert
	Interventions efficaces	Orange	Vert	Vert	Jaune	Jaune	Jaune	Jaune	Vert	Jaune	Jaune	Jaune
Stratégie et prestation de services	Orientations opérationnelles et normatives	Jaune	Orange	Jaune	Vert	Vert	Orange	Orange	Orange	Orange	Vert	Orange
	Planification, gouvernance et gestion des programmes	Jaune	Vert	Rouge	Vert	Vert	Rouge	Rouge	Jaune	Orange	Orange	Rouge
	Suivi-évaluation	Orange	Orange	Rouge	Vert	Vert	Rouge	Rouge	Jaune	Rouge	Vert	Rouge
	Accès et logistique	Orange	Rouge	Jaune	Jaune	Jaune	Jaune	Jaune	Jaune	Orange	Jaune	Orange
	Infrastructure de soins et ressources humaines	Orange	Orange	Jaune	Orange	Orange	Jaune	Jaune	Jaune	Orange	Jaune	Jaune
Éléments facilitateurs	Plaidoyer et financement	Rouge	Rouge	Rouge	Jaune	Jaune	Jaune	Jaune	Rouge	Rouge	Rouge	Rouge
	Collaboration et action multisectorielle	Jaune	Jaune	Orange	Jaune	Jaune	Orange	Orange	Jaune	Jaune	Orange	Orange
	Renforcement de la capacité et de la sensibilisation	Vert	Jaune	Jaune	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange

Figure 7. Résultats des évaluations spécifiques à chacune des MTN

1.4 Analyse du contexte du programme

Dans cette section, il sera successivement abordé les sous-sections suivantes : (i) Organisation et état actuels du programme MTN, (ii) Performance du programme MTN et (iii) Performance des programmes étroitement liés au programme MTN.

1.4.1 Organisation et état actuels du programme MTN

Selon l'organigramme présenté à la figure 8 ci-dessous, les différents programmes qui composent le programme de lutte contre les MTN sont hébergés dans les Divisions qui composent le Service SLPMERMETN. Ce dernier est placé sous la tutelle de la Direction de la lutte contre les maladies transmissibles (DLMT). Le Directeur – DLMT est également le Coordonnateur national de la lutte contre les MTN.

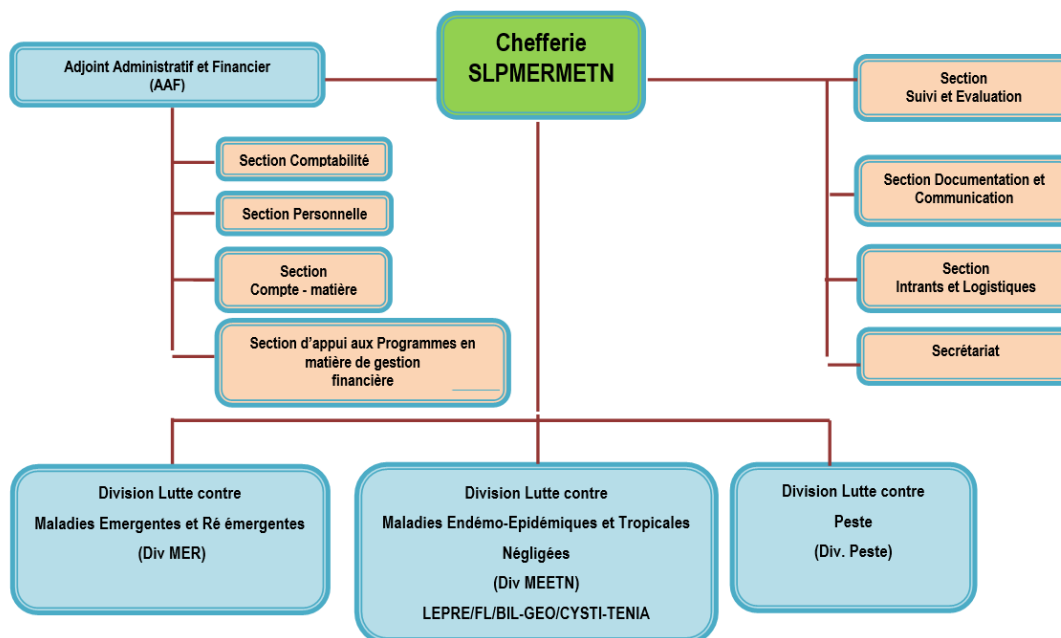


Figure 8. Organigramme du Programme national de lutte contre les MTN

Les trois divisions sont :

- Division « Lutte contre les maladies émergentes et réémergentes » (MER), qui s'occupe de la rage et des arboviroses ;
- Division « Lutte contre les maladies endémo-épidémiques et tropicales négligées » (METN), qui prend en charge quatre programmes :
 - Programme « Lèpre »;
 - Programme « Filariose lymphatique »;
 - Programme « Bilharziose et Géohelminthiases »;
 - Programme « Téniose/Cysticercose ».
- Division « Lutte contre la peste » qui prend en charge la peste et la tungose.

Chaque MTN prévalente sera décrite ci-dessous.

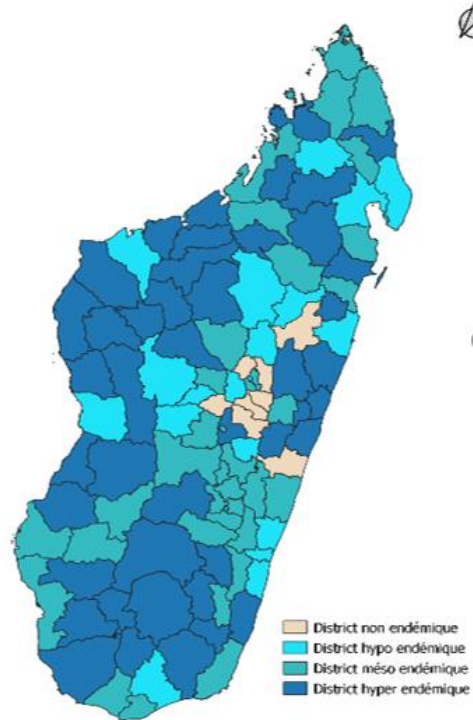
1.4.1.1 Bilharziose

La cartographie de la schistosomiase a été finalisée en 2015. Les résultats ont été validés par l’OMS.

Au total, 106 sur les 114 DS du pays sont endémiques à la schistosomiase (urinaire et/ou intestinale) avec des prévalences allant jusqu’à 89%.

Et, selon la prévalence, on distingue :

- 46 DS – prévalence supérieure à 50% (hyperendémiques)
- 42 DS - prévalence comprise entre 10% et 50% (mésoendémiques)
- 19 DS - prévalence inférieure à 10% (hypoendémiques)
- 7 DS non endémiques



La figure 9 ci-contre montre la carte de la prévalence de la SCH en 2015..

Figure 9. Carte de prévalence de l’endémicité de la schistosomiase en 2015

Les données d’endémicité de la bilharziose sont présentées dans le tableau 3 qui se trouve à l’annexe 2

La schistosomiase uro-génitale (*g. schistosoma haematobium*) sévit sur la moitié Ouest et le Nord de l’Île : au-dessus de l’isotherme +28°C. Par contre, la schistosomiase intestinale (*g. schistosoma mansoni*) se rencontre sur la partie Est, le Sud de l’Île et sur les Hautes Terres Centrales : sur l’isotherme +18°C. En fin, les deux espèces coexistent dans certains DS des Hautes Terres.

1.4.1.2 Géohelminthiases (Helminthiases transmises par le sol)

La prévalence des géohelminthiases varie de 0 à 94%. Elle est particulièrement forte le long de la côte Est de Madagascar, du Nord au Sud. En effet, des études de terrain ciblant surtout la tranche d’âge scolaire (5 à 15 ans) ont été menées jusqu’en 2016 dans 114 DS représentant les différentes zones écologiques de Madagascar (48 DS en intégration avec les enquêtes de prévalence de la SCH). Par ailleurs, la cartographie des HTS de base dans tous les DS, a été complétée et achevée en 2016.

Selon la classification de l’OMS, on distingue :

- 52 DS hyperendémiques (prévalence supérieure ou égale à 50%)
- 17 DS mésoendémiques (prévalence comprise entre 20% et 50%)
- 45 districts hypoendémiques (prévalence inférieure à 20%).

En conclusion, les géohelminthiases ont endémiques dans 111 sur les 114 DS que compte le pays.

Cependant, selon le protocole dicté par l’OMS, seulement les 69 DS ayant une prévalence supérieure à 20% font l’objet d’AMM.

La cartographie est illustrée à la figure 10 ci-contre. Le tableau 4 montrant les données relatives à l’endémicité des géohelminthiases est placé à l’annexe 3

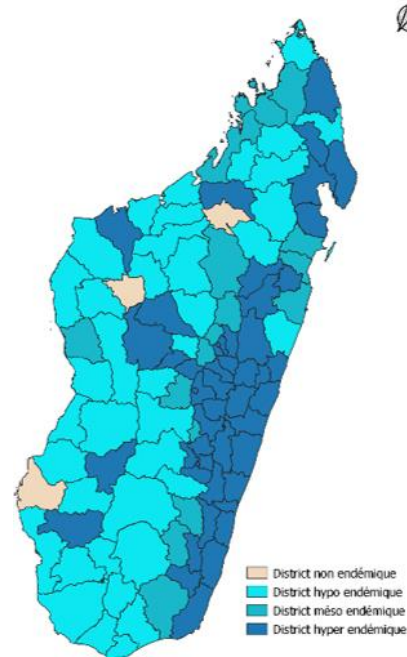


Figure 10. Carte de prévalence de l’endémicité des géohelminthiases dans les 114 DS (2016)

1.4.1.3 Filariose lymphatique

À Madagascar, la FL à *Wuchereria Bancrofti* est transmise par les Anophèles, le même vecteur qui transmet le paludisme. Après la création du programme national d’élimination de la filariose lymphatique (PNEFL) en 2002, la première activité réalisée a été la cartographie d’endémicité de la maladie. Les DS ayant fait l’objet d’études microfilarémiques dans le cadre de recherches opérationnelles et disposant des données n’ont pas été inclus dans l’enquête d’endémicité de 2004 - 2005.

Le protocole recommandé par l’OMS a été appliqué : (i) 100 personnes par site d’enquête (50 personnes de sexe masculin et 50 personnes de sexe féminin), âgées de plus de 5 ans ; (ii) Cartes - Immunochromatographic Card Test (ICT) ; (iii) Un district est déclaré endémique quand la prévalence est supérieure ou égale à 1%. Un total de 197 villages répartis dans les 111 districts a été enquêté de 2004 à 2005. Les résultats ont montré une prévalence moyenne de 8,91% (0 à 58%). Les résultats obtenus au cours de cette enquête et ceux des recherches opérationnelles ont été utilisés pour l’établissement de la cartographie d’endémicité de la maladie, dans le tableau 5 à l’annexe 4. Ainsi, 98 DS sur les 111 existants ont été déclarés endémiques⁷.

⁷ Rapport de cartographie du PNEFL

En 2015, il a été refait la cartographie de 11 DS non endémiques. La raison étant que aucune intervention n'a été menées au niveau de ces districts et que les données datent de plusieurs années. Le même protocole a été utilisé. Deux (2) DS ont vu leur statut respectif modifié - de non endémique à endémique. Il s'agit de Moramanga et Ampanihy. Le nombre de DS endémique est alors de 100 sur les 114 existants. Le tableau 6 à l'annexe 5 montre les résultats.

En 2019, en vue de l'accélération de l'élimination de la FL, notamment par extension de la zone géographique de l'AMM et l'adoption de la trithérapie IDA, il s'est avéré judicieux de « vérifier » le statut d'endémicité des DS ciblés. En effet, les données sont vieilles de 15 ans et certaines qualifiées de « limites » ; d'autant plus que ces DS ont fait l'objet d'activités de LAV menées par le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) qui pourraient avoir eu des impacts sur l'infection induite par le parasite. Les DS ciblés appartiennent à deux catégories, justifiant deux types de cartographie utilisant, toutes deux, les tests antigéniques Alere Filariasis Test Strip (FTS).

La cartographie conventionnelle a été réalisée au niveau de 20 DS dont les prévalences varient entre 0.3 et 1.5%. Le protocole conventionnel recommandé par l'OMS, chez les personnes âgées de plus 15 ans.

La recartographie ou cartographie de confirmation a été planifiée au niveau de 12 DS dont les prévalences se situent entre 0.3 et 1.3%, avec l'application d'un nouveau protocole qualifié de « robuste » et chez les enfants de 9-14 ans. Deux (2) DS sur les 12 planifiés ont pu être enquêtés : Toliara 2 et Benenitra, ou aucun test positif n'a été décelé au niveau de ces 2 districts. La cartographie, mise à jour est illustrée à la figure 11.



Figure 11. Cartographie de l'endémicité de la filariose lymphatique (2019)

Les données montrant que 98 DS sur 114 sont endémiques, sont présentées dans le tableau 7, à l'annexe 6.

Concernant la morbidité, les données collectées au cours des campagnes d'AMM au niveau de 78 DS ont recensé 15 204 cas de lymphœdème de 13 758 cas d'hydrocèle. Ces données sont présentées dans le tableau 8 ci-dessous ; celles ventilées par DS sont placées, dans le tableau 9 à l'annexe 7.

Tableau 8. Nombre de cas de lymphœdème et d'hydrocèle compilés par région

N°	Région	Lymphœdème	Hydrocèle
1	ALAO TRA MANGORO	486	299
2	AMORON'I MANIA	47	31
3	ANALAMANGA	0	0
4	ANALANJIROFO	1 229	1 704
5	ANDROY	14	4
6	ANOSY	342	157
7	ATSIMO ANDREFANA	7	9
8	ATSIMO AT SINANANA	1 996	1 612
9	AT SINANANA	2 678	3 262
10	BETSIBOKA	73	62
11	BOENY	79	58
12	BONGOLAVA	0	0
13	DIANA	67	117
14	FITOVINANY	4 041	2 626
15	IHOROMBE	59	6
16	ITASY	0	0
17	MATSIATRA AMBONY	433	162
18	MELAKY	54	139
19	MENABE	30	31
20	SAVA	517	263
21	SOFIA	746	1211
22	VAKINANKARATRA	0	0
23	VATOVAVY	2 306	2 005
Total		15 204	13 758

1.4.1.4 Téniose

Madagascar figure parmi les pays les plus infestés dans le monde. Concernant la téniose, les résultats des enquêtes cartographiques sur les MTN, à travers les tests KATO Katz utilisés pour les évaluations de la prévalence des schistosomiasis et des géohelminthiases ont permis d'obtenir des données sur la présence d'œufs de ténia.

Ces données ont été obtenues lors de l'enquête d'endémicité intégrée – SCH, HTS et FL, réalisée d'octobre 2015 à février 2016. Il est montré à la figure 12 ci-dessus, la distribution de la téniose.

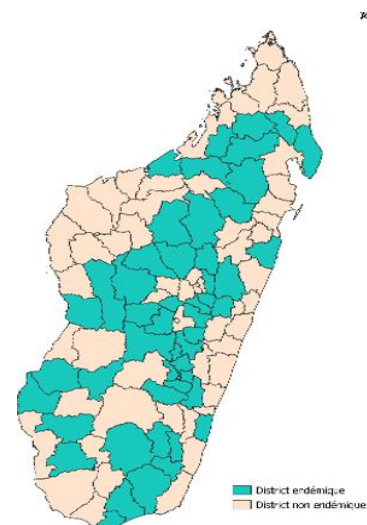


Figure 12. Distribution de la téniose

1.4.1.5 Cysticerose

Les données collectées au niveau du système d'information Sanitaire (SIS) du MSANP ont permis d'établir une carte de distribution de la maladie.

De 2010 à 2014 quelques 6 000 cas de « suspicion » de neurocysticerose ont été recensés par année au niveau des CSB et référés vers des services spécialisés et pour des confirmations diagnostiques sérologiques et/ou imageries médicales.

Il est montré à la figure 13, la répartition de ces cas selon leur importance.

Nombre moyen par an de suspicions de cysticerose pour 100 000 habitants de 2010 à 2014 (rapporté à la population de 2012)
(Source: SSD)

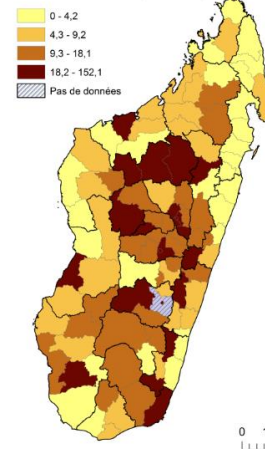


Figure 13. Nombre moyen par an de cas suspects de cysticerose

L'infection humaine est fortement liée à celle de l'animal, en l'occurrence le porc. Ceci est corroboré par la persistance des facteurs déterminants la propagation de l'infection à *Tænia solium* tels que l'élevage traditionnel de porc, le péril fécal et la laxité des mesures sanitaires de viande. Il est rappelé que seul le portage du ver adulte de *Tænia solium* (téniasis) chez l'homme favorise la propagation de la cysticerose.

Il est présenté à la figure 14, la carte de prévalence⁸ de la cysticerose porcine de 2008 à 2012, établie à partir de l'examen des carcasses dans les abattoirs officiels.

Sur les 336 cas rapportés, en 2 ans, la répartition par région se présente comme suit:

- 48% - Région Vakinankaratra
- 12% - Région Haute Matsiatra
- 10% - Région Analamanga
- 7% - Région Bongolava

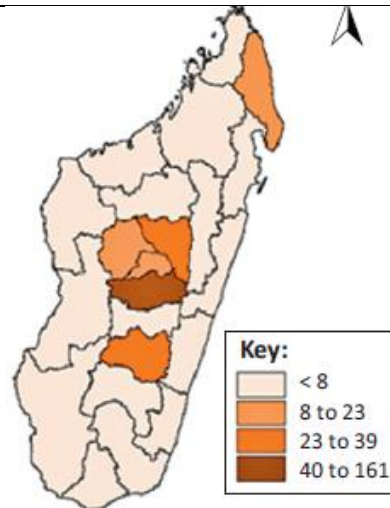


Figure 14. Carte de prévalence de cysticerose porcine entre 2008 et 2012

⁸ Source - Direction de la santé vétérinaire (DSV)

1.4.1.6 Lèpre

Madagascar a déjà atteint les critères d'élimination de la lèpre en 2006, avec une prévalence de 0,86 cas pour 10.000 habitants. Cependant, il est encore enregistré en moyenne quelques 1 500 nouveaux cas par an de 2006 à 2021. La figure 15 montre la tendance des principaux indicateurs de surveillance de la lèpre de 2006 à 2015.

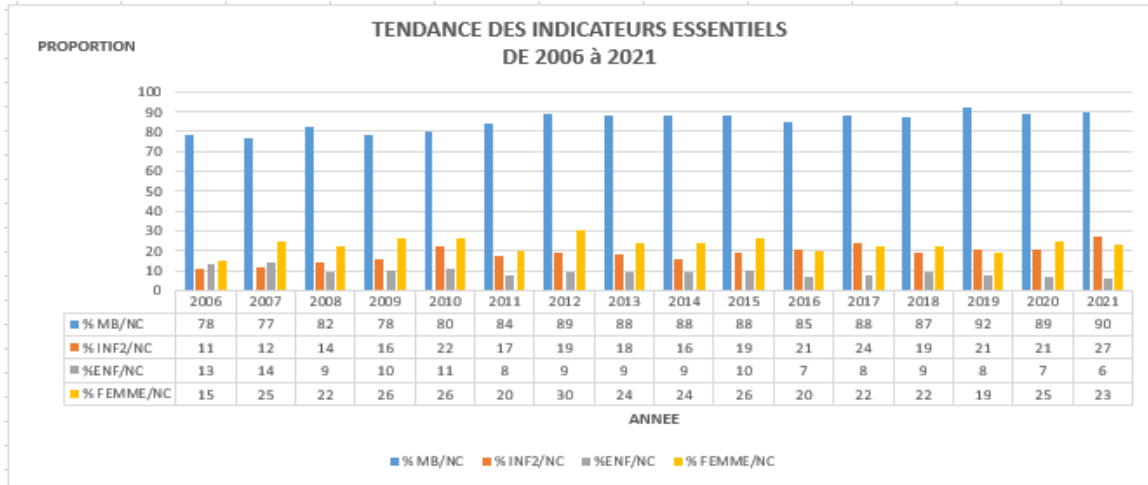
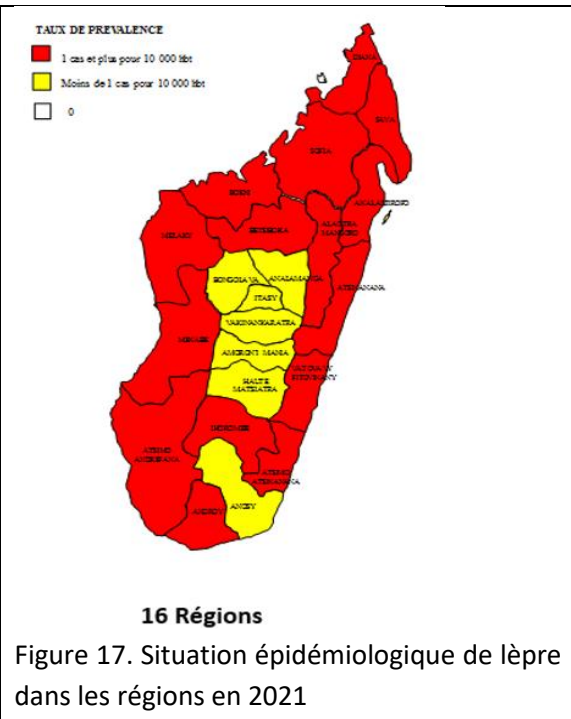
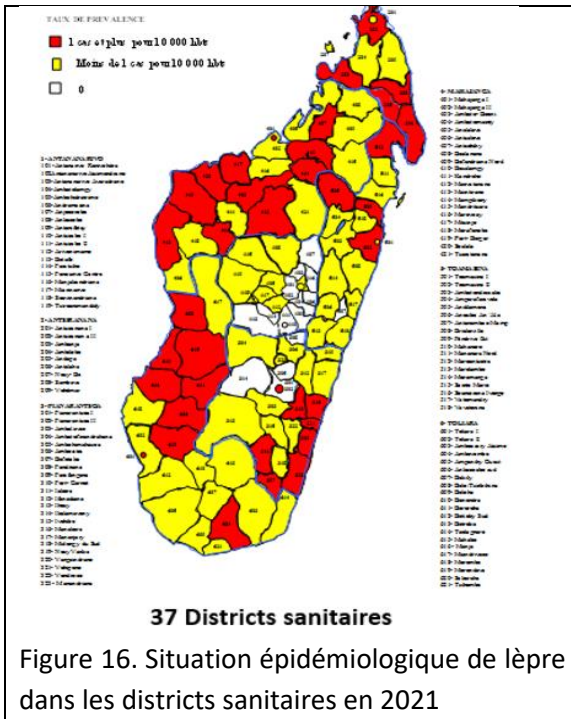


Figure 15. Tendance des principaux indicateurs de surveillance de la lèpre (2006-2015)

Les figures 16 et 17 illustrent respectivement la situation épidémiologique de lèpre dans les districts sanitaires et au niveau des régions, en 2021.



En 2021, le programme a dépisté 1300 nouveaux cas dont : 4.96 % sont des enfants et 89.61% de formes multi bacillaires (MB). Madagascar appartient au groupe des 23 pays prioritaires en termes de : (i) nombre de nouveaux et (ii) nouveaux cas présentant une invalidité de grade 2. Par ailleurs, la proportion des infirmités 2 chez les nouveaux cas reste élevée (17.13 %) pour l'année 2021. Ceci traduit un retard du dépistage. La désagrégation des données montre que : 50% des régions (11/23) et 32.45 % des DS (37/114) sont encore en situation d'hyperendémicité⁹ (>1 cas pour 10 000 habitants).

1.4.1.7 Mycétomes

Le 28 mai 2016, la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la résolution WHA69.21 reconnaissant le mycétome comme étant une MTN. Selon le Service de Dermatologie du CHU Joseph Raseta Befelatanana, quelques cas qui ont été notifiés, proviendraient des quatre DS suivants : Taolagnaro, Ambatoboeny, Morondava et Ambovombe Androy. Ils constituent les seules données démontrant l'existence de cette maladie à Madagascar. Néanmoins il faut aussi considérer ici la Chromoblastomycose qui existe aussi dans le pays.

1.4.1.8 Arboviroses

Les arboviroses qui sont des zoonoses virales sont transmises à l'homme par les piqûres de moustiques du genre Aedes. A Madagascar, trois sortes d'arboviroses sont rencontrés : la dengue, le chikungunya et la FVR. Les moustiques vecteurs sont présents dans toute l'île. Aussi, la variabilité climatique peut-elle changer l'importance de la population de ces vecteurs d'une région à l'autre. Il se peut alors que les régions qui n'avaient auparavant que de rares cas d'arboviroses puissent avoir des épidémies.

Elles font partie des maladies fébriles à surveiller dans les sites de surveillance de la grippe et du paludisme, qui sont au nombre de 11 dans le pays. Il est présenté au tableau 10, le nombre de cas notifiés par neuf (9) DS en 2022 et à la figure 18, la situation épidémiologique des arboviroses au cours de la même année.

⁹ Rapport PNL

Tableau 10. Nombre de cas notifiés d'arboviroses de S1 à S52, en 2022

DS notifiant des cas d'arboviroses	Nombre de cas
MORONDAVA	20
NOSY-BE	44
TOAMASINA I	4
SAINTE MARIE	3
BRICKAVILLE	16
MAHAJANGA I	2
ANTSIRANANA II	0
MANANJARY	3
ANTSOHIHY	4

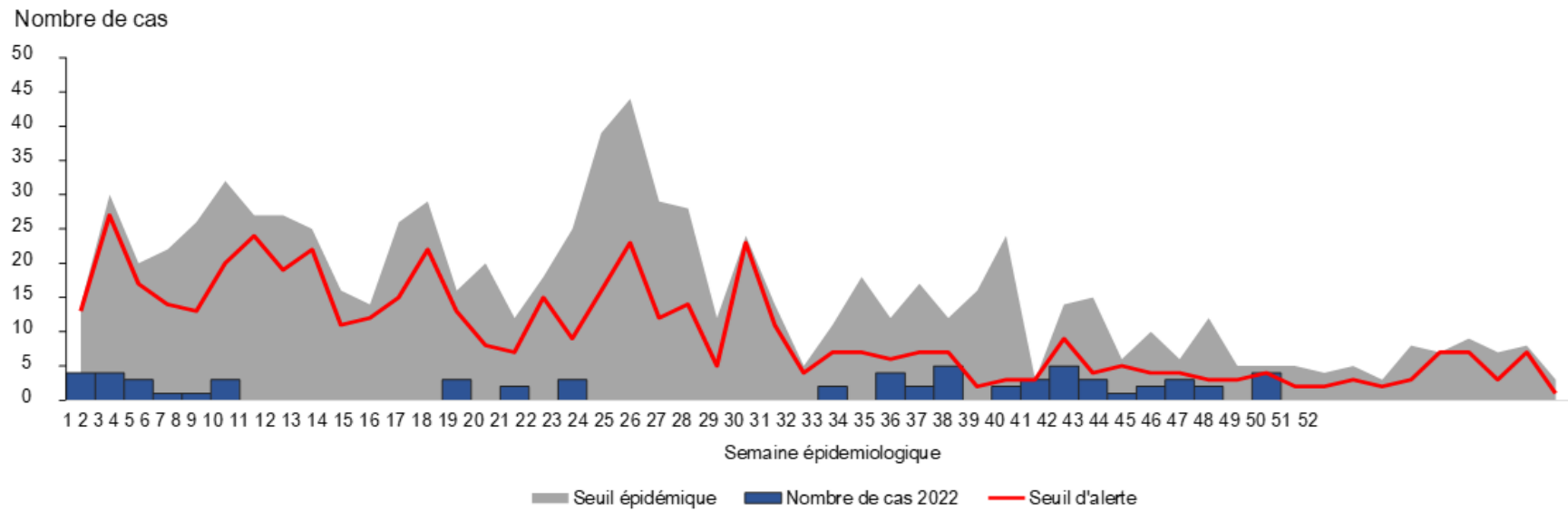


Figure 18. Situation épidémiologique des arboviroses de S1 a S51 au cours de l'année 2022

1.4.1.9 Peste

La peste demeure endémique à Madagascar, depuis son introduction en 1898. Elle s'est étendue sur les hauts plateaux en 1921 pour y entraîner dans les années 30 de véritables épidémies (3 000 à 4 000 cas). Grâce aux campagnes de vaccination anti pesteuse EV de Girard et Robic, aux efforts de l'assainissement et à la découverte de la Streptomycine et de l'utilisation d'insecticides, le fléau pesteux fut peu à peu contrôlé vers les années 1940 à 1950 (moins de 50 cas par an). Après une période d'accalmie de quelques décennies, la maladie a connu une recrudescence depuis 1989, où plus de 1 000 cas suspects par an en moyenne étaient déclarés, dont 250 cas confirmés par la bactériologie. La peste a resurgi en 1991 sous forme d'importante épidémie dans la ville portuaire de Majunga où elle était silencieuse durant 63 ans. Depuis 1995, surviennent chaque année des flambées épidémiques (des centaines de cas suspects) à prédominance bubonique et rurale dans une trentaine de DS des Hautes terres. En 2017, le pays a connu une épidémie de peste pulmonaire urbaine.

Le tableau 11 montre les régions d'endémie avec respectivement le nombre de DS affectés. Ces derniers sont au nombre de 45. Ils sont tous couverts par le programme de lutte contre la peste. La figure 19 illustre cette répartition, à partir des données des DS ayant notifié des cas.

Tableau 11. Répartition connue de la peste

Région	DS notifiant les cas d'endémie pesteuse
ALAOTRA MANGORO	5
BETSIBOKA	1
AMORON'I MANIA	4
ANALAMANGA	8
ATSIMO-ATSINANANA	2
BOENY	1
BONGOLAVA	2
HAUTE MATSIATRA	7
IHOROMBE	1
ITASY	3
SOFIA	3
VAKINANKARATRA	7
VATOVAVY	1
Total	45

(Source : base de données de 2012-2016 et 2018-2021)

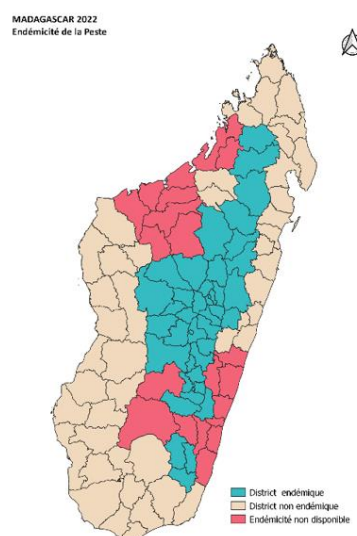


Figure 19. Carte montrant les DS ayant notifié des cas de peste

1.4.1.10 Tungose

La tungose ou « parasy lafirika », considérée auparavant comme une nuisance est actuellement classée parmi les MTN. Les puces chiques se prolifèrent pendant la saison sèche avec une recrudescence pendant la période allant du mois de mars à novembre. Les hôtes de l'ectoparasite sont souvent les animaux comme les chiens, les chats, les cochons et les bœufs.

La transmission de la tungose est favorisée par la promiscuité entre l'homme et ces animaux hôtes. Les enfants constituent un groupe à risque du fait de leur contact fréquent avec le sol infesté. Des complications peuvent survenir telles - gangrène, tétanos, septicémie et quelquefois la mort - surtout chez les personnes souffrant de diabète.

Une série d'enquête a été réalisée au niveau du pays, pour apprécier l'ampleur de la tungose. Entre 2004 et 2007, 99 DS sur 111 étaient déclarés endémiques aux puces chiques. En 2010, une enquête réalisée auprès de 58 districts ont montré que 10 333 000 personnes sont à risque. Les études, selon la méthode LQAS 16/6, réalisées avec l'IPM en 2015 dans quelques DS ont montré que la prévalence variait entre 1% et plus de 40%.

La même année, 50 DS sur 112 ont été identifiés endémiques. Une enquête réalisée par le programme, en 2017, a montré que le nombre de DS endémiques était passé à 66 sur 114 avec 17 099 502 personnes exposées au risque. La figure 20 montre la répartition des puces chiques réalisée à partir des données des formations sanitaires.

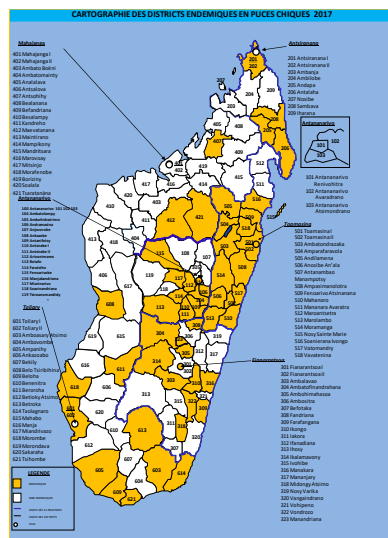


Figure 20. Carte - DS endémiques à la tungose

1.4.1.11 Rage

Des données récentes ont montré que chaque année, environ une dizaine de cas de rage humaine a été notifiée. Au cours de l'année 2022, six (6) cas de rage humaine seulement ont été rapportés au niveau central alors que des cas suspects ont été signalés au niveau de quelques DS ce qui nous amène à déduire une sous notification des cas.

Quarante-quatre (44) de décès suspects ou confirmés de rage humaine ont été notifiés de 2018 à 2022. Ce premier trimestre 2023, une épidémie a été constatée, suite à la notification de 9 cas suspects de rage humaine, par 5 DS. La répartition de cas de rage humaine (suspects et confirmés) de janvier 2018 à décembre 2022 est détaillée dans le tableau 12, ci-dessous ; et la figure 21 montre la localisation des DS endémiques à la rage.

Tableau 12. Répartition de cas de rage humaine (suspects et confirmés) de janvier 2018 à décembre 2022

Cas	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Suspect	13	9	7	2	5	7*
Confirmé	2	1	2	1	0	
Total	15	10	8	3	5	

* 1^{er} trimestre

Tableau 13. Répartition des DS endémiques à la rage

Région	Nombre de DS endémique
ALAOIRA MANGORO	5
ANALAMANGA	8
ATSIMO ATSIANANA	1
ATSIANANA	2
BOENY	3
HAUTE MATSIATRA	1
ITASY	3
MENABE	2
SOFIA	3
VAKINANKARATRA	6
VATOVAVY	1

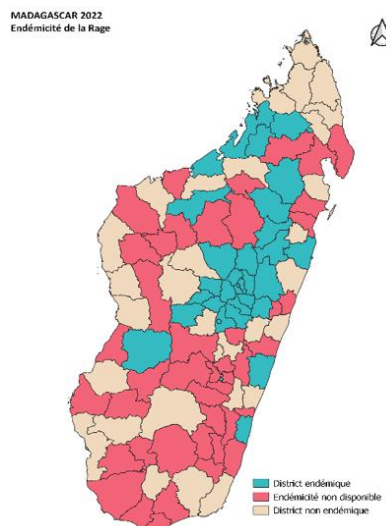


Figure 21. DS endémiques à la rage

Concernant les événements des cas de morsure, 20 000 cas par an sont enregistrés au niveau des 31 centres de traitement antirabique (CTAR) répartis dans toute l'île. La figure 22 fait état des cas de morsure. Les victimes ont fréquenté les CTAR pour la prophylaxie post-exposition.

Le nombre des cas d'exposition à la rage ne cesse d'augmenter ces dernières années avec un accroissement parallèle de cas de rage humaine clinique et biologique.

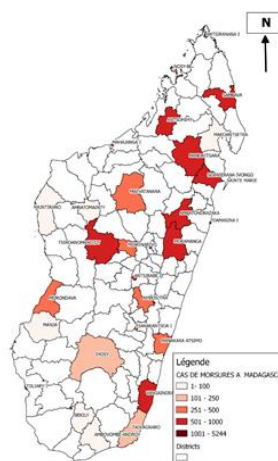


Figure 22 : Cas de morsure au niveau des 31 CTAR. année 2021 (Source : Programme Rage)

Pour la rage animale, de 2016 à 2021, 632 cas suspects et 171 cas confirmés ont été enregistrés (sources : réseau de surveillance opérationnel Madagascar Animals Diseases Surveillance MADSUR) [1], la rage canine a occupé le premier rang, suivie de la rage bovine.

La localisation des DS où la circulation de la rage est montrée à la figure 23

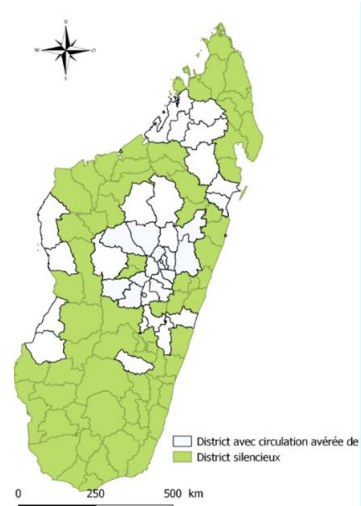
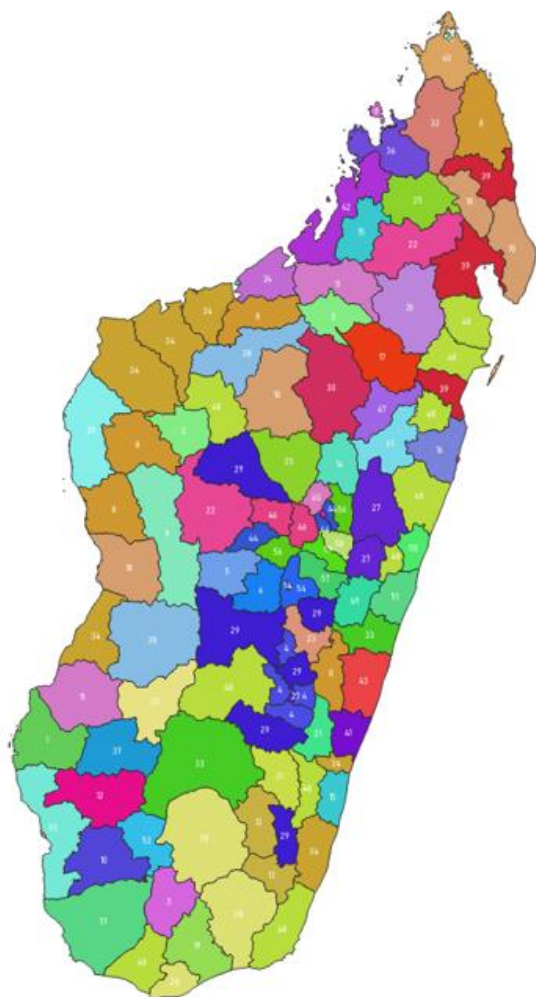


Figure 23. DS où la circulation de la rage est avérée de 2013 à 2019 (Source IPM)

Des informations utiles dans la mise en œuvre du Programme MTN dans son ensemble, sont fournies ici, telles : (i) au tableau 11, les données sur la population, les écoles et les établissements de santé, (ii) la carte de la coendémicité des MTN, à la figure 24, ainsi que (iii) l'organigramme du MSANP montrant la place du Programme national de lutte contre les MTN, au sein de la Direction de la lutte contre les maladies transmissibles (DLMT).

Toujours, dans le cadre de de l'organisation et état actuels du programme MTN, il a été placé dans le tableau 14, les données relatives à la population, aux écoles et aux établissements de santé, à l'annexe 8 et dans le tableau 15, à l'annexe 9, des informations sur le statut d'endémicité MTN au niveau des DS. Ces informations ont permis la confection de la carte d'endémicité à la figure 24, ci-dessous.



- | | | | |
|----|------------------------------------|----|------------------------------------|
| 1 | FIL.SCH.CYS.DE-CH.FVR.TUN. | 32 | FIL.SCH.STH.DE-CH.FVR. |
| 2 | FIL.SCH.LEP. | 33 | FIL.SCH.STH.FVR. |
| 3 | SCH.STH. | 34 | FIL.SCH.STH.LEP. |
| 4 | SCH.STH.CYS.PES. | 35 | FIL.SCH.STH.DE-CH.LEP. |
| 5 | SCH.STH.CYS.PES.RAG. | 36 | FIL.SCH.STH.DE-CH.FVR.LEP. |
| 6 | SCH.STH.CYS.PES.TUN. | 37 | FIL.SCH.STH.FVR.LEP. |
| 7 | SCH.STH.DE-CH. | 38 | FIL.SCH.STH.LEP.RAG. |
| 8 | FIL.SCH.STH. | 39 | FIL.SCH.STH.LEP.TUN. |
| 9 | FIL.SCH.STH.CYS.DE-CH. | 40 | FIL.SCH.STH.DE-CH.FVR.LEP.TUN. |
| 10 | FIL.SCH.STH.CYS.FVR. | 41 | FIL.SCH.STH.FVR.LEP.TUN. |
| 11 | FIL.SCH.STH.CYS.LEP. | 42 | FIL.SCH.STH.RAG. |
| 12 | FIL.SCH.STH.CYS.FVR.LEP. | 43 | FIL.SCH.STH.DE-CH.FVR.RAG. |
| 13 | FIL.SCH.STH.CYS.LEP.PES. | 44 | FIL.SCH.STH.PES.RAG. |
| 14 | FIL.SCH.STH.CYS.DE-CH.LEP.PES.RAG. | 45 | FIL.SCH.STH.DE-CH.RAG.TUN. |
| 15 | FIL.SCH.STH.CYS.LEP.RAG.TUN. | 46 | FIL.SCH.STH.DE-CH.FVR.PES.RAG.TUN. |
| 16 | FIL.SCH.STH.CYS.DE-CH.LEP.RAG.TUN. | 47 | FIL.SCH.STH.FVR.PES.RAG.TUN. |
| 17 | FIL.SCH.STH.CYS.LEP.PES.RAG.TUN. | 48 | FIL.SCH.STH.TUN. |
| 18 | FIL.SCH.STH.CYS.LEP.TUN. | 49 | FIL.SCH.STH.DE-CH.TUN. |
| 19 | FIL.SCH.STH.CYS.DE-CH.LEP.TUN. | 50 | FIL.SCH.STH.DE-CH.FVR.TUN. |
| 20 | FIL.SCH.STH.CYS.FVR.LEP.TUN. | 51 | FIL.SCH.STH.FVR.TUN. |
| 21 | FIL.SCH.STH.CYS.LEP.PES.TUN. | 52 | SCH.STH.FVR. |
| 22 | FIL.SCH.STH.CYS.PES. | 53 | SCH.STH.PES.RAG. |
| 23 | FIL.SCH.STH.CYS.DE-CH.PES. | 54 | SCH.STH.PES.RAG.TUN. |
| 24 | FIL.SCH.STH.CYS.DE-CH.RAG. | 55 | SCH.STH.FVR.TUN. |
| 25 | FIL.SCH.STH.CYS.PES.RAG. | 56 | STH.CYS.PES.RAG.TUN. |
| 26 | FIL.SCH.STH.CYS.FVR.PES.RAG. | 57 | STH.CYS.DE-CH.PES.RAG.TUN. |
| 27 | FIL.SCH.STH.CYS.PES.RAG.TUN. | 58 | FIL.SCH.CYS.PES.RAG.TUN. |
| 28 | FIL.SCH.STH.CYS.TUN. | 59 | FIL.SCH.CYS.DE-CH.PES.RAG.TUN. |
| 29 | FIL.SCH.STH.CYS.PES.TUN. | 60 | FIL.SCH.PES.RAG. |
| 30 | FIL.SCH.STH.CYS.DE-CH.PES.TUN. | 61 | FIL.SCH.PES.RAG.TUN. |
| 31 | FIL.SCH.STH.DE-CH. | 62 | FIL.SCH.TUN. |

Figure 24. Carte de coendémicité des MTN prévalentes

1.4.2 Performance du programme MTN

1.4.2.1 Bilharziose

Le Programme national de lutte contre la bilharziose a été créé en 1998. La stratégie de lutte avait évolué au cours du temps. De 1998 à 2006, il a été appliqué la stratégie de contrôle de prévalence. Elle consistait à identifier activement les villages hyperendémiques et réaliser des campagnes de traitement de masse (TDM) ciblant la population totale, pendant trois années successives.

Entre 1999 et 2004, quelques 102 347 personnes ont été traitées au niveau de 357 villages hyperendémiques localisés dans 71 DS, suivant la politique nationale de lutte en vigueur. Le financement des activités et l'achat du praziquantel étaient pris en charge par le Ministère de la Santé ; et les médicaments étaient distribués gratuitement. Suite à des contraintes financières, la mise en œuvre a été ralentie. En 2006, seulement 2 villages par DS au niveau de 11 DS ont été ciblés, pour un total de 8 000 personnes bénéficiant du traitement.

Par ailleurs, au cours des années 2004, 2005 et 2006, le Programme alimentaire mondial (PAM) a conduit des campagnes de distribution de praziquantel et de mébendazole en milieu scolaire dans 4 DS de la Région Atsimo Andrefana. L'achat du praziquantel au niveau de SALAMA, a été financé par le PAM.

A partir de 2007, et entrant dans le cadre de l'approche intégrée des MTN, la stratégie de prévention de la survenue des complications graves a été mise en œuvre par le Programme national de la lutte contre la bilharziose. Elle repose sur des campagnes de TMM ciblant les enfants d'âge scolaire (EAS), de 5 à 15 ans. La collaboration avec le projet SECALINE¹⁰ de l'Office national de nutrition (ONN) a été déterminante. Le plan de traitement, dicté par le taux de prévalence de l'endémicité du DS, peut, être annuel, biennal ou triennal.

La collaboration avec l'OMS a débuté en 2008. La réalisation de la première campagne d'administration de masse de médicaments (AMM), avec le premier don de praziquantel via l'OMS, a permis au pays de passer le cap de 1 million d'enfants traités dans 21 DS. Résultant de la crise socio-politique qui perdure depuis l'année 2009, l'extension des DS enrôlés dans l'AMM a été ralentie. En 2010, le programme a couvert 34 DS et traité 1 333 420 EAS (scolarisés ou non). Le taux de couverture thérapeutique (TCT) était de 75%. Le nombre de DS enrôlés dans l'AMM était successivement de : 23 DS en 2011, 34 DS en 2012 et 24 DS en 2013. C'est à partir de 2014 que le pays a pu mener des campagnes de façon continue en commençant par 6 DS pilotes.

De 2015 à 2017, il y a eu une mise à l'échelle de l'AMM ; le nombre de DS couvert est passé de 35 à 87 districts avec respectivement 1 278 388 et 4 403 875 d'EAS traités. Le TCT était supérieur à 75%.

¹⁰ Surveillance et Education des Ecoles et des Communautés en matière d'Alimentation et de Nutrition Elargie

Le tableau 16 montre l'évolution du nombre des DS enrôlés dans l'AMM de 2013 à 2022. Les détails des tours de traitement par district sont placés dans le tableau 17, à l'annexe 10. L'année 2017 a été marquée par l'atteinte de la couverture nationale - 100% des DS endémiques.

Tableau 16. Nombre DS ayant conduit chaque année l'AMM-PZQ de 2013 à 2022

ANNEE	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2020	2021	2022
DS	26	32	36	35	87	59	71	105	103

A partir de l'année 2018, les adultes vivant dans les zones à fort risque de transmission ont bénéficié également de l'AMM. L'achat des médicaments est financé par la Banque Mondiale (BM). Cette stratégie a été appliquée au niveau de deux DS: Soavinandriana et Ikalamavony.

La figure 25 montre les DS d'intervention sur la bilharziose génitale féminine (BGF); et la figure 26, la répartition des sites sentinelles – bilharziose et géohelminthiases.

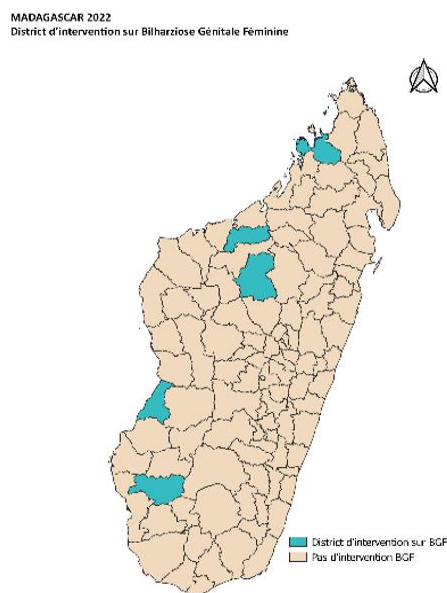


Figure 25. DS d'intervention sur la bilharziose génitale féminine

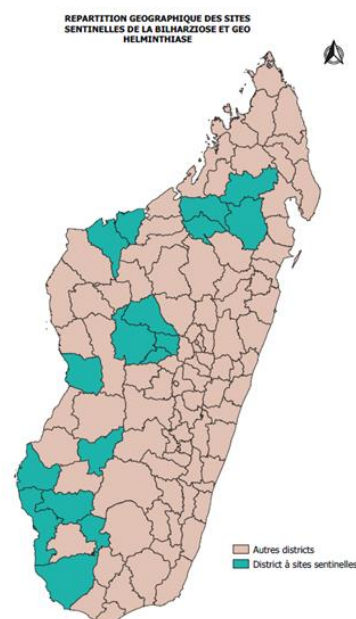


Figure 26. Répartition des sites sentinelles – bilharziose et géohelminthiases

Afin de mesurer les impacts des campagnes d'AMM de SCH et HTS, il a été mis en place 29 sites de surveillance. Ce nombre a été réduit à 28, suite à la destruction d'un site (école incendiée). Ces sites sont implantés au niveau de 18 DS. Ils sont investigués, régulièrement avant chaque campagne d'AMM. L'investigation de ces sites a débuté en 2018 ; les résultats étant considérés comme étant une baseline. Le premier suivi a été mené en 2019, le deuxième en 2020 et le troisième en 2021.

Selon les recommandations de l'OMS, il a été mené la cartographie infra-district de la SCH (au niveau des communes). Cette activité a été planifiée en trois phases, dont la première, intéressant 33 DS, a été réalisée au mois de novembre 2022.

1.4.2.2 Géohelminthiases

Avant 2007, le déparasitage auprès des enfants scolarisés de 27 DS a été assuré par le biais du projet SEECALINE. La distribution intégrée des comprimés de praziquantel et de mébendazole, chez les EAS, a démarré avec la mise en œuvre du PDMTN MTN 2007-2012. Le plan de traitement des géohelminthiases est annuel ou biennuel selon le taux de prévalence de cette maladie au niveau de chacun des DS.

Par ailleurs, des campagnes de distribution de mébendazole ont été organisées à travers d'autres plateformes, telles: (i) Semaine de la santé de la mère et de l'enfant (SSME) pour les tranches d'âge de 12 à 59 mois et les femmes enceintes ayant une grossesse supérieure à 4 mois, et (ii) Campagne d'AMM au niveau des écoles organisées conjointement avec les partenaires. Quelques cinquante (50) DS ont bénéficié de l'AMM en 2017. C'est une action menée en étroite collaboration entre le Ministère de l'Éducation nationale (MEN). L'ONN, à travers le projet SEECALINE, a joué un rôle important dans la conduite de ces campagnes notamment sur la distribution de mébendazole pour les enfants de 5 à 15 ans. Les activités de distribution ont été financées par la Banque mondiale (BM).

Il est important de souligner que le programme de lutte contre les géohelminthiases bénéficie aussi de l'albendazole (agissant également sur les géohelminthes), utilisé lors des campagnes d'AMM-FL.

1.4.2.3 Filariose lymphatique

La première campagne d'AMM utilisant la bithérapie DA (association de diéthylcarbamazine et d'albendazole) a eu lieu en 2005 au niveau de 3 DS pilotes à très forte prévalence (Manakara, Mananjary et Vohipeno). Elle a ciblé la population totale sauf les enfants moins de 2 ans et les femmes enceintes. L'extension du programme s'est faite, par la suite, de proche en proche.

En 2019, la stratégie alternative IDA (association de trois médicaments : ivermectine, diéthylcarbamazine et albendazole) a été adoptée. Sur les 36 DS planifiés : (i) 17 DS ont pu réaliser l'AMM-IDA, en 2020 et (ii) 10 DS en 2021.

En 2022, 74 districts sont été enrôlés dans l'AMM, toutes stratégies confondues. Ces DS ont des tours de traitement différents variant entre 1 et 13. Ceci est illustré par le tableau 18. La figure 27 montre la couverture géographique de l'AMM.

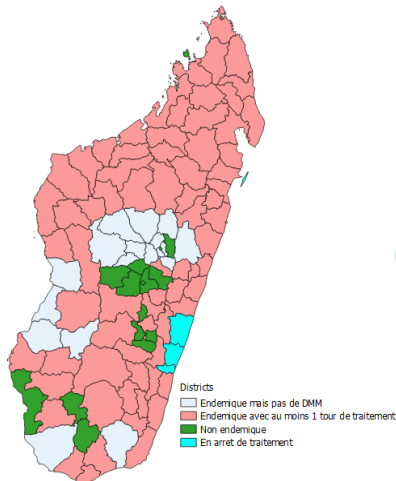


Figure 27. Carte – couverture géographique de l’AMM-FL

Tableau 18. Nombre de tours de traitement par DS de 2005 à 2022

Nombre de tours de traitement	Nombre de districts
1	6
2	10
5	1
6	2
7	12
8	12
9	10
10	8
11	6
12	1
13	6
TOTAL	74

A partir de 2016, les campagnes d’AMM ont été discontinuées pour différentes raisons, à savoir :

- Absence de financement pour la mise en œuvre de la campagne ;
- Mesures sanitaires restrictives prises lors de l’épidémie de peste en 2017 et de la pandémie de COVID -19 ;
- Non disponibilité des DS à réaliser la campagne à cause de chevauchement d’activités ;
- Situation de rupture de stock de médicaments ;
- Campagne réalisée après la survenue d’un évènement indésirable grave (EIM) suite à l’AMM-SCH.

La figure 28, ci-dessous représente l’évolution du taux de couverture thérapeutique de l’AMM, de 2005 à 2021

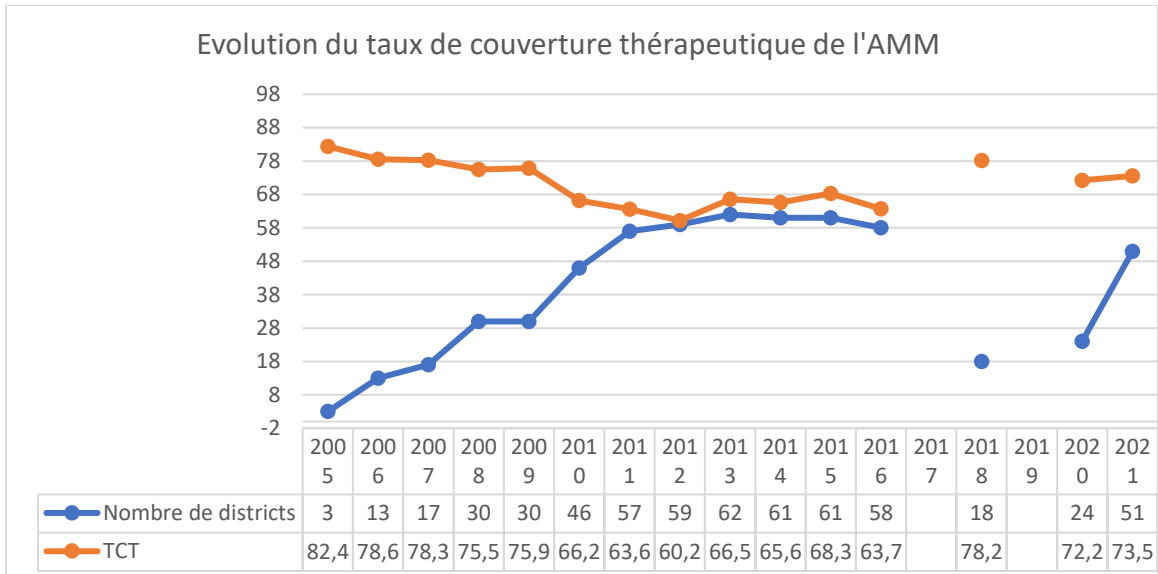


Figure 28. Evolution du taux de couverture thérapeutique

Parmi les DS ayant conduit l'AMM, seuls 9 ont atteints des critères d'éligibilité au TAS (enquête d'évaluation de la transmission), à savoir : (i) 5 tours de traitement successifs avec un taux de couverture thérapeutique à plus de 65 %.¹¹ ; et (ii) Prévalence <1% au niveau des sites sentinelles et des sites de contrôle.

Les résultats des enquêtes TAS menées au niveau des unités d'évaluation (UE) sont présentés ci-dessous:

UE NOSY BORAHA (DS Sainte Marie)

- TAS1 en 2011 – a passé
- TAS 2 en 2015 – a passé

UE MAMAVO (DS Manakara – DS Mananjary – DS Vohipeno)

- TAS 1 en 2015 - a passé
- TAS 2 - a passé

La figure 29 montre l'emplacement des 4 DS qui ont passé le TAS et arrêté l'AMM.



Figure 29. DS en arrêt de traitement

¹¹ GPELF - Suivi et évaluation épidémiologique du traitement médicamenteux de masse

Les DS ayant échoué le TAS 1 en 2018 ont dû continuer l'AMM. Ce sont :

- UE VAFENO (DS Vavatenina et DS Fenerive Est) ;
- UE VOMAVA (DS Vohibinany – DS Mahanoro – DS Vatomandry).

Le volet « prise en charge de la morbidité et prévention des incapacités » (PCMPI) a été mis en œuvre en partenariat avec les organisations non gouvernementales (ONG) dans le cadre de projets, dont l'objectif est d'améliorer l'accès à une prise en charge adaptée et le résultat attendu étant l'autonomie des malades dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. La figure 32 montre les DS ayant bénéficié de ces projets.

Zones d'intervention

- Reggio Terzo Mondo (RTM) : 3 DS (Manakara-Mananjary et Ifanadiana), Région Vatovavy Fitovinany, de 2003 à 2012 ;
- Handicap International : 6 DS, Région Atsinanana (2003 à 2008), 7 DS, Région Atsinanana (2009 à 2013) et 5 DS, Région Analanjirofo (2014 à 2017) ;
- Principauté de Monaco : 1 DS - Sainte Marie, Région Analanjirofo, de 2009 à 2012 ;
- ONG Azafady: 1 DS - Taolagnaro, Région Anosy, de 2004 à 2006.

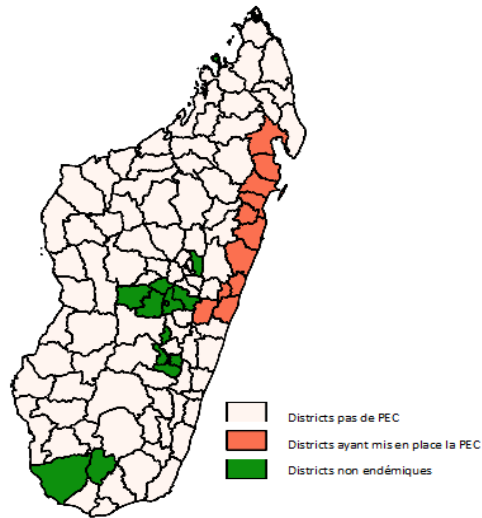


Figure 30. DS ayant mis en place la PCMPI

Les principales activités menées se rapportent aux suivantes:

- Renforcement des capacités des acteurs sanitaires et communautaires, notamment des agents communautaires (AC), des chefs de village et des responsables des CSB;
- Mobilisation de la communauté pour adhérer aux projets;
- Prise en charge à domicile, à base communautaire;
- Prise en charge, au niveau des CSB et des CHR des complications et des séquelles, en utilisant le protocole de prise en charge des accès aigus;
- Activité de chaussage des personnes atteinte de lymphœdème et de toute autre maladie invalidante du pied (lèpre, diabète, etc.). Elle a été précédée de la formation de cordonniers au niveau des DS et des villages d'intervention.
- Formation à l'utilisation du protocole OMS, des chirurgiens et équipes des blocs opératoires sur la chirurgie d'hydrocèle;
- Réalisation des enquêtes d'évaluation de l'impact des interventions en utilisant le formulaire WHODAS, à la fin de chaque projet. Les résultats étaient satisfaisants avec une réduction significative de la survenue des accès aigus chez les malades porteurs de grosses jambes et une satisfaction des personnes opérées d'hydrocèle.

Les données recueillies auprès de ONG partenaires de mise en œuvre et au niveau de la Direction d'Étude, de la Planification et du Système d'Information (DEPSI) du Ministère de la Santé, ont fait état de 2756 interventions sur hydrocèle et 11 515 cas de lymphœdème pris en charge.

1.4.2.4 Téniose

Le programme de lutte contre l'infection à *Tænia solium* (téniose/cysticercose) a été mis en place après l'élaboration de la politique nationale de lutte en 2005. L'existence des deux formes de l'infection à *Tænia solium* (téniasis par le ver adulte et cysticercose par la forme larvaire) a dicté la stratégie de lutte. Madagascar a inséré l'infection à *Tænia solium* dans les trois PDMTN antérieurs.

Le programme de lutte contre la téniose a bénéficié des retombées des stratégies du programme national de lutte contre la bilharziose, notamment de l'AMM-bilharziose. En effet, la dose recommandée de Praziquantel¹⁶ est inférieure à celle utilisée lors de l'AMM-bilharziose.

Dans le cadre de redynamisation mondiale de la lutte contre l'infection à *Tænia solium*, en Juillet 2014 à Genève, Madagascar a bénéficié d'un projet pilote conduit selon une approche sectorielle. Parmi les différentes stratégies prenant en considération et la santé humaine et la santé animale, figuraient la CTP. L'objectif est de réduire la prévalence du téniasis humain après 3 tours de traitement. De 2015 à 2017, il a été conduit un TMM dans le DS d'Antanifotsy qui n'est pas coendémique avec la bilharziose. Les résultats concluants ont conduit à la décision d'étendre la CTP dans 5 DS non coendémiques avec la bilharziose, durant trois années, de 2019 à 2021.

1.4.2.5 Cysticercose

La neurocysticercose, résultant de la localisation cérébrale des cysticerques, représente la principale cause d'épilepsie secondaire. Elle peut se manifester également par des troubles neuropsychiatriques.

Des défis existent du fait de l'accès limité aux moyens diagnostiques et thérapeutiques.

1.4.2.6 Lèpre

Le Programme national d'élimination de la lèpre a été créé en 1990. Diverses activités ont été menées depuis 1992, telles que la campagne d'élimination de la lèpre (CEL), l'action spéciale pour l'élimination de la lèpre, les vérifications du diagnostic des nouveaux cas de lèpre (VDNC) et la mise à jour des registres.

Le diagnostic et la prise en charge des cas de lèpre et des complications sont réalisés au niveau des CSB et des Centre d'orientation recours de niveau 2 (COR 2). Les CSB assurent la confirmation du diagnostic, le traitement et la prise en charge des complications modérées. Tandis que les COR 2, en plus du diagnostic et de la prise en charge des cas simples de lèpre, assurent particulièrement la prise en charge des complications graves nécessitant des hospitalisations.

La lutte contre la lèpre à Madagascar comprend 2 grands volets : (i) Diagnostic et traitement des cas simples de lèpre et (ii) Prévention des invalidités et réadaptation physique (PIRP).

Diagnostic et traitement des cas simples de lèpre

Cette stratégie est mise en œuvre au niveau de toutes les formations sanitaires (FS) publiques et privées du pays. Le dépistage des cas de lèpre se fait d'une manière passive. Plus de 1.000 cas sont dépistés chaque année dans environ 35% des FS que compte le pays. Le taux d'accès aux soins de la population est faible (environ 40%).

Du fait que la morbidité ressentie en cas de lèpre débutante, celle-ci ne peut à elle seule constituer une motivation de consultation pour la population surtout si cela expose à différents problèmes pour les ménages comme l'éloignement du centre, l'insécurité et les coûts financiers y afférents, il en résulte sous dépistage de la maladie et un retard de diagnostic.

Le dépistage passif a montré ses limites. Aussi, afin d'intensifier la lutte contre la lèpre, ont-elles été mises en œuvre des stratégies actives ou avancées visant à promouvoir le dépistage précoce des cas. Ces dépistages actifs sont précédés de : (i) séances de formation des acteurs locaux à l'intention des agents communautaires et des personnels de santé et (ii) séances de sensibilisation de la population des zones ciblées. Madagascar compte, au décours de l'année 2021, 36 DS hyperendémiques. Parmi ces zones prioritaires, des séances de dépistage avancées ont été réalisés dans 15 DS et 33 communes.

Le taux de couverture des zones hyperendémiques en dépistage actif s'élève à moins de 50 %. Ces dépistages actifs se réalisent à travers de consultations de masse en dermatologie, pouvant être couplées au dépistage passif, particulièrement dans les DS encore endémiques. Au cours des 7 dernières années, le programme a pu intervenir dans 43 DS. En 2021, une moyenne de 0,46 % de la population de la zone ciblée ont eu accès à ces soins. La figure 31 montre la répartition des DS.

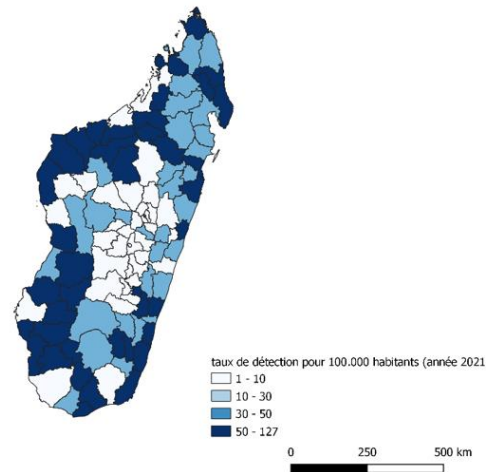


Figure 31. Carte montrant le taux de détection par district en 2021 (Source : Statistique PNL)

La surveillance des contacts intradomiciliaires des cas de lèpre dépistés constitue également une activité importante du programme. Parmi les contacts des cas, environ 10 % ont été dépistés comme nouveaux cas de lèpre. Des activités de recherche active de cas s'avèrent nécessaires à organiser dans les endroits hypoendémiques afin de confirmer que la lèpre reste maîtrisée dans ces zones.

Prévention des invalidités et réadaptation physique

Destinée aux cas compliqués, cette stratégie est mise en œuvre au niveau des COR 2. En 2021, 137 cas ont présenté une réaction lépreuse dont 27 dans la classe des réactions de type 2. Quelques 125 patients ont bénéficié d'un soin pour maux perforants plantaires. Le taux de guérison avoisine les 85% avec une réduction importante du nombre de malades cibles des décompressions nerveuses. Toutefois, le nombre des cas pris en charge au niveau de ces centres se trouve encore faible à cause des problèmes de référencement.

1.4.2.7 Arboviroses

Les arboviroses ne font pas à ce jour l'objet de programme de lutte. Les activités de lutte contre les arboviroses consistent en la prévention, la surveillance et la prise en charge des cas.

Lors de survenue d'épidémie, des émissions de sensibilisation sur la lutte anti vectorielle par élimination des gîtes larvaires sont menées en collaboration avec le PNL. Des messages sont diffusés à la radio nationale. Des missions d'investigation et de riposte sont conduites avec la Direction de Veille Sanitaire et de Surveillance Épidémiologique et Riposte (DVSSER). Les arboviroses font partie des maladies à surveiller dans le cadre de la SIMR. Il est à noter que le volet « Surveillance » relève uniquement de la DVSSER. En 2020, une épidémie de dengue a été déclarée dans la partie Nord de l'île. La communication s'est limitée à des sensibilisations diffusées à travers les médias. En 2021, suite à la survenue de l'épidémie de FVR, au niveau de quatre régions de l'île, la communication a été également réalisée, comme ci-dessus mentionné. En 2022, les régions du Nord et de l'Ouest de l'île ont rapporté beaucoup plus de cas par rapport aux régions du Sud et de l'Est.

Des groupes de chercheurs relevant de deux instituts, l'Institut Pasteur de Madagascar (IPM) et l'Institut de recherche pour le développement (IRD) mènent des études sur la circulation des arbovirus, la biologie et la sensibilité des vecteurs aux insecticides.

1.4.2.8 Peste

Le Programme national de lutte contre la peste existe depuis les années cinquante à Madagascar. Au début, il était mené conjointement par le Ministère de la Santé et l'IPM.

En Octobre 2004, le Service de lutte contre les maladies endémiques fut créé et a coordonné le programme national de lutte contre la peste. Depuis lors, les cas de peste sont pris en charge gratuitement par le système de santé de niveau périphérique qui couvre tous les DS d'endémicité pesteuse.

En 2012, la politique nationale de lutte contre la peste a défini les stratégies suivantes :

- Prévention de la maladie à travers une lutte contre les vecteurs et contre les réservoirs;
- Mobilisation de la communauté pour leur engagement et leur participation effective dans toutes les activités de prévention et de lutte;
- Surveillance épidémiologique des foyers pesteux connus et les zones limitrophes;
- Prise en charge précoce et correcte des cas;
- Contrôle de l'extension de l'épidémie dans les DS foyers et les DS limitrophes de ces derniers;
- Recherches opérationnelles et appliquées.

L'épidémie de peste pulmonaire urbaine en 2017 a constitué un tournant décisif dans la lutte contre la peste à Madagascar. En effet, conformément au Cadre de suivi et d'évaluation du règlement sanitaire international (RSI) de 2005, le MSANP a reçu l'appui de l'OMS et d'autres partenaires à réaliser la revue après action (RAA) pour organiser la réponse à cette flambée épidémique. Parmi les recommandations de cette RAA figurait le développement d'un plan d'action avec redéfinition des priorités structurées en quatre cinq stratégies : (i) Surveillance et laboratoire, (ii) Prise en charge des cas, (iii) Lutte antivectorielle et anti-réservoir, (iv) Mobilisation sociale et (v) Coordination et logistique.

Depuis 2017, la létalité globale confirmée a évolué de 34% en 2018 à 33% en 2019, et de 35% en 2020 à 27% en 2021.

1.4.2.9 Tungose

Les activités contre la tungose sont menées en collaboration avec le Bureau national de la gestion des risques et catastrophes (BNGRC) et l'IPM. Après l'évènement politique de 2009, faute de financement, les interventions se sont limitées à la prise en charge des complications au niveau des CSB en addition et l'auto-prise en charge des cas simples. Plutard, le programme fut dissout.

1.4.2.10 Rage

Le traitement préventif des expositions à la rage a été instauré à Madagascar deux ans après l'ouverture de l'IPM en 1898. Le laboratoire de référence, en son sein assure le diagnostic de confirmation de la maladie. La prévention de la survenue de la maladie chez une personne exposée (victime de morsure) repose sur l'administration de vaccins antirabiques (VAR) vivants atténués « souriceau », associé à l'immunoglobuline spécifique pour les morsures de troisième degré. Depuis 2006, les centres de traitement antirabiques (CTAR) assurent la vaccination des personnes exposées à la rage. Par ailleurs, ils mettent en œuvre une stratégie mobile avancée au niveau des localités reculées en cas de morsures groupées.

En 2007, suivant les recommandations de l'OMS, le MSANP a opté pour l'utilisation de VAR à base de culture sur des œufs.

De 2012 à 2014, un projet appuyé par la Banque Africaine de Développement (BAD) a appuyé le programme dans la mise en œuvre de ses activités et la conduite de recherches opérationnelles sur la maladie.

Depuis 2016, Madagascar a adopté l'approche « One Health » pour améliorer la lutte contre cette maladie. En avril 2018, un protocole de vaccination post-exposition reposant sur 3 injections sur 7 jours au lieu de 4 sur 21 ou 28 jours a été validé par l'OMS ([Rabies vaccines: WHO position paper – April 2018](#)).

Actuellement, 31 CTAR sont implantés dans le pays : – 1 CTAR par DS à 1 ou 2 CTAR par région, dont un est basé à l'IPM. La fourniture (gratuite et en quantité suffisante) de VAR post-exposition pour tous les CTAR est assurée par l'IPM. Leur récupération à l'IPM est assurée par le responsable du CTAR.

Il est présenté dans la figure 32, la localisation des CTAR ; et dans la figure 33, la répartition de nombre personnes vaccinées au niveau des CTAR ainsi que les personnes perdues de vue au cours de l'année 2021. Un taux de perdus de vue de 6% ont été rapporté.



Figure 32. Localisations des centres de traitement antirabiques

Le programme s'est doté d'un Plan national stratégique de lutte contre la rage pour la période 2022-2027. Après le retrait de l'IPM dans l'approvisionnement en VAR à compter de l'année 2023, l'Alliance mondiale pour le vaccin (GAVI) prendra la relève. Pendant la période de transition, la BM, via le projet « Préparation pour la Santé de Base » financera l'acquisition de vaccins et la mise en œuvre des activités prioritaires du programme.

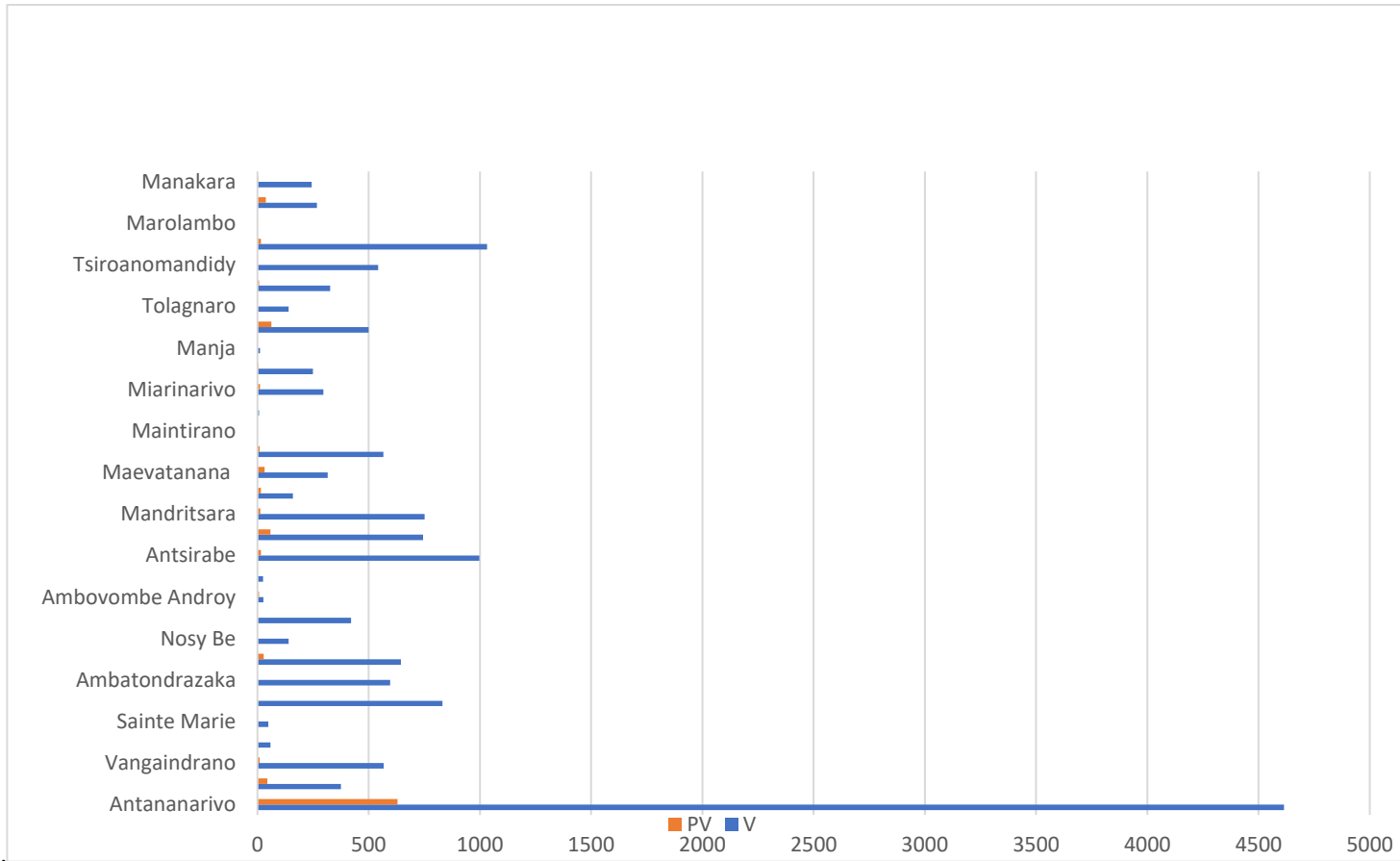


Figure 33. Répartition du nombre de personnes vaccinées et les personnes perdues de vue au niveau des CTAR pendant l'année 2021

Le tableau 19 ci-dessous fait état de la cartographie de chaque MTN, sur la base d'un total de 114 DS que compte le pays, en précisant les données sur : (i) Nombre de DS où la maladie est endémique, (ii) Nombre de DS cartographiés ou dont le statut d'endémicité est connu et (iii) Nombre de DS devant être cartographiés ou dont le statut d'endémicité nécessite d'être évalué.

Tableau 19. Cartographie de l'endémicité des DS pour chacune des MTN

Maladie	Nb. DS où la maladie est endémique	Nb. DS cartographiés ou dont de statut d'endémicité connu	Nb. DS devant être cartographiés ou dont statut de d'endémicité devant être évalué
Filariose Lymphatique	98	114	10
Géohelminthiases	111	114	114
Schistosomiase	106	114	81
Téniose/Cysticercose	54	54	114
Lèpre	36	114	0
Peste	45	NA	NA
Rage	114	114	0
Tungose		0	114
Mycétome	ND	0	114

Quelques observations méritent d'être notées :

- En référence aux recommandations de l'OMS, la cartographie de la SCH sera faite au niveau sous-district;
- Saisissant l'opportunité de la cartographie de la SCH au niveau sous-district, il sera mené de façon intégrée, l'évaluation d'impact du traitement des géohelminthiases;
- La notification des cas est effective pour la peste ; l'apparition d'un cas de peste constitue une épidémie. Par ailleurs, le « statut connu au regard de l'endémicité » est non applicable à la peste.

1.4.3 Performance des programmes étroitement liés au programme MTN

1.4.3.1 Lutte antivectorielle

Les maladies à transmission vectorielle, au niveau du pays peuvent être classées selon les vecteurs responsables comme suit :

- Moustiques : paludisme, filariose lymphatique, dengue et chikungunya
- Mollusques : schistosomiase
- Puces : peste et tungose

La gestion intégrée des vecteurs (GIV), initiée par l’OMS, est un processus de décision rationnel pour l'utilisation optimale des ressources pour la LAV. Elle est basée sur la promotion et l'utilisation d'une gamme d'interventions disponibles, seules ou en combinaison. Elles sont sélectionnées sur la base des connaissances locales des vecteurs, des maladies et des nombreux facteurs qui affectent la transmission.

Le PNLP a développé avec toutes les parties prenantes un document de « Stratégie nationale de gestion intégrée des vecteurs 2022 – 2026. Les principales interventions de LAV sont : (i) Pulvérisation intradomiciliaire (PID), ii) Distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d’insecticide à longue durée d’action (MIILDA), et iii) la surveillance des vecteurs à travers les 22 sites sentinelles (un site par région).

De la LAV, au niveau du Programme MTN, elle est quasi absente à part celle du programme peste. Ce dernier, conduit, à l’encontre de l’agent pathogène *Yersina pestis*, une lutte qui s’attaque et au vecteur et au réservoir et qui présente deux volets :

- Lutte mécanique :
 - Rats : pièges à rats pour capturer des rats vivants (BTS, nasses) et tapettes ;
 - Puces : bougie allumée plantée dans une assiette remplie d’eau savonneuse.
- Lutte chimique :
 - Raticide à effet retard;
 - Epandage d’insecticide.

Toutefois, la LAV conduite par le PNLP a certainement bénéficié au PNEFL. Par ailleurs, en 2004, dans la région Atsimo-Atsinanana, le programme Tungose a procédé à une opération dite « *coup de poing* » incluant l’aspersion d’insecticide.

Le tableau 20 fait l’inventaires des interventions entrant dans la LAV pour les MTN à transmission vectorielle.

Tableau 20. Vecteurs et MTN connexes

Interventions de lutte contre les vecteurs et les réservoirs	Vecteurs et réservoirs							
	Paludisme	Moustiques			Escargots	Puces	Rats	
		Maladies a transmission vectorielle						
		Maladies prises en charge par le Programme national de lutte contre les MTN						
	Filariose lymphatique	Dengue	Chikungunya	Schistosomiase	Tungose	Peste		
Moustiquaires imprégnées d'insecticide	X	X	X	X				
Pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent	X	X	X	X				
Traitement larvicide	X	X	X	X				
Pièges, tapettes, etc.							X	
Traitement des lieux de reproduction	X	X	X	X	X			
Assainissement et protection de l'environnement	X	X	X	X	X	X	X	

1.4.3.2 Approche « Une seule santé » ou « One Health »

La lutte contre les maladies tropicales négligées est plus efficace si elle intègre la santé humaine avec celle des animaux et des écosystèmes (Sophie M. et al, 2020).

Depuis 2016, Madagascar a adopté l'approche « One Health » pour améliorer la lutte contre cette maladie. Cette approche est particulièrement pertinente. De nombreux professionnels aux compétences multiples, actifs dans différents secteurs tels que la santé publique, la santé animale, la santé végétale et l'environnement, unissent leurs forces à l'appui de cette approche. L'approche « One Health » a été mise en œuvre au sein du Programme de lutte contre les MTN en collaboration avec les autres secteurs concernés, selon les maladies.

Cysticercose

Une plateforme de coordination a été mise en place en 2015. Le pays met en œuvre le projet « *Validation du modèle évolutif et durable pour le contrôle du **Tænia solium** basé sur la vaccination des porcs* » sous l'appellation Téniose - Cysticercose à Madagascar financé par le Centre de recherche pour le développement International (CRDI). Un certain nombre d'acteurs nationaux et internationaux participent à ce projet :

- DLMT - représentant du MSANP
- DSV - représentant du ministère de l'Agriculture et de l'Elevage (MINAE)
- FOFIFA : Département de Recherches Zootechniques, Vétérinaires et Piscicoles - représentant du ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MeSupReS)
- IPM
- Faculté de Médecine de Madagascar
- Université de Melbourne, Australie
- Réseau Surveillance épidémiologique et gestion des alertes (SEGA) de One Health, chargé de la surveillance des maladies infectieuses humaines et animales, dans la région de l'océan Indien
- Centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement (CIRAD)
- ILRI
- OMS

Les principales axes d'interventions sont: (i) Recherche sur la vaccination des porcs par la FOFIFA, (ii) Campagnes de vaccination des animaux (Santé animale) et (iii) Dépistage, traitement et prise en charge des personnes atteintes de la neurocysticercose (Santé publique).

Rage

Des partages d'informations ont été réalisées, et un comité de lutte a été mis en place. Tous les ans, au cours de la journée mondiale de la rage, des campagnes de sensibilisation et de vaccination des chiens et chats sont réalisés en collaboration avec la santé. La surveillance « One Health » rage a été mise en place dans le pays en 2016 renforçant la collaboration entre la santé humaine et animale. Un plan stratégique national contre la rage a été élaboré ensemble dans ce contexte « One Health ». Le pays s'aligne sur l'objectif mondial de zéro mortalité humaine due à la rage d'ici 2030.

Les principaux acteurs sont :

- MSANP à travers deux directions - DVSSER et DLMT ;
- MINAE représenté par la DSV
- Commission de l'océan Indien (COI)
- OMS
- IPM

Les activités « Surveillance - One Health » ont été initiées et mises en œuvre dans trois DS pilotes (Ambositra, Arivonimamo et Ambatondrazaka). La rage animale est notifiée via un formulaire spécifique dans le cadre de la surveillance électronique, et étendu à l'ensemble des vétérinaires sanitaires et les services vétérinaires régionaux. Les agents communautaires sont impliqués et participent activement dans la surveillance des cas de morsure d'animaux à sang chaud, les notifications sont recueillies au niveau des structures sanitaires de base.

Fièvre de la vallée du Rift

En mars 2021, il y a eu une épizootie de FVR dans plusieurs régions du pays. Afin d'y faire face efficacement, l'approche « One Health, une seule santé » a été mise en pratique, notamment, à travers le réseau SEGA One Health. Ce réseau met en exergue l'importance d'un partage des informations sanitaires entre pays, et surtout l'importance de la collaboration intersectorielle émanant de trois entités humaine, animale et environnementale dans les programmes de surveillance et de lutte.

La réponse a impliqué à la fois les acteurs de la santé animale et de la santé humaine à travers des investigations et riposte sur terrain avec l'appui de la COI et le Fonds des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). Il a été mis en place un comité multisectoriel qui assure la coordination et l'orientation des interventions dont le but est d'atténuer l'impact de l'épidémie de FVR dans le pays. Des missions d'investigation-riposte ont été menées au niveau des services d'élevage, et des CSB dans les régions à forte suspicion (Alaoatra Mangoro, Vakinankaratra, Ihorombe et Diana).

Les principales activités réalisées sont de deux grands ordres :

- Formations : elles ont ciblé les acteurs issus du secteur de la santé humaine et celui de la santé animale. Les modules ont porté sur les risques et les mesures de prévention couvrant à la fois la santé humaine et la santé animale.
- Vaste campagne de sensibilisation : elle vise principalement les éleveurs et les personnes exposées (bouchers, personnes procédant aux abattages, vétérinaires...) afin de leur permettre de mieux prévenir la transmission entre les animaux et l'homme.

1.4.3.3 Eau, hygiène, assainissement (EHA) ou WASH

Les principales interventions menées dans le cadre du secteur WASH dans le pays se rapportent aux suivantes : (i) Lutte contre la défécation à l'air libre, initié par le Medical Care Development Global Health (MCD-GH) et financé par le fonds mondial pour l'assainissement, (ii) Promotion du lavage des mains avec du savon, (iii) Adduction d'eau potable dans le milieu rural et (iv) Construction des infrastructures de base d'assainissement dans les centres de santé et dans la communauté.

L'intégration des interventions du secteur WASH et celui des MTN constitue encore un défi.

1.4.3.4 Pharmacovigilance

Le Service de Pharmacovigilance, fonctionnel en 2005, avait des activités très limitées, au tout début. En février 2006, il fut érigé en « Centre National de Pharmacovigilance » (CNPV) suivant la lettre N°029-SANPF du 14 février 2006 confirmée par le décret N°2010-0960 du 30 Novembre 2010 portant création, organisation et fonctionnement de l'Agence du Médicament de Madagascar. Cette dernière relève directement du MSANP.

L'Agence du Médicament de Madagascar, par le biais du CNPV, collabore avec les programmes de santé afin d'améliorer la sécurité du patient par une surveillance continue de l'impact sanitaire de l'utilisation des produits de santé et de faire évaluer par les professionnels de santé la balance du bénéfice/risque de ces produits au profit de la population.

Le Programme national de lutte contre les MTN, met l'accent sur le volet « Pharmacovigilance » et précisément sur la sécurité de la population comme celle des patients. Son application dans le cadre des campagnes d'AMM suit des procédures bien codifiées, et ceci à tous les niveaux du système de santé.

Niveau communautaire

Les distributeurs communautaires de médicaments (DC) sont formés, sur les thématiques relatives aux événements indésirables des médicaments (EIM), par les responsables des CSB.

Les attributions des DC sont les suivantes :

- Livrer à la communauté, que ce soit en porte à porte ou au niveau des points fixes de distribution, les messages sur la prévention des EIM et sur la disponibilité de médicaments de prise en charge gratuits ;
- Identifier les EIM, au cours et après la campagne d'AMM ;
- En cas d'apparition d'EIM, donner des conseils et faire un compte-rendu au responsable du CSB de rattachement, tout en rapportant l'évènement sur le registre de distribution.

Niveau des CSB et des CHR

Les niveau CSB et CHR reçoivent également une formation correspondante à leurs responsabilités et attributions respectives. Ces dernières se rapportent aux suivantes :

- Identifier les EIM survenant chez les consultants arrivant directement au niveau de la formation sanitaire ou adressés par les DC ;
- Mettre en œuvre la prise en charge (gratuite) du patient ;
- Au besoin, mettre en place les procédures relatives à la prise en charge d'EIM graves : premiers soins, évacuation sanitaire, selon la gravité – aux différents niveaux des services de soins et en suivant le circuit habituel et remplissage de la fiche de notification (FN) ;
- Notifier tous les EIM (mineurs ou graves) sur le registre de distribution et (v) Assurer la bonne gestion des médicaments destinés à la prise en charge les EIM.

Niveau DS – par le responsable de la pharmacovigilance

Les attributions du responsable de la pharmacovigilance du DS (déjà formé) sont les suivantes :

- Lors de l'atelier de microplanification, évaluer les besoins du DS en médicaments d'urgence et en FN ;
- Former les chefs des CSB et des CHR ;
- Faire la répartition des médicaments ;
- Dans le cadre de la réunion du bilan de la campagne, compiler les données relatives aux EIM qui font partie des éléments du rapport de la campagne d'AMM
- En cas d'EIM graves : (i) Notification urgente aux différents niveaux du système de santé (en utilisant les voies de communication les plus rapides) et (ii) Missions d'investigation et rapport de l'investigation.

Coordination nationale du Programme de lutte contre les MTN

Comme les autres niveaux, la coordination a ses propres attributions également :

- Conduire les ateliers de formation en cascade ;
- Prépositionner les médicaments destinés à la prise en charge les EIM
- En cas de notification d'EIM graves : Rendre compte aux autorités sanitaires, en l'occurrence au CNPV, Réaliser une mission conjointe d'investigation avec les responsables du CNPV et le responsable du DS et organiser la communication avec l'organe de presse.

Centre national de pharmacovigilance:

En plus d'analyser les FN arrivant à son niveau, le CNP intervient en cas de survenue d'EIM, en réalisant les activités suivantes : (i) Conduire une mission d'investigation conjointe avec le Programme MTN et (ii) Établir l'imputabilité ou non du ou des médicaments incriminés.

Il est donné au tableau 21, un résumé des informations relatives aux interventions menées dans le cadre des programmes de lutte contre les MTN prévalentes au niveau du pays.

Tableau 21. Résumé des informations sur les interventions menées dans le cadre des programmes contre les MTN existants dans le pays

Maladies	Début programme	Nb. total DS visés	Nb. DS couverts (Couverture géographique)	Population totale du DS visé	Nb (%) personnes atteintes	Nb. (%) DS ayant réalisé le nombre de tour AMM requis	Nb. (%) DS ayant cessé l'AMM	Principales stratégies utilisées	Principaux partenaires
Schistosomiase	1998	87 (2017)	87 (100%)	6 042 400 (2017)	87,5% (2017)	112		AMM en milieu communautaire et scolaire	Banque Mondiale SCI OMS
Géo helminthiases	1998	69 (2017)	62 (89,8%)	4 650 480	83,3% (2017)	106		AMM en milieu communautaire et scolaire	Banque Mondiale PAM OMS
Filariose lymphatique	2002	98	78 (79,59%)	24 136 246	73,29% (2021)	73,30%	4	AMM PCMPI	OMS/ESPEN
Téniose & Cysticercose	2010	114	3 (2,6%)	28 000 000	A déterminer	3	0	AMM Recherche opérationnelle	OMS, CRDI, DSV, IPM, CHUJRA, CIRAD, COI
Lèpre (données 2021)	1990	36	15	3 816 375	14,34 %	NA	NA	Dépistage précoce Disponibilité des PCT PIRP	FRF F. Sasakawa BM OMS

Tableau 21. Résumé des informations sur les interventions menées dans le cadre des programmes contre les MTN existants dans le pays/Suite

Maladies	Début du programme	Nb. total DS visés	Nb. DS couverts (couverture géographique)	Population totale du DS visé	Nb (%) personnes atteintes	Nb. (%) DS ayant réalisé le nombre de tours requis	Nb. (%) DS ayant cessé l'AMM	Principales stratégies utilisées	Principaux partenaires
Peste	1950	45	45			NA	NA	Prise en charge Communication Surveillance LAV et contre les réservoirs	IPM USAID UNICEF OMS
Rage	2002	114	31	25 674 196	NA	NA	NA	Prise en charge des expositions par vaccination Recherche en charge des contacts Sensibilisation communautaire	IPM GARC OMS COI DSV BM
Mycétome	2023	114	0	Toute la population ?		NA	NA	NA	NA
Tungose	2003	114	66					Traitement de masse - malades Extirpation Sensibilisation Riposte épidémique Désinsectisation	IPM BNGRC

1.5 S'appuyer sur les points forts du programme

En se basant sur l'analyse des données relatives au profil du pays, au système de santé et à la situation du programme de lutte contre les MTN, il a été réalisé une analyse FFOM (forces, faiblesses, opportunités et menaces) du programme de lutte contre les MTN. Ces informations obtenues sont ensuite résumées dans la matrice FFOM à la figure 34, ci-dessous.

1.5.1 Opportunités et menaces

Tableau 22. Opportunités et menaces

Opportunité	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> Engagement des partenaires - appui technique et financier : activités de mise en œuvre de recherche Dons – médicaments, vaccins, tests... Plateforme “Une seule santé” - téniose, rage, peste, FVR Contrôle de qualité des médicaments Collaboration – Pharmacovigilance (Agence de Médicaments de Madagascar) Existence d’initiatives de lutte intégré sous régionale (Plateforme COI-UVS, SEGA One Health dans la lutte contre les MTN) Réseau communautaire officialisé (DC) Existence d’une entité de lutte intégrée contre les vecteurs Existence des campagnes de masse de vaccination et de distribution de MIILD Engagement des ONG partenaires Existence d’une collaboration avec le système d’éducation Existence d’outils et matériels standards de formation 	<ul style="list-style-type: none"> Forte dépendance au financement extérieur Insuffisance de collaboration multisectorielle (LAV, WASH) Aléas climatiques - sécheresse, cyclone Epidémies majeures dans la sous-région Phénomènes migratoires internes Instabilité sociopolitique nationale Mouvement permanent du personnel de santé Faible renouvellement des RH admises à la retraite Climat d’insécurité Faible adhésion de la communauté aux activités de lutte contre les MTN Faible appropriation du programme par les services décentralisés Faible couverture - réseau téléphonique et Internet Tiers pays – soins à la charge des patients Retard de déblocage de fonds Barrières socioculturelles peu favorables à la prévention

1.5.2 Forces et faiblesses

Tableau 23. Forces et faiblesses

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Volonté politique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Création de programmes intégrés de lutte contre les MTN ○ Existence de ligne au budget national pour lutter contre les MTN ○ Engagement politique de l'État : PNS, PNDS – incluant les MTN • Unicité du programme MTN (coordination nationale, programme intégré, même direction et même localisation) • Intégration des activités au niveau périphérique de la pyramide sanitaire • Existence de stratégies de lutte contre la plupart des MTN • Existence de cartographie : MTN-CTP • Co implémentation dans les activités MTN-CTP (Planification, AMM) • Mise à l'échelle nationale AMM – SCH/HTS • Compétences techniques nationales (PEC de morbidités – filariose lymphatique et lèpre) • Effectivité de la notification des cas de morsure (au moins 1 CTAR/23 DRSP) • Documents cadres- PNS, CSU, pharmacovigilance) • Outils de notification physique ou électronique disponibles au niveau des FS 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance du financement de l'Etat • Absence de mécanisme de coordination • Absence d'intégration CTP/PCC • Manque d'informations actualisées sur l'endémicité de certaines maladies • Mauvaise qualité de prise en charge des cas - MTN/PCC et EIM • Situation de rupture de stock de médicaments • Absence de documents normatifs MTN • Absence de planification de la prise en charge • Gestion des données : faible – promptitude, complétude des rapports de la campagne • Faible rapportage - EIM et utilisation des médicaments • Insuffisance de fonds (VAR et intrants) • Faiblesse de la mobilisation sociale • Faible intégration des indicateurs MTN dans SNIS/DHIS • Insuffisance de recherche opérationnelle • Faible motivation des acteurs (agents de santé, enseignants et relais communautaires) • Faible enracinement des stratégies de lutte contre les MTN dans les plans de développement des zones sanitaires • Lourdeur des procédures de décaissement des fonds publics

Il est présenté à la figure 34, ci-dessous, la matrice FFOM, résumant les principales informations issues de l'exercice.

Analyse interne	Forces	Opportunités	Analyse externe
	<ul style="list-style-type: none"> • Volonté politique • Unicité du programme MTN • Intégration des activités au niveau périphérique de la pyramide sanitaire • Existence de cartographie : MTN-CTP • Mise à l'échelle nationale AMM – SCH/HTS • Effectivité de la notification (maladies épidémiques) • Réseau communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement des partenaires - technique et financier • Dons – médicaments, vaccins, tests... • Plateforme "Une seule santé" • Réseau de pharmacovigilance • Collaboration intersectorielle 	
	Faiblesses	Menaces	
	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance du financement de l'Etat • Mécanisme de coordination non fonctionnel • Gap de cartographie MTN-PCC • Gestion des médicaments – Rupture/surstock • Gestion des données • Faiblesse de la mobilisation sociale • Insuffisance de compétences : prise en charge des cas et recherche opérationnelle • Non mise en œuvre des interventions - LAV, WASH 	<ul style="list-style-type: none"> • Forte dépendance au financement extérieur • Aléas climatiques • Epidémies majeures • Mauvaise gestion du personnel • Climat d'insécurité • Lourdeur du processus de décaissement des fonds • Barrières socioculturelles • Faible accès au traitement • Instabilité sociopolitique nationale 	

Figure 34. Matrice FFOM

1.5.3 Lacunes et priorités

1.5.3.1 Lacunes

- Insuffisance du financement de l'Etat
- Forte dépendance au financement extérieur
- Mécanisme de coordination non fonctionnel
- Plaidoyer et recherche de financement
- Insuffisance de compétence : prise en charge des cas et recherche opérationnelle
- Gap de cartographie MTN-PCC
- Gestion des médicaments –Rupture/surstock
- Gestion des données
- Faiblesse de la mobilisation sociale
- Non mis en œuvre des autres stratégies de lutte MTN (LAV, ...)
- Aléas climatiques
- Epidémies majeures
- Mauvaise gestion du personnel
- Climat d'insécurité
- Lourdeur du processus de décaissement des fonds
- Barrières socioculturelles
- Faible accès au traitement
- Instabilité sociopolitique nationale
- Absence de stratégie sur les MTN cutanées
- Absence de stratégie de lutte contre la tungose, les arboviroses, ...
- Laboratoire de diagnostic au niveau périphérique

1.5.3.2 Priorités

Les priorités en matière de renforcement de la lutte contre les MTN dans le pays sont listées au tableau 18 et classées selon les rubriques suivantes : *Planification, coordination et gestion, partenariats, mise en œuvre des interventions, surveillance, suivi et évaluation.*

Tableau 24. Priorités

Priorités	
Planification	<ul style="list-style-type: none"> • Respecter la période de soumission des commandes de médicaments • Elaboration du plan intégré de LAV • Plaidoyer auprès du MSANP concernant la qualité de gestion RH • Prise en compte des forces de l'ordre lors de la budgétisation des activités • Approche anthropologique dans la conception et la mise en œuvre des plans de communication • Stratégie MTN cutanées • Stratégie - arboviroses
Coordination et gestion	<ul style="list-style-type: none"> • Redynamisation du comité national de pilotage MTN • Plaidoyer pour la mobilisation de ressources • Appropriation du programme par le gouvernement • Mécanismes de coordination MTN • Leadership et bonne gouvernance dans la lutte contre les MTN • Capacités managériales et techniques des personnels impliqués dans la lutte contre les MTN (national et périphérique) • Coordination
Partenariat	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration multisectorielle • Plaidoyer auprès des PTF - processus de décaissement des fonds
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer auprès du MSANP – allocation de budget MTN • Capacité des AS - prise en charge des cas et recherche opérationnelle • Capacité des AS - gestion logistique • Système logistique : local de stockage, transport (acheminement), SIGL, ... • Capacité des AS, à tous les niveaux, en matière de gestion de données • Plan de communication MTN (masse et institutionnelle) • Interventions intégrées de LAV • Stratégies mobiles de prise en charge des cas • Stratégie – MTN cutanées
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance communautaire • Capacité des laboratoires périphériques • Plateau technique des laboratoires périphériques
Suivi-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Cartographie MTN PCC • Cartographie MTN CTP • Plaidoyer - activités de suivi évaluation • Capacité - gestion de données • Plan de suivi - évaluation du PDMTN

2 Partie 2. Programme stratégique

2.1 Mission et vision du programme de lutte contre les MTN

Il est énoncé ci-dessous la mission et la vision du Programme MTN :

- Mission : « *Accélérer l'élimination des maladies tropicales négligées afin de protéger toute la population de Madagascar* »
- Vision : « *Madagascar exempt de maladies tropicales négligées* »

2.2 Buts stratégiques, cibles et jalons

2.2.1 Buts stratégiques

Le but stratégique général « *Accélérer la réduction des lourdes charges des MTN à travers l'administration massive des médicaments, la prise en charge précoce des morbidités et la prévention des incapacités d'ici 2027* », est décliné, plus spécifiquement, en :

- « *Maintenir l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique* »
- « *Éliminer la filariose lymphatique, la schistosomiase, les géohelminthiases et la rage en tant que problème de santé publique* »
- « *Contrôler la téniose, la cysticercose, les mycétomes, la dengue, le chikungunya, la fièvre de la vallée du Rift, la gale, la tungose et la peste* »

2.2.2 Cibles

2.2.2.1 Cible générale

La cible générale retenue est « *Élimination d'au moins une maladie tropicale négligée, notamment la filariose lymphatique, en tant que problème de santé publique, d'ici 2030* ».

2.2.2.2 Cibles spécifiques aux MTN

Les cibles spécifiques aux MTN sont présentées au tableau 25 ci-dessous.

Tableau 25. Cibles spécifiques des MTN

CIBLE MOND					
	CIBLE NATIONALE	MALADIE	OBJECTIFS	ANNEE	STRATEGIE
ELIMINATION EN TANT QUE PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE D' ICI 2030	Eliminer la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique	Filariose lymphatique	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt du traitement dans tous les DS 	2027	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne de distribution de masse de médicaments • Lutte antivectorielle • Prise en charge de la morbidité et prévention des incapacités
	Eliminer la schistosomiase comme problème de santé publique	Schistosomiase	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire à moins de 1 % la prévalence de porteur de forte intensité parasitaire de schistosome dans les DS endémiques 	2027	<ul style="list-style-type: none"> • Chimiothérapie préventive de masse • Prise en charge des morbidités • WASH
	Eliminer les géohelminthiases en tant que problème de santé publique	Helminthiases transmises par le sol	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire à moins de 2 % la prévalence de porteur de l'infection aux géohelminthes d'intensité modérée à forte au niveau des DS endémiques 	2027	<ul style="list-style-type: none"> • Chimiothérapie préventive de masse • Prise en charge des morbidités • WASH

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ELIMINATION EN TANT QUE PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE</p>	<p>Éliminer la rage en tant que problème de santé publique</p>	<p>Rage</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire de 50% le nombre de décès dus à la rage • Augmenter de 50% le taux d'achèvement de la prophylaxie post exposition 	<p>2027</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance active des cas de rage et des morsures. • Prise en charge des personnes mordues • Riposte en cas de morsure groupée ou de cas de rage humaine • WASH • Prévention de la transmission communautaire • Renforcer la collaboration multisectorielle (One Health)
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">INTERRUPTION DE LA TRANSMISSION</p>	<p>Maintenir l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique</p>	<p>Lèpre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire la prévalence à moins d'un cas pour 10 000 habitants dans les DS hyper endémiques • Réduire de 85% le taux (par million d'enfants) des nouveaux cas de lèpre chez les enfants 	<p>2027</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance active • Recherche des contacts, • Prise en charge des cas, • Réadaptation.

CONTROLE	Intensification de la lutte contre la Téniose/Cysticerose dans les DS	Téniose/Cysticerose	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à jour les données de prévalence de la téniose et disposer de données de séroprévalence de la téniose au niveau des 114 DS ; • Disposer de données complètes et actualisées sur la prévalence et l'incidence de la cysticerose au niveau de 114 DS • Réduire à 30 le nombre de DS endémiques à la téniose ; • Augmenter de 25% le taux de dépistage des cas de cysticerose ; • 50% des Chefs CSB sont formés en matière de diagnostic et de traitement de la cysticerose 	2027	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à l'échelle de la TMM contre la téniose • Développement d'un test sérologique facile et standard (RDT) de la cysticerose • Standardisation d'un protocole thérapeutique de la cysticerose • Renforcement de compétence des agents de santé sur la PEC des cas de neurocysticerose • Cartographie de la téniose ; • Cartographie de la cysticerose ; • Renforcement de capacités des laboratoires de sérodiagnostics au niveau central et/ou périphérique • Renforcer la formation des agents de santé en prise en charge des EIM ; • Renforcer la collaboration multisectorielle notamment avec le secteur éducation et concernant l'approche « One Health » et de l'approche « WASH »
-----------------	---	---------------------	---	------	---

CONTROLE	Contrôle des épidémies de peste	Peste	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire le taux de létalité des cas confirmés à moins 10% • Diminuer le nombre de cas confirmés saisonnier à 100 cas • Diminuer le nombre de DS foyers actifs à 20 	2027	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance active et surveillance passive • Prise en charge des cas précoce et adéquate • Communication • Lutte anti vectorielle et anti-réservoir • Renforcement de la collaboration multisectorielle • Inclusion du programme « <i>Asa Tagnamaro</i> » dans le programme - peste • Mobilisation communautaire pour la surveillance
	Contrôle	Tungose	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la lutte biologique contre les puces, basée sur l'hygiène corporelle et environnementale • Rendre disponible la cartographie complète de la tungose. 	2027	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche opérationnelle • Communication • Collaboration multisectorielle • Vulgarisation de l'usage du mélange huile de coco et pétrole • Mesures d'assainissement

CONTROLE	Contrôle	Mycétome/ Chromoblasto- mycose	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre disponible la cartographie complète du mycétome 	2027	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche opérationnelle • Communication
	Contrôle	Dengue Chikungunya	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre disponible la cartographie de chaque maladie dans les zones de forte endémicité 	2027	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche opérationnelle • Communication • LAV

2.2.2.3 Cibles transversales

Les cibles transversales sont illustrées dans la figure 37, ci-dessous.

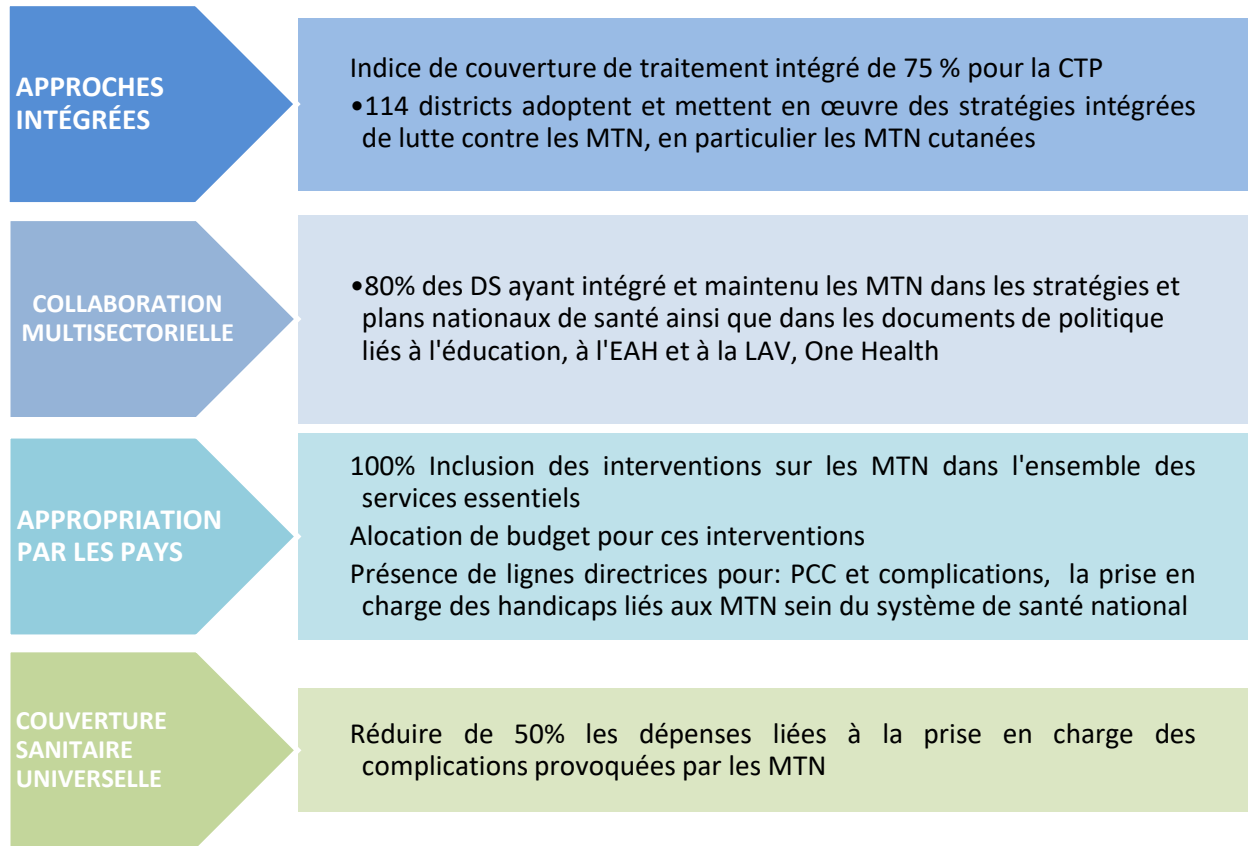


Figure 35. Cibles transversales

2.2.3 Jalons

Tableau 26. Jalons

Maladie	2023	2024	2025	2026	2027
Schistosomiase					
Diminuer à moins de 1 % la prévalence des infections à forte intensité parasitaire au niveau de tous les DS endémiques (106) :	<20%	<20%	<15%	<10%	< 5%
Géo-helminthiases					
Diminuer à moins de 2 % la prévalence des infections d'intensité modérée à forte au niveau de tous les districts endémique (111) :	<25%	<20%	<15%	<10%	<7%
Filariose lymphatique					
Nombre DS nécessitant une cartographie de confirmation	11				
Couverture géographique - AMM	83	66	32	0	0
Nombre DS réalisant Pré-TAS et TAS 1 après des tournées d'AMM satisfaisant	28	4	30	32	0
Nombre DS réalisant l'enquête TAS 2 après avoir passé au TAS 1	3	0	28	4	30
Nombre DS réalisant l'enquête TAS 3 après avoir passé au TAS 2	1	0	3	0	28
Nombre DS ayant commencé des activités de surveillance passive	0	1	0	3	0
Nombre DS formé à l'activité de prise en charge des cas de lymphœdèmes	66	48	0	0	0
Nombre DS offrant des services de qualité de PEC des lymphœdèmes	0	0	66	48	0
Nombre DS ayant la capacité de faire la chirurgie d'hydrocèle	40	74	0	0	0
Lèpre					
Réduire de 50% le nombre de DS endémiques à la lèpre	30	27	24	21	18
Réduire de 30% le nombre de nouveaux cas de lèpre détectés	1220	1140	1060	980	900
Réduire de 70% le taux (par million d'habitants) des nouveaux cas avec des invalidités 2	9	8	7	5	3
Réduire de 85% le taux (par million d'enfants) des nouveaux cas de lèpre chez les enfants	1,9	1,5	1,1	0,7	0,3
Rage					
Taux d'achèvement de la Prophylaxie Post Exposition	75%	100%			
Pourcentage DS – notification des cas suspects de rage animale et/ou humaine déclarés	25%	75%	90%		
Taux de vaccination canine dans les zones cibles (zones à forte notification de rage)	75%	80%	85%		
Pourcentage - cas de morsure exposé à la rage ayant	50%	60%	75%	100%	

reçu des traitements PEP					
Pourcentage - perdus de vue des cas exposé humain ayant reçu des traitements PEP	6%	5%	3%	1%	
Pourcentages CTAR formés sur les POS de PEP	50%	100%			
Nombre nouveaux CTAR mis en place	1	1	1	1	2
Pourcentage - Investigation réalisée autour d'un cas de rage animale confirmée	75%	100%			
Téniose/cysticercose					
Diminuer de 53 à 30 le nombre de district endémique à la téniose	50	50	44	37	30
Mettre à jour les données de prévalence de la téniose et disposer de données de séroprévalence de la cysticercose au niveau des 114 districts	57	114			
1000 Chefs de Centre de Santé de Base sont formés en matière de diagnostic et de traitement des cas de cysticercose et en Prise en charge des EIM post DMM ;	200	400	400		
Peste					
Taux de létalité des cas confirmés	15,5%	14%	13%	12%	10%
Nombre de cas suspects saisonniers	229	200	180	150	100
Nombre de DS foyers actifs	27	25	21	21	20

Il est donné ici quelques commentaires jugés pertinents pour une meilleure compréhension du document :

- Concernant la FL, il est placé au tableau 27, à l'annexe 11 l'évolution du TCT et au tableau 28, à l'annexe 12, le Roadmap ou Plan d'élimination de la Filariose Lymphatique en 2030;
- Concernant la peste, la saison de haute transmission n'est pas encore terminée au moment de la rédaction du PDMTN 20023-2027.

2.3 Principes directeurs

La mise en œuvre de ce PDMTN 2023-2027 sera basée sur les principes directeurs suivants :

- Appropriation du leadership du programme ;
- Multisectorialité ;
- Empowerment communautaire ;
- Prise de décision basée sur des bases factuelles ;
- Équité et approche genre.

2.4 Piliers et objectifs stratégiques

2.4.1 Piliers stratégiques

Les quatre piliers stratégiques du programme MTN sont :

- Pilier 1. Accélérer l'action programmatique;
- Pilier 2 : Intensifier les approches transversales;
- Pilier 3. Modifier le modèle opérationnel et la culture pour faciliter l'appropriation par le pays;
- Pilier 4. Renforcer la mobilisation de ressources, en vue de l'élimination des MTN.

2.4.2 Objectifs stratégiques

Les objectifs stratégiques assignés aux piliers stratégiques sont décrits au tableau 29.

Tableau 29. Objectifs stratégiques

Pilier stratégique	Objectif stratégique
Pilier stratégique 1. Accélérer l'action programmatique	OS 1.1 : Mettre à l'échelle les paquets de chimiothérapie préventive OS 1.2 : Mettre à l'échelle les interventions sur les maladies à prise en charge des cas OS 1.3. Renforcer la supervision, le suivi/évaluation, la surveillance épidémiologique chez l'homme et chez le vecteur et la recherche opérationnelle OS 1.4. Assurer la gestion rapide et efficace de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et d'autres produits contre les MTN dont la qualité est garantie, jusqu'au dernier kilomètre
Pilier stratégique 2. Intensifier les approches transversales	OS 2.1 Améliorer le contrôle et l'élimination des MTN à travers des interventions transversales OS 2.2 Assurer la sécurité de la population cible, en matière de pharmacovigilance
Pilier stratégique 3. Modifier le modèle opérationnel et la culture pour faciliter l'appropriation par les pays	OS 3.1 Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le pays OS 3.2 Renforcer la promotion de la santé en matière de MTN OS 3.3 Renforcer et améliorer les partenariats pour le contrôle et l'élimination des MTN à tous les niveaux OS 3.4 Renforcer la collaboration intersectorielle pour le contrôle et l'élimination des MTN
Pilier stratégique 4. Renforcer la mobilisation de ressources, en vue de l'élimination des MTN	OS 4.1 Renforcer la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte contre les MTN OS 4.2 Renforcer la planification axée sur les résultats

3 Partie 3. Cadre opérationnel

3.1 Initiatives et activités stratégiques

Le tableau 30 décrit les initiatives et activités stratégiques qui seront mises en œuvre, la période ainsi que les ressources requises. Ces activités stratégiques regroupent plusieurs activités ou sous-activités qui trouveront leur importance dans les plans opérationnels de chaque programme.

Tableau 30. Initiatives et activités stratégiques

Pilier stratégique 1. Accélérer l'action programmatique

Objectif stratégique	Activité stratégique	Période	Ressource
OS 1.1 : Mettre à l'échelle les paquets de chimiothérapie préventive	ACT 1.1.1 AMM – CTP intégrée (SCH/HTS/FL)	2023 - 2027	Humaines, financières et matérielles Médicaments
	ACT 1.1.2 AMM – CTP ciblée (SCH)	2023 - 2027	
	ACT 1.1.3 AMM – Téniose (DS non coendémiques à SCH)	2023 - 2027	
	ACT 1.1.4 Mener des enquêtes intégrées ou ciblées de couverture thérapeutiques post-AMM	2023 - 2027	Humaines, financières et matérielles
OS 1.2 : Mettre à l'échelle les interventions de prise en charge intégrée des maladies basées sur la prise en charge des cas	ACT 1.2.1 Prendre en charge les cas de MTN-PCC :	2023 - 2027	Humaines, financières et matérielles Médicaments, vaccins et, immunoglobulines
	1. Par le biais d'une détection précoce et d'un traitement rapide		
	2. PEC post-exposition		
	ACT 1.2.2 Mettre à l'échelle la formation des agents de santé en matière de BGF et autres MTN	2023 - 2027	
	ACT 1.2.3 Assurer la prise en charge des complications, séquelles et handicaps liés aux MTN	2023 - 2027	Humaines, financières Médicaments Matériels : lavage des pieds, chirurgicaux
FL : Chirurgie de l'hydrocèle			
Prise en charge intégrée des MTN cutanées : FL (Accès aigu/lymphœdème, lèpre, tungose, gale, etc.)			

Tableau 30. Initiatives et activités stratégiques/Suite

Objectif stratégique	Activité stratégique	Période	Ressource
OS 1.3. Renforcer la supervision, le suivi/évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle	ACT 1.3.1 Mener des enquêtes d'endémicité des MTN-CTP pour affiner la connaissance des maladies : Recartographie FL dans 10 DS et cartographie de la téniose dans 114 DS	2023 - 2024	Humaines, financières et matérielles Tests de diagnostic, réactifs
	ACT 1.3.2 Mener des enquêtes d'endémicité infra district des MTN-CTP (SCH) pour affiner la connaissance des maladies	2023 -	
	ACT 1.3.3 Mettre à l'échelle des enquêtes et des études pour connaître la situation épidémiologique de la bilharziose génitale chez la femme (BGF)	2023 -	
	ACT 1.3.4 Documenter, en vue de l'amélioration de la connaissance de l'épidémiologie et pathologie des MTN dont le statut n'est pas connu	2023 - 2027	Humaines, financières et matérielles
	ACT 1.3.5 Mener des activités de surveillance épidémiologique au niveau des sites sentinelles	2023 - 2027	Humaines, financières et matérielles
	ACT 1.3.6 Mener des enquêtes d'impact (pré-TAS) et d'évaluation de transmission (TAS)	2023 - 2027	Tests de diagnostic, réactifs
	ACT 1.3.7 Mettre en place une base intégrée des données des MTN	2023 - 2024	Humaines, financières et matérielles
	ACT 1.3.8 Conduire des activités de recherche opérationnelles	2023 - 2025	
OS 1.4. Assurer la gestion rapide et efficace de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et d'autres produits contre les MTN dont la qualité est garantie, jusqu'au dernier kilomètre	ACT 1.4.1 Renforcer de la gestion de chaîne d'approvisionnement des médicaments et autres intrants jusqu'aux CSB	2023 - 2027	
	ACT 1.4.2 Renforcer la gestion rationnelle des médicaments et autres intrants	2023 - 2027	

Tableau 30. Initiatives et activités stratégiques/suite

Pilier stratégique 2. Intensifier les approches transversales

Objectif stratégique	Activité stratégique	Période	Ressource
OS 2.1 Améliorer le contrôle et l'élimination des MTN à travers des interventions transversales	ACT 2.1.1 Intégrer les activités MTN dans la plateforme « Lutte antivectorielle (LAV) »	2023 - 2027	Humaines, financières et matérielles
	ACT 2.1.2 Intégrer les activités MTN dans la plateforme « EHA (eau, hygiène, assainissement) ou WASH »	2023 - 2027	
	ACT 2.1.3 Intégrer les activités MTN dans la plateforme « Une seule Santé » ou « One Health » : Rage, Cysticerose, Peste, Fièvre de la vallée du Rift	2023 - 2027	
	ACT 2.1.4 Poursuivre les activités MTN en collaboration avec le ministère de l'Éducation (AMM-SCH/HTS et recartographie FL)	2023 - 2027	
OS 2.2 Assurer la sécurité de la population cible, en matière de pharmacovigilance	ACT 2.2.1 Renforcer la gestion des EIM lies à la prise des médicaments	2023 - 2027	Humaines, financières et matérielles Médicaments
	ACT 2.2.2 Prépositionner les médicaments d'urgence au niveau des CSB et CHR	2023 - 2027	

Tableau 30. Initiatives et activités stratégiques/Suite

Pilier stratégique 3. Modifier le modèle opérationnel et la culture pour faciliter l'appropriation par les pays

Objectif stratégique	Activité stratégique	Période	Ressource
OS 3.1 Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le pays	ACT 3.1.1 Intégrer le PDMTN sur le plan financier dans tous les domaines ou secteurs	2023 - 2027	Humaines, financières et matérielles Médicaments
	ACT 3.1.2 Intégrer les activités de lutte contre les MTN dans le Plan de développement du secteur santé (PDSS)	2023 - 2027	Humaines, financières et matérielles
	ACT 3.1.3 Faire un plaidoyer pour l'intégration des activités de lutte contre les MTN dans les Plans de développement régionaux	2023 - 2027	
OS 3.2 Renforcer la promotion de la santé en matière de MTN	ACT 3.2.1 Améliorer les connaissances de la population, des enseignants, des APART et des personnels de la santé sur les MTN	2023 - 2027	
	ACT 3.2.2 Améliorer la communication et la sensibilisation au niveau communautaire pour réussir à éliminer les MTN endémiques	2023 - 2027	
OS 3.3 Renforcer et améliorer les partenariats pour les MTN à tous les niveaux	ACT 3.3.1 Redynamiser Comité de pilotage de la lutte contre les MTN	2023	
	ACT 3.3.2 Organiser la revue annuelle des programmes de lutte contre les MTN	2023 - 2027	
OS 3.4 Renforcer la collaboration intersectorielle pour le contrôle et l'élimination des MTN	ACT 3.4.1 Améliorer l'intégration des activités de lutte contre les MTN aux autres activités du secteur santé, éducation, EAH, environnement, élevage, ...	2023 - 2027	

Tableau 30. Initiatives et activités stratégiques/Suite

Pilier stratégique 4. Renforcer la mobilisation de ressources et la coordination, en vue de l'élimination des MTN

Objectif stratégique	Activité stratégique	Période	Ressource
OS 4.1 Renforcer la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte contre les MTN	ACT 4.1.1 Élaborer un plan de mobilisation de ressources et des dossiers de plaidoyer	2023 - 2027	Humaines, financières et matérielles
	ACT 4.1.2 Organiser une table ronde incluant les administrations locales, partenaires autour de la mise en œuvre du PDMTN	2023 - 2027	
	ACT 4.1.3 Promouvoir la participation et l'appropriation du programme par la communauté	2023 - 2027	
OS 4.2 Renforcement de la planification axée sur les résultats	ACT 4.2.1 Développer des plans stratégiques intégrés pluriannuels pour le contrôle et l'élimination des MTN à tous les niveaux	2023 et 2025	
	ACT 4.2.2 Inclure toutes les activités dans les PTA	2023 - 2027	
	ACT 4.2.3 Evaluer le PDMTN à mi-parcours	2025	

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

Il est présenté sur la figure 36, ci-dessous les différentes entités, leurs organisations, leurs compositions et leurs missions respectives.

Organisation	Composition	Mandat /Mission
Comité de pilotage de la lutte contre les MTN		
Présidence : Secrétaire Générale MSANP Fréquence des réunions : biannuelle	Hauts responsables de toutes les parties prenantes impliquées dans la lutte contre les MTN : Ministères et organismes étatiques, société civile, partenaires bilatéraux et multilatéraux	<ul style="list-style-type: none"> Assurer le lobbying en faveur de la lutte contre les MTN Veiller au respect des orientations stratégiques édictées dans le plan directeur en vigueur Effectuer le suivi de la mise en œuvre du plan directeur
Coordination nationale de la lutte contre les MTN		
	Directeur de la lutte contre les maladies transmissibles	Coordonner la mise en œuvre des activités mentionnées dans le PDMTN
Groupes de travail techniques chargés de la lutte contre les MTN		
Fréquence des réunions : trimestrielle Présidence : Assurée de manière alternée, par les responsables techniques de toutes les parties prenantes de la lutte contre les MTN	Responsables techniques de toutes les parties prenantes de la lutte contre les MTN <ol style="list-style-type: none"> GTT – Finance GTT - Communication et mobilisation sociale GTT - Interventions MTN-CTP GTT – Interventions MTN-PCC GTT - Interventions transversales (WASH, LAV, Une seule santé, etc.) 	Chaque GTT a pour mission d’assurer la mise en œuvre et la pérennisation des interventions spécifiques en son sein, conformément au PDMTN

Figure 36. Composition et mandat - Mécanisme de coordination du programme

Tableau 31. Matrice des partenariats

Maladies	Districts endémiques	Services vétérinaires	EHA	LAV intégrée	Une seule Santé	Education	Paludisme
Bilharziose	106		X	X		X	
Géohelminthiases	111		X			X	
Filariose lymphatique	98		X	X		X	
Téniose/cysticercose	54	X	X		X	X	
Lèpre	36		X			X	
Rage	114	X			X	X	
Peste	20		X	X	X	X	

3.3 Hypothèses, risques et atténuation

L'hypothèse est une condition nécessaire qui va permettre la réalisation effective de l'objectif ou de l'activité. Tandis que le risque est une menace, qui en cas de survenue, pourrait se répercuter de façon négative sur la réalisation de l'objectif ou de l'activité. Hypothèse et risque, tous deux, décrivent des situations ou des événements qui sont en grande partie ou complètement hors de contrôle de la gestion du programme. Décrite de manière négative, une hypothèse peut devenir un risque. A l'inverse, un risque décrit de façon positive peut se transformer en hypothèse.

Afin d'éviter toute répétition ou redondance et de faciliter l'utilisation de la matrice établie à cet effet, les situations seront présentées sous forme de risque. Il est présenté au tableau 32 les principaux risques identifiés, affectés de leurs critères et notation respectifs, avant et après l'application des mesures d'atténuation. L'association de couleurs permet une meilleure visualisation des mesures d'atténuation après les mesures prises, pour chaque risque, comme le montre le tableau 33, relatif aux légendes. Par ailleurs, le tableau 34 peut aider à faire le choix de décision pour prendre les mesures requises.

Tableau 32. Critères et évaluation des risques

Risques potentiels	Avant l'atténuation des risques			Mesures d'atténuation des risques	Après l'atténuation des risques		
	Probabilité de survenue	Impact	Résultat		Probabilité de survenue	Impact	Résultat
<i>Risques financiers</i>							
Insuffisance de financement	5	5	25	Intensifier le plaidoyer la mobilisation de ressources financières	1	5	5
Retard de l'allocation du budget	4	5	20	Changer le circuit de l'allocation du budget	1	4	4
<i>Risques sanitaires et climatiques</i>							
Épidémie majeure (Ex. Peste, COVID)	3	4	12	Replanification des activités	3	2	6
Cyclone	3	4	10	Bien planifier les activités	1	3	3
Sècheresse et famine	2	5	10	Intervention du Gouvernement	1	3	3
<i>Risque logistiques</i>							
Retard de l'acquisition ou rupture de stock de médicaments	4	4	16	Anticiper les commandes des médicaments	1	2	2
<i>Risque socioéconomique</i>							
Déplacement de population	2	4	8	Renforcement du suivi-évaluation	3	2	6
<i>Risque politique</i>							
Affectation des personnels	5	5	25	Travailler avec les autorités locales	2	3	6

Tableau 33. Légendes de la notation des risques

Probabilité de survenue	Impact	Résultat= Probabilité X Impact Notation du risque	
• Certain = 5	• Grave = 5	15-25	
• Probable = 4	• Majeur = 4	13-18	
• Possible = 3	• Modéré = 3	7-12	
• Improbable = 2	• Mineur = 2	0-6	
• Rare = 1	• Négligeable = 1		

Tableau 34. Étapes à suivre pour atténuer les risques

Étapes	Actions
Éviter	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

3.4 Cadre de performance et de responsabilisation

Tableau 35. Indicateurs de performance

Pilier stratégique 1. Accélérer l'action programmatique

Objectifs stratégiques	Activités stratégiques	Indicateurs de performance	Cible	Période/Date
OS 1.1 : Mettre à l'échelle les paquets de chimiothérapie préventive	ACT 1.1.1 AMM – CTP intégrée (SCH/HTS/FL)	<ul style="list-style-type: none"> Taux de couverture géographique (TCG) Taux de couverture thérapeutique (TCT) 	100% 80%	2023-2027
	ACT 1.1.2 AMM – CTP ciblée (SCH)	<ul style="list-style-type: none"> TCG TCT 	100% 80%	2023-2027
	ACT 1.1.3 AMM – Téniose (DS non coendémiques à SCH)	<ul style="list-style-type: none"> TCG TCT 	100% 80%	2023-2027
	ACT 1.1.4 Mener des enquêtes intégrées ou ciblées de couverture thérapeutiques post-AMM	<ul style="list-style-type: none"> TCG vérifié TCT vérifié 	100% 80%	2023-2027
OS 1.2 : Mettre à l'échelle les interventions de prise en charge intégrée des maladies basées sur la prise en charge des cas	ACT 1.2.1 Prendre en charge les cas de MTN-PCC : <ol style="list-style-type: none"> Par le biais d'une détection précoce et d'un traitement rapide PEC post-exposition 	Taux de létalité de la peste en milieu hospitalier	10%	2023-2027
	ACT 1.2.2 Mettre à l'échelle la formation des agents de santé en matière de BGF et autres MTN	Taux de confirmation des cas de peste Nombre de chefs CSB formes en prise des cas de cysticercose	70% 1000	2023-2027 2023-2027

	ACT 1.2.3 Assurer la prise en charge des complications, séquelles et handicaps liés aux MTN FL : Chirurgie de l'hydrocèle Prise en charge intégrée des MTN cutanées : FL (Accès aigu/lymphœdème, lèpre, tungose, gale, etc.)	Nombre de CHRD appliquant le protocole OMS pour la cure chirurgicale de l'hydrocèle	98	2023-2027
		Nombre de formation sanitaire offrant des soins sur la prise en charge intégrée des MTN cutanées : accès aigu/lymphœdème, lèpre, tungose, gale, etc.	CHRR :16 CHRD :99 CSB :2710	2023-2027
OS 1.3. Renforcer la supervision, le suivi/évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle	ACT 1.3.1 Mener des enquêtes d'endémicité des MTN-CTP pour affiner la connaissance des maladies : Recartographie FL dans 10 DS	Nombre de DS enquêtés	FL : 10 SCH: 114 HTS: 114 Téniose : 114	2023-2025
	ACT 1.3.2 Mener des enquêtes d'endémicité infra district des MTN-CTP (SCH) pour affiner la connaissance des maladies	Nombre de DS ou le taux de prévalence de SCH au niveau infra-district est connu	114	2023-2027
	ACT 1.3.3 Mettre à l'échelle des enquêtes et des études pour connaître la situation épidémiologique de la bilharziose génitale chez la femme (BGF)	Nombre de DS ou la situation épidémiologique de BGF est connue	114	2023-2027
	ACT 1.3.4 Documenter, en vue de l'amélioration de la connaissance de l'épidémiologie et pathologie des MTN dont le statut n'est pas connu	Pour chaque MTN dont le statut n'est pas connu – nombre de DS ou la connaissance de l'épidémiologie des MTN cibles est connu	114	2023-2027
	ACT 1.3.5 Mener des activités de surveillance épidémiologique au niveau des sites sentinelles	Nombre de sites sentinelles « enquêtés » au niveau de DS foyers	20	2023-2027

		Taux de confirmation des cas de peste	70%	2023-2027
	ACT 1.3.6 Mener des enquêtes d'impact : FL : TAS au niveau des DS répondant aux critères d'évaluation	Nombre d'enquêtes d'évaluation réalisées au niveau DS (Enfants CP1 et CP2)	TAS1 : 95 TAS2 : 102 TAS3 : 12	2023-207
	ACT 1.3.7 Mettre en place une base d'intégrée des données des MTN	Base intégrée des données MTN mise en place	1	2025
	ACT 1.3.8 Conduire des activités de recherche opérationnelles	Nombre de protocoles/études menées	5	2023-2027
OS 1.4. Assurer la gestion rapide et efficace de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et d'autres produits contre les MTN dont la qualité est garantie, jusqu'au bout	ACT 1.4.1 Renforcer de la gestion de chaîne d'approvisionnement des médicaments et autres intrants	Taux de disponibilité par produit	100%	2023-2027
	ACT 1.4.2 Renforcer la gestion rationnelle des médicaments et autres intrants	Taux de péremption par produit	0%	2023-2027

Tableau 35. Indicateurs de performance/Suite

Pilier stratégique 2. Intensifier les approches transversales

Objectifs stratégiques	Activités stratégiques	Indicateurs de performance	Cible	Période/Date
OS 2.1 Améliorer le contrôle et l'élimination des MTN à travers des interventions transversales	ACT 2.1.1 Intégrer les activités MTN dans la plateforme « Lutte antivectorielle (LAV) »	Proportion des DS – foyers de peste ayant mis en œuvre leur plan LAV	50%	2023-2027
	ACT 2.1.2 Intégrer les activités MTN dans la plateforme « EHA (eau, hygiène, assainissement) ou WASH »			
	ACT 2.1.3 Intégrer les activités MTN dans la plateforme « Une seule Santé » ou « One Health » : Rage, Cysticerose, Peste, Fièvre de la vallée du Rift			
	ACT 2.1.4 Poursuivre les activités MTN en collaboration avec le ministère de l'Éducation (AMM-SCH/HTS et recartographie FL)			
OS 2.2 Assurer la sécurité de la population cible, en matière de pharmacovigilance	ACT 2.2.1 Intensifier la collaboration avec le Centre national de pharmacovigilance (CNPV)	Réunion d'établissement de l'imputabilité des EIM budgétisées	20	2023-2027
	ACT 2.2.1 Prépositionner les médicaments d'urgence au niveau des CSB et CHR	Nombre de DS ayant des médicaments pour la prise en charge des EIM pré-positionnés au niveau CSB et CHR	114	2023-2027

Tableau 35. Indicateurs de performance/Suite

Pilier stratégique 3. Modifier le modèle opérationnel et la culture pour faciliter l'appropriation par les pays

Objectifs stratégiques	Activités stratégiques	Indicateurs de performance	Cible	Période/Date
OS 3.1 Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le pays	ACT 3.1.1 Intégrer le PDMTN dans le plan financier dans tous les domaines ou secteurs	Effectivité de la participation du SLPMERMEETN au processus de révision du PDSS	1	2024-2025
	ACT 3.1.2 Intégrer les activités de lutte contre les MTN dans le Plan de développement du secteur sante (PDSS)			
	ACT 3.1.3 Faire un plaidoyer pour l'intégration des activités de lutte contre les MTN dans les Plans de développement régionaux			
OS 3.2 Renforcer la promotion de la santé en matière de MTN	ACT 3.2.1 Améliorer les connaissances de la population, des enseignants et des personnels de la santé sur les MTN	Proportion de DS foyers pestueux ayant des scores de connaissance sur les MTN satisfaisants (Enquêtes CAP)	50%	2023-2027
	ACT 3.2.2 Améliorer la communication et la sensibilisation au niveau communautaire pour réussir à éliminer les MTN endémiques	Proportion de DS foyers pestueux couverts par des diffusions radiophoniques des messages de lutte contre la peste	50%	2023-2027
OS 3.3 Renforcer et améliorer les partenariats pour les MTN à tous les niveaux	ACT 3.3.1 Redynamiser le cadre de concertation entre les parties prenantes	GTT sur les MTN actifs	5	2023
	ACT 3.3.2 Organiser la revue périodique (annuelle) des programmes de lutte contre les MTN	Nombre de revue annuelle des programmes de lutte contre les MTN organisée	5	2023-2027

OS 3.4 Renforcer la collaboration intersectorielle pour le contrôle et l'élimination des MTN	ACT 3.4.1 Renforcer les mécanismes de coordination pour la lutte contre les MTN	Comité de pilotage de lutte contre les MTN redynamisé	1	2023
	3.4.2 Améliorer l'intégration des activités de lutte contre les MTN aux autres activités du secteur santé	Nombre d'activités de lutte contre les MTN intégrées aux autres activités du secteur santé	50	2023-2027

Tableau 35. Indicateurs de performance ?suite

Pilier stratégique 4. Renforcer la mobilisation de ressources et la coordination, en vue de l'élimination des MTN

Objectifs stratégiques	Activités stratégiques	Indicateurs de performance	Cible	Période/Date
OS 4.1 Renforcer la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte contre les MTN	ACT 4.1.1 Élaborer un plan de mobilisation de ressources/dossier de plaidoyer	Plan de mobilisation de ressources/dossier de plaidoyer élaboré	1	2023
	ACT 4.1.2 Organiser une table ronde – administrations locales, partenaires autour de la mise en œuvre du PD-MTN	Table ronde organisée	23	2023-2027
	ACT 4.1.3 Promouvoir la participation et l'appropriation du programme par la communauté	Proportion de Fokontany mettant en œuvre l'approche CREC (Communication des risques et engagement communautaire) en matière de lutte contre les MTN	30%	2023-2027
OS 4.2 Renforcement de la planification axée sur les résultats	ACT 4.2.1 Développer des plans stratégiques intégrés pluri annuels pour le contrôle et l'élimination des MTN a tous les niveaux			
	ACT 4.2.2 Élaborer des plans opérationnels à tous les niveaux	Nombre de plan opérationnel élaboré	Niveau central : 7 Niveau régional : 23 Niveau – DS : 114	2023-2027
	ACT 4.2.3 Evaluer le PDMTN à mi-parcours	Rapport d'évaluation à mi-parcours	1	2025

4 Partie 4. Estimations et justifications du budget

4.1 Budgétisation des activités

L'élaboration du budget du PDMTN a utilisé le logiciel TIPAC. Ont été calculés les coûts des sous-activités, présentés au tableau 36, à l'annexe 13.

A partir du TIPAC – Madagascar, il a été fait des extractions pour la présentation des différents coûts :

- Coûts relatifs à la cible générale « Éliminer au moins une MTN – Éliminer la FL en tant que problème de santé publique, d'ici 2030 », au tableau 37 ;
- Coûts des activités, au tableau 38 ;
- Coûts des activités par piliers stratégiques, au tableau 39.

Tableau 37. Coûts de cible générale « Eliminer au moins une MTN – Eliminer la FL en tant que problème de santé publique, d'ici 2030

2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
3 011 084	2 289 253	2 840 519	1 939 171	1 456 619	11 536 646

Tableau 38. Coût des activités par année

Activité	2023	2024	2025	2026	2027	Total
Total	6 979 048	6 465 623	7 001 137	5 855 609	5 464 394	31 765 812
Mettre à l'échelle les paquets de chimiothérapie préventive	4 646 457	4 224 155	4 333 488	3 680 055	3 189 255	20 073 409
Mettre à l'échelle les interventions de prise en charge intégrée des maladies basées sur la prise en charge des cas	574 044	566 302	632 947	586 632	568 929	2 928 853
Renforcer la supervision, le suivi/évaluation, la surveillance et la recherche opérationnelle	475 442	393 238	838 206	423 946	583 698	2 714 530
Assurer la gestion rapide et efficace de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et d'autres produits contre les MTN dont la qualité est garantie, jusqu'au dernier kilomètre	610 050	610 050	610 050	610 050	610 050	3 050 248
Améliorer le contrôle et l'élimination des MTN à travers des interventions transversales	14 005	13 849	13 580	10 970	10 944	63 348
Assurer la sécurité de la population cible, en matière de pharmacovigilance	54 393	54 365	3 171	54 393	3 143	169 465
Renforcer le plaidoyer, la coordination et l'appropriation du programme par le pays	58 003	57 955	58 003	5 556	5 507	185 023
Renforcer la promotion de la santé en matière de MTN	288 501	288 501	288 501	270 233	270 233	1 405 970
Renforcer et améliorer les partenariats pour les MTN à tous les niveaux	54 692	54 659	54 692	54 692	54 659	273 395
Renforcer la collaboration intersectorielle pour le contrôle et l'élimination des MTN	13 519	13 400	13 519	13 519	13 400	67 355
Renforcer la mobilisation des ressources et la durabilité du financement des activités de lutte contre les MTN	164 388	163 818	120 009	120 009	119 829	688 052
Renforcement de la planification axée sur les résultats	25 556	25 331	34 971	25 556	34 747	146 161

Tableau 39. Coûts des activités par pilier stratégique et par année sur les 5 ans (USD)

Activité	2023	2024	2025	2026	2027	Total
Total	6 979 048	6 465 623	7 001 137	5 855 609	5 464 394	31 765 812
Pilier 1. Accélérer l'action programmatique	6 305 992	5 793 744	6 414 691	5 300 682	4 951 932	28 767 041
Pilier 2. Intensifier les approches transversales	68 397	68 214	16 751	65 363	14 088	232 813
Pilier 3. Renforcer la mobilisation des ressources en vue de l'élimination des MTN	414 715	414 515	414 715	344 000	343 799	1 931 744
Pilier 4. Renforcer la mobilisation des ressources en vue de l'élimination des MTN	189 943	189 150	154 980	145 564	154 576	834 213

Par ailleurs, la figure 37 ci-dessous, montre la projection des coûts sur les cinq ans.

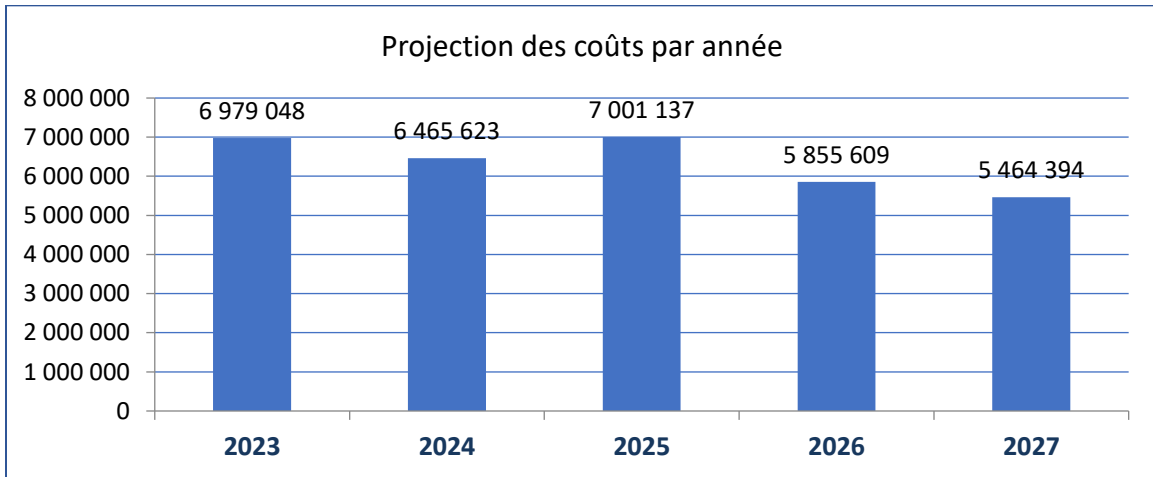


Figure 37. Projection des coûts des activités par année sur les 5 ans (USD)

Il est à noter que les affectations des coûts par partenaire ne sont pas encore finalisées, pour dégager les gaps réels, étant donné que seuls les financements de Schistosomiasis Control Initiative (SCI), d'un montant de 1 799 467 USD et de Raoul Follereau d'un montant de 2 083 USD sont connus.

5 Annexes

Annexe 1 - Références bibliographiques

Annexe 2 - Tableau 3. Données d'endémicité de la bilharziose

Annexe 3 - Tableau 4. Données d'endémicité des géo-helminthiases

Annexe 4 - Tableau 5. Cartographie initiale sur la prévalence de l'endémicité de la filariose lymphatique en 2004

Annexe 5 – Tableau 6.

Annexe 6 – Tableau 7

Annexe 7 – Tableau 9. Répartition par district des cas de lymphœdème et d'hydrocèle

Annexe 8 – Tableau 14. Données des districts sanitaires – population, écoles et établissements de santé

Annexe 9 – Tableau 15. Statut d'endémicité des DS pour chacune des MTN

Annexe 10 – Tableau 17. Tours de traitement de la bilharziose

Annexe 11 – Tableau 27. Évolution du taux de couverture thérapeutique de chaque DS ayant conduit l'AMM-FL de 2005 à 2021

Annexe 12 – Tableau 28. Roadmap

Annexe 13 – Tableau 36. Coûts des sous-activités

Annexe 1. Références bibliographiques

- [1] INSTAT Madagascar/RGPH-3 : Rapport du Recensement Général de la Population et de l'Habitat.2018.
- [2] PNUD : Rapport sur le développement humain 2020.
- [3] Banque Mondiale (2022) : *Perspectives Économiques de Madagascar : Surmonter la Tempête*.
- [4] Banque Mondiale : les [Perspectives économiques de Madagascar : Tracer la voie de la reprise](#). Déc 2020.
- [5] UNICEF (2022), *Madagascar Drought Humanitarian Situation Report, May 2022* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.unicef.org/media/122731/file/Madagascar-Drought-SitRep-May-2022.pdf>
- [6] INSTAT : INFLATION :Tendance à la hausse continue dans le contexte de la reprise. Juillet 2021.
- [7] PAM/IPC : Cadre de Intégré de la situation Alimentaire : Analyse de l'insécurité Alimentaire aigue de l'IPC Nov 2021- Août 2022.Publication déc 2021.
- [8] Ministère de la population, de la protection sociale et de la promotion de la femme : *Stratégie Nationale de la Protection Sociale (2019-2023)*
- [9] UNICEF Madagascar (2020). *Note d'information – Analyse budgétaire thématique de la protection sociale à Madagascar*.
- [10] Banque mondiale (2022, 17 avril). *La Banque mondiale à Madagascar*. La Banque mondiale. Disponible sur <https://www.banquemondiale.org/fr/country/madagascar/overview>.

Annexe 2 - Tableau 3. Données d'endémicité de la schistosomiase

Régions	District	Prévalence	Niveau d'endémicité
ALAO TRA MANGORO	AMBATONDRAZAKA	0%	0
	AMPARAFARAVOLA	3%	1
	ANDILAMENA	40%	2
	ANOSIBE AN'ALA	38%	2
	MORAMANGA	49%	2
AMORON'I MANIA	AMBATOFINANDRAHANA	14%	2
	AMBOSITRA	13%	2
	FANDRIANA	4%	1
	MANANDRIANA	17%	2
ANALAMANGA	AMBOHIDRATRIMO	0%	0
	ANDRAMASINA	0%	0
	ANJOZOROBE	1%	1
	ANKAZOBE	34%	2
	ANTANANARIVO ATSIMONDRANO	23%	2
	ANTANANARIVO AVARADRANO	35%	2
	ANTANANARIVO RENIVOHITRA	1%	1
	MANJAKANDRIANA	0%	0
ANALANJIROFO	FENERIVE EST	50%	3
	MANANARA NORD	21%	2
	MAROANTSETRA	2%	1
	SAINTE-MARIE	0%	0
	SOANIERANA IVONGO	2%	1
	VAVATENINA	50%	3
ANDROY	AMBOVOMBE AND..	6%	1
	BEKILY	50%	3
	BELOHA ANDROY	5%	1
	TSIHOMBE	1%	1
ANOSY	AMBOASARY ATSIMO	50%	3
	BETROKA	50%	3
	TOLAGNARO	2%	1
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY OUEST	65%	3
	ANKAZOABO	32%	2
	BENENITRA	50%	3
	BEROROHA	42%	2
	BETIOKY ATSIMO	76%	3
	MOROMBE	48%	2
	SAKARAHHA	82%	3
	TOLIARA I	1%	1
	TOLIARA II	28%	2
ATSIMO AT SINANANA	BEFOTAKA	73%	3
	FARAFANGANA	6%	1
	MIDONGY ATSIMO	33%	2
	VANGAINDRANO	1%	1
	VONDROZO	30%	2

Annexe 2 - Tableau 3. Données d'endémicité de la schistosomiase/Suite

Régions	District	Prévalence	Niveau d'endémicité
ATSINANANA	ANTANAMBAO MANAMPONTSY	50%	3
	BRICKAVILLE	26%	2
	MAHANORO	50%	3
	MAROLAMBO	50%	3
	TOAMASINA I	10%	2
	TOAMASINA II	34%	2
	VATOMANDRY	50%	3
BETSIBOKA	KANDREHO	68%	3
	MAEVATANANA	74%	3
	TSARATANANA	50%	3
BOENY	AMBATO BOENI	65%	3
	MAHAJANGA I	19%	2
	MAHAJANGA II	63%	3
	MAROVOAY	57%	3
	MITSinJO	53%	3
	SOALALA	68%	3
BONGOLAVA	FENOARIVOBE	41%	2
	TSIROANOMANDIDY	29%	2
DIANA	AMBANJA	62%	3
	AMBILOBE	43%	2
	ANTSIRANANA I	40%	2
	ANTSIRANANA II	24%	2
	NOSY BE	15%	2
HAUTE MATSIATRA	AMBALAVAO	44%	2
	AMBOHIMAHASOA	14%	2
	FIANARANTSOA I	31%	2
	ISANDRA	31%	2
	VOHIBATO	31%	2
	LALANGINA	31%	2
	IKALAMAVONY	67%	3
IHOROMBE	IAKORA	50%	3
	IHOSY	50%	3
	IVOHIBE	50%	3
ITASY	ARIVONIMAMO	6%	1
	MIARINARIVO	17%	2
	SOAVINANDRIANA	55%	3
MELAKY	AMBATOMAINTY	75%	3
	ANTSALOVA	65%	3
	BESALAMPY	50%	3
	MAINTIRANO	56%	3
	MORAFENOBE	50%	3

Annexe 2 - Tableau 3. Données d'endémicité de la schistosomiase/Suite

Régions	District	Prévalence	Niveau d'endémicité
MENABE	BELO TSIRIBIHINA	20%	2
	MAHABO	57%	3
	MANJA	81%	3
	MIANDRIVAZO	59%	3
	MORONDAVA	79%	3
SAVA	ANDAPA	13%	2
	ANTALAHA	9%	1
	SAMBAVA	57%	3
	VOHEMAR	66%	3
SOFIA	ANALALAVA	35%	2
	ANTSOHIHY	69%	3
	BEALANANA	6%	1
	BEFANDRIANA NORD	80%	3
	MAMPIKONY	89%	3
	MANDRITSARA	63%	3
	PORT BERGE	59%	3
VAKINANKARATRA	AMBATOLAMPY	0%	0
	ANTANIFOTSY	0%	0
	ANTSIRABE I	17%	2
	ANTSIRABE II	50%	2
	BETAFO	12%	2
	FARATSIHO	0%	0
	MANDOTO	7%	1
VATOVAVY FITOVINANY	IFANADIANA	34%	2
	IKONGO	15%	2
	MANAKARA	3%	1
	MANANJARY	31%	2
	NOSY VARIKA	41%	2
	VOHIPENO	6%	1
ALAOTRA MANGORO	AMBATONDRAZAKA	83%	3
	AMPARAFARAVOLA	84%	3
	ANDILAMENA	8%	1
	ANOSIBE AN'ALA	74%	3
	MORAMANGA	64%	3
AMORON'I MANIA	AMBATOFINANDRAHANA	16%	1
	AMBOSITRA	55%	3
	FANDRIANA	52%	3
	MANANDRIANA	38%	2

Annexe 3 - Tableau 4. Endémicité des géohelminthiases

Régions	District	Prévalence	Niveau d'endémicité
ANALAMANGA	AMBOHIDRATRIMO	26%	2
	ANDRAMASINA	75%	3
	ANJOZOROBE	31%	2
	ANKAZOBE	15%	1
	ANTANANARIVO ATSIMONDRANO	75%	3
	ANTANANARIVO AVARADRANO	87%	3
	ANTANANARIVO RENIVOHITRA	90%	3
	MANJAKANDRIANA	70%	3
ANALANJIROFO	FENERIVE EST	78%	3
	MANANARA NORD	77%	3
	MAROANTSETRA	99%	3
	SAINTE-MARIE	95%	3
	SOANIERANA IVONGO	90%	3
	VAVATENINA	95%	3
ANDROY	AMBOVOMBE AND..	19%	1
	BEKILY	1%	1
	BELOHA ANDROY	6%	1
	TSIHOMBE	20%	2
ANOSY	AMBOASARY ATSIMO	22%	2
	BETROKA	11%	1
	TOLAGNARO	58%	3
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY OUEST	6%	1
	ANKAZOABO	2%	1
	BENENITRA	1%	1
	BEROROHA	73%	3
	BETIOKY ATSIMO	1%	1
	MOROMBE	0%	0
	SAKARAHAN	7%	1
	TOLIARA I	36%	2
	TOLIARA II	8%	1
ATSIMO ATSIANANA	BEFOTAKA	80%	3
	FARAFANGANA	96%	3
	MIDONGY ATSIMO	93%	3
	VANGAINDRANO	98%	3
	VONDROZO	93%	3
ATSINANANA	ANTANAMBAO MANAMPONTSY	72%	3
	BRICKAVILLE	74%	3
	MAHANORO	96%	3
	MAROLAMBO	75%	3
	TOAMASINA I	92%	3
	TOAMASINA II	96%	3
	VATOMANDRY	89%	3

Annexe 3 - Tableau 4. Endémicité des géohelminthiases/Suite

Régions	District	Prévalence	Niveau d'endémicité
BETSIBOKA	KANDREHO	1%	1
	MAEVATANANA	6%	1
	TSARATANANA	24%	2
BOENY	AMBATO BOENI	2%	1
	MAHAJANGA I	6%	1
	MAHAJANGA II	3%	1
	MAROVOAY	4%	1
	MITSINJO	3%	1
	SOALALA	2%	1
BONGOLAVA	FENOARIVOBÉ	22%	2
	TSIROANOMANDIDY	3%	1
DIANA	AMBANJA	22%	2
	AMBILOBE	30%	2
	ANTSIRANANA I	14%	1
	ANTSIRANANA II	9%	1
	NOSY BE	32%	2
HAUTE MATSIATRA	AMBALAVAO	18%	1
	AMBOHIMAHASOA	57%	3
	FIANARANTSOA I	72%	3
	ISANDRA	64%	3
	VOHIBATO	64%	3
	LALANGINA	64%	3
	IKALAMAVONY	8%	1
IHOROMBE	IAKORA	36%	2
	IHOSY	6%	1
	IVOHIBE	20%	2
ITASY	ARIVONIMAMO	40%	2
	MIARINARIVO	7%	1
	SOAVINANDRIANA	24%	2
MELAKY	AMBATOMAINTY	0%	0
	ANTSALOVA	20%	2
	BESALAMPY	16%	1
	MAINTIRANO	3%	1
	MORAFENOBE	2%	1
MENABE	BELO TSIRIBIHINA	2%	1
	MAHABO	6%	1
	MANJA	4%	1
	MIANDRIVAZO	11%	1
	MORONDAVA	13%	1
SAVA	ANDAPA	97%	3
	ANTALAHA	96%	3
	SAMBAVA	92%	3
	VOHEMAR	51%	3

Annexe 3 - Tableau 4. Endémicité des géohelminthiases/Suite

Régions	District	Prévalence	Niveau d'endémicité
SOFIA	ANALALAVA	22%	2
	ANTSOHIHY	1%	1
	BEALANANA	9%	1
	BEFANDRIANA NORD	10%	1
	MAMPIKONY	0%	0
	MANDRITSARA	9%	1
	PORT BERGE	14%	1
VAKINANKARATRA	AMBATOLAMPY	72%	3
	ANTANIFOTSY	72%	3
	ANTSIRABE I	73%	3
	ANTSIRABE II	81%	3
	BETAFO	26%	2
	FARATSIHO	77%	3
	MANDOTO	4%	1
VATOVAVY FITOVINANY	IFANADIANA	94%	3
	IKONGO	91%	3
	MANAKARA	97%	3
	MANANJARY	98%	3
	NOSY VARIKA	97%	3
	VOHIPENO	93%	3

Annexe 4 - Tableau 5. Cartographie initiale sur la prévalence de l'endémicité de la filariose lymphatique en 2004

Régions	District	Population	Nb. Personnes examinées	Nb. cas +	Prévalence (%)	Statut endémicité district
ANALAMANGA	ANTANA-RENIVOHITRA	1 135 214	100	0	0,00	Non endémique
	ANTANA-AVARADRANO	245 075	100	10	10,48	Endémique
	ANTANA-ATSIMONDRANO	326 779	100	1	1,39	Endémique
	AMBOHIDRATRIMO	250 875	100	10	9,64	Endémique
	ANJZOROBE	154 910	100	0	0,34	Endémique
	ANKAZOBE	137 280	100	7	7,38	Endémique
	ANDRAMASINA	143 414	100	1	0,50	Endémique
	MANJAKANDRIANA	216 105	100	0	0,00	Non endémique
BONGOLAVA	FENOARIVO-BE	133 293	100	2	1,75	Endémique
	TSIROANOMANDIDY	327 007	100	4	4,00	Endémique
ITASY	ARIVONIMAMO	294 677	100	9	8,99	Endémique
	MIARINARIVO	253 000	100	8	8,33	Endémique
	SOAVINANDRIANA	198 326	100	4	3,63	Endémique
VAKINANKARATRA	AMBATOLAMPY	229 594	100	1	1,02	Endémique
	ANTANIFOTSY	300 200	100	0	0,00	Non endémique
	ANTSIRABE 1	170 956	100	0	0,00	Non endémique
	ANTSIRABE 2	373 775	100	0	0,00	Non endémique
	BETAFO	350 517	100	0	0,00	Non endémique
	FARATSIHO	188 366	100	0	0,00	Non endémique
AMORON' I MANIA	AMBATOFINANDRAHANA	148 735	100	4	3,51	Endémique
	AMBOSITRA	234 894	100	3	3,00	Endémique
	FANDRIANA	195 538	100	4	3,50	Endémique
	MANANDRIANA	102 145	100	0	0,00	Non endémique
HAUTE MATSIATRA	FIANARANTSOA II	148 042	100	15	14,95	Endémique
	FIANARANTSOA I	442 213	100	0	0,00	Non endémique
	IKALAMAVONY	91 387	100	9	9,18	Endémique
	AMBOHIMAHASOA	215 380	100	7	7,00	Endémique
	AMBALAVAO	226 859	100	16	16,00	Endémique
IHOROMBE	IAKORA	35 258	100	7	6,57	Endémique
	IHOSY	185 447	100	1	0,81	Endémique
	IVOHIBE	35 765	100	10	10,00	Endémique
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	283 094	100	38	38,00	Endémique
	BEFOTAKA	41 142	100	13	13,00	Endémique
	MIDONGY ATSIMO	37 842	100	17	17,00	Endémique
	VANGAINDRANO	290 959	100	33	33,00	Endémique
	VONDROZO	124 944	100	30	29,50	Endémique

Annexe 4 - Tableau 5. Cartographie initiale sur la prévalence de l'endémicité de la filariose lymphatique en 2004/Suite

Régions	District	Population	Nb. Personnes examinées	Nb. cas +	Prévalence (%)	Statut endémicité district
VATOVAVY FITOVINANY	IFANADIANA	158 873	100	31	31,00	Endémique
	IKONGO	210 833	100	40	40,00	Endémique
	MANAKARA	406 063	100	46	46,00	Endémique
	MANANJARY	277 766	100	58	58,00	Endémique
	NOSY VARIKA	236 575	100	34	34,00	Endémique
	VOHIPENO	101 949	100	44	44,00	Endémique
ANOSY	AMBOASARY ATSIMO	186 689	100	2	2,32	Endémique
	BETROKA	144 759	100	1	1,04	Endémique
	TOLAGNARO	252 214	100	13	12,50	Endémique
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO ATSIMO	55 459	100	3	3,00	Endémique
	BETIOKY	198 059	100	3	3,02	Endémique
	BENENITRA	34 654	100	1	1,34	Endémique
	BEROROHA	43 933	100	0	0,40	Endémique
	MOROMBE	92 198	100	3	2,55	Endémique
	SAKARAHAN	80 559	100	2	2,00	Endémique
	TOLIARY I	126 864	100	1	1,00	Endémique
	TOLIARY II	224 249	100	1	1,02	Endémique
ANDROY	AMBOVOMBE ANDROY	225 254	100	4	3,57	Endémique
	BELOHA	80 517	100	1	0,51	Endémique
	TSIHOMBE	85 117	100	6	6,00	Endémique
	BEKILY	164 168	100	0	0,00	Non endémique
MENABE	BELOTSIRIBIHINA	115 840	100	1	0,50	Endémique
	MAHABO	127 266	100	5	5,00	Endémique
	MANJA	60 912	100	0	0,34	Endémique
	MIANDRIVAZO	117 735	100	4	3,74	Endémique
	MORONDAVA	121 426	100	0	0,33	Endémique
ALAOTRA MANGORO	AMBATONDRAZAKA	302 177	100	8	8,00	Endémique
	AMPARAFARAVOLA	232 294	100	3	2,50	Endémique
	ANDILAMENA	78 402	100	8	7,92	Endémique
	ANOSIBE AN' ALA	103 287	100	31	31,00	Endémique
	MORAMANGA	228 156	100	0	0,00	Non endémique

Annexe 4 - Tableau 5. Cartographie initiale sur la prévalence de l'endémicité de la filariose lymphatique en 2004/Suite

Régions	District	Population	Nb. Personnes examinées	Nb. cas +	Prévalence (%)	Statut endémicité district
ANALANJIROFO	FENOARIVO ATSIANANA	322 582	100	21	21,00	Endémique
	MANANARA NORD	166 521	100	31	31,00	Endémique
	MAROANTSETRA	214 859	100	2	2,00	Endémique
	NOSY BORAHA	19 489	100	20	20,00	Endémique
	SOANIERANA IVONGO	113 066	100	36	36,18	Endémique
	VAVATENINA	163 059	100	28	28,00	Endémique
ATSINANANA	TOAMASINA I	207 654	100	40	40,00	Endémique
	TOAMASINA II	224 756	100	40	40,00	Endémique
	ANTANAMBAO MANAMPOTSY	47 840	100	43	43,00	Endémique
	MAHANORO	222 421	100	18	18,00	Endémique
	MAROLAMBO	150 507	100	41	41,07	Endémique
	VATOMANDRY	136 712	100	16	16,00	Endémique
	VOHIBINANY	181 589	100	19	19,00	Endémique
DIANA	ANTSIRANANA I	80 024	100	1	1,00	Endémique
	ANTSIRANANA II	93 800	100	14	13,75	Endémique
	AMBANJA	151 480	100	7	7,00	Endémique
	AMBILOBE	185 203	100	0	0,33	Endémique
	NOSY BE	60 896	100	0	0,00	Non endémique
SAVA	ANDAPA	201 021	100	5	5,00	Endémique
	ANTALAHA	217 226	100	13	13,00	Endémique
	SAMBAVA	300 731	100	4	4,00	Endémique
	VOHIMARINA	186 087	100	9	8,89	Endémique
BOENY	MAHAJANGA I	165 182	100	1	1,02	Endémique
	MAHAJANGA II	74 370	100	8	8,16	Endémique
	MITSINJO	62 154	100	5	5,10	Endémique
	SOALALA	29 259	100	19	19,00	Endémique
	MAROVOAY	164 080	100	12	11,63	Endémique
	AMBATO-BOINA	162 600	100	6	5,50	Endémique
MELAKY	MORAFENOBE	31 603	100	22	22,00	Endémique
	AMBATOMAINTY	30 577	100	18	18,00	Endémique
	ANTSALOVA	59 994	100	8	8,00	Endémique
	BESALAMPY	73 791	100	9	9,14	Endémique
	MAINTIRANO	91 894	100	8	8,00	Endémique

Annexe 4 - Tableau 5. Cartographie initiale sur la prévalence de l'endémicité de la filariose lymphatique en 2004/Suite

Régions	District	Population	Nb. Personnes examinées	Nb. cas +	Prévalence (%)	Statut endémicité district
SOFIA	ANALALAVA	168 510	100	30	30,00	Endémique
	ANTSOHIHY	157 594	100	32	31,76	Endémique
	MAMPIKONY	123 405	100	17	17,17	Endémique
	BEALALANA	127 200	100	2	2,07	Endémique
	BEFANDRIANA -AVARATRA	229 810	100	12	11,74	Endémique
	MANDRITSARA	235 266	100	3	2,54	Endémique
	PORT BERGE(BORIZINY)	182 473	100	11	11,00	Endémique
BETSIBOKA	KANDREHO	17 926	100	15	15,38	Endémique
	TSARATANANA	115 428	100	14	14,21	Endémique
	MAEVATANANA	160 336	100	11	10,61	Endémique

Annexe 5 - Tableau 6. Résultat de la cartographie de vérification de statut des districts non endémiques de la filariose lymphatique en 2015

District	Village	Echantillon		Testé		Négatif		Positif		Non valide		Prévalence
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
ANTANIFOTSY	AMBATOLAHY	50	50	50	50	50	50	0	0	0	0	0
	AMPITATAFIKA	50	50	50	50	50	50	0	0	0	0	0
MANJAKANDRIANA	BEDIA	51	51	51	51	51	51	0	0	0	0	0
	AMBOHIPENO	50	50	50	50	50	50	0	0	0	0	0
ANTANANARIVO	ISOTRY	50	50	50	50	50	50	0	0	0	0	0
	AMBOHIPO	48	52	48	52	48	52	0	0	0	0	0
FARATSIHO	ANDRANOMANJAKA	50	50	50	50	50	50	0	0	0	0	0
	ANTSONJORANO	50	50	50	50	50	50	0	0	0	0	0
MORAMANGA	MAROVOAY	50	50	50	50	50	50	0	0	0	0	0
	BEFORONA	50	50	50	50	43	48	7	2	0	0	4,5%
AMPANIHY	BELAZA	47	53	47	53	47	52	0	1	0	0	0,5%
	MANAKARAVAVY	44	56	44	56	44	56	0	0	0	0	0
NOSY BE	BEFOTAKA	42	51	42	51	42	51	0	0	0	0	0
	AMPANGORINA	51	49	51	49	51	49	0	0	0	0	0
MANDOTO	AMBATOTSIPIHINA	50	50	50	50	50	50	0	0	0	0	0
	ANTANIKELY	50	50	50	50	50	50	0	0	0	0	0
BETAFO	AMBOHIMANAMBOLA	50	50	50	50	50	50	0	0	0	0	0
	MATIELONA	50	50	50	50	50	50	0	0	0	0	0
ANTSIRABE I	AMBOHIMANGA	50	50	50	50	50	50	0	0	0	0	0
	ANDRANOBE	50	50	50	50	50	50	0	0	0	0	0
ANTSIRABE II	ANTANAMALAZA	51	49	51	49	51	49	0	0	0	0	0
	KIANJASOA	50	50	50	50	50	50	0	0	0	0	0

Annexe 6 - Tableau 7. Cartographie de la filariose lymphatique mise à jour 2023

Régions	Districts	Prévalence	Statut d'endémicité des districts
ALAO TRA MANGORO	AMBATONDRAZAKA	8	Endémique
ALAO TRA MANGORO	AMPARAFARAVOLA	2,5	Endémique
ALAO TRA MANGORO	ANDILAMENA	7,92	Endémique
ALAO TRA MANGORO	ANOSIBE AN'ALA	31	Endémique
ALAO TRA MANGORO	MORAMANGA	4,5	Endémique
AMORON'I MANIA	AMBATOFINANDRAHANA	3,51	Endémique
AMORON'I MANIA	AMBOSITRA	3	Endémique
AMORON'I MANIA	FANDRIANA	3,5	Endémique
AMORON'I MANIA	MANANDRIANA	0	Non Endémique
ANALAMANGA	AMBOHIDRATRIMO	9,64	Endémique
ANALAMANGA	ANDRAMASINA	0,5	Endémique
ANALAMANGA	ANJOZOROBE	0,34	Endémique
ANALAMANGA	ANKAZOBE	7,38	Endémique
ANALAMANGA	ANTANANARIVO ATSIMONDRAHO	1,39	Endémique
ANALAMANGA	ANTANANARIVO AVARADRANO	10,48	Endémique
ANALAMANGA	ANTANANARIVO RENIVOHITRA	0	Non Endémique
ANALAMANGA	MANJAKANDRIANA	0	Non Endémique
ANALANJIROFO	FENOARIVO ATSIANANANA	21	Endémique
ANALANJIROFO	MANANARA AVARATRA	31	Endémique
ANALANJIROFO	MAROANTSETRA	2	Endémique
ANALANJIROFO	NOSY BORAHA	<1	Endémique en arrêt de traitement
ANALANJIROFO	SOANIERANA IVONGO	36,18	Endémique
ANALANJIROFO	VAVATENINA	28	Endémique
ANDROY	AMBOVOMBE ANDROY	3,57	Endémique
ANDROY	BEKILY	0	Non Endémique
ANDROY	BELOHA	0,51	Endémique
ANDROY	TSIHOMBE	6	Endémique
ANOSY	AMBOASARY ATSIMO	2,32	Endémique
ANOSY	BETROKA	1,04	Endémique
ANOSY	TAOLAGNARO	12,5	Endémique
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	0,5	Endémique
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO ATSIMO	3	Endémique
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	0	Non Endémique
ATSIMO ANDREFANA	BEROROHA	0,4	Endémique
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY ATSIMO	3,02	Endémique
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	2,55	Endémique
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAH	2	Endémique
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA I	1	Endémique
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	0	Non Endémique
ATSIMO ATSIANANANA	BEFOTAKA	13	Endémique
ATSIMO ATSIANANANA	FARAFANGANA	38	Endémique
ATSIMO ATSIANANANA	MIDONGY ATSIMO	17	Endémique
ATSIMO ATSIANANANA	VANGAINDRANO	33	Endémique
ATSIMO ATSIANANANA	VONDROZO	29,5	Endémique
ATSINANANA	ANTANAMBAO MANAMPOTSY	43	Endémique
ATSINANANA	MAHANORO	18	Endémique
ATSINANANA	MAROLAMBO	41,07	Endémique
ATSINANANA	TOAMASINA I	40	Endémique
ATSINANANA	TOAMASINA II	40	Endémique
ATSINANANA	VATOMANDRY	16	Endémique
ATSINANANA	VOHIBINANY (BRICKAVILLE)	19	Endémique

Annexe 6 - Tableau 7. Cartographie de la filariose lymphatique mise à jour 2023/Suite

Régions	Districts	Prévalence	Statut d'endémicité des districts
BETSIBOKA	KANDREHO	15,38	Endémique
BETSIBOKA	MAEVATANANA	10,61	Endémique
BETSIBOKA	TSARATANANA	14,21	Endémique
BOENY	AMBATO BOENY	5,55	Endémique
BOENY	MAHAJANGA I	1,02	Endémique
BOENY	MAHAJANGA II	8,16	Endémique
BOENY	MAROVOAY	11,63	Endémique
BOENY	MITSINJO	5,1	Endémique
BOENY	SOALALA	19	Endémique
BONGOLAVA	FENOARIVOBE	1,75	Endémique
BONGOLAVA	TSIROANOMANDIDY	4	Endémique
DIANA	AMBANJA	7	Endémique
DIANA	AMBILOBE	0,33	Endémique
DIANA	ANTSIRANANA I	1	Endémique
DIANA	ANTSIRANANA II	13,75	Endémique
DIANA	NOSY BE	0	Non Endémique
FITOVINANY	IKONGO	40	Endémique
FITOVINANY	MANAKARA ATSIMO	<1	Endémique en arrêt de traitement
FITOVINANY	VOHIPENO	<1	Endémique en arrêt de traitement
IHOROMBE	IAKORA	6,57	Endémique
IHOROMBE	IHOSY	0,81	Endémique
IHOROMBE	IVOHIBE	10	Endémique
ITASY	ARIVONIMAMO	8,99	Endémique
ITASY	MIARINARIVO	8,33	Endémique
ITASY	SOAVINANDRIANA	3,63	Endémique
MATSIATRA AMBONY	AMBALAVAO	16	Endémique
MATSIATRA AMBONY	AMBOHIMAHASOA	7	Endémique
MATSIATRA AMBONY	FIANARANTSOA I	14,95	Endémique
MATSIATRA AMBONY	IKALAMAVONY	9,18	Endémique
MATSIATRA AMBONY	ISANDRA	0	Non Endémique
MATSIATRA AMBONY	LALANGINA	0	Non Endémique
MATSIATRA AMBONY	VOHIBATO	0	Non Endémique
MELAKY	AMBATOMAINTY	18	Endémique
MELAKY	ANTSALOVA	8	Endémique
MELAKY	BESALAMPY	9,14	Endémique
MELAKY	MAINTIRANO	8	Endémique
MELAKY	MORAFENOBE	22	Endémique
MENABE	BELO TSIRIBIHINA	0,5	Endémique
MENABE	MAHABO	5	Endémique
MENABE	MANJA	0,34	Endémique
MENABE	MIANDRIVAZO	3,74	Endémique
MENABE	MORONDAVA	0,33	Endémique
SAVA	ANDAPA	5	Endémique
SAVA	ANTALAHA	13	Endémique
SAVA	SAMBAVA	4	Endémique
SAVA	VOHEMAR	8,89	Endémique

Annexe 6 - Tableau 7. Cartographie de la filariose lymphatique mise à jour 2023/Suite

Régions	Districts	Prévalence	Statut d'endémicité des districts
SOFIA	ANALALAVA	30	Endémique
SOFIA	ANTSOHIHY	31,76	Endémique
SOFIA	BEALANANA	2,07	Endémique
SOFIA	BEFANDRIANA AVARATRA	11,74	Endémique
SOFIA	BORIZINY (PORT BERGE)	11	Endémique
SOFIA	MAMPIKONY	17,17	Endémique
SOFIA	MANDRITSARA	2,54	Endémique
VAKINANKARATRA	AMBATOLAMPY	1,02	Endémique
VAKINANKARATRA	ANTANIFOTSY	0	Non Endémique
VAKINANKARATRA	ANTSIRABE I	0	Non Endémique
VAKINANKARATRA	ANTSIRABE II	0	Non Endémique
VAKINANKARATRA	BETAFO	0	Non Endémique
VAKINANKARATRA	FARATSIHO	0	Non Endémique
VAKINANKARATRA	MANDOTO	0	Non Endémique
VATOVAVY	IFANADIANA	31	Endémique
VATOVAVY	MANANJARY	<1	Endémique en arrêt de traitement
VATOVAVY	NOSY VARIKA	34	Endémique

Annexe 7 – Tableau 9. Répartition par district des cas de lymphœdème et d’hydrocèle

N°	Région	District	Lymphœdème	Hydrocèle
1	ALAOTRA MANGORO	AMBATONDRAZAKA	135	27
2	ALAOTRA MANGORO	AMPARAFARAVOLA	123	17
3	ALAOTRA MANGORO	ANDILAMENA	112	35
4	ALAOTRA MANGORO	ANOSIBE AN ALA	116	220
5	ALAOTRA MANGORO	MORAMANGA	ND	ND
6	AMORON'I MANIA	AMBATOFINANDRAHANA	8	9
7	AMORON'I MANIA	AMBOSITRA	31	19
8	AMORON'I MANIA	FANDRIANA	8	3
9	AMORON'I MANIA	MANANDRIANA	ND	ND
10	ANALAMANGA	AMBOHIDRATRIMO	ND	ND
11	ANALAMANGA	ANDRAMASINA	ND	ND
12	ANALAMANGA	ANJOZOROBE	ND	ND
13	ANALAMANGA	ANKAZOBE	ND	ND
14	ANALAMANGA	ANTANANARIVO ATSIMONDRAHO	ND	ND
15	ANALAMANGA	ANTANANARIVO AVARADRANO	ND	ND
16	ANALAMANGA	ANTANANARIVO RENIVOHITRA	ND	ND
17	ANALAMANGA	MANJAKANDRIANA	ND	ND
18	ANALANJIROFO	FENOARIVO ATSIANANA	423	517
19	ANALANJIROFO	MANANARA AVARATRA	238	405
20	ANALANJIROFO	MAROANTSETRA	55	75
21	ANALANJIROFO	NOSY BORAHA	43	29
22	ANALANJIROFO	SOANIERANA IVONGO	144	273
23	ANALANJIROFO	VAVATENINA	326	405
24	ANDROY	AMBOVOMBE	5	0
25	ANDROY	BEKILY	ND	ND
26	ANDROY	BELOHA	5	4
27	ANDROY	TSIHOMBE	4	0
28	ANOSY	AMBOASARY ATSIMO	54	0
29	ANOSY	BETROKA	0	0
30	ANOSY	TAOLAGNARO	288	157
31	ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	ND	ND
32	ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO ATSIMO	0	0
33	ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	ND	ND
34	ATSIMO ANDREFANA	BEROROHA	ND	ND
35	ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY ATSIMO	0	0
36	ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	1	7
37	ATSIMO ANDREFANA	SAKARAHA	6	2
38	ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA I	ND	ND
39	ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	ND	ND

Annexe 7 – Tableau 9. Répartition par district des cas de lymphœdème et d’hydrocèle/Suite

N°	Région	District	Lymphœdème	Hydrocèle
40	ATSIMO AT SINANANA	BEFOTAKA	130	71
41	ATSIMO AT SINANANA	FARAFANGANA	842	784
42	ATSIMO AT SINANANA	MIDONGY AT SIMO	106	22
43	ATSIMO AT SINANANA	VANGAINDRANO	571	462
44	ATSIMO AT SINANANA	VONDROZO	347	273
45	ATSINANANA	ANTANAMBAO MANAMPOTSY	238	257
46	ATSINANANA	MAHANORO	516	538
47	ATSINANANA	MAROLAMBO	330	426
48	ATSINANANA	TOAMASINA I	229	125
49	ATSINANANA	TOAMASINA II	876	1152
50	ATSINANANA	VATOMANDRY	247	373
51	ATSINANANA	VOHIBINANY	242	391
52	BETSIBOKA	KANDREHO	14	14
53	BETSIBOKA	MAEVATANANA	23	37
54	BETSIBOKA	TSARATANANA	36	11
55	BOENY	AMBATO BOINA	22	0
56	BOENY	MAHAJANGA I	0	0
57	BOENY	MAHAJANGA II	17	8
58	BOENY	MAROVOAY	37	50
59	BOENY	MIT SINJO	0	0
60	BOENY	SOALALA	3	0
61	BONGOLAVA	FENOARIVO AFOVOANY	ND	ND
62	BONGOLAVA	TSIROANOMANDIDY	ND	ND
63	DIANA	AMBANJA	33	59
64	DIANA	AMBILOBE	15	22
65	DIANA	ANTSIRANANA I	3	1
66	DIANA	ANTSIRANANA II	16	35
67	DIANA	NOSY BE	ND	ND
68	FITOVINANY	IKONGO	617	514
69	FITOVINANY	MANAKARA AT SIMO	2922	1659
70	FITOVINANY	VOHIPENO	502	453
71	IHOROMBE	IAKORA	19	0
72	IHOROMBE	IHOSY	31	2
73	IHOROMBE	IVOHIBE	9	4
74	ITASY	ARIVONIMAMO	ND	ND
75	ITASY	MIARINARIVO	ND	ND
76	ITASY	SOAVINANDRIANA	ND	ND
77	MATSIATRA AMBONY	AMBALAVAO	171	95
78	MATSIATRA AMBONY	AMBOHIMAHASOA	133	20
79	MATSIATRA AMBONY	FIANARANTSOA I	17	8
80	MATSIATRA AMBONY	IKALAMAVONY	112	39
81	MATSIATRA AMBONY	ISANDRA	ND	ND
82	MATSIATRA AMBONY	LALANGINA	ND	ND
83	MATSIATRA AMBONY	VOHIBATO	ND	ND

Annexe 7 – Tableau 9. Répartition par district des cas de lymphœdème et d’hydrocèle/Suite

N°	Région	District	Lymphœdème	Hydrocèle
84	MELAKY	AMBATOMAINTY	7	18
85	MELAKY	ANTSALOVA	0	0
86	MELAKY	BESALAMPY	10	41
87	MELAKY	MAINTIRANO	31	38
88	MELAKY	MORAFENOBE	6	42
89	MENABE	BELON I TSIRIBIHINA	ND	ND
90	MENABE	MAHABO	21	6
91	MENABE	MANJA	ND	ND
92	MENABE	MIANDRIVAZO	9	25
93	MENABE	MORONDAVA	ND	ND
94	SAVA	ANDAPA	97	48
95	SAVA	ANTALAHA	159	69
96	SAVA	SAMBAVA	126	41
97	SAVA	VOHEMAR	135	105
98	SOFIA	ANALALAVA	89	201
99	SOFIA	ANTSOHIHY	95	235
100	SOFIA	BEALANANA	22	11
101	SOFIA	BEFANDRIANA AVARATRA	138	237
102	SOFIA	BORIZINY (PORT BERGE)	232	142
103	SOFIA	MAMPIKONY	43	116
104	SOFIA	MANDRITSARA	127	269
105	VAKINAKARATRA	AMBATOLAMPY	ND	ND
106	VAKINAKARATRA	ANTANIFOTSY	ND	ND
107	VAKINAKARATRA	ANTSIRABE I	ND	ND
108	VAKINAKARATRA	ANTSIRABE II	ND	ND
109	VAKINAKARATRA	BETAFO	ND	ND
110	VAKINAKARATRA	FARATSIHO	ND	ND
111	VAKINAKARATRA	MANDOTO	ND	ND
112	VATOVAVY	IFANADIANA	525	462
113	VATOVAVY	MANANJARY	1184	894
114	VATOVAVY	NOSY VARIKA	597	649
TOTAL			15 204	13 758

Annexe 8 - Tableau 14. Données de : population, écoles et établissements de santé

Régions	Nb. Districts	Communes	Fokontany	Population totale 2023	Enfants mois de 2 ans (âge préscolaire)	Enfants de 5 à 14 ans (âge scolaire)	Nb. Ecoles primaires	Premier recours CSB	CHRD	Centre de santé CHRR
ALAOIRA MANGORO	9	73	792	2421241	290549	665841	1653	181	9	1
AMORON'I MANIA	4	51	801	969599	116352	266640	1267	120	4	1
ANALAMANGA	8	140	2552	4247534	509704	1168072	3818	224	8	1
ANALANJIROFO	6	57	849	1343338	161201	369418	1696	137	6	1
ANDROY	4	51	2259	998464	119816	274577	1601	77	4	1
ATSIMO ANDREFANA	9	107	1799	2107243	252870	579492	2512	192	9	1
ANOSY	3	60	936	965499	115860	265512	987	91	3	1
ATSIMO ATSIANANA	14	89	2643	3332482	399898	916433	1496	320	14	1
ATSIANANA	7	78	1101	1706082	204730	469173	1993	320	7	1
BETSIBOKA	3	32	404	445676	53481	122561	606	60	3	1
BOENY	6	43	538	1082000	129840	297550	1096	188	6	1
BONGOLAVA	2	29	319	853272	102393	234650	943	60	2	1
DIANA	5	69	595	1026843	123221	282382	1394	99	5	1
FITOVINANY	3	81	643	850866	102104	233988	1065	47	3	1
IHOROMBE	3	30	296	490610	58873	134918	760	109	3	1
ITASY	3	50	589	1032957	123955	284063	1146	110	3	1
MATSIATRA AMBONY	7	87	799	1659656	199159	456405	1675	38	7	1
MELAKY	5	52	367	367508	44101	101065	576	86	5	1
MENABE	5	42	631	823625	98835	226497	823	122	5	1
SAVA	4	83	879	1287748	154530	354131	1779	63	4	1
SOFIA	7	98	1543	1919932	230392	527981	2738	88	7	1
VAKINAKARATRA	7	83	1156	2398356	287803	659548	2665	136	7	1
VATOAVY	3	47	724	1062701	127524	292243	1998	88	3	1

Annexe 9 - Tableau 15. Statut d'endémicité des DS pour chacune des MTN

Région	District	FL	SCH	HTS	LEPRE	RAGE	CYSTI	PESTE	TUNG	MYC
ALAO TRA MANGORO	AMBATONDRAZAKA	1	0	3	1	1	0	1	1	M
ALAO TRA MANGORO	AMPARAFARAVOLA	1	1	3	1	1	0	1	1	M
ALAO TRA MANGORO	ANDILAMENA	1	2	1	1	1	1	1	1	M
ALAO TRA MANGORO	ANOSIBE AN'ALA	1	2	3	1	1	1	1	1	M
ALAO TRA MANGORO	MORAMANGA	1	2	3	0	1	1	1	1	M
AMORON'I MANIA	AMBATOFINANDRAHANA	1	2	1	0	1	1	1	1	M
AMORON'I MANIA	AMBOSITRA	1	2	3	0	1	1	1	0	M
AMORON'I MANIA	FANDRIANA	1	1	3	0	1	1	1	1	M
AMORON'I MANIA	MANANDRIANA	0	2	2	0	1	1	1	M	M
ANALAMANGA	AMBOHIDRATRIMO	1	0	2	0	1	0	1	0	M
ANALAMANGA	ANDRAMASINA	1	0	3	0	1	1	1	1	M
ANALAMANGA	ANJOZOROBE	1	1	2	0	1	1	1	0	M
ANALAMANGA	ANKAZOBE	1	2	1	0	1	1	1	0	M
ANALAMANGA	ANTA/VO ATSIMONDRANO	1	2	3	0	1	0	1	0	M
ANALAMANGA	ANTA/VO AVARADRANO	1	2	3	0	1	0	1	0	M
ANALAMANGA	ANTA/VO RENIVOHITRA	0	1	3	0	1	0	1	0	M
ANALAMANGA	MANJAKANDRIANA	0	0	3	0	1	1	1	1	M
ANALANJIROFO	FENOARIVO ATSIANANANA	1	3	3	1	1	0	0	1	M
ANALANJIROFO	MANANARA AVARATRA	1	2	3	1	1	0	0	1	M
ANALANJIROFO	MAROANTSETRA	1	1	3	1	1	0	0	1	M
ANALANJIROFO	NOSY BORAHA	0	0	3	0	1	0	0	1	M
ANALANJIROFO	SOANIERANA IVONGO	1	1	3	1	1	0	0	1	M
ANALANJIROFO	VAVATENINA	1	3	3	1	1	0	0	1	M
ANDROY	AMBOVOMBE ANDROY	1	1	1	1	1	1	0	1	M
ANDROY	BEKILY	0	3	1	1	1	0	0	0	M
ANDROY	BELOHA	1	1	1	1	1	0	0	1	M
ANDROY	TSIHOMBE	1	1	2	1	1	1	0	1	M
ANOSY	AMBOASARY ATSIMO	1	3	2	0	1	1	0	1	M
ANOSY	BETROKA	1	3	1	1	1	1	0	1	M
ANOSY	TAOLAGNARO	1	1	3	1	1	0	0	1	M

Annexe 9 - Tableau 15. Statut d'endémicité des DS pour chacune des MTN/Suite

Région	District	FL	SCH	HTS	LEPRE	RAGE	CYSTI	PESTE	TUNG	MYC
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY	1	3	1	0	1	0	0	1	M
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO ATSIMO	1	2	1	1	1	0	0	0	M
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA	0	3	1	1	1	0	0	0	M
ATSIMO ANDREFANA	BEROROHA	1	2	3	1	1	1	0	1	M
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY ATSIMO	1	3	1	1	1	1	0	0	M
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE	1	2	0	0	1	1	0	1	M
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAHA	1	3	1	1	1	1	0	0	M
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA I	1	1	2	1	1	1	0	1	M
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II	0	2	1	1	1	0	0	1	M
ATSIMO ATSINANANA	BEFOTAKA	1	3	3	1	1	1	1	0	M
ATSIMO ATSINANANA	FARAFANGANA	1	1	3	1	1	1	M	1	M
ATSIMO ATSINANANA	MIDONGY ATSIMO	1	2	3	1	1	1	1	1	M
ATSIMO ATSINANANA	VANGAINDRANO	1	1	3	1	1	0	M	0	M
ATSIMO ATSINANANA	VONDROZO	1	2	3	1	1	0	M	1	M
ATSINANANA	ANTANAMBAO	1	3	3	1	1	0	0	1	M
	MANAMPOTSY									
ATSINANANA	MAHANORO	1	3	3	1	1	0	0	1	M
ATSINANANA	MAROLAMBO	1	3	3	1	1	0	0	1	M
ATSINANANA	TOAMASINA I	1	2	3	0	1	0	0	1	M
ATSINANANA	TOAMASINA II	1	2	3	1	1	1	0	1	M
ATSINANANA	VATOMANDRY	1	3	3	1	1	0	0	1	M
ATSINANANA	VOHIBINANY	1	2	3	1	1	0	0	1	M
BETSIBOKA	KANDREHO	1	3	1	1	1	0	M	1	M
BETSIBOKA	MAEVATANANA	1	3	1	1	1	1	M	1	M
BETSIBOKA	TSARATANANA	1	3	2	0	1	1	1	1	M
BOENY	AMBATO BOENY	1	3	1	1	1	0	M	0	M
BOENY	MAHAJANGA I	1	2	1	0	1	1	1	0	M
BOENY	MAHAJANGA II	1	3	1	1	1	1	M	0	M
BOENY	MAROVOAY	1	3	1	1	1	0	M	0	M
BOENY	MITSIJO	1	3	1	1	1	0	M	0	M
BOENY	SOALALA	1	3	1	1	1	0	M	0	M

Annexe 9 - Tableau 15. Statut d'endémicité des DS pour chacune des MTN/Suite

Région	District	FL	SCH	HTS	LEPRE	RAGE	CYSTI	PESTE	TUNG	MYC
BONGOLAVA	FENOARIVOBÉ	1	2	2	0	1	1	1	1	M
BONGOLAVA	TSIROANOMANDIDY	1	2	1	1	1	1	1	0	M
DIANA	AMBANJA	1	3	2	1	1	0	0	0	M
DIANA	AMBILOBE	1	2	2	1	1	0	0	0	M
DIANA	ANTSIRANANA I	1	2	1	1	1	0	0	1	M
DIANA	ANTSIRANANA II	1	2	1	1	1	0	0	1	M
DIANA	NOSY BE	0	2	2	1	1	0	0	0	M
FITOVINANY	IKONGO	1	2	3	1	1	1	1	1	M
FITOVINANY	MANAKARA ATSIMO	0	1	3	1	1	0	M	1	M
FITOVINANY	VOHIPENO	0	1	3	1	1	0	M	0	M
IHOROMBE	IAKORA	1	3	2	1	1	1	1	0	M
IHOROMBE	IHOSY	1	3	1	1	1	0	M	0	M
IHOROMBE	IVOHIBE	1	3	2	1	1	0	M	0	M
ITASY	ARIVONIMAMO	1	1	2	0	1	0	1	1	M
ITASY	MIARINARIVO	1	2	1	1	1	0	1	1	M
ITASY	SOAVINANDRIANA	1	3	2	0	1	0	1	0	M
MATSIATRA AMBONY	AMBALAVAO	1	2	1	0	1	1	1	1	M
MATSIATRA AMBONY	AMBOHIMAHASOA	1	2	3	0	1	1	1	1	M
MATSIATRA AMBONY	FIANARANTSOA I	1	2	3	0	1	1	1	1	M
MATSIATRA AMBONY	IKALAMAVONY	1	3	1	0	1	0	M	1	M
MATSIATRA AMBONY	ISANDRA	0	2	3	0	1	1	1	0	M
MATSIATRA AMBONY	LALANGINA	0	2	3	1	1	1	1	0	M
MATSIATRA AMBONY	VOHIBATO	0	2	3	0	1	1	1	0	M
MELAKY	AMBATOMAINTY	1	3	0	0	1	0	0	0	M
MELAKY	ANTSALOVA	1	3	2	0	1	0	0	0	M
MELAKY	BESALAMPY	1	3	1	1	1	0	0	0	M
MELAKY	MAINTIRANO	1	3	1	1	1	0	0	0	M
MELAKY	MORAFENOBE	1	3	1	0	1	0	0	0	M

Annexe 9 - Tableau 15. Statut d'endémicité des DS pour chacune des MTN/Suite

Région	District	FL	SCH	HTS	LEPRE	RAGE	CYSTI	PESTE	TUNG	MYC
MENABE	BELO TSIRIBIHINA	1	2	1	1	1	1	0	1	M
MENABE	MAHABO	1	3	1	1	1	0	0	0	M
MENABE	MANJA	1	3	1	1	1	1	0	0	M
MENABE	MIANDRIVAZO	1	3	1	1	1	1	0	0	M
MENABE	MORONDAVA	1	3	1	1	1	0	0	0	M
SAVA	ANDAPA	1	2	3	1	1	1	0	1	M
SAVA	ANTALAHA	1	1	3	1	1	1	0	1	M
SAVA	SAMBAVA	1	3	3	1	1	0	0	1	M
SAVA	VOHEMAR	1	3	3	1	1	0	0	0	M
SOFIA	ANALALAVA	1	2	2	0	1	0	M	0	M
SOFIA	ANTSOHIHY	1	3	1	1	1	1	M	1	M
SOFIA	BEALANANA	1	1	1	1	1	1	1	0	M
SOFIA	BEFANDRIANA AVARATRA	1	3	1	1	1	1	1	0	M
SOFIA	BORIZINY	1	3	1	1	1	1	0	0	M
SOFIA	MAMPIKONY	1	3	0	1	1	0	0	0	M
SOFIA	MANDRITSARA	1	3	1	1	1	1	1	0	M
VAKINANKARATRA	AMBATOLAMPY	1	0	3	1	1	1	1	1	M
VAKINANKARATRA	ANTANIFOTSY	0	0	3	0	1	1	1	1	M
VAKINANKARATRA	ANTSIRABE I	0	2	3	0	1	0	1	1	M
VAKINANKARATRA	ANTSIRABE II	0	2	3	0	1	0	1	1	M
VAKINANKARATRA	BETAFO	0	2	2	0	1	1	1	1	M
VAKINANKARATRA	FARATSIHO	0	0	3	0	1	1	1	1	M
VAKINANKARATRA	MANDOTO	0	1	1	0	1	1	1	M	M
VATOVAVY	IFANADIANA	1	2	3	1	1	0	M	0	M
VATOVAVY	MANANJARY	0	2	3	1	1	0	M	0	M
VATOVAVY	NOSY VARIKA	1	2	3	0	1	0	M	0	M

Annexe 10 - Tableau 17. Tours de traitement de la bilharziose

Région	District	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2020	2021	2022	Nb. total
ALAOTRA MANGORO	AMBATONDRAZAKA							1			1
ALAOTRA MANGORO	AMPARAFARAVOLA							1	1	1	3
ALAOTRA MANGORO	ANDILAMENA					1			1	1	3
ALAOTRA MANGORO	ANOSIBE AN ALA					1		1	1	1	4
ALAOTRA MANGORO	MORAMANGA					1			1	1	3
AMORON'I MANIA	AMBATOFINANDRAHANA	1	1			1			1	1	5
AMORON'I MANIA	AMBOSITRA	1	1			1			1	1	5
AMORON'I MANIA	FANDRIANA	1	1				1		1	1	5
AMORON'I MANIA	MANANDRIANA	1	1			1		1	1	1	6
ANALAMANGA	AMBOHIDRATRIMO							1			1
ANALAMANGA	ANDRAMASINA										0
ANALAMANGA	ANJOZOROBE						1		1	1	3
ANALAMANGA	ANKAZOBE				1		1	1	1	1	5
ANALAMANGA	ANTANANARIVO ATSIMONDRANO					1		1	1	1	4
ANALAMANGA	ANTANANARIVO AVARADRANO					1			1	1	3
ANALAMANGA	ANTANANARIVO RENIVOHITRA						1				1
ANALAMANGA	MANJAKANDRIANA										0
ANALANJIROFO	FENOARIVO AT SINANANA					1	1	1	1	1	5
ANALANJIROFO	MANANARA AVARATRA					1			1	1	3
ANALANJIROFO	MAROANTSETRA						1	1	1	1	4
ANALANJIROFO	NOSY BORAHA										0
ANALANJIROFO	SOANIERANA IVONGO						1		1	1	3
ANALANJIROFO	VAVATENINA					1	1		1	1	4
ANDROY	AMBOVOMBE	1	1			1		1	1	1	6
ANDROY	BEKILY	1	1			1			1	1	6
ANDROY	BELOHA	1	1				1	1	1	1	6
ANDROY	TSIHOMBE	1	1				1	1	1	1	6
ANOSY	AMBOASARY ATSIMO					1	1	1	1	1	5
ANOSY	BETROKA					1	1	1	1	1	5
ANOSY	TAOLAGNARO						1	1	1	1	4

Annexe 10 - Tableau 17. Tours de traitement de la bilharziose/Suite

Région	District	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2020	2021	2022	Nb. total
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY			1	1	1	1	1	1	1	7
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO ATSIMO			1		1		1	1	1	5
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA			1	1	1	1		1	1	6
ATSIMO ANDREFANA	BEROROHA			1		1		1	1	1	5
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY ATSIMO			1	1	1	1	1	1	1	7
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE			1		1			1	1	4
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAHA			1	1	1	1	1	1	1	7
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA I						1		1	1	3
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARA II			1		1			1	1	4
ATSIMO ATSIANANA	BEFOTAKA	1	1			1	1	1	1	1	7
ATSIMO ATSIANANA	FARAFANGANA	1	1			1		1	1	1	6
ATSIMO ATSIANANA	MIDONGY ATSIMO	1	1			1		1	1	1	6
ATSIMO ATSIANANA	VANGAINDRANO	1	1				1	1	1	1	6
ATSIMO ATSIANANA	VONDROZO	1	1			1		1	1	1	6
ATSINANANA	ANTANAMBAO MANAMPOTSY					1	1	1	1	1	5
ATSINANANA	MAHANORO					1	1	1	1	1	5
ATSINANANA	MAROLAMBO					1	1	1	1	1	5
ATSINANANA	TOAMASINA I					1		1	1	1	4
ATSINANANA	TOAMASINA II					1		1	1	1	4
ATSINANANA	VATOMANDRY					1	1	1	1	1	5
ATSINANANA	VOHIBINANY					1		1	1	1	4
BETSIBOKA	KANDREHO			1	1	1	1	1	1	1	7
BETSIBOKA	MAEVATANANA		1	1	1	1	1	1	1	1	8
BETSIBOKA	TSARATANANA			1	1	1	1	1	1	1	7
BOENY	AMBATO BOINA			1	1	1	1	1	1	1	7
BOENY	MAHAJANGA I			1		1			1	1	4
BOENY	MAHAJANGA II			1	1	1	1		1	1	6
BOENY	MAROVOAY		1	1	1	1	1	1	1	1	8
BOENY	MITSINJO			1	1	1	1		1	1	6
BOENY	SOALALA			1	1	1	1		1	1	6
BONGOLAVA	FENOARIVO AFOVOANY			1		1			1	1	4
BONGOLAVA	TSIROANOMANDIDY			1		1			1	1	4

Annexe 10 - Tableau 17. Tours de traitement de la bilharziose/Suite

Région	District	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2020	2021	2022	Nb. total
DIANA	AMBANJA				1	1	1	1	1	1	6
DIANA	AMBILOBE				1		1		1	1	4
DIANA	ANTSIRANANA I				1		1		1	1	4
DIANA	ANTSIRANANA II				1		1	1	1	1	5
DIANA	NOSY BE					1		1	1	1	4
FITOVINANY	IKONGO	1	1			1		1	1	1	6
FITOVINANY	MANAKARA ATSIMO	1	1						1	1	4
FITOVINANY	VOHIPENO	1	1			1			1	1	5
IHOROMBE	IAKORA					1	1		1	1	4
IHOROMBE	IHOSY					1	1	1	1	1	5
IHOROMBE	IVOHIBE					1	1	1	1	1	5
ITASY	ARIVONIMAMO					1		1	1	1	4
ITASY	MIARINARIVO			1		1		1	1	1	5
ITASY	SOAVINANDRIANA			1	1	1		1	1	1	6
MATSIATRA AMBONY	AMBALAVAO	1	1			1		1	1	1	6
MATSIATRA AMBONY	AMBOHIMAHASOA	1	1			1		1	1	1	6
MATSIATRA AMBONY	FIANARANTSOA I	1	1			1		1	1	1	6
MATSIATRA AMBONY	IKALAMAVONY	1	1			1		1	1	1	6
MATSIATRA AMBONY	ISANDRA	1	1			1		1	1	1	6
MATSIATRA AMBONY	LALANGINA	1	1			1		1	1	1	6
MATSIATRA AMBONY	VOHIBATO	1	1			1		1	1	1	6
MELAKY	AMBATOMAINTY			1	1	1	1	1	1	1	7
MELAKY	ANTSALOVA			1	1	1	1	1	1	1	7
MELAKY	BESALAMPY			1	1	1	1	1	1	1	7
MELAKY	MAINTIRANO			1	1	1	1	1	1	1	7
MELAKY	MORAFENOBE			1	1	1	1	1	1	1	7
MENABE	BELON I TSIRIBIHINA			1		1		1	1	1	5
MENABE	MAHABO		1	1	1	1	1		1	1	7
MENABE	MANJA			1	1	1	1	1	1	1	7
MENABE	MIANDRIVAZO		1	1	1	1	1	1	1	1	8
MENABE	MORONDAVA			1	1	1	1		1	1	6

Annexe 10 - Tableau 17. Tours de traitement de la bilharziose/Suite

Région	District	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2020	2021	2022	Nb. total
SAVA	ANDAPA					1		1	1	1	4
SAVA	ANTALAHA					1			1	1	3
SAVA	SAMBAVA					1	1	1	1	1	5
SAVA	VOHEMAR					1	1	1	1	1	5
SOFIA	ANALALAVA				1		1	1	1		4
SOFIA	ANTSOHIHY		1	1	1	1	1	1	1	1	8
SOFIA	BEALANANA					1			1	1	3
SOFIA	BEFANDRIANA AVARATRA		1	1	1	1	1		1	1	7
SOFIA	BORIZINY (PORT BERGE)			1	1	1	1		1	1	6
SOFIA	MAMPIKONY			1	1	1	1	1	1	1	7
SOFIA	MANDRITSARA			1	1	1	1		1	1	6
VAKINAKARATRA	AMBATOLAMPY										0
VAKINAKARATRA	ANTANIFOTSY										0
VAKINAKARATRA	ANTSIRABE I				1		1	1	1	1	5
VAKINAKARATRA	ANTSIRABE II					1		1	1	1	4
VAKINAKARATRA	BETAFO				1		1	1	1	1	5
VAKINAKARATRA	FARATSIHO							1			1
VAKINAKARATRA	MANDOTO					1			1	1	3
VATOVAVY	IFANADIANA	1	1			1			1		4
VATOVAVY	MANANJARY	1	1			1			1	1	5
VATOVAVY	NOSY VARIKA	1	1			1			1	1	5
TOTAL		26	32	36	35	87	59	71	105	103	114

Annexe 11. Tableau 27. Évolution du taux de couverture thérapeutique de chaque DS ayant conduit l'AMM-FL de 2005 à 2021

Districts	Taux de couverture thérapeutique par district - AMM																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	AMBATONDRAZAKA					73,59	70,27	71,89	81,63	74,96	71,11	70,87					64,44
2	AMPARAFARAVOLA					70,78	68,24	58,85	59,95	60,24	63,67	61,39					81,02
3	ANDILAMENA					79,21	71,23	80,57	116,59	60,20	61,52	59,51					64,06
4	ANOSIBE AN'ALA					69,07	71,29	71,88	139,15	86,29	78,76	72,34					54,98
5	MORAMANGA																
6	AMBATOFINANDRAHANA						74,71	64,76	72,40	73,78	82,09	76,3					79,02
7	AMBOSITRA						61,97	80,45	79,50	87,38	83,63	72,36					77,66
8	FANDRIANA						56,59	85,26	75,64	87,71	66,39	69,24		75,81			83,61
9	AMBOHIDRATRIMO																
10	ANDRAMASINA																
11	ANJOZORobe																
12	ANKAZOBE																
13	ANTANANARIVO ATSIMONDRAO																
14	ANTANANARIVO AVARADRANO																
15	FENERIVE EST			90,9	76,21	75,94	72,3	73,88	68,02	90,89	70,27	65,84	70,61				
16	MANANARA AVARATRA				89,87	81,48	68,11	67,15	66,26	56,77	66,22	63,17	67,22				72,52
17	MAROANTSETRA				82,5	80,79	72,72	78,07	71,49	64,23	70,84	66,49	65,47		76,16		60,16
18	NOSY BORAHA		87,21	71,32	82,62	82,48	85,85	73,88	95,44	89,65							
19	SOANIERANA IVONGO			86,37	87,87	67,02	47,28	43,99	50,17	59,71	61,37	62,69	58,36		81,66		74,47
20	VAVATENINA			77,85	64,25	72,04	71,04	72,01	52,15	60,91	66,69	75,21	70,08			80,3	
21	AMBOVOMBE									91,94	81,81	105,24	71,23				67,61
22	BELOHA									86,17	74,09	87,17	74,88		91,16		83,76
23	TSIHOMBE									46,10	80,36	112,76	84,72		91,26		75,28
24	AMBOASARY ATSIMO																
25	BETROKA					56,24	57,50	41,81	40,69	53,44	47,68	47,26		83,9			79,75
26	TOLAGNARO		82,94	63,93	81,01	84,21	59,32	58,14	60,6	61,29	55,36	48,57	47,42		78,64		80,5
27	AMPANIHY																
28	ANKAZOABO ATSIMO																81,24
29	BEROROHA																90,96
30	BETIOKY ATSIMO																72,25
31	MOROMBE																82,84
32	SAKARAHA																79,86
33	TOLIARA I																90,96
																	72,84
																	82,5

Annexe 11. Tableau 27. Évolution du taux de couverture thérapeutique de chaque DS ayant conduit l'AMM-FL de 2005 à 2021/Suite

Districts	Taux de couverture thérapeutique par district - AMM																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
34	BEFOTAKA					57,44	62,45	59,64	79,06	78,2	95,71	70,13		71,79			85,02
35	FARAFANGANA		83,56	84,44	85,42	83,03	78,95	77,23	60,74	56,44	82,99	87,37	69,35		84,3		78,21
36	MIDONGY ATSIMO						83,75	84,45	38,40	42,52	93,28	78,13	74,23		74,74		86,88
37	VANGAINDRANO		59,73	87,05	39,81	62,69	61,64	55,26	43,74	49,84	66,72	70,34	61,97		75,68		71,91
38	VONDROZO						50,07	49,47	55,27	54,05	62,76	92,17	80,85		79,92		59,66
39	ANTANAMBAO MANAMPONTSY						66,5	73,8	71,76	101,17	85,64	79,98	75,45				63,77
40	BRICKAVILLE/VOHIBINANY		82,55	74,55	77,46	85,66	79,62	80,4	61,34	85,46	70,35	75,39	79,49				
41	MAHANORO		81,98	83,59	80,11	85,21	77,44	78,0	67,37	68,24	69,87	72,18	67,81				
42	MAROLAMBO						67,8	66,1	57,27	69,63	59,32	44,21	43,32				61,54
43	TOAMASINA I				75,83	72,24	57,33	58,4	60,71	41,18	44,63	39,62	38,18				69,39
44	TOAMASINA II			69,92	62,65	78,95	61,86	60,1	65,62	62,44	59,54	64,14	65,09				62,63
45	VATOMANDRY		85,58	79	70,6	75,94	78,39	78,7	71,16	72,40	75,26	80,26	77,28				
46	KANDREHO							82,9	77,17	88,06	75,24	60,85	63,05				77,53
47	MAEVATANANA							58,80	58,85	54,89	61,63	54,27	63,62				65,82
48	TSARATANANA							31,99	38,83	16,73	43,21	56,72	67,11				75,3
49	AMBATO BOENI							53,87	59,63	58,72	63,38	64,11	66,42				57,89
50	MAHAJANGA I							64,60	45,47	64,29	57,89	62,55	54,38				59,32
51	MAHAJANGA II																55,63
52	MAROVOAY							64,48	64,30	58,59	60,36	60,07	62,67				64,57
53	MITSinJO																68,34
54	SOALALA																74,08
55	FENOARIVO AFOVOANY																
56	TSIROANOMANDIDY																
57	AMBANJA				68,51	50,03	60,87	60,26	40,80	42,93	45,25	44,13	50,83		73,4		
58	AMBILOBE				72,29	56,53	57,13	56,98	40,17	44,15	42,92	38,56	58,14		68,35		
59	ANTSIRANANA I				59,64	67,01	63,61	66,35	53,59	47,99	56,14	61,2	55,34		74,31		
60	ANTSIRANANA II				62,88	49,3	50,98	51,45	49,91	53,04	52,88	52,45	55,29		61,62		
61	AMBALAVAO							79,63	65,24	77,03	73,27	81,98	77,54				60,06 77,76
62	AMBOHIMAHASOA								57,71	59,53	77,61	99,58	78,38				78,82 79,64
63	FIANARANTSOA I								39,56	39,51	53,46	82,87	69,23				36,26 42,5
64	IKALAMAVONY								43,72	13,91	63,86	74,69	84,22	60,71			54,62 74,83
65	IAKORA						NA	26,71	25,01	34,62	32,41	35,29	40,18				81,49
66	IHOSY						50,14	49,66	31,56	30,05	36,60	37,76	45,87				71,69

Annexe 11. Tableau 27. Évolution du taux de couverture thérapeutique de chaque DS ayant conduit l'AMM-FL de 2005 à 2021/Suite

Districts	Taux de couverture thérapeutique par district - AMM																
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
67	IVOHIBE					NA	31,52	60,29	54,35	51,29	61,32	40,28					77,17
68	ARIVONIMAMO																
69	MIARINARIVO																
70	SOAVINANDRIANA																
71	AMBATOMAINTY															81,63	70,62
72	ANTSALOVA															81,59	
73	BESALAMPY															94,19	73,05
74	MAINTIRANO															71,84	70,77
75	MORAFENOBE															71,91	83,05
76	BELO TSIRIBIHINA																
77	MAHABO															76,05	
78	MANJA																
79	MIANDRIVAZO															53,65	
80	MORONDAVA																
81	ANDAPA				72,77	64,08	76,46	76,46	45,05	63,41	63,78	59,24	60,56				
82	ANTALAHA				75,38	72,29	57,29	58,92	56,62	57,45	56,42	63,72	66,12				
83	SAMBAVA				82,03	64,77	64,36	59,94	60,84	63,32	49,64	65,01	64,82				
84	VOHEMAR				81,63	77,18	65,47	65,89	62,47	56,61	61,72	66,21	64,31				
85	ANALALAVA						43,78	43,61	55,16	56,61	60,23	50,48	45,34		81,63		
86	ANTSOHIHY						56,33	55,04	61,11	39,98	64,02	47,39	50,94				
87	BEALANANA						42,55	40,00	40,35	51,24	53,41	52,16	49,68				75,05
88	BEFANDRIANA AVARATRA				65,79	63,99	71,57	71,57	80,90	88,13	70,72	67,33	66,87		83,38		
89	MAMPIKONY															73,02	59,03
90	MANDRITSARA				61,26	83,21	62,10	60,22	65,49	63,08	57,57	55,61	60,26				
91	BORIZINY PORT BERGE															84,57	78,8
92	AMBATOLAMPY																
93	IFANADIANA		73,36	70,47	71,44	80,79	68,68	69,87	83,26	97,38	75,62	71,68	67,29			71,81	82,97
94	IKONGO		60,38	77,66	89,37	91,94	77,59	78,67	77,75	90,94	62,17	68,77	71,06			72,76	77,8
95	MANAKARA	79,5	76,17	80,29	75,98	83,16	73,33	72,39	88,38	103,37	84,77	83,92					
96	MANANJARY	81,33	83,51	86,61	85,61	81,09	80,24	81,01	66,97	78,33	77,77	85,4					
97	NOSY VARIKA		82,71	68,74	75,27	79,73	68,17	67,71	71,41	83,53	71,89	100,68	75,12			85,75	88,8
98	VOHIPENO	86,4	81,69	81,88	79,91	83,19	76,46	79,86	81,19	88,49	73,98	68,63					

Annexe 12 - Tableau 28. Plan d'élimination de la Filariose Lymphatique en 2030

REGIONS	DISTRICTS	2023				2024				2025				2026				2027				2028				2029				2030						
		Confir- mator	DMM 2023	PRE- TAS	TAS	PCMPI	DMM 2024	PRE- TAS	TAS	PCMPI	DMM 2025	PRE- TAS	TAS	PCMPI	DMM 2026	PRE- TAS	TAS	PCMPI	DMM 2027	PRE- TAS	TAS	PCMPI	DMM 2028	PRE- TAS	TAS	PCMPI	DMM 2029	PRE- TAS	TAS	PCMPI	DMM 2030	PRE- TAS	TAS	PCMPI		
ALAO TRA MANGORO	AMBATONDRAZAKA		DA	PT	TAS 1												QA																			
ALAO TRA MANGORO	AMPARAFARAVOLA		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																	TAS 3		
ALAO TRA MANGORO	ANDILAMENA		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																	TAS 3		
ALAO TRA MANGORO	ANOSIBE-AN'ALA		DA	PT	TAS 1								FPEC				TAS 2					QA												TAS 3		
ALAO TRA MANGORO	MORAMANGA		IDA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1	QA																					TAS 2		
AMORON'IMANIA	AMBATOFINANDRAHANA		DA	PT	TAS 1								FPEC				TAS 2					QA												TAS 3		
AMORON'IMANIA	AMBOSITRA		DA	PT	TAS 1								FPEC				TAS 2					QA												TAS 3		
AMORON'IMANIA	FANDRIANA		DA	PT	TAS 1								FPEC				TAS 2					QA												TAS 3		
AMORON'IMANIA	MANANDRIANA												FPEC																						QA	
ANALAMANGA	AMBOHIDRATRIMO		IDA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1	QA																					TAS 2		
ANALAMANGA	ANDRAMASINA	C	IDA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1	QA																					TAS 2		
ANALAMANGA	ANJOZOROBE	C	IDA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1	QA																					TAS 2		
ANALAMANGA	ANKAZOBE		IDA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1	QA																					TAS 2		
ANALAMANGA	ANTANANARIVO ATSIMONDRA	C	IDA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1	QA																					TAS 2		
ANALAMANGA	ANTANANARIVO AVARADRANO		IDA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1	QA																					TAS 2		
ANALAMANGA	ANTANANARIVO RENIVOHITRA												FPEC																						QA	
ANALAMANGA	MANJAKANDRIANA												FPEC																						QA	
ANALANJIROFO	FENERIVE EST		IDA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1	QA																					TAS 2		
ANALANJIROFO	MANANARA-AVARATRA		DA	PT	TAS 1								FPEC				TAS 2					QA												TAS 3		
ANALANJIROFO	MAROANTSETRA		DA	PT	TAS 1								FPEC				TAS 2					QA													TAS 3	
ANALANJIROFO	SAINTE MARIE				TAS 3								FPEC																						TAS 3	
ANALANJIROFO	SOANIERANA IVONGO		DA			FPEC	DA			DA			QA	DA	PT	TAS 1																			TAS 2	
ANALANJIROFO	VAVATENINA		IDA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1	QA																					TAS 2		
ANDROY	AMBOVOMBE-ANDROY		DA	PT	TAS 1								FPEC				TAS 2					QA												TAS 3		
ANDROY	BELOHA		DA	PT	TAS 1								FPEC				TAS 2					QA													TAS 3	
ANDROY	TSIHOMBE		DA			FPEC	DA	PT	TAS 1					QA																					TAS 2	
ANDROY	BEKILY												FPEC																						QA	
ANOSY	AMBOASARY-ATSIMO		IDA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1	QA																						TAS 2	
ANOSY	BETROKA		DA			FPEC	DA			DA			QA	DA	PT	TAS 1																			TAS 3	
ANOSY	TAOLAGNARO		DA			FPEC	DA			DA			QA	DA	PT	TAS 1																			TAS 2	
ATSIMO ANDREFANA	ANKAZOABO		IDA	PT	TAS 1								FPEC				TAS 2					QA													TAS 3	
ATSIMO ANDREFANA	BETIOKY ATSIMO		IDA	PT	TAS 1								FPEC				TAS 2					QA													TAS 3	
ATSIMO ANDREFANA	MOROMBE		IDA	PT	TAS 1								FPEC				TAS 2					QA													TAS 3	
ATSIMO ANDREFANA	SAKARAHA		IDA	PT	TAS 1								FPEC				TAS 2					QA													TAS 3	
ATSIMO ANDREFANA	AMPANIHY OUEST	C	IDA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1	QA																						TAS 2	
ATSIMO ANDREFANA	BENENITRA												FPEC																							QA
ATSIMO ANDREFANA	BEROROHA	C	IDA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1	QA																						TAS 2	
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARY-I	C	IDA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1	QA																						TAS 2	
ATSIMO ANDREFANA	TOLIARY-II												FPEC																							QA
ATSIMO ATSIANANANA	BEFOTAKA		DA	PT	TAS 1								FPEC				TAS 2					QA													TAS 3	
ATSIMO ATSIANANANA	FARAFANGANA		DA	PT	TAS 1								FPEC				TAS 2					QA													TAS 3	
ATSIMO ATSIANANANA	MIDONGY-ATSIMO		DA	PT	TAS 1								FPEC				TAS 2					QA													TAS 3	
ATSIMO ATSIANANANA	VANGAINDRANO		DA			FPEC	DA			DA			QA	DA	PT	TAS 1																			TAS 2	
ATSIMO ATSIANANANA	VONDROZO		DA			FPEC	DA			DA			QA	DA	PT	TAS 1																			TAS 2	
ATSIANANANA	ANTANAMBAO MANAMPONTSY		DA	PT	TAS 1								FPEC				TAS 2					QA													TAS 3	
ATSIANANANA	BRICKAVILLE		IDA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1	QA																						TAS 2	
ATSIANANANA	MAHANORO		IDA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1	QA																						TAS 2	
ATSIANANANA	MAROLAMBO		DA			FPEC	DA			DA			QA	DA	PT	TAS 1																			TAS 2	
ATSIANANANA	TOAMASINA I		DA			FPEC	DA			DA			QA	DA	PT	TAS 1																			TAS 2	
ATSIANANANA	TOAMASINA II		DA			FPEC	DA			DA			QA	DA	PT	TAS 1																			TAS 2	
ATSIANANANA	VATOMANDRY		IDA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1	QA																						TAS 2	
BETSIBOKA	KANDREHO		DA			FPEC	DA	PT	TAS 1				QA																						TAS 3	
BETSIBOKA	MAEVATANANA		DA			FPEC	DA			DA			QA	DA	PT	TAS 1																			TAS 2	
BETSIBOKA	TSARATANANA		DA			FPEC	DA			DA			QA	DA	PT	TAS 1																			TAS 2	

REGIONS	DISTRICTS	2023				2024				2025				2026				2027				2028				2029				2030						
		Confr mator	DMM 2023	PRE- TAS	TAS	PCMPI	DMM 2024	PRE- TAS	TAS	PCMPI	DMM 2025	PRE- TAS	TAS	PCMPI	DMM 2026	PRE- TAS	TAS	PCMPI	DMM 2027	PRE- TAS	TAS	PCMPI	DMM 2028	PRE- TAS	TAS	PCMPI	DMM 2029	PRE- TAS	TAS	PCMPI	DMM 2030	PRE- TAS	TAS	PCMPI		
BOENY	AMBATO BOENI		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																	TAS 3		
BOENY	MAHAJANGA I		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																	TAS 3		
BOENY	MAHAJANGA II		DA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1		QA																			TAS 3			
BOENY	MAROVOAY		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																	TAS 3		
BOENY	MITSIINO		DA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1		QA																			TAS 3			
BOENY	SOALALA		DA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1		QA																			TAS 3			
BONGOLAVA	FENOARIVOBE		DA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1		QA																			TAS 3			
BONGOLAVA	TSIROANOMANDIDY		DA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1		QA																			TAS 3			
DIANA	AMBANJA		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																	TAS 3		
DIANA	AMBILOBE		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																	TAS 3		
DIANA	ANTSIRANANA I		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																	TAS 3		
DIANA	ANTSIRANANA II		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																	TAS 3		
DIANA	NOSY-BE									FPEC																								QA		
IHOROMBE	IAKORA		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																	TAS 3		
IHOROMBE	IHOSE		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																	TAS 3		
IHOROMBE	IVOHIBE		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																	TAS 3		
ITASY	ARIVONIMAMO		DA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1		QA																				TAS 3		
ITASY	MIARINARIVO		DA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1		QA																				TAS 3		
ITASY	SOAVINANDRIANA		DA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1		QA																				TAS 3		
MATSIATRA AMBONY	AMBALAVAO		DA	PT	TAS 1					FPEC																								TAS 3		
MATSIATRA AMBONY	AMBOHIMAHASOA		DA	PT	TAS 1					FPEC																									TAS 3	
MATSIATRA AMBONY	FIANARANTSOA I		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																	TAS 3		
MATSIATRA AMBONY	IKALAMAVONY		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																		TAS 3	
MATSIATRA AMBONY	FIANARANTSOA II (ISANDRA)									FPEC																									QA	
MATSIATRA AMBONY	Lalanga									FPEC																									QA	
MATSIATRA AMBONY	Vohibato									FPEC																									QA	
MELAKY	AMBATOMAINTY		DA	PT	TAS 1					FPEC																									TAS 3	
MELAKY	ANTSALOVA		DA			FPEC	IDA	PT	TAS 1					QA																					TAS 3	
MELAKY	BESALAMPY		DA	PT	TAS 1					FPEC																									TAS 3	
MELAKY	MAINTIRANO		DA	PT	TAS 1					FPEC																									TAS 3	
MELAKY	MORAFENOBE		DA	PT	TAS 1					FPEC																									TAS 3	
MENABE	MAHABO		DA			FPEC	IDA	PT	TAS 1					QA																					TAS 3	
MENABE	MIANDRIVAZO		DA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1		QA																				TAS 3		
MENABE	BELO SUR TSIRIBIHINA		C	DA		FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1		QA																					TAS 3	
MENABE	MANJA		C	DA		FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1		QA																					TAS 3	
MENABE	MORONDAVA		C	DA		FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1		QA																					TAS 3	
SAVA	ANDAPA		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																		TAS 3	
SAVA	ANTALAHA		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																		TAS 3	
SAVA	SAMBAVA		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																		TAS 3	
SAVA	VOHEMAR		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																		TAS 3	
SOFIA	ANALALAVA		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																		TAS 3	
SOFIA	ANTSOHIHY		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																		TAS 3	
SOFIA	BEALANANA		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																		TAS 3	
SOFIA	BEFANDRIANA NORD		DA	PT	TAS 1					FPEC																									TAS 3	
SOFIA	MAMPIKONY		DA			FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1		QA																					TAS 3	
SOFIA	MANDRITSARA		DA			FPEC	DA			DA				QA	DA	PT	TAS 1																		TAS 3	
SOFIA	PORT-BERGE(BORIZINY-VAOVAO)		DA	PT	TAS 1					FPEC																									TAS 3	
VAKINANKARATRA	AMBATOLAMPY		C	DA		FPEC	IDA			IDA	PT	TAS 1		QA																				TAS 3		
VAKINANKARATRA	ANTANIFOTSY									FPEC																									QA	
VAKINANKARATRA	ANTSIRABE I									FPEC																									QA	
VAKINANKARATRA	ANTSIRABE II									FPEC																									QA	
VAKINANKARATRA	BETAFO									FPEC																									QA	
VAKINANKARATRA	FARATSIHO									FPEC																									QA	
VAKINANKARATRA	MANDOTO									FPEC																									QA	
VATOVAVY FITOVINANY	IFANADIANA		DA	PT	TAS 1					FPEC																									TAS 3	
VATOVAVY FITOVINANY	IKONGO		DA	PT	TAS 1					FPEC																									TAS 3	
VATOVAVY FITOVINANY	VOHIPENO									FPEC																										TAS 3
VATOVAVY FITOVINANY	MANAKARA ATSIMO									FPEC																										TAS 3
VATOVAVY FITOVINANY	MANANJARY									FPEC																										TAS 3
VATOVAVY FITOVINANY	NOSY-VARIKA		DA	PT	TAS 1					FPEC																									TAS 3	

Annexe 13 - Tableau 36. Coûts des sous-activités

Sous-activité	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
Total	6 979 048	6 465 623	7 001 137	5 855 609	5 464 394	31 765 812
AMM – Téniose (DS non coendémiques à SCH)	105 580	105 580	105 580	105 580	105 580	527 901
Mener des enquêtes intégrées ou ciblées de couverture thérapeutiques FL	27 149	27 149	27 149	0	0	81 448
Prendre en charge les cas de MTN-PCC	213 088	213 088	213 088	213 088	213 088	1 065 440
Mettre à l'échelle la formation des agents de santé en matière de BGF	40 346	32 926	32 462	21 796	20 868	148 398
Assurer la prise en charge des complications, séquelles et handicaps liés aux MTN FL : Chirurgie de l'hydrocèle Prise en charge intégrée des MTN cutanées : FL (Accès aigu/lymphœdème, lèpre, tungose, gale, etc.)	16 667	16 667	16 667	16 667	16 667	83 333
Mener des enquêtes d'endémicité des MTN-CTP pour affiner la connaissance des maladies : Recartographie FL dans 10 DS	48 021	0	0	0	0	48 021
Mener des enquêtes d'endémicité infra district des MTN-CTP (SCH) pour affiner la connaissance des maladies	0	57 689	0	0	0	57 689
Mener des activités de surveillance épidémiologique au niveau des sites sentinelles	16 552	2 648	19 863	21 187	0	60 251
Mener des enquêtes d'impact : FL : TAS au niveau des DS répondant aux critères d'évaluation	289 503	36 188	524 724	325 691	506 630	1 682 734
Mettre en place une base de données intégrées des données des MTN	16 369	16 369	16 369	16 369	16 369	81 844
Conduire des activités de recherche opérationnelles	56 059	56 059	56 059	56 059	56 059	280 293
Renforcer de la gestion de chaîne d'approvisionnement des médicaments et autres intrants	554 687	554 687	554 687	554 687	554 687	2 773 437

Annexe 13 - Tableau 36. Coûts des sous-activités/Suite

Sous-activité	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
Intégrer les activités MTN dans la plateforme « Lutte antivectorielle (LAV) »	2 894	2 811	2 563	0	0	8 267
Intégrer les activités MTN dans la plateforme « EHA (eau, hygiène, assainissement) ou WASH »	2 894	2 894	2 894	2 894	2 894	14 468
Intégrer les activités MTN dans la plateforme « Une seule Santé » ou « One Health » : Rage, Cysticerose, Peste, Fièvre de la vallée du Rift	2 894	2 868	2 894	2 894	2 868	14 417
Intensifier la collaboration avec le Centre national de pharmacovigilance (CNPV)	3 171	3 143	3 171	3 171	3 143	15 801
Prépositionner les médicaments d'urgence au niveau des CSB et CHR	51 221	51 221	0	51 221	0	153 664
Intégrer le PDMTN dans le plan financier dans tous les domaines ou secteurs	5 556	5 556	5 556	0	0	16 667
Intégrer les activités de lutte contre les MTN dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS)	5 556	5 507	5 556	5 556	5 507	27 680
Faire un plaidoyer pour l'intégration des activités de lutte contre les MTN dans les Plans de développement communaux	46 892	46 892	46 892	0	0	140 676
Améliorer les connaissances de la population, des enseignants et des personnels de la santé sur les MTN	18 268	18 268	18 268	0	0	54 804
Améliorer la communication et la sensibilisation au niveau communautaire pour réussir à éliminer les MTN endémiques	266 816	266 816	266 816	266 816	266 816	1 334 081
Redynamiser le cadre de concertation entre les parties prenantes	50 926	50 926	50 926	50 926	50 926	254 630
Organiser la revue périodique (annuelle) des programmes de lutte contre les MTN	3 766	3 733	3 766	3 766	3 733	18 765
Renforcer les mécanismes de coordination pour la lutte contre les MTN	12 130	12 023	12 130	12 130	12 023	60 435

Annexe 13 - Tableau 36. Coûts des sous-activités/Suite

Sous-activité	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
Améliorer l'intégration des activités de lutte contre les MTN aux autres activités du secteur santé	1 389	1 377	1 389	1 389	1 377	6 920
Élaborer un plan de mobilisation de ressources/dossier de plaidoyer	12 434	12 325	0	0	0	24 759
Promouvoir la participation et l'appropriation du programme par la communauté	20 536	20 356	20 536	20 536	20 356	102 320
Développer des plans stratégiques intégrés pluriannuels pluri annuels pour le contrôle et l'élimination des MTN à tous les niveaux	12 778	12 666	12 778	12 778	12 666	63 665
Élaborer des plans opérationnels à tous les niveaux	12 778	12 666	12 778	12 778	12 666	63 665
Évaluer le PDMTN à mi-parcours	0	0	9 416	0	0	9 416
Organiser une table ronde – administrations locales, partenaires autour de la mise en œuvre du PD-MTN	31 944	31 664	0	0	0	63 609
Effectuer des activités de supervision et de suivi de la lèpre à tous les niveaux	7 735	4 641	1 547	4 641	4 641	23 206
Distribution de masse des médicaments (TMM) SCH_STH	1 808 603	1 864 670	1 922 475	1 982 071	2 043 516	9 621 335
Réunion bilan TDM SCH	21 274	21 274	21 274	21 274	21 274	106 368
Formation mise en œuvre TDM SCH_STH au niveau district	791 081	791 081	791 081	791 081	791 081	3 955 404
Matériels de Formation- Support IEC - Mobilisation Sociale	117 232	117 232	117 232	117 232	117 232	586 161
Acheminement des intrants TDM SCH	37 802	37 802	37 802	37 802	37 802	189 010
Enquête des sites sentinelles SCH (29 sites)	41 203	0	0	0	0	41 203
Effectuer des activités de supervision et de suivi à tous les niveaux	33 022	33 022	33 022	33 022	33 022	165 111
Effectuer des activités de dépistage avancé dans les districts à risque	37 467	37 467	37 467	37 467	37 467	187 333

Annexe 13 - Tableau 36. Coûts des sous-activités/Suite

Sous-activité	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
Former agents de santé et responsables de programme lèpre issus de districts à risque	43 411	43 411	43 411	43 411	43 411	217 056
Former les responsables de COR2 sur la prise en charge des complications de la lèpre	7 753	7 753	7 753	7 753	7 753	38 764
Former AC dans communes en signe de suspicion des cas de lèpre et en technique de communication	17 617	17 617	17 617	17 617	17 617	88 083
Tenir des revues annuelles de coordination Nationale et Régionale	5 808	5 808	5 808	5 808	5 808	29 042
Mettre à jour et multiplier annuellement les outils de gestion et de rapportage de programme	6 366	6 366	6 366	6 366	6 366	31 829
Doter les COR2 en médicaments et consommables pour la prise en charge des complications	28 241	28 241	28 241	28 241	28 241	141 204
Effectuer des sensibilisations auprès des communes	13 000	13 000	13 000	13 000	13 000	65 000
Surveiller les contacts des cas index issus des dépistages actifs dans les communes	26 667	26 667	26 667	26 667	26 667	133 333
Sensibilisation des enfants sur les signes suspects de la lèpre et la prise en charge (École)	15 532	15 532	15 532	15 532	15 532	77 662
Distribution de masse contre la FL	962 023	741 728	740 139	370 920	0	2 814 809
Acheminement intrants TDM FL	22 202	16 841	17 081	8 560	0	64 685
Mobilisation sociale TDM FL	232 022	178 891	178 507	89 459	0	678 878
Micro planification TDM FL	47 801	34 292	32 213	16 626	0	130 932
Formation des formateurs TDM FL	400 918	287 615	270 184	139 450	0	1 098 166
Formation des chirurgiens pour cure Hydrocèle	42 648	42 648	42 648	42 648	42 648	213 240
Célébration de la journée mondiale contre la Rage	3 417	3 417	3 417	3 417	3 417	17 086
Appuyer les districts en carburant pour la stratégie mobile de vaccination	1 531	1 531	1 531	1 531	1 531	7 656

Annexe 13 - Tableau 36. Coûts des sous-activités/Suite

Sous-activité	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL
Formation des responsables CTAR	19 394	19 394	19 394	19 394	19 394	96 968
Mettre en place 5 CTAR	4 605	4 605	4 605	4 605	4 605	23 024
Cartographie national téniose cysticercose dans 57 districts	0	219 645	219 645	0	0	439 290
Atelier d'élaboration des modules de formation lymphœdème	323	0	0	0	0	323
Assurer l'approvisionnement en antibiotiques pour le traitement, la prophylaxie et prévention des infection de la peste	55 362	55 362	55 362	55 362	55 362	276 812
Assurer le fonctionnement de la Division de Lutte contre la Peste	2 250	2 250	2 250	2 250	2 250	11 250
Appuyer les EMAD à la LAV/LAR en matière de Peste	95 692	95 692	95 692	95 692	95 692	478 458
Former des prestataires de soins publiques et privés en matière de prise en charge des cas de Peste	2 092	2 092	0	0	0	4 183
Enquête de couverture du TDM 11 districts intégrée	72 771	0	72 771	0	72 771	218 312
Poursuivre les activités MTN en collaboration avec le ministère de l'Éducation (AMM-SCH/HTS et recartographie FL)	5 324	5 277	5 230	5 183	5 183	26 196
Atelier d'évaluation finale de la PDMTN (2027)	0	0	0	0	9 416	9 416
Assurer le suivi évaluation des activités de prise en charge du lymphœdème	0	0	69 201	33 552	16 776	119 528