

**Evaluation de la couverture géographique et thérapeutique de
base des Maladies Tropicales Négligées (MTN) et l'actualisation
des sites sentinelles de lutte contre la Bilharziose dans la zone
d'intervention du PGIRE**

RAPPORT GLOBAL

Décembre 2016

Présenté par Professeur Babacar FAYE

Liste des abréviations

BFS : Bassin du Fleuve Sénégal

MTN : Maladies Tropicales Négligées

FL : Filariose Lymphatique

OMVS : organisation pour la Mise en Valeur du Fleuve Sénégal

PGIRE : Programme de Gestion Intégrée des Ressources en Eau

Sh : *Schistosoma haematobium*

Sm : *Schistosoma mansoni*

CHANCE : Chirurgie, Antibiothérapie, Nettoyage visage, Changement
Environnement

Table des matières

Introduction.....	1
Première partie.....	3
I. Contexte et justification de la mission.....	4
II. Objectifs et résultats attendus.....	7
II.1. Objectifs généraux.....	7
II.2. Objectifs spécifiques.....	7
II.3. Résultats attendus.....	8
Deuxième partie.....	9
I. Présentation des pays.....	10
Troisième partie.....	22
I. Déroulement de la mission.....	23
II. Etat des lieux des MTN dans les pays du BFS.....	26
II.1. Cartographie des Bilharzioses	26
II.2. Géohelminthiases.....	29
II.3. Filariose Lymphatique.....	33
II.4. Onchocercose.....	36
II.5. Trachome.....	39
II.6. Couvertures thérapeutiques des TDM contre les Bilharzioses et les géohelminthiases.....	42
II.7. Couvertures thérapeutiques des TDM contre la FL.....	43
II.8. Couvertures thérapeutiques des TDM contre l'Onchocercose.....	43
II.9. Couvertures thérapeutiques des TDM contre le Trachome....	44
III. Sites sentinelles de surveillance de la lutte contre les Bilharzioses...	44
IV. partenaires impliqués dans la lutte contre les MTN.....	49
V. Analyses et recommandations.....	51
Conclusion.....	66
Bibliographie.....	68
Annexes.....	70

Introduction

Les maladies tropicales négligées (MTN) sont un groupe de maladies transmissibles qui sévissent dans les pays pauvres. Plus d'un milliard de personnes sont affectées par une ou plusieurs maladies tropicales négligées dans le monde, et la région africaine de l'OMS supporte près de la moitié de cette charge de morbidité mondiale. Selon des estimations récentes, la charge que représentent les MTN dans le monde serait au moins aussi élevée que celle du paludisme ou de la tuberculose. Tous les pays de la région du Bassin du Fleuve Sénégal (BFS) sont endémiques pour au moins une de ces MTN et au moins 5 MTN sont co endémiques dans trois pays sur quatre, perpétuant la pauvreté, en particulier dans les communautés les plus démunies, et entravant le développement socioéconomique.

Les efforts visant l'élimination des MTN s'intensifient. Suite à l'adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé de résolutions sur les MTN, les ministres de la Santé des États Membres de la Région africaine ont exprimé leur engagement à porter à l'échelle les interventions de lutte contre les MTN (OMS Afro 2013). Les engagements mondiaux en faveur du contrôle des MTN ont abouti, en janvier 2012, à la publication par l'Organisation mondiale de la Santé du document intitulé : «Agir plus vite pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées : feuille de route pour la mise en œuvre». En juin 2012, l'Appel à l'Action urgent d'Accra contre les MTN a exhorté toutes les parties prenantes à accélérer les efforts pour éliminer les MTN ciblées dans la Région africaine (WHO 2012).

Des progrès non négligeables ont été réalisés dans la mise en œuvre de stratégies de lutte contre les MTN et dans le renforcement de la capacité des programmes nationaux de lutte contre les MTN dans la Région africaine. Ces progrès ont rendu possible le contrôle voire l'élimination de certaines MTN, notamment la schistosomiase et les géohelminthiases, la filariose lymphatique et

l'onchocercose par une chimiothérapie préventive périodique. Ainsi, selon le Plan stratégique pour la lutte contre les maladies tropicales négligées dans la Région africaine 2014-2020, ces maladies devront être éliminées d'ici 2020.

Première partie

I. Contexte et justification de la mission

Le bassin du fleuve Sénégal est situé dans la partie Ouest de l'Afrique. Il est partagé par quatre pays à savoir la Guinée, le Mali, la Mauritanie et le Sénégal. La population du bassin du fleuve Sénégal estimée à environ 9 000 000 de personnes, dont 85% vivent à proximité du fleuve. Le bassin du fleuve Sénégal est drainé par un fleuve long de 1800 km; le deuxième plus long de cette région de l'Afrique. Il est divisé en trois grandes régions: le haut bassin, qui est montagneux, la vallée, et le delta, région d'une grande diversité biologique et qui abrite des zones humides. Les conditions topographiques, hydrographiques et climatologiques sont fort différentes entre ces régions, et connaissent de grands écarts de températures entre les saisons.



Figure 1 : carte du bassin du fleuve Sénégal

Source : http://www.pseau.org/gif/couv_ae_adour_garonne_un_exemple_de_cooperation_le_fleuve_senegal_2012.jpg.

Bien que l'agriculture constitue la principale activité du bassin, l'agriculture irriguée connaît une expansion fulgurante aussitôt après la mise en eau des barrages de Diama et Manantali (1986-1988). La pêche est sans doute l'activité économique la plus importante du bassin après l'agriculture, en

particulier pour les populations qui vivent à proximité du fleuve dans la vallée et le delta. L'élevage a également toujours été une activité économique majeure dans le bassin. Grâce à la capacité de charge assez élevée des pâturages au niveau des plateaux herbeux et des plaines d'inondations, les populations riveraines et plus lointaines pratiquent la transhumance et font de l'élevage extensif de bovins, caprins, et ovins.

Le régime d'écoulement du fleuve dépend essentiellement des pluies qui tombent dans le haut bassin en Guinée (environ 2000 mm/an). Dans la vallée et le delta, la pluviométrie est généralement faible et dépasse rarement 500 mm/an. La sécheresse des années 1970 a rendu cette situation encore plus difficile.

L'Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal (OMVS) a été mise en place en 1972 par trois des quatre Etats riverains (le Mali, la Mauritanie et le Sénégal) avec le mandat de «réaliser l'autosuffisance alimentaire des populations du bassin, d'améliorer leurs revenus, de préserver les équilibres écosystémiques, d'accélérer le développement économiques et de réduire sa vulnérabilité aux aléas climatiques». C'est dans ce cadre qu'elle avait procédé, dans les années 80, à la construction et la mise en service des barrages de Diama (1986) et Manantali (1988) sur le fleuve Sénégal, afin de promouvoir le développement des cultures irriguées (le riz en particulier) à l'échelle du bassin du fleuve Sénégal. En 2006, la Guinée a rejoint officiellement l'organisation.

Face au spectre de la désertification qui plane dans cette région sahélienne, ces ouvrages sont considérés comme le seul espoir d'avenir d'un pays que l'on craint de voir abandonné par ses habitants. En effet, l'impact de ces barrages sur les niveaux d'étiage est incontestable car les cotes qui passaient en dessous du niveau de la mer en période de faible hydraulité (en 1983/84) se maintiennent actuellement à un niveau supérieur à 1 m.

Les maladies hydriques associées aux grandes infrastructures hydrauliques ont encore des prévalences affectant négativement la santé et la productivité économique de la population du Bassin du fleuve Sénégal. La cartographie épidémiologique effectuée dans les pays membres de l'OMVS montre que la bilharziose, les géohelminthiases, le trachome, la filariose lymphatique et l'onchocercose touchent la quasi-totalité des régions des pays situés le long du bassin du fleuve Sénégal.

Face à la situation endémique des MTN dans le bassin du fleuve Sénégal, l'OMVS avec le financement de la Banque Mondiale a mis en place, dans le cadre de la première phase du Projet de Gestion Intégrée des Ressources en Eau (PGIRE), des actions de lutte contre la bilharziose et les géohelminthiases de 2008 à 2013.

Pour la deuxième phase du PGIRE, en cours de démarrage depuis juin 2014, et sur demande des Etats membres, il a été retenu d'étendre les activités de lutte contre les MTN pour prendre en compte toutes les cinq (5) MTN endémiques à chimio prévention dans le BFS. Les activités retenues pour la lutte contre ces MTN concernent l'organisation des campagnes intégrées de distribution des médicaments, la promotion de la santé communautaire à travers l'information, l'éducation et la communication, avec un accent particulier sur les mesures préventives, la mobilisation sociale, en appui aux campagnes de distribution de masse, le renforcement des capacités des acteurs, de la coordination et la collaboration transfrontalière.

Avant la mise en œuvre de ces activités et dans un souci d'assurer un meilleur suivi de leur impact, l'OMVS/PGIRE souhaite **une évaluation de la couverture géographique et thérapeutique de base de ces MTN** et l'actualisation des sites sentinelles de lutte contre la bilharziose identifiés lors de la première phase du PGIRE sur la base des données disponibles au niveau des Etats membres.

II. Objectifs et résultats attendus

II.1. Objectifs généraux

Il s'agissait :

- de réviser la répartition géographique (cartographie) de base des MTN dans la zone d'intervention du PGIRE II en calculant la couverture thérapeutique (Proportion, exprimée en pourcentage, des individus d'une population cible qui ont ingéré un médicament ou plusieurs médicaments lors des campagnes de traitement de masse) et la couverture géographique de base des MTN dans la zone d'intervention du PGIRE II ;
- D'actualiser les sites sentinelles pour le suivi d'impact des activités de lutte contre la bilharziose, dans la zone d'intervention du PGIRE II ;
- De proposer, sur la base des directives de l'OMS et la politique sanitaires des états membres, un plan pour le suivi d'impact au niveau de ces sites sentinelles (variables, modalités de collecte, fréquence...)

II.2. Objectifs spécifiques

Pour les Cinq MTN concernées au niveau de la zone d'intervention du PGIRE II, il s'agissait de :

- Réactualiser la répartition de chaque MTN afin d'orienter les traitements de masse dans la zone d'intervention du PGIRE II;
- Proposer, sur la base des directives de l'OMS, les stratégies (algorithmes) appropriées pour le traitement de masse intégré contre ces MTN ;
- Calculer la couverture thérapeutique et géographique de chaque maladie sur la base des données disponibles dans les pays;
- Identifier les partenaires impliqués dans la lutte contre les MTN, leurs domaines d'intervention et les actions prévues en parallèle avec les activités du PGIRE II ;

Spécifiquement pour la bilharziose :

- D'actualiser les sites sentinelles retenus en PGIRE I pour le suivi d'impact des activités de lutte contre la bilharziose dans la zone d'intervention du PGIREII ;
- D'élaborer un protocole permettant un meilleur suivi d'impact des activités de lutte contre la bilharziose au niveau des sites sentinelles (variables à collecter, fréquence de collecte, indicateurs de suivi, ...).

II.3. Résultats attendus

- Les couvertures géographiques et thérapeutiques de base des 5 MTN dans la zone d'intervention du PGIRE II sont évaluées ;
- Des sites sentinelles sont identifiés pour le suivi d'impact des activités de lutte contre la bilharziose dans la zone d'intervention du PGIRE II ;
- Des informations détaillées sur les partenaires impliqués dans la lutte contre les MTN, leurs domaines d'intervention et les actions prévues en parallèle avec les activités du PGIRE II au niveau de chaque pays ;
- Un protocole permettant un meilleur suivi d'impact des activités de lutte contre les MTN avec un accent particulier sur la schistosomiase au niveau des sites sentinelles (variables à collecter, fréquence de collecte, indicateurs de suivi, ...) est élaboré.

Deuxième partie

Présentation des pays

I. Présentation de la Guinée

Pays côtier, la Guinée est limitée à l'ouest par la Guinée Bissau et l'Océan Atlantique, au nord par le Sénégal et le Mali, à l'est par la Côte d'Ivoire et au sud par la Sierra Léone et le Libéria. Elle couvre une superficie de 245 857 Km². Du point de vue géo-écologique, la Guinée est subdivisée en quatre régions naturelles assez bien distinctes et homogènes.

- La Basse Guinée ou Guinée maritime constitue le bassin alluvionnaire des rivières côtières. Située dans la partie ouest du pays, elle est large de 150 km et s'étale le long de l'Océan Atlantique sur environ 300 Km de côte. Elle couvre près de 44 000 Km². Son climat est influencé par la mousson alizé maritime qui apporte d'abondantes précipitations sur la côte. La pluviométrie moyenne est partout supérieure à 1 800 mm, atteignant quelque fois 3 000 mm à Conakry. Les températures sont constamment élevées tout au long de l'année. La région est arrosée par de nombreux cours d'eau issus des versants occidentaux des massifs foutaniens. Ces cours irriguent de larges plaines propices à la culture du riz et offrent d'importantes potentialités énergétiques en amont. À cause de l'abondance des précipitations, la Basse Guinée est le domaine par excellence des cultures vivrières et des cultures de rentes (banane, ananas et palmier à huile). La proximité de l'Océan Atlantique favorise la pêche artisanale et l'aménagement de grands ports commerciaux et miniers et de nombreux débarcadères tout au long de la côte. Les énormes atouts de développement dont dispose cette région sont cependant très peu exploités.

- La Moyenne Guinée ou Fouta Djallon est une région de plateaux et de montagnes. Du fait que de nombreux cours d'eau y prennent leur source, cette région est appelée « Château d'eau de l'Afrique de l'Ouest ». Le climat tropical y est modifié en micro climat de montagne. Les précipitations y sont très peu abondantes. C'est une zone de pâturage, d'agrumes et de cultures potagères. À

cause de son relief montagneux et de l'ampleur de la dégradation de son écosystème, la Moyenne Guinée est la région la plus pauvre du point de vue agricole.

- La Haute Guinée est une région de savanes et de plateaux. Le Niger et ses affluents y ont entaillés des plaines humides en terrasses très favorables à la riziculture inondée. Du point de vue du climat, c'est la région la plus aride de la Guinée. Les précipitations varient entre 1 200 et 1 800 mm par an. La saison sèche dure de 7 à 8 mois et les températures moyennes y sont relativement élevées pendant presque toute l'année. Malgré l'existence de vastes plaines fluviales favorables à la culture du riz, la Haute Guinée n'a pas une agriculture prospère à cause d'épisodes fréquents de sécheresse. Elle est, par contre, une zone privilégiée de pêche fluviale et favorable à l'élevage.

- La Guinée Forestière doit son nom à la forêt humide qui couvrait la majeure partie de son territoire. Cette forêt a été progressivement détruite au fil du temps. On ne la retrouve plus que sous forme d'îlots sur les sommets montagneux et le long des cours d'eau. Son climat est de type subéquatorial avec des précipitations abondantes et quasi régulières tout au long de l'année (environ 8 à 9 mois). La pluviométrie moyenne annuelle varie entre 1 800 et 2 300 mm. La température est douce tout le long de l'année et oscille autour de 25° C. La forêt dense et humide favorise la formation et la conservation des sols relativement épais, mais très sensible à l'érosion à cause du relief. Cette région est le domaine des cultures vivrières et des cultures industrielles (café, thé, cacao, palmier à huile hévéa etc.). La Guinée Forestière est une zone privilégiée de l'exploitation du bois [EDS 2012].

Le dernier recensement en 2014 estimée la population guinéenne à 10 523 261 habitants.

I.1.Régions du Bassin du Fleuve Sénégal

Quatre régions guinéennes sont localisées au niveau du BFS. Il s'agit de la région de Mamou qui comporte 3 districts sanitaires, la région de Labé qui compte 4 districts sanitaires, la région de Faranah qui compte 2 districts sanitaires et la région de Kankan avec un district sanitaire

I.1.1. Liste des districts sanitaires de la région de Mamou

1. DS de Mamou
2. DS de Dalaba
3. DS de Pita

Selon les données du troisième Recensement Général de la Population (RGP), la population de cette région était estimée à 480 511 habitants soit 4.5% de la population guinéenne.

I.1.2. Liste des districts sanitaires de la région de Labé

1. DS de Labé
2. DS de Mali
3. DS de Tougué
4. DS de Koubia

Selon les données du quatrième Recensement Général de la Population de 2014 (RGPH), la population de cette région était estimée à 831 389 habitants soit 7.9% de la population générale.

I.1.3. Liste des districts sanitaires de la région de Faranah

1. DS de Dinguiraye
2. DS de Dabola

La population de cette région est estimée à 377 606 habitants soit 3.5% de la population générale.

II.4. Liste des districts sanitaires de la région de Kankan

1. DS de Siguiri

La population de ce district est estimée à 687 002 habitants soit 6.5% de la population générale

Au total, la population de ces quatre régions du BFS en Guinée était estimée en 2014 à 2 376 508 représentant 22.5% de la population générale.

II. Présentation de la Mauritanie

La Mauritanie est limitée à l'ouest par l'Océan Atlantique, au sud par le Sénégal, à l'est et au sud-est par le Mali, au nord par l'Algérie et au nord-ouest par le Sahara occidental. La Mauritanie est par excellence le pays le plus aride du Sahel et le plus vaste, désertique à plus de 75%, avec une superficie de 1 030 700 km².

Le pays est divisé en quatre grandes zones écologiques :

- La zone aride qui est la plus vaste entité écologique du pays. Elle représente 80 % du territoire national, soit 810000 km²

- La zone sahéenne : elle correspond à la bande sylvopastorale. Elle renferme la partie comprise entre la limite sud de la zone aride et la limite nord de la zone du fleuve avec 175000 Km², soit 17 % de la superficie nationale

- La zone du fleuve : elle est celle où l'eau et la végétation constituent des ressources favorables aux développements des activités agro-sylvo-pastorales. Avec 22000 km², soit 2 % de la superficie totale du pays, la zone du fleuve englobe les régions (Wilayas) regroupant des Moughataas ou (districts) longeant le fleuve Sénégal. Il s'agit de la région du Trarza qui comprend les moughataas de Rosso, Keur-Macène et la partie Sud de R'ki ; la région du

Brakna avec les moughataas de Boghé, Bababé et Mbagne ; la région du Gorgol, avec les moughataas de Kaédi, Mbout et Maghama et la région de Guidimakha qui comprend les moughataas de Sélibabi et Ould Yeng.

- La façade maritime : il s'agit la zone du littoral qui va de Nouadhibou au rivage du fleuve Sénégal, couvrant une longueur d'environ 750 km et une étendue de 50 km de profondeur moyenne, soit environ 1% du territoire national.

L'économie mauritanienne repose essentiellement sur les ressources potentielles des différents sous-secteurs :

- Les ressources du sol (agriculture, élevage, forêt) dont la valorisation est fortement entravée par des très dures contraintes climatiques.

- Les ressources de la mer sont très importantes en ce qui concerne les stocks halieutiques et les espèces d'intérêt économique (poissons pélagiques, poissons de fond) de par les dimensions du plateau continental. La mise en valeur de ce dernier n'a été prise en charge par les mauritaniens que très récemment, avec déjà des résultats prometteurs. Les stocks permisibles sont de 1 200 000 tonnes pour les poissons pélagiques et de 50 000 tonnes pour les poissons de fond.

- Les ressources du sous-sol, principalement minières, constituent les principales exportations mauritaniennes. Ces ressources sont sujettes aux fluctuations des cours monétaires mondiaux.

Selon les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2013, la population résidente de la Mauritanie s'élevait à 3 387 886 habitants dont 50.7% de femmes et 49.3 % d'hommes avec un taux d'accroissement estimé à 2.4 % [EDS Mauritanie 2000- 2001].

Dans le domaine sanitaire, on note la persistance de certaines maladies infectieuses et parasitaires. Leur impact est aggravé par le taux élevé de malnutrition et une émergence considérable de maladies non transmissibles.

La construction et la réfection de nombreux postes et centres de santé ont permis une croissance rapide du taux d'accessibilité à des structures sanitaires.

L'accès à l'eau potable demeure aussi un problème crucial, seul 19,1% de la population disposait d'un raccordement au début du second millénaire en Mauritanie. Si les zones rurales sont plus démunies en terme d'infrastructures de services sociaux de base, il va s'en dire que les zones urbaines également concentrent d'importantes poches de pauvreté, surtout dans les quartiers d'habitat précaire. Les conditions d'hygiène y sont très mauvaises et un tiers des habitants ne disposent pas d'un accès direct à l'eau potable.

II.1. Régions du Bassin du Fleuve Sénégal en Mauritanie

Quatre régions mauritaniennes sont localisées au niveau du BFS. De la région du Trarza, de la région de Brakna, de la région de Gorgol et de la région de Guidimakha. Ces régions regroupent 17 districts sanitaires.

II.1.1. Liste des districts sanitaires de la région de Trarza

1. DS de Rosso
2. DS de Keur Macen
3. DS de Oua Naga
4. DS de Boutilimit
5. DS de Mederdra

Selon les données du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) en 2013, la population de cette région était estimée à 139 754 habitants soit 4.1% de la population du pays.

II.1.2. Liste des districts sanitaires de la région de Brakna

1. DS de Boghé
2. Le DS de Aleg
3. Le DS de Bababé
4. Le DS de Mbagne
5. Le DS de Moktar Lahjar

Selon les données du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2013(RGPH), la population de cette région était estimée à 336 207 habitants et représentant 9.9% de population mauritanienne.

II.1.3. Liste des districts sanitaires de la région de Gorgol

1. Le DS de Kaedi
2. Le DS de Maghama
3. Le DS de Monguel
4. Le DS de Mbout

La population de cette région était estimée à 330 362habitants et représentant 9.7% de population du pays.

II.1.4. Liste des districts sanitaires de la région de Guidimakha

1. Le DS de Selibaby
2. Le DS de OuldYeng

La population de ces deux districts était estimée à 241 882 habitants soit 7.7% de la population totale de la Mauritanie.

La population globale au niveau des 4 régions du BFS était estimée à 1 048 205 habitants soit 30.9% de la population mauritanienne.

III. Présentation du Mali

La République du Mali, pays continental par excellence, couvre une superficie d'environ 1 241 248 kilomètres carrés. Elle partage près de 7 200 km de frontières avec sept pays : au nord, avec l'Algérie ; à l'est, avec le Niger, au sud-est avec le Burkina Faso ; au sud, avec la Côte d'Ivoire et la Guinée et, à l'ouest, avec la Mauritanie et le Sénégal. Le relief est peu élevé et peu accidenté ; c'est un pays de plaines et de bas plateaux. L'altitude moyenne est de 500 mètres. Le régime hydrographique, tributaire de la configuration géographique s'étendant entre les 11° et 25° de latitude nord, du relief et du climat, est essentiellement constitué par les bassins du Haut Sénégal et du Niger. Deux fleuves traversent le Mali : le fleuve Niger et le fleuve Sénégal. Le réseau hydrographique dessert surtout le sud du pays. La partie septentrionale de cette zone est arrosée par le fleuve Sénégal et ses affluents, la partie orientale par le fleuve Niger et ses constituants. Le régime de l'ensemble de ce réseau est tropical : hautes eaux en période d'hivernage et basses eaux en saison sèche. Ainsi, du sud au nord, un quart du territoire est situé dans la zone soudano guinéenne, 50 % dans la zone sahélienne et 25 % dans le désert saharien. Le climat est sec avec une saison sèche et une saison des pluies, cette dernière durant, en moyenne, 5 mois au sud et moins d'un mois au nord. Le niveau des précipitations s'établit entre 1 300 mm à 1 500 mm au sud tandis que la moyenne est de l'ordre de 200 mm au nord. Ce climat se caractérise par quatre zones ; le delta intérieur du Niger se caractérise par les quatre zones suivantes :

- la zone sud soudano guinéenne : environ 6 % du territoire national, dans l'extrême sud. Les précipitations sont comprises entre 1 300 et 1 500 mm d'eau par an.
- la zone nord-soudanienne, avec 1 300 à 700 mm/an d'eau. Cette zone couvre environ 18 % du territoire.
- la zone sahélienne : le niveau des précipitations se situe entre 200 et 700 mm d'eau par an.
- la zone saharienne : les précipitations deviennent irrégulières et au fur et à mesure qu'on s'éloigne des abords du fleuve Niger et qu'on avance dans le Sahara, elles deviennent aléatoires et inférieures à 200 mm/an.

- le delta intérieur du Niger : c'est une véritable mer intérieure. Cette nappe d'inondation est au cœur même du Sahel. Le delta, avec ses 300 km de long sur 100 km de large, joue un rôle régulateur dans le climat de la région.

Selon les données du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidente du Mali s'élevait à 14 528 662 habitants en avril 2009 dont 51 % de femmes et 49 % d'hommes. Le taux d'accroissement intercensitaire était estimé à 3,6 %. En 2012, la population était estimée à 16 319 000 habitants [EDS]

III.1. Régions du Bassin du Fleuve Sénégal

Deux régions maliennes sont localisées au niveau du BFS. Il s'agit de la région de Kayes qui comporte 9 districts sanitaires et la région de Koulikoro qui compte 6 districts sanitaires

III.1.1. Liste des districts sanitaires de la région de Kayes

1. DS de Kayes
2. DS de Bafoulabe
3. DS de Diema
4. DS de Kéniéba
5. DS de Kita
6. DS de Nioro
7. DS de Yélimané
8. DS de Oussibidiagna
9. DS de Sagabari
10. DS de Séféto

Les DS sanitaires de Sagabari et Séféto ont été nouvellement créés à partir du DS de Oussibidiagna.

Selon les données du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population de cette région était estimée à 1 991 499 habitants.

III.1.2. Liste des districts sanitaires de la région de Koulikoro

1. DS de Koulikoro
2. DS de Kati
3. DS de Kalabancoro
4. DS de Kangaba
5. DS de Ouéléssébougou
6. DS de kolokani
7. DS de Nara
8. DS de Fana
9. DS de Dioila

Selon les données du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2009 (RGPH), la population de cette région (hors le district de Bamako) était estimée à 2 419 336 habitants et représentaient 30.3% de population du Mali. En 2015, la population de ces deux régions était estimée à 5 415 999 habitants (y compris district de Bamako).

IV. Présentation du Sénégal

Le Sénégal se situe sur la pointe extrême occidentale du continent africain entre 12,5° et 16,5° de latitude nord et 12° et 17° de longitude ouest. Sa pointe Ouest (Pointe des Almadies à Dakar est la plus occidentale de toute l'Afrique Continentale. Le pays est bordé à l'ouest par 700 km de côtes sur l'océan Atlantique. Les Etats limitrophes du nord au sud sont : la Mauritanie, le Mali, la Guinée, la Guinée Bissau. Enclavée dans la partie sud, la Gambie a une ouverture sur l'océan.

Il est à cheval sur le domaine sahélien au nord, soudanien au centre, et sub-guinéen au sud avec à l'ouest une côte maritime longue de plus de 700 km. Cette situation détermine des conditions favorables à une diversification des

écosystèmes et des espèces. Le climat est soudano-sahélien avec alternance d'une saison sèche allant de novembre à mai et une saison pluvieuse de juin à octobre, plus longue au sud du pays où les précipitations annuelles sont les plus importantes, avec une moyenne de 1400 mm. Ces précipitations diminuent considérablement au Nord avec moins de 381 mm. Elles déterminent ainsi trois zones climatiques que sont la zone forestière au sud, la savane arborée au centre, la zone de steppe semi désertique au nord. La baisse de la pluviométrie et la salinisation des terres, alliées aux actions anthropiques (déforestation, agriculture, minière, etc.) font qu'un tiers de la superficie du pays se trouve à un stade pré-désertique.

Le réseau hydrographique comprend trois grands fleuves que sont le Sénégal, la Casamance, la Gambie et des affluents auxquels s'ajoutent quelques cours d'eau temporaires. La zone du fleuve Sénégal est partagée en bassins et deltas, siège d'importants barrages et aménagements hydroagricoles. En période d'hivernage, se créent des mares et marigots qui constituent la principale source d'approvisionnement en eau dans certaines localités où l'accès à l'eau potable constitue un véritable problème.

Le pays compte 14 régions administratives. Selon les données du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population du Sénégal en 2013 est de 13 508 715 habitants dont 6 735 421 hommes et 6 773 294 femmes. Le Taux d'Accroissement naturel était estimé à 3,5 % [EDS]. Cette population est ainsi estimée en 2016 à 14 799 859 habitants et est inégalement répartie entre les régions. Les effectifs de population les plus élevés se retrouvent dans les régions de Dakar, Thiès et Diourbel.

En milieu rural, le taux d'accès à l'eau potable est de 86,6 % en 2014 et le taux d'assainissement amélioré est de 37% (Source : Revue Sectorielle conjointe PEPAM 2016) mais il persiste des disparités énormes et des défis à relever dans ce domaine.

IV.1. Régions du Bassin du Fleuve Sénégal

Cinq régions Sénégalaises sont localisées au niveau du BFS. Il s'agit des régions de Saint-Louis, Louga, Matam, Tambacounda et de Kédougou. Sur le plan sanitaire, ces régions sont divisées en 27 districts sanitaires dont 24 qui appartiennent au BFS. Cette région enregistre en 2016 une population de 3 062 491 habitants soit 20% de la population totale du pays.

Troisième partie

I. Déroulement de la mission

I.1. Au niveau régional

Une revue documentaire a été faite avec l'expert santé du PGIRE sur les études antérieures concernant les MTN, les rapports sur les traitements de masse. Concernant les facilités administratives, il a été demandé à l'OMVS /PGIRE de produire une lettre d'introduction auprès de la cellule locale pour permettre à l'expert de réaliser la mission au niveau du pays.

I.2. Au niveau de la Guinée

Du 8 au 12 Août 2016, le consultant s'est rendu à Conakry (Guinée) dans le cadre de la mission sur l'évaluation de la couverture géographique et thérapeutique de base des MTN et l'actualisation des sites sentinelles de lutte contre les bilharzioses dans la zone d'intervention du PGIRE.

A son arrivée, le consultant s'est rendu le premier jour au niveau de la cellule OMVS de Conakry où il a pu tenir une séance travail avec le coordonnateur de la cellule et le point focal MTN.

Au cours de cette séance, le consultant a exposé les objectifs de la mission, les résultats attendus et la liste des personnes ressources à rencontrer. Il s'agissait du Directeur de lutte contre la maladie du Ministère de la Santé, du point focal MTN et des différents coordonnateurs des programmes de lutte contre la Schistosomiase et les Géohelminthiases, le trachome, l'Onchocercose et la filariose lymphatique.

Des rendez-vous avaient déjà été pris par le point focal MTN de la cellule.

Le même jour, le consultant a rencontré le Directeur de la lutte contre la maladie de la Guinée puis le point focal MTN de la Guinée et le coordonnateur du programme de lutte contre la bilharziose et les géohelminthiases pour un premier atelier de travail.

I.3. Au niveau du Mali

Du 2 au 8 Août 2016, le consultant s'est rendu à Bamako (Mali) dans le cadre de la mission sur l'évaluation de la couverture géographique et thérapeutique de base des MTN et l'actualisation des sites sentinelles de lutte contre les bilharzioses dans la zone d'intervention du PGIRE.

A son arrivée, le consultant s'est rendu au niveau de la cellule OMVS de Bamako où il a pu tenir une séance travail avec le coordonnateur de la cellule et le point focal MTN.

Au cours de cette séance, le consultant a exposé les objectifs de la mission, les résultats attendus et la liste des personnes ressources à rencontrer. Il s'agissait du Directeur de lutte contre la maladie du Ministère de la Santé, du point focal MTN et des différents coordonnateurs des programmes de lutte contre la Schistosomiase et les Géohelminthiases, le trachome, l'Onchocercose et la filariose lymphatique.

Des rendez-vous avaient déjà été pris par le point focal MTN de la cellule.

Au cours des jours suivants, le consultant a rencontré le Directeur de la lutte contre la maladie du Mali puis a organisé un atelier avec l'ensemble des coordonnateurs de programme.

Ensuite des séances individuelles de travail ont été réalisées avec chaque programme pour collecter les informations sur les MTN au Mali.

A la fin de la mission, une réunion de validation des données collectées a été tenue et un compte rendu a été fait au DLM.

Ensuite des séances individuelles de travail ont été réalisées avec chaque programme pour collecter les informations sur les MTN en Guinée.

I.4. Au niveau de la Mauritanie

Du 26 au 30 Septembre 2016, le consultant s'est rendu à Nouakchott (Mauritanie) dans le cadre de la mission sur l'évaluation de la couverture géographique et thérapeutique de base des MTN et l'actualisation des sites sentinelles de lutte contre les bilharzioses dans la zone d'intervention du PGIRE.

A son arrivée, le consultant s'est rendu au niveau de la cellule OMVS de Nouakchott où il a pu rencontrer de coordonnateur de la cellule.

Ensuite, le consultant s'est rendu au Ministère de la santé où il a pu rencontrer le Directeur de la Lutte contre la Maladie (DLM) en présence du point focal MTN.

Au cours de cette séance, le consultant a exposé les objectifs de la mission ainsi les résultats attendus.

Les jours suivants, des séances de travail ont été organisées avec le point focal MTN pour la collecte de données.

I.5. Au niveau du Sénégal

Le consultant s'est rendu au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale dans le cadre de cette mission. A son arrivée, il a tenu une séance travail avec la Directrice de la Lutte contre la Maladie au cours de laquelle il a exposé les objectifs, les résultats attendus et la liste des personnes ressources à rencontrer. Des rendez-vous ont été pris les jours suivants avec le point focal MTN et le coordonnateur du Programme National de Promotion de la Santé Oculaire (PNPSO). A la fin de la mission, une réunion de validation des données collectées a été tenue et un compte rendu a été fait à la DLM.

II. Etat des lieux des MTN au niveau des pays du BFS

II.1. Cartographie des Bilharzioses

II.1.1. Guinée

Les dernières cartographies concernant la bilharziose au niveau des régions du bassin du fleuve Sénégal ont été réalisées en 2010 et 2014 selon les régions. Les résultats sont présentés au niveau du tableau I.

Tableau I : Cartographie des bilharzioses au niveau des districts du BFS en Guinée

Régions	Districts sanitaires	Année de l'enquête	Population de l'année d'enquête	Schistosomase urinaire et intestinale
Mamou	Mamou	2010	284 727	43,33%
	Dalaba	2014	133 677	0,4%
	Pita	2014	278 530	0%
Labé	Labé	2010	284 809	2,33%
	Mali	2014	288 001	7,6%
	Tougué	2014	124 280	0%
	Koubia	2014	100 170	11,6%
Farana	Dinguiraye	2014	196 469	50,4%
	Dabola	2010	161 755	3%
Kankan	Siguiri	2014	687 002	49,2%

II.1.2. Mali

Les dernières cartographies concernant la bilharziose au niveau des régions du BFS au Mali ont été réalisées entre 2005 et 2016. Les résultats sont présentés au niveau du tableau II.

Tableau II : Cartographie des bilharzioses au niveau des districts du BFS au Mali

Districts sanitaires	Année dernière cartographie	Schistosomase urinaire	Schistosmiase intestinale
Kayes	2014	48,35	0
Bafoulabe	2014	83,60	0
Diema	2014	78,35	0
Kenieba	2016	77,69	0,83
Kita	2005	24,14	7,45
Nioro	2016	48,41	0
Yelimane	2016	3,28	0
Oussibidiagna	2016	24,86	0
Sagabari	2005	24,14	7,45
Sefeto	2005	24,14	7,45
Koulikoro	2016	6,40	0
Banamba	2016	41,27	0
Kangaba	2014	1,60	0
Kati	2005	11,9	0
Kolokani	2005	8,33	0
Nara	2014	4,06	0
Kalabancoro	2014	10,85	0

II.1.3. Mauritanie

La dernière cartographie concernant la bilharziose au niveau des régions du bassin du fleuve Sénégal en Mauritanie a été réalisée en 2012. Les résultats sont présentés au niveau du tableau III.

Tableau III : Cartographie de la bilharziose urinaire au niveau des districts du BFS en Mauritanie en 2012

Régions	Districts	(Sites sentinelles)	Prévalence (%)	
			<i>S.haematobium</i>	<i>S. mansoni</i>
Trarza	Rosso	Village Pêcheur Houda	25,8	1.6%
		Tounguenne	33,9	6.4%
		PK6	41,5	15.8%
		Bagdad	77,0	13.1%
		Breen	71,7	8.3%
Brakna	Boghé	Thiènel	37,1	1,7%
		Touldé	17,7	0%
		Bakaw	82,0	0%
		Thidé	6,4	0%
		Sarandogo	11,1	0%
Guidimakha	Selibaby	Sélibaby	8,3	0%
		Gouraye	20,0	0%
		Diaguily	10,0	0%
		Ghabou	23,3	0%
		Diougontoro	56,7	0%

II.1.4. Sénégal

Les dernières cartographies concernant la bilharziose au niveau des régions du BFS ont été réalisées entre 1996 et 2013. Les résultats sont présentés au niveau du tableau IV.

Tableau IV : Cartographie de base des bilharzioses au niveau des districts du BFS

Régions	Districts sanitaires	Année d'enquête	Prévalence Schistosomiase urinaire (%)	Prévalence Schistosomiase intestinale (%)
Matam	Kanel	2009	50,94	
	Matam	2013	32,69	
	Thilogne	2009	32,69	
	Ranérou	2009	59,09	
Louga	Darou Mousty	2003	7,00	0
	Kébémér	2003	3,00	0
	Linguère	2009	47,46	0
	Dahra	2003	5,00	0
	Coki	2009	28,00	0
	Keur M Sarr	2009	28,00	0
	Sakal	2009	28,00	42,3
	Louga	2009	28,00	0
Saint Louis	Dagana	2009	37,25	23,46
	Richard Toll	2010	50,20	88,2
	Pete	2010	26,30	
	Podor	2009	61,11	
	Saint Louis	2009	25,40	0,1
Tambacounda	Bakel	2009	39,00	
	Kidira	1996	40,00	
	Goudiry	1996	50,00	
	Dianke Makha	1996	68,00	
	Koumpentoum	1996	85,00	
	Tambacounda	2010	66,30	
	Makacolibantang	1996	64,00	
Kédougou	Kédougou	2009	32,00	0
	Saraya	2009	75,00	0
	Salemata	2003	2,94	0

II.2. Cartographie des Géohelminthiases

II.2.1. Guinée

Les dernières cartographies concernant les géohelminthiases au niveau des régions du bassin du fleuve Sénégal en Guinée ont été réalisées en même temps que celles concernant les schistosomiasis.

Les résultats sont présentés au niveau du tableau V.

Tableau V : Cartographie des géohelminthiases dans les districts de BFS en Guinée

Régions	Districts sanitaires	Année d'enquête	Géohelminthiases (Année enquête)
Mamou	Mamou	2010	4,66%
	Dalaba	2014	29,14%
	Pita	2014	21,20%
Labé	Labé	2010	5%
	Mali	2014	1,60%
	Toughé	2014	0,80%
	Koubia	2014	1,20%
Farana	Dinguiraye	2014	4,40%
	Dabola	2010	3%
Kankan	Siguiro	2014	0,40%

II.2.2. Mali

Les dernières cartographies concernant les géohelminthiases au niveau des régions du bassin du fleuve Sénégal ont été réalisées entre 2005 et 2016 en même temps que celles des schistosomiasis. Les résultats sont présentés au niveau du tableau VI.

Tableau VI : Cartographie des géohelminthiases dans les districts de BFS au Mali

Districts sanitaires	Année dernière cartographie	Géohelminthiases
Kayes	2014	0
Bafoulabe	2014	0
Diema	2014	0
Kenieba	2016	0
Kita	2005	ND
Nioro	2016	0
Yelimane	2016	0,82
Oussibidiagna	2016	0
Sagabari	2005	ND
Sefeto	2005	ND
Koulikoro	2016	0
Banamba	2016	0
Kangaba	2014	0
Kati	2005	0
Kolokani	2005	0
Nara	2014	0
Kalabancoro	2014	0

II.2.3. Mauritanie

Les dernières cartographies concernant les géohelminthiases au niveau des régions du bassin du fleuve Sénégal ont été réalisées en même temps que celles des schistosomiasés en 2012. Les résultats sont présentés au niveau du tableau VII.

Tableau VII : Cartographie des géohelminthiases dans les régions de BFS en Mauritanie.

Districts	Prévalence
Rosso	1,65%
Boghé	1,3%
Sélibaby	0,7%

II.2.4. Sénégal

Les dernières cartographies concernant les géohelminthiases au niveau des régions du BFS ont été réalisées entre 2008 et 2010 en même temps que celles des schistosomiasis (Tableau VIII).

Tableau VIII: Cartographie des géohelminthiases dans les districts du BFS

Régions	Districts Sanitaires	Prévalence géohelminthiases (%)	Années d'études
Kédougou	Kédougou	0,00	2009
	Salemata	0,00	2009
	Saraya	0,00	2009
Louga	Linguère	3,70	2009
	Coki		
	Keur Momar Sarr	13,46	2009
	Sakal		
	Louga		
Matam	Kanel	0,00	2009
	Matam	3,85	2009
	Thilogne	9,27	2009
	Ranérou	0,00	2009
Saint Louis	Dagana	3,92	2009
	Richard-Toll	1,60	2010
	Pété	1,30	2010
	Podor	1,85	2009

Régions	Districts Sanitaires	Prévalence géohelminthiases (%)	Années d'études
	Saint louis	0,00	2009
Tambacounda	Bakel	0,00	2008
	Kidira	0,00	2008
	Goudiry	0,00	2008
	Dianke Makha	0,00	2008
	Koumpentoum	0,00	2008
	Tambacounda	0,00	2010
	Makacolibantang	0,00	2010

II.3. Cartographie de la Filariose Lymphatique (FL)

II.3.1. Guinée

La cartographie qui a servi de base pour ces TDM a été réalisée en 2005. En 2013 une cartographie a été réalisée le district sanitaire de Labé et Koubia. Les résultats sont décrits au niveau du tableau IX.

Tableau IX : Cartographie de la Filariose Lymphatique en Guinée en 2005 et 2013

Régions	Districts sanitaires	Population de l'année d'enquête	Année de l'enquête	Prévalence Filariose lymphatique
Mamou	Mamou	Non disponible	2005	7%
	Dalaba	Non disponible	2005	7%
	Pita	Non disponible	2005	5%
Labé	Labé	372 153	2013	0%
	Mali	Non disponible	2005	3%
	Tougué	Non disponible	2005	2%
	Koubia	129 679	2013	0%
Faranah	Dinguiraye	Non disponible	2005	13%
	Dabola	Non disponible	2005	14%
Kankan	Siguiri	Non disponible	2005	4%

II.3.2. Mali

Le Mali a réalisé deux cartographies, une première cartographie en 2004 qui a servi de base pour la mise en œuvre des stratégies de lutte et une dernière cartographie en 2015 et 2016 pour une évaluation d'impact. Les résultats de ces deux cartographies sont présentés dans le tableau X.

Tableau X : Cartographie de la Filariose Lymphatique au Mali en 2015 et 2016

Régions	Districts sanitaires	Cartographie de Base 2004	Année dernière cartographie	Filariose lymphatique
Kayes	Kaye	8,60%	2016	Données < au seuil. Analyse des données encours
	Sagabari			
	Sefeto			
	Bafoulabe			
	Oussoubidiagnan (7 aires)			
	Kenieba			
	Diema			
	Yelimane			
	nioro			
Koulikoro	Koulikoro	3,8	2015	0,47%
	Kati			0,11%
	Kalabancoro			0,11%
	Kangaba			0,47%
	Banamba			0,47%
	Ouéléssébougou			0,11%
	Kolokani			0,11%
	Nara			0,11%
	Fana			0,11%
	Dioila			0,11%

II.3.3. Mauritanie

La filariose lymphatique n'est pas endémique au niveau BFS en Mauritanie. Une enquête réalisée en 2015 avait montré une prévalence inférieure à 1% dans 13 districts sanitaires du pays dont 5 appartenaient à la zone d'intervention de

l'OMVS. Pour confirmer ces données, une nouvelle enquête est prévue en 2016 ou 2017.

II.3.4. Sénégal

La filariose lymphatique est endémique au niveau BFS. Les cartographies qui ont servi de base pour les TDM ont été réalisées en 2003, 2007 et 2010. Au total 17 districts sanitaires sur les 24 que compte le BFS sont endémiques à la filariose lymphatique. Les résultats sont présentés dans le tableau XI:

Tableau XI: Cartographie de la Filariose Lymphatique au Sénégal.

Régions	Districts sanitaires	Année d'enquête	Prévalence(%)
Louga	Linguère	2003	8,0
	Coki	2010	3,0
	Keur Momar Sarr	2010	3,0
	Sakal	2010	3,0
	Louga	2010	3,0
Matam	Kanel	2003	0,0
	Matam	2003	0,0
	Thilogne	2003	0,0
	Ranérou	2003	0,0
Saint Louis	Dagana	2003	0,0
	Richard Toll	2003	0,0
	Pete	2003	2,0
	Podor	2003	2,0
	Saint Louis	2003	0,0
Tambacounda	Kidira	2003	34,5
	Tambacounda	2003	52
	Makacolibantang	2003	52
	Kidira	2003	34,5
	Koumpentoum	2003	52
	Dianke Makha	2003	34,5
	Bakel	2003	57,5
	Goudiry	2003	34,5
Kédougou	Kédougou	2003	19
	Saraya	2003	19
	Salemata	2003	19

II.4. Cartographie de l'Onchocercose

II.4.1. Guinée

L'Onchocercose était endémique dans plusieurs districts de BFS en Guinée. Des cartographies de la maladie effectuées en 2000 et 2014 ont montré des niveaux très faibles (Tableau XII).

Tableau XII : Cartographies de l'Onchocercose effectuées en Guinée

Régions	Districts sanitaires	Population de l'année d'enquête	Année d'enquête	Prévalence
Mamou	Mamou	318 738	2014	0,00%
	Dalaba			
	Pita			
Labé	Labé			
	Mali	Non Dispo	2000	1,40%
	Tougué	Non Dispo	2000	1,30%
	Koubia	Non Dispo	2000	0,00%
Faranah	Dinguiraye	195 662	2014	1,30%
	Dabola	182 951	2014	1,10%
Kankan	Siguiri	695 449	2014	0,70%

II.4.2. Mali

L'Onchocercose était endémique dans plusieurs districts de BFS au Mali. Des cartographies de la maladie effectuées ont montré des niveaux très faibles (Tableau XIII).

Tableau XIII : Cartographies de l'Onchocercose effectuées au Mali

Régions	Districts sanitaires	Année dernière cartographie	Onchocercose
Kayes	Kayes	2007	
	Bafoulabé-Oussoubidiagna	2007	0,10%
	Kita-Sagabari-Séfétou	2011	0%
	Kéniéba	2011	0,06%
Koulikoro	Koulikoro		0%
	Dioila	2015	0%
	Kangaba	2014	0%
	Kati	2015	0%
	Kolokani	2015	0%

II.4.3. Mauritanie

Cette maladie n'existe pas en Mauritanie. De ce fait, aucune cartographie n'a été réalisée. De même, le pays n'a jamais effectué de TDM pour lutter contre cette maladie

II.4.4. Sénégal

L'Onchocercose était endémique dans sept (7) districts appartenant aux régions de Tambacounda (4 districts) et Kédougou (3 districts).

Tableau XIV : Cartographie de base de l'onchocercose au Sénégal

District	Villages	Prévalence de base (%)	Evaluation	
			Date	Prévalence (%)
Tambacounda	Baïtilaye	43,2	mai-99	1
	Barandoufaring	61,7	mai-00	8,3
	Dalakoye	54,6	avr.-02	0
	Dar Salam	9	avr.-01	0
	Djendji	36,3	mai-99	2,4
	Fasse	22,1	-	-
	Kabatekenda	81,9	mai-99	2,3
	Lamé	51,8	avr.-02	0
	Magnankati	58,7	avr.-02	0

	Mansadala	55,2	mai-00	3
	Maroug. Badian	62,6	avr.-01	0
	Oussoukala	68,4	avr.-02	1,3
	Soukouta	6,5	mai-00	6
	Tambanoumouya	66	avr.-01	1,4
	Thiabédji	60,5	mai-00	0,6
	Tikankali	54,7	mai-00	3,9
	Yamoussa	69,4	mai-00	0,7
	Nionghany	3,3	avr.-01	0
	Sabouciré Gatiary	1,2	avr.-01	0
	Kouar Mbailari	4,4	mai-00	1,9
	Wakilibougou	0	avr.-01	0
	Bantankocouta	51,8	mai-00	3,5
	Diakha Madina	19,1	avr.-01	0,3
	Aly nguel	12,6	avr.-01	0
	Bambadji	22,5	avr.-01	2,8
Saraya	Koundaya	64,2	avr.-02	1,3
	Madina Baffé	43,2	mai-00	3,3
	Maniafé	22,6	avr.-01	0
	Missirah Dantila	20,6	avr.-01	0,3
	Moulounga	56,3	avr.-02	0,6
	Sakhouya	33,2	mai-00	0
	Saroudia	39,5	mai-00	4,8
	Sékhoto	42,5	avr.-02	1,4
	Toubacouta	31,1	mai-00	4,3
	Missira	41,6	mai-99	3,2
	Bountoum	31,5	mai-00	4,7
	Davorola	37,3	avr.-01	0,8
	Frandi	44,9	avr.-01	3,8
	Guémédjé	56,3	avr.-02	7
	Kolya	48,9	avr.-01	1,2
	Linguéya	45,2	-	-
	Moussala	40,1	mai-00	2,3
	Worthokhaty	30,5	avr.-01	1,1
	Ylimalo	41,2	avr.-01	0
Samécouta	36	mai-00	2,2	
Kidira	Diyala Bakary	16,8	avr.-01	2,7

	Missira Tracolé	10,4	avr.-01	0
	Sambayaye	10,1	avr.-01	0
	Sanokholé	0	avr.-01	0
	Timindalla	0	avr.-01	0
	Moussala Boundou	25	mai-00	4,7
	Noumoufouga	41,9	avr.-02	2
	Sanséla	37,9	mai-00	3
	Satadougou Baffé	49	avr.-01	1
	Soréto	29,2	mai-00	2,6
	Soukounkou	21,7	avr.-01	0
	Toumboura	7,7	avr.-01	0
	Wassangara	30,7	mai-00	2,5

II.5. Cartographie du Trachome

II.5.1. Guinée

Les dernières cartographies sur le trachome ont porté sur l'ensemble des districts du BFS et ont été effectuées entre 2011 et 2014.

Le tableau XV détaille les années de cartographie et les prévalences obtenues.

Tableau XV : Cartographie du trachome effectuée dans les districts du BFS en Guinée

Régions	Districts sanitaires	Population de l'année d'enquête	Année d'enquête	Trachome folliculaire (1 -9 ans)	TT chez > 15 ans
Mamou	Mamou	318 738	2014	5,60%	0,30%
	Dalaba	136 320	2014	2%	0,20%
	Pita	277 059	2014	6,10%	0,40%
Labé	Labé	383 689	2014	2,60%	0,40%
	Mali	240 079	2013	5,30%	0,70%
	Tougué	179 454	2013	3,20%	0,10%
	Koubia	129 679	2013	2,10%	0,10%
Faranah	Dinguiraye	195 147	2011	37,19%	3,05%
	Dabola	173 607	2011	34,17%	2,98%
Kankan	Siguiri	506 743	2013	16,60%	5,20%

II.5.2. Mali

Les dernières cartographies sur le trachome ont porté sur l'ensemble des districts du BFS et ont été effectuées entre 2009 et 2016. Les prévalences obtenues au niveau de la population générale étaient inférieures à 1%.

Le tableau XVI détaille les années de cartographie et les prévalences obtenues.

Tableau XVI : Cartographie du trachome effectuée dans les districts du BFS au Mali

Districts sanitaires	Population de l'année d'enquête	Année dernière cartographie	Trachome folliculaire (1 -9 ans)	TT chez > 15 ans	TT pop générale
Kita-Sagabari-Séfétô	434 379	2009	2,5%	1,51%	0,74%
Bafoulabe	270 147	2013	2,7%	1,58%	0,78%
Oussoubidiagnan (7 aires)	43 989	2013	5,6%	1,5%	0,8%
Kenieba	237 731	2015	0,7%	0,48%	0,24%
Diema	212 062	2009	4,7%	1,87%	0,91%
Yelimane	218 494	2015	0,29%	0,14%	0,06%
nioro	282 221	2015	0,22%	0,07%	0,04%
Kayes	628 587	2015	0,51%	0,06%	0,05%
Koulikoro	259 350	2016	0%	0,25%	0,13%
Kati	408 353	2015	0,6%	0,48%	0,26%
Kalabancoro	511 854	2015	0%	0,08%	0,04%
Kangaba	123 739	2015	0%	1,1%	0,63%
Banamba	233 713	2015	0,65%	0,82%	0,27%
Ouéléssébougou	244 613	2015	0,7%	0,4%	0,21%
Kolokani	287 380	2015	0,29%	0,09%	0,04%
Nara	298 524	2015	0,36%	0,1%	0,05%
Fana	277 598	2015	0%	0,07%	0,04%
Dioila	335 419	2016	0%	0,06%	0,03%

II.5.3. Mauritanie

Le trachome est endémique dans toute la région du Trarza et dans deux départements du Brakna (Boghé et Bababé).

II.5.4. Sénégal

Les dernières cartographies au niveau des districts du BSF sur le trachome ont été effectuées entre 2009 et 2014. Les prévalences obtenues étaient inférieures à 1% sauf dans quatre (4) districts : Coki, Louga, Sakal et Saint-

Louis. Le tableau XIII détaille les années de cartographie et les prévalences obtenues

Tableau XIII : Cartographie du trachome effectuée dans les districts du BFS au Sénégal

Districts sanitaires	Année d'enquête	Prévalence Trachome folliculaire chez les 1 -9 ans (%)	prévalence Trichiasis Trachomateux chez > 15 ans (%)
Linguère	2009	2,80	0,30
Coki	2012	9,84	2,33
Keur Momar SARR	2012	2,72	0,75
Sakal	2012	9,06	1,56
Louga	2010	5,10	1,60
Kanel	2014	2,10	0,10
Thilogne	2014	3,60	0,10
Matam	2014	3,60	0,00
Ranerou-Ferlo	2014	1,90	0,00
Dagana	2014	1,90	0,10
Richard Toll	2014	3,70	0,10
Peté	2014	1,80	0,00
Podor	2014	1,80	0,10
Saint Louis	2014	5,10	0,40

II.6. Couvertures thérapeutiques des TDM contre les bilharzioses et géohelminthiases au cours des 5 dernières années dans 4 pays du BFS

Dans l'ensemble des pays, le praziquantel a été couplé à l'albendazole au cours des TDM.

Tableau XIX : Couvertures thérapeutiques des TDM couplant praziquantel et albendazole au niveau des 4 pays du BFS

Couvertures thérapeutiques	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Guinée	67 à 87%		95.6 à 97.2%			
Mali		87 à 88%	97%	108.6%	74.2%	74.6 à 77.6%
Mauritanie	73 à 89%		63 à 91%	99 à 100%		73 à 109%
Sénégal				51 à 110%	65 à 109%	64 à 147%

II.7. Couvertures thérapeutiques des TDM contre la filariose lymphatique au cours des 5 dernières années dans 4 pays du BFS

Au cours des 5 dernières années, seul le Sénégal a effectué un TDM toutes les années. Cependant, les données n'ont pas été transmises du fait rétention des informations au niveau des structures sanitaires. Les TDM contre la FL associent l'Ivermectine à l'albendazole. Les couvertures thérapeutiques obtenues sont présentées au niveau du tableau XX

Tableau XX : Couvertures thérapeutiques des TDM contre la FL dans les 4 pays du BFS

Couvertures thérapeutiques	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Guinée				76.8 à 77.4%	42 à 80.6%	77.9 à 87.4%
Mali	60 à 83%	73 à 97%	68 à 90%	84.7 à 103.3%		
Mauritanie	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Sénégal	NT	NT	20 à 75%	NT	22 à 63%	

NT = données Non Transmises

NC : Non concerné par cette maladie

II.8. Couvertures thérapeutiques des TDM contre l'Onchocercose au cours des 5 dernières années dans 4 pays du BFS

Au cours des 5 dernières années, seuls le Sénégal et le Mali ont effectué des TDM régulièrement. La Mauritanie n'en a pas effectué car la maladie n'est pas endémique dans ce pays tandis que la Guinée en a effectué en 2014, 2015 et 2016.

Tableau XXI : Couverture thérapeutique des TDM contre l'Onchocercose dans les 4 pays du BFS

Couvertures thérapeutiques	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Guinée				76.8 à 77.4%	42.9 à 86.9%	75.7 à 87.4%
Mali	60 à 83%	63 à 80%	68 à 86%	98%	58 à 93%	
Mauritanie	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Sénégal		NT	NT	NT	37.4 à 70.8%	

II.5. Couvertures thérapeutiques des TDM contre le trachome au cours des 5 dernières années dans 4 pays du BFS

Seule la Mauritanie a effectué un TDM régulièrement au cours des 5 dernières années. Le Mali en a effectué en 2016 tandis que la Guinée en a effectué en 2014, 2015 et 2016.

Tableau XXII : Couverture thérapeutique des TDM contre l'Onchocercose dans les 4 pays du BFS

Couvertures thérapeutiques	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Guinée				77.4 à 88.4%	85 à 92%	93 à 97%
Mali						93.8%
Mauritanie	90 à 94%	87 à 91%	79 à 91%	69 à 86%	80 à 89%	
Sénégal				89.2 109%	94.4 à 112.9%	

Les détails des TDM au niveau des différents pays sont présentés en annexes.

III. Sites sentinelles de surveillance des Schistosomias

III.1. Guinée

En 2009, la Guinée disposait de 18 sites sentinelles de surveillance de la schistosomiase répartis dans les 4 régions de BFS.

Les résultats des enquêtes réalisées sont décrits dans le tableau XXIII

Tableau XXIII : Sites sentinelles et prévalence des schistosomiases en 2009

Sites	Prévalence
	(%)
Tamagaly	2
Tolo	0
Dounet	0
Timbo	0
Bourouwil	2
Commune urbaine de Mamou	0
Commune urbaine de Labe	0
Tountouroun	0
Garambe	0
Franco-arabe Dheppere	6
Daralabe	2
Hafia	4
Commune urbaine de Dabola	0
Dogomet	0
Koolo	14
Arfa moussaya	0
Bissikirima	4
Banco	0
Total	1,9

En 2010 les sites sentinelles de Hafia, Biskirima et Herofello ont été visités par l'ONG CRS partenaire du PNLB de la Guinée.

En 2016 les sites sentinelles précédemment identifiés sont non fonctionnels selon la coordination du PNLB.

III.2. Mali

Les sites ont été choisis en se basant sur le découpage de la zone d'étude en zones écologiquement homogènes, en tenant compte des données relatives au climat, à la végétation, et aux sols. Ces facteurs écologiques ont une influence connue sur la transmission et la prévalence des bilharzioses et des géohelminthiases

Ainsi trois zones écologiques ont été définies dans le BFS : Haut Bassin, la vallée et Delta. Le Mali se trouve uniquement dans le Haut Bassin qui est divisé en 3 sous zones écologiques:

- la sous zone sahélienne
- la sous zone nord soudano-guinéenne
- la sous zone sud soudanienne

Dans chaque zone écologique un nombre de districts avait été choisi en tenant compte des critères suivants:

- proximité d'une collection d'eau douce (mare, fleuve, aménagement hydro-agricole, etc.)
- statistiques sanitaires disponibles (la probabilité de trouver des cas de bilharziose et de géohelminthiases) et ;
- accessibilité des écoles.

En 2014, le Mali disposait de 12 sentinelles de surveillance de la schistosomiase : 6 dans la région de Kayes et 6 dans la région de Koulikoro.

Les résultats des enquêtes réalisées sont décrits dans le tableau XXIV

Tableau XXIV : Sites sentinelles et prévalence des schistosomiasés en 2014

Région	District	Site sentinelle	Prévalence		Intensité	
			S.h	S.m	S.h	S.m
Kayes	Bafoulabé	Babaroto	96.8%	1,60%	29%	0,00%
		Saorané	70.0%	0,00%	13,30%	0,00%
	Dièma	Dianguirde	76.7%	0,00%	26,70%	0,00%
		Torodo	80.0%	0,00%	25%	0,00%
	Kayes	Diakalel	31.7%	0,00%	1,60%	0,00%
		Koussané	65.0%	0,00%	8,30%	0,00%
Koulikoro	Kalabankoro	Dougouracoro	5.0%	66,70%	0,00%	45,00%
		Kokoun	16.7%	35,00%	3,30%	18,30%
	Kangaba	Keniégoué	1.6%	0,00%	0,00%	0,00%
		Samaya	1.6%	0,00%	0,00%	0,00%
	Nara	Kolly(Goumbou)	8.3%	0,00%	0,00%	0,00%
		Boudjiguiré	0.0%	0,00%	0,00%	0,00%

En 2016 les sites sentinelles décrits dans le tableau suivant étaient fonctionnels.

Tableau XXV : Sites sentinelles en 2016 et prévalence des Schistosomiasés

Région	District	Sites sentinelles	Prévalence	
			<i>S. haematobium</i>	<i>S. mansoni</i>
Kayes	Nioro	Dabaguéla	76,90%	0%
		Wassamangateré	18,03%	1,67%
	Yélimané	Kirane	4,69%	0%
		Fanga	1,72%	0%
	Oussoubidiagna	Diallan	0%	0%
		Kolondinkoye	66,60%	0%
		Oussoubidiagna	10%	0%
	Kéniéba	Keniekenieba	80,30%	0%
Monea		75%	0%	
Koulikoro	Banamba	Kolobo	55,74%	0%
		Niaré	27,69%	0%
	Kouliroro	Sikouna	1,66%	0%
		Tafalan	11,11%	0%

Au total, le Mali dispose de 25 sites sentinelles au niveau du BFS répartis dans les deux régions de Kayes et Koulikoro. Douze sont fonctionnels et ont faits l'objet d'une enquête en 2014 et en 2016.

III.3. Mauritanie

Les sites ont été choisis en se basant sur le découpage de la zone d'étude en zones écologiquement homogènes, en tenant compte des données relatives au climat, à la végétation, et aux sols. Ces facteurs écologiques ont une influence connue sur la transmission et la prévalence des bilharzioses et des géohelminthiases

Ainsi trois zones écologiques ont été définies : Haut Bassin, la vallée et Delta.

Dans chaque zone écologique 1 district avait été choisi de façon raisonnée en tenant compte des critères suivants:

- proximité d'une collection d'eau douce (mare, fleuve, aménagement hydro-agricole, etc.)
- statistiques sanitaires disponibles (la probabilité de trouver des cas de bilharziose et de géohelminthiases) et ;
- accessibilité des écoles.

Les districts sanitaires retenus étaient ceux de Rosso, de Boghé et de Sélibaby. Dans chaque district, 5 sites ont été choisis

Ainsi, en 2012, la Mauritanie disposait de 15 sites sentinelles de surveillance de la schistosomiase et des Géohelminthiases.

En 2016, selon le PNLBG, ces sites ne sont plus fonctionnels. En effet, depuis 2012, aucune activité de surveillance n'a été menée au niveau de ces sites.

III. 4. Sénégal

De 2009 à 2015, le Sénégal disposait de 28 sites sentinelles. En 2016, 15 sites sentinelles ont été évalués.

Tableau XXVI : Evaluation des sites sentinelles des schistosomiasés et géohelminthiases

Zones écologiques	District	Sites sentinelles	Cartographie de base		Enquête d'impact		
			Prévalence de base SH (%)	Année d'étude	Prévalence SH (%)	Infestation massive	Année
Vallée	Kanel	Wendou Bosséabé	50,94	2009	11,11	0	2016
	Ranérou	Ranérou	59,9	2009	23,73	21,43	2016
	Pete	Barobé Wassataké	44,6	2010	16,39	20	2016
		Walaldé	41,5	2010	30	11,11	2016
	Podor	Guia	61,11	2009	78,38	65,52	2016
Delta	Keur Momar Sarr	Keur Momar Sarr	27,69	2009	12	16,67	2016
	Linguere	Thiel	47,46	2009	0	0	2016
	Richard Toll	Yetti Yone	94,6	2010	78	41,03	2016
		Ndombo Alarba	68,3	2010	62	25,81	2016
		Colonat	57,6	2010	54	22,22	2016
Haut Bassin	Tambacounda	Djinkore	28,8	2010	10	16,67	2016
		Sinthiou Malene	37,9	2010	6,67	50	2016
	Koumpentoum	Mereto	36,54	2008	15	33,3320	2016
	Dianké Makha	Koussan	67,92	2008	8,33	20	2016
	Kédougou	Sanéla	75	2009	54,1	21,21	2016

IV. Partenaires impliqués dans la lutte contre les MTN

IV.1. Guinée

Plusieurs partenaires interviennent en Guinée dans le cadre de la lutte contre les bilharzioses. Il s'agit de :

- CRS qui appui les différents programmes dans les TDM et qui pour le trachome participe dans les composantes de la stratégie CHANCE
- OMS qui assure un Appui technique au programme de lutte contre la Bilharziose et les Géohelminthiases

IV.2. Mali

Plusieurs partenaires interviennent au Mali dans le cadre de la lutte contre les MTN. Il s'agit de :

- Helen Keller International (HKI). Il intervient dans les deux régions du BFS: Koulikoro et Kayes. Ce partenaire intervient dans les Traitements de masse

- OMS qui assure un Appui technique aux programmes de lutte ;

- Sight Savers: Il intervient dans la région de Koulikoro avec un appui technique et financier au cours des TDM.

Concernant le trachome, en plus de ces partenaires d'autres comme le Centre Carter, World Vision, Lion's club participent dans la stratégie CHANCE.

IV.3. Mauritanie

Le partenaire impliqué dans de la lutte contre les bilharzioses et les géohelminthiases en 2012 et 2015 est SCI qui a appuyé le programme national de lutte dans la cadre des TDM. Depuis lors, ce partenaire a arrêté son appui.

Pour 2016, un TDM est prévu dans l'ensemble des districts sanitaires avec comme partenaire l'OMVS. L'agence chargée de l'exécution de ce TDM en collaboration avec le PNLB est Santé Sans Frontière (SSF).

Concernant le Trachome, les partenaires impliqués dans la lutte en Mauritanie sont :

- La Fondation Bouamatou qui a construit un hôpital ophtalmologique dont toutes les prestations sont gratuites ;

- l'ONG ITI qui fournit les médicaments au programme de lutte ;

- L'OMS qui assure un appui technique.

IV.4. Sénégal

Les partenaires des différents programmes dans le BFS au Sénégal en 2016 sont :

- OMS et firmes pharmaceutiques: Appui technique, fourniture des médicaments utilisés lors des TDM et évaluations épidémiologiques et entomologiques ;
- OMVS/ENDA et consortium pour la mise en œuvre des activités promotionnelles et curatives contre les MTN ;
- RTI/Envision pour les évaluations de l'impact des traitements de masse et la formation des prestataires de santé.

Concernant le trachome les principaux partenaires de la lutte sont:

- Sight Savers qui accompagne le Ministère de la Santé dans la mise en œuvre des composantes CH (chirurgie), N (nettoyage du visage) et CE (changement de l'environnement) de la stratégie CHANCE dans les trois districts de la Région de Louga.
- RTI dans la mise en œuvre de la composante A (Antibiothérapie lors de la TDM) de la stratégie CHANCE au niveau des deux districts de Sakal et Coki.

V. Analyses et recommandations

V.1. Guinée

V.1.1. Schistosomias

Malgré l'endémicité des Schistosomias, la Guinée n'a réalisé que 2 TDM en 2010 et en 2012.

La cartographie réalisée en 2014 après ces TDM a montré des prévalences non négligeables à Mamou, Dinguiraye et Siguiri alors que dans les autres districts, des prévalences inférieures à 10% ont été notées.

Au regard de ces disparités, des mesures particulières devront être prises en tenant compte des spécificités de chaque district.

Ainsi pour l'ensemble des districts, nous recommandons à l'OMVS de réaliser une nouvelle cartographie en 2017 avec une augmentation des sites sentinelles pour avoir une situation des schistosomiasés urinaire et intestinale.

Pour les districts de Mamou, Dinguiraye et Siguiri, en cas de confirmation des chiffres obtenus lors de la cartographie de 2014, nous recommanderons à l'OMVS la mise en œuvre de 5 années successives de TDM en mettant à la disposition du PNLB toutes les ressources nécessaires pour assurer une couverture géographique de 100% et une couverture thérapeutique adéquate.

En outre pour mieux comprendre les raisons de la persistance de la schistosomiase dans ces districts nous recommandons à l'OMVS

1. D'aider le PNLB à étudier et à comprendre les facteurs ayant entraîné ces taux relativement élevés en y incluant des études socio anthropologiques et environnementales.
2. De maintenir actifs tous les sites sentinelles avec des enquêtes régulières pour avoir des données des schistosomiasés dans le BFS pour répondre aux principes directeurs du plan stratégique de lutte contre les MTN ;
3. Prendre toutes les dispositions nécessaires pour assurer une fourniture en intrants pour les TDM et permettre une supervision correcte des activités de terrain;
4. Renforcer les supports d'IEC et le dialogue communautaire pour mieux impliquer les populations dans les stratégies de lutte. En effet, l'engagement des personnes affectées par une MTN ou à risque d'en contracter est primordial pour garantir le succès des interventions.
5. Renforcer l'implication du Ministère de l'enseignement par le biais des enseignants dans les TDM et de prendre en charge les coûts additionnels.

V.1.2. Géohelminthiases

Les dernières enquêtes de prévalences réalisées en 2014 montrent des niveaux variés. Ainsi, deux districts présentent des prévalences supérieures à 20% (Dalaba et Pita) tandis que les autres districts ont des prévalences inférieures à 5% avec notamment moins de 1% dans les districts de Toughé et Siguiri.

Deux TDM ont été réalisés en 2010 et 2012 avec des taux de couverture thérapeutique supérieur à 95% en 2012.

Cependant en accord avec le programme de lutte contre les géohelminthiases, nous recommandons :

1. La réalisation d'enquêtes de confirmation des prévalences avec augmentation des sites sentinelles et de la taille des échantillons (données insuffisantes). En effet, il peut y avoir des disparités à l'intérieur des districts sanitaires nécessitant une adaptation des stratégies de lutte ;
2. En cas de confirmation des données de 2014, effectuer un TDM tous les ans dans les districts avec une prévalence supérieure à 10% ;
3. Pour une efficacité de ces TDM, assurer la fourniture en Albendazole ;
4. Augmenter les ressources financières pour permettre au programme national d'assurer une supervision régulière dans le but de maintenir les acquis ;
5. Le Renforcement des supports d'IEC et du dialogue communautaire pour mieux impliquer les populations dans les stratégies de lutte.
6. Le Renforcement de l'implication du Ministère de l'enseignement plus particulièrement des enseignants dans les TDM et prendre en charge les coûts liés à leur participation.

V.1.3. Filariose Lymphatique

La Guinée a entrepris des TDM depuis 2014 sur la base des résultats de la dernière cartographie réalisée dans le pays. Cependant en 2016, seuls deux districts avaient réalisé trois années consécutives de TDM sur les 7 districts concernés.

Ainsi, nous recommandons :

1. La poursuite des TDM pour les 4 districts qui ont démarré cette stratégie en 2015 ou en 2016 pour réaliser nombre de TDM minimal préconisé par l'OMS
2. Pour les districts de Dinguiraye et Dabola, réaliser une enquête de prévalence et adapter la stratégie de TDM (arrêt et surveillance ou poursuite) en fonction des résultats obtenus ;
3. La mise en place de stratégies de détection, d'identification et de prise en charge des complications (hydrocèles, éléphantiasis) ;
4. Le renforcement de la collaboration avec le Programme National de Lutte contre le Paludisme pour le renforcement des mesures préventives avec notamment la distribution de masse de moustiquaires imprégnées. d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) et la mise en œuvre des mesures d'assainissement permettant une lutte contre les vecteurs.

V.1.4. Onchocercose

La dernière enquête de prévalence réalisée en 2014 avait montré des prévalences inférieures à 2% dans certains districts. Ainsi, la Guinée a entrepris un TDM dans ces districts entre 2014 et 2016.

Les districts de Dinguiraye et Dabola ont bénéficié de trois années consécutives de TDM tandis que les districts de Dalaba et Pita ont bénéficié de 2 années consécutives de TDM.

Nous recommandons à l'OMVS en collaboration avec les partenaires du programme National, de poursuivre les TDM pour réaliser le nombre minimum de TDM recommandé par l'OMS et de procéder à la suite une enquête d'impact.

V.1.5. Trachome

Depuis 2014, la Guinée a entrepris des TDM au niveau de trois districts sanitaires que sont Dinguiraye, Dabola et Siguiri. Des taux de couverture thérapeutique et géographique satisfaisants ont été obtenus au cours de trois années consécutives de TDM.

Ainsi, nous recommandons l'OMVS de réaliser avec le programme national de la Guinée une enquête d'impact en 2017 afin de définir les mesures à prendre pour éliminer cette maladie dans les districts du BFS de la Guinée.

V.2. Mali

V.2.1. Schistosomiasis

Le Mali a effectué régulièrement des TDM au niveau des régions de BFS. Au niveau de la région de Kayes, ces TDM ont été régulièrement faits de 2007 à 2015 excepté l'année 2014 avec à chaque fois des taux de couverture thérapeutique satisfaisants notamment de 2001 à 2015.

Au niveau de la région de Koulikoro, ils ont été faits régulièrement de 2008 à 2015 excepté l'année 2012. Là aussi les taux de couverture thérapeutique étaient satisfaisants.

Cependant, les dernières cartographies réalisées en 2014, 2015 et 2016 montrent des taux de prévalence de la Schistosomiose urinaire relativement élevés dans 17,6% des districts (3/17) : Bafoulabé (83%), Diéma (78%) ou Kéniéba (77.69%) ; une prévalence moyenne entre 10 et 50% dans 52.9% (9/17) des

districts concernés. Et dans 29.4% (5/17) des districts, la prévalence était faible (< 10%).

Il ressort également que la région de Kayes est plus touchée avec un seul district (Yélimané) présentant une prévalence faible inférieure à 10%. Les districts hyper endémiques sont retrouvés dans cette région.

On note aussi une hétérogénéité de la prévalence au niveau des districts sanitaires du BFS malgré plusieurs années de TDM. Les programmes de lutte devront prendre en compte cette situation et adapter les stratégies pour chaque district sanitaire.

Concernant la Schistosomiase intestinales, les prévalences en 2014, 2015 et 2016 sont très faibles voire nulles dans la plupart des districts sanitaires.

A la suite de ces constatations, nous recommandons à l'OMVS

1. D'aider le PNLB à étudier et à comprendre les facteurs ayant entraîné l'augmentation de la prévalence dans certains districts (Bafoulabe, Diema et Kenieba) en y incluant des études socio anthropologiques et environnementales. En effet, la persistance, voire l'augmentation de la prévalence de la Schistosomiase urinaire nécessite de revoir l'approche des stratégies mises en œuvre.
2. De réaliser des enquêtes de prévalence dans chaque district avec au moins deux sites sentinelles par district et une augmentation de la taille des échantillons. Ceci permettra d'avoir une cartographie réelle de chaque district et de dérouler des traitements de masse en fonction des recommandations de l'OMS. Pour cela, le nombre de sites sentinelles devrait être augmenté pour couvrir l'ensemble des districts sanitaires des deux régions. De même, tous les sites devraient être maintenus actifs avec des enquêtes régulières pour avoir des données régulières des schistosomiasés dans le BFS pour répondre aux principes directeurs du

plan stratégique de lutte contre les MTN en zone africaine qui stipule une approche fondée sur des bases factuelles générées au moyen de la cartographie, du suivi et de l'évaluation.

Ainsi pour les districts hyper endémiques malgré 5 TDM consécutifs, il faudra envisager de raccourcir la fréquence des TDM avec notamment deux TDM dans l'année.

3. Prendre toutes les dispositions nécessaires pour éviter une rupture en intrants pour les TDM (Praziquantel) avec l'arrêt de la fourniture par RTI ;
4. Renforcer les supports d'IEC et le dialogue communautaire pour mieux impliquer les populations dans les stratégies de lutte. En effet, l'engagement des personnes affectées par une MTN ou à risque d'en contracter est primordial pour garantir le succès des interventions.
5. Renforcer l'implication du Ministère de l'enseignement par le biais des enseignants dans les TDM et de prendre en charge les coûts additionnels.

V.2.2. Géohelminthiases

Les dernières enquêtes de prévalences réalisées en 2014, 2015 et 2016 montrent des niveaux très faibles (< 1%) voire nuls des géohelminthiases.

Ceci démontre l'efficacité des TDM réalisés régulièrement depuis 2011. Cependant en accord avec le programme de lutte contre les géohelminthiases, nous recommandons :

1. La réalisation d'enquêtes de confirmation des prévalences avec augmentation des sites sentinelles et de la taille des échantillons (données insuffisantes). En effet, il peut y avoir des disparités à l'intérieur des districts sanitaires nécessitant une adaptation des stratégies de lutte.
2. Assurer la fourniture en Albendazole après arrêt des stratégies intégrées notamment dans les zones où cette molécule est combinée à l'Ivermectine

3. Augmenter les ressources financières pour permettre au programme national d'assurer une supervision régulière dans le but de maintenir les acquis ;
4. Le Renforcement des supports d'IEC et du dialogue communautaire pour mieux impliquer les populations dans les stratégies de lutte.
5. Le Renforcement de l'implication du Ministère de l'enseignement plus particulièrement des enseignants dans les TDM et prendre en charge les coûts liés à leur participation.

V.2.3. Filariose Lymphatique

Les données des dernières cartographies réalisées en 2015 et 2016 dans le BFS a montré une réduction importante des niveaux de prévalence dans les districts cibles. En effet, toutes les prévalences étaient inférieures à 1%.

Cependant, il semble selon le programme national de lutte que des cas morbides soient toujours présents dans la zone du BFS ;

Ainsi, nous recommandons :

1. La mise en place de stratégies de détection, d'identification et de prise en charge des complications (hydrocèles, éléphantiasis)
2. L'Elaboration et la mise en œuvre de plans de surveillance post arrêt des TDM
3. Le renforcement de la collaboration avec le Programme National de Lutte contre le Paludisme pour le renforcement des mesures préventives avec notamment la distribution de masse de moustiquaires imprégnées. d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) et la mise en œuvre des mesures d'assainissement.

V.2.4. Onchocercose

Les dernières enquêtes de prévalence réalisées en 2014 et 2015 dans la région de Koulikoro et en 2011 dans la région de Kayes ont montré une prévalence très faible de l'Onchocercose au niveau des districts sanitaires du BFS au Mali. Cependant, en accord avec le programme national de lutte contre l'Onchocercose, nous recommandons la réalisation d'enquête de Confirmation de l'élimination de cette maladie dans les districts du BFS au Mali.

V.2.5. Trachome

Depuis 2006, le Mali a cessé les TDM contre le Trachome et les dernières cartographies réalisées en 2015 ont montré une prévalence du trachome inférieure à 1% dans la population générale des districts cibles du BFS. Ces acquis devraient être maintenus et nous recommandons la réalisation d'enquêtes de surveillance dans l'ensemble des districts anciennement endémiques du bassin

V.3. Mauritanie

V.3.1. Schistosomias

Quatorze districts sont endémiques à la bilharziose en Mauritanie. Ces districts appartiennent à 4 régions que sont la région de Trarza, la région de Brakna, la région de Guidimakha et la région de Gorgol.

La dernière cartographie réalisée en 2012 avait montré des niveaux d'endémicité de la bilharziose urinaire hétérogènes avec prévalences variaient de 8% à 82%. La région de Rosso semblait plus touchée avec des taux de prévalences supérieurs à 75% dans deux sites sentinelles. Cependant, toutes les régions présentaient au moins un site avec une prévalence supérieure à 50%.

Seuls deux sites avaient une prévalence faible inférieure à 10% témoignant de l'endémicité élevée de la bilharziose urinaire dans le BFS en Mauritanie.

La bilharziose intestinale était moins prévalente avec 2 sites sentinelles dans la région de Rosso qui présentaient une endémicité moyenne (entre 10% et 49%). Les autres régions avaient des prévalences faibles voire nulles.

Ainsi, le pays a organisé depuis 2010 quatre TDM avec le praziquantel. Les deux premiers (2010 et 2012) ont été réalisés en partenariat avec l'OMVS et avait permis de toucher respectivement 10 et 13 districts éligibles.

En 2013 et 2015, les TDM ont été réalisés en partenariat avec SCI et ont concerné respectivement 12 et 13 districts sanitaires.

Les taux de couverture géographique et thérapeutique étaient satisfaisants à l'exception de quelques rares cas.

Il faut signaler que les districts sanitaires de Oua Naga, Boutilimit et Mederdra qui appartiennent à la région du Trarza situés en zone de non transmission (zone de dunes) ne sont pas concernés par les TDM.

Pour 2016, la Mauritanie compte organiser un TDM pour l'ensemble de districts éligibles en partenariat avec l'OMVS et l'agence d'exécution Santé Sans Frontière.

A la suite de ces constatations, nous recommandons à l'OMVS

1. De continuer les TDM au niveau des districts éligibles en 2017 pour réaliser au moins 3 années consécutives de TDM dans les zones de faible et moyenne endémicité.
2. De rendre fonctionnel l'ensemble des sites sentinelles de 2012 dont les critères de choix restent toujours pertinents et d'augmenter le nombre de sites notamment pour la région de Gorgol afin d'avoir un district par

région médicale. En effet, en 2012, cette région était incluse dans celle du Brakna.

3. De réaliser des enquêtes de prévalence en 2017 dans chaque district avec au moins deux sites sentinelles par district et une augmentation de la taille des échantillons. Ceci permettra d'avoir une cartographie réelle de chaque district et d'adapter les stratégies de lutte en fonction des recommandations de l'OMS.
4. Prendre toutes les dispositions nécessaires pour assurer une fourniture satisfaisante en intrants pour les TDM (Praziquantel) ;
5. Renforcer les capacités locales notamment le PNLB pour lui permettre d'assurer un suivi adéquat des stratégies de lutte ;
6. Renforcer les supports d'IEC et le dialogue communautaire pour mieux impliquer les populations dans les stratégies de lutte. En effet, l'engagement des personnes affectées par une MTN ou à risque d'en contracter est primordial pour garantir le succès des interventions.
7. Impliquer du Ministère de l'enseignement par le biais des enseignants dans les TDM et de prendre en charge les coûts additionnels.

V.3.2. Géohelminthiases

La dernière enquête de prévalence réalisée en 2012 a montré des niveaux de prévalence faibles (< 2%) voire nuls des géohelminthiases au niveau des sites sentinelles.

Le Couplage de l'albendazole au praziquantel au cours des TDM de 2010, 2012, 2013 et 2015 a permis de couvrir l'ensemble des districts du BFS en Mauritanie à l'exception des districts sanitaires de Oua Naga, Boutilimit et Mederdra situés en zone de non transmission de la bilharziose. Ainsi les populations cibles de ces trois districts ont été exclues et n'ont pas bénéficié de TDM à l'albendazole.

En accord avec le programme de lutte contre les géohelminthiases, nous recommandons :

1. L'intégration des districts sanitaires de Oua Naga, Boutilimit et Mederdra dans les TDM de 2016 avec l'albendazole ;
2. La réalisation d'enquêtes d'impact en 2017 après 3 années consécutives de TDM Albendazole/Praziquantel dans chaque district avec au moins deux sites sentinelles par district et une augmentation de la taille des échantillons. Les données recueillies dans chaque district permettront d'adapter les stratégies de lutte en fonction des recommandations de l'OMS.
3. Prendre toutes les dispositions nécessaires pour assurer une fourniture satisfaisante en intrants pour les TDM. Augmenter les ressources financières pour permettre au programme national d'assurer une supervision régulière dans le but de maintenir les acquis ;
4. De renforcer les activités d'IEC et du dialogue communautaire pour mieux impliquer les populations dans les stratégies de lutte.
5. Le Renforcement de l'implication du Ministère de l'enseignement plus particulièrement des enseignants dans les TDM et prendre en charge les coûts liés à leur participation.

V.3.3. Filariose Lymphatique

Cette maladie n'est pas endémique en Mauritanie. Cependant, une enquête réalisée en 2015 a montré des prévalences inférieures à 1% dans 5 districts du bassin

Pour 2016, le pays prévoit de faire une nouvelle enquête pour confirmer ces données.

Ainsi, nous recommandons :

1. D'appuyer le Ministère de la santé de la Mauritanie pour réaliser cette enquête afin d'avoir des informations actualisées sur cette maladie en Mauritanie.

V.3.4. Onchocercose

L'onchocercose n'existant pas en Mauritanie, aucune stratégie n'est prévue par le Ministère de la santé

V.3.5. Trachome

Deux districts de deux régions de la Mauritanie (Boghéet Ouad Naga) sont endémiques au trachome. Ainsi, depuis 2011, des TDM sont régulièrement organisés dans ces deux districts avec une couverture thérapeutique satisfaisante. Après 5 TDM consécutifs, le pays envisage pour 2016 une enquête d'impact.

Nous recommandons à l'OMVS

1. D'appuyer le pays dans l'organisation et la réalisation de cette enquête d'impact qui permettra de connaître les nouvelles prévalences du trachome dans le BFS en Mauritanie et de réorienter les stratégies de lutte.

V.4. Sénégal

V.4.1. Schistosomiasés et géohelminthiasés

Les schistosomiasés sont endémiques dans tous les districts de la VFS au Sénégal. Ainsi les cartographies réalisées montraient des prévalences élevées dans certains sites atteignant parfois 94% pour la forme urinaire et 88% pour la forme intestinale. Cette dernière n'était présente qu'au niveau des régions de Saint Louis et Louga.

Ainsi le Sénégal a effectué régulièrement des campagnes annuelles de TDM au niveau de l'ensemble des régions du BFS depuis 2012 avec des taux de couvertures satisfaisants en général.

Pour l'année 2016, un TDM est prévu au mois de Novembre en partenariat avec l'OMVS. Il faut également noter qu'une enquête d'impact a été réalisée en Août 2016 dans 15 sites sentinelles au niveau de l'ensemble du BFS avec l'accompagnement de RTI Envision. Les résultats provisoires montrent des prévalences élevées dans toutes les zones écologiques ; ceci oblige le Sénégal à mener des campagnes semestrielles contre la bilharziose dans tous les districts de la Vallée à partir de 2017 et de renforcer les stratégies de communication sur cette maladie.

A la suite de ces constatations, nous recommandons au pays et au partenaire

1. De mener des traitements semestriels de la bilharziose dans tous les districts du BFS ;
2. De mener une recherche opérationnelle sur la bilharziose dans les districts du BFS ;

V.4.2. Filariose Lymphatique

Les données des dernières cartographies montrent que la maladie est endémique dans les cinq régions du BFS et dans 17 districts sanitaires sur les 24. Les campagnes de DMM ont été régulièrement organisées dans les districts de la région de Tambacounda depuis 2007 avec des taux de couvertures épidémiologiques satisfaisants mais les années de rétention d'informations sanitaires lors de mouvements de grève du personnel de santé n'ont pas permis la mise à disposition des données de traitement de 2010 à 2012. Le passage à l'échelle du traitement a été effectif dans tous les districts en 2015 mais aucun

district n'a atteint la couverture requise. En 2016, un TDM est prévu au mois de Novembre en partenariat avec l'OMVS.

Ainsi, nous recommandons :

1. De poursuivre pendant les années prochaines le TDM contre la filariose lymphatique avec un renforcement des capacités locales (humaines, matérielles et financières) afin d'atteindre des taux de couverture épidémiologiques requis.
2. La mise en place de stratégies de détection-et de prise en charge des cas de morbidité recensés lors des campagnes de TDM.

V.4.3. Onchocercose

L'onchocercose est endémique dans sept districts sanitaires des deux (2) régions de Tambacounda et Kédougou. Le traitement de masse est mené pendant plus d'une dizaine d'année et l'évaluation entomologique et épidémiologique menée en 2014 et 2015 sont encourageants pour une élimination future de l'onchocercose.

Nous recommandons au pays d'accélérer le processus pour la certification de l'élimination de l'onchocercose au Sénégal.

V.4.4. Trachome

Deux districts de la région de Louga sont concernés par la TDM contre le trachome : Sakal et Coki. Depuis 2014, les campagnes sont organisées avec des taux de couverture thérapeutique et géographique satisfaisants. Une évaluation d'impact est prévue en 2017. Nous recommandons :

1. un renforcement de la mise en œuvre effective des autres composantes de la stratégie CHANCE ;
2. la réévaluation de la situation dans les districts de Saint-Louis et Louga ;

3. la mise en œuvre des évaluations d'impact dans les districts de Coki et Sakal.

V.5. Recommandations générales :

1. Mettre en œuvre le traitement de masse contre les MTN dans les districts du BFS avec comme défi principal l'atteinte des taux de couverture épidémiologiques requis ;
2. Assurer le suivi périodique des sites sentinelles de surveillance des MTN;
3. Mettre en œuvre un plan de communication de masse et de proximité pour une meilleure implication des communautés dans les stratégies de lutte.

VI. Conclusion

Les maladies tropicales négligées (MTN) sont un groupe de maladies transmissibles qui sévissent dans les pays pauvres. Tous les pays de la région du Bassin du Fleuve Sénégal (BFS) sont endémiques pour au moins une de ces MTN. Depuis quelques années, les efforts visant le contrôle et l'élimination de ces maladies se sont accentués. Ainsi à l'instar l'OMS, les états membres de la Région africaine ont exprimé leur engagement à porter à l'échelle les interventions de lutte contre les MTN. En juin 2012, l'Appel à l'Action urgent d'Accra contre les MTN a exhorté tous les pays à accélérer les efforts pour éliminer les MTN ciblées dans la Région africaine. Ces objectifs peuvent être rapidement atteints pour certaines MTN bénéficiant d'une chimiothérapie préventive périodique. Il s'agit en particulier de la schistosomiase et des géohelminthiases, de la filariose lymphatique, de l'onchocercose et du Trachome.

C'est pourquoi, l'OMVS dans le cadre du PGIRE II a retenu d'étendre ses activités de lutte contre les MTN à ces 5 MTN endermiques dans le BFS. En effet, au cours du PGIRE 1, seules la schistosomiase et les géohelminthiases étaient prises en compte.

Ainsi pour le PGIRE II, les activités retenues pour la lutte contre ces MTN concerneront l'organisation des campagnes intégrées de distribution des médicaments, la promotion de la santé communautaire à travers l'information, l'éducation et la communication, la mobilisation sociale, en appui aux campagnes de distribution de masse, le renforcement des capacités des acteurs, de la coordination et la collaboration transfrontalière.

Cependant, pour une application efficiente de ces activités et dans un souci d'assurer un meilleur suivi de leur impact, l'OMVS/PGIRE doit disposer de données sur la couverture géographique et thérapeutique de base de ces MTN.

Concernant spécifiquement les schistosomiasés, des informations précises sur les sites sentinelles fonctionnels sont nécessaires pour un meilleur suivi de l'impact des activités à mettre en œuvre.

Ainsi, les objectifs de cette mission étaient :

- de collecter des données sur la prévalence (cartographie) de base des MTN dans la zone d'intervention du PGIRE II
- de déterminer la couverture thérapeutique et la couverture géographique de base des MTN dans la zone d'intervention du PGIRE II ;

Spécifiquement pour la bilharziose :

- D'actualiser les sites sentinelles pour le suivi d'impact des activités de lutte contre la bilharziose, dans la zone d'intervention du PGIRE II ;

- De proposer, sur la base des directives de l’OMS et la politique sanitaires des états membres, un plan pour le suivi d’impact au niveau de ces sites sentinelles.

Des missions ont été menées dans les différents pays et ont permis de collecter les différentes informations. A la suite de l’analyse, des recommandations ont été faites pour chaque pays et pour chaque MTN, permettant ainsi à l’OMVS/ PGIRE de disposer mette en place son plan d’action.

Pour l’atteinte des objectifs fixés, la contribution effective et conséquente du PGIRE II sera déterminante à travers la mise en œuvre des campagnes de TDM mais aussi le suivi périodique des sites sentinelles retenus.

Références

Stratégie régionale sur les maladies tropicales négligées dans la région africaine 2014-2020. OMS comité régional de l’Afrique.
Soixante-troisième session Brazzaville, République du Congo. Septembre 2013 AFR /RC63/ 10.

Agir plus vite pour réduire l’impact mondial des maladies tropicales négligées: feuille de route pour la mise en œuvre.WHO
WHO/HTM/NTD/2012.1

Recensement Général de la Population et de l’Habitat 2014. Direction Nationale de la Statistique et de l’Informatique (DNSI) - Ministère de l’Economie, du Plan et de l’Intégration
Enquête Démographique et de Santé (EDS MICS) 2012. Institut National de la Statistique. Ministère du Plan Conakry, Guinée

Plan stratégique pour la lutte contre les maladies tropicales négligées dans la Région africaine 2014-2020. Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de l’Afrique Brazzaville, 2013.

Chimioprévention des helminthiases chez l’homme : utilisation coordonnée des médicaments anthelminthiques pour les interventions de lutte : manuel à l’intention des professionnels de la santé et des administrateurs de programmes. Organisation mondiale de la Santé 2008.

Lutte contre les helminthiases chez les enfants d’âge scolaire. (Deuxième édition)
Guide à l’intention des responsables des programmes de lutte. OMS

Filariose lymphatique. Manuel à l’attention des programmes nationaux d’élimination. OMS
WHO/HTM/NTD/PCT/2011.4

Rapport de la Revue Sectorielle conjointe Programme d’Eau Potable et d’Assainissement du Millénaire. Ministère de l’Hydraulique et de l’Assainissement, 2016.

Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2013. Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) - Ministère de l'Economie, du Plan et de l'Intégration. Mauritanie.

Estimation de la population par Moughataa en 2013. Office Nationale de la Statistique (ONS), Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH)

Enquête Démographique et de Santé (EDSM V) 2000-2001. Office National de la Statistique (ONS) Mauritanie.

Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2009. Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) - Ministère de l'Economie, du Plan et de l'Intégration Mali

Répartition de la population par cercle au Mali (2015). Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) - Ministère de l'Economie, du Plan et de l'Intégration Mali

Enquête Démographique et de Santé (EDSM V) 2012-2013. Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT), Centre d'Études et d'Information Statistiques (INFO-STAT) Bamako, Mali

Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage (RGPHAE 2013). Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) - Ministère de l'Economie, des finances et du Plan. République du Sénégal

Enquête Démographique et de Santé 2014. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) - Ministère de l'Economie, des finances et du Plan. République du Sénégal

Plan stratégique pour la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées dans la Région africaine 2014-2020. Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de l'Afrique Brazzaville, 2013.

Plan stratégique 2016-2020 de lutte intégrée contre les Maladies Tropicales Négligées au Sénégal. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2016.

Annexes

Annexe 1 : TDM contre les MTN en Guinée

Schistosomiasés et géohelminthiases

Tableau I : Traitement de masse au Praziquantel et à l'Albendazole en 2010

Districts	Population cible 5 – 14 ans	Population cible 5 – 14 ans traitée	Couverture thérapeutique	Population Adulte cible	Population Adulte cible traitée	Couverture thérapeutique
Sigüiri	101,299	82,794	82%			
Dinguiraye	49,068	40,798	83%			
Dabola	43,221	33,511	78%			
Mamou	85,017	68,152	80%	34,007	30,523	90%
Dalaba	49,118	37,174	76%	19,647	18,098	92%
Pita	86,412	67,802	78%	34,565	9,531	28%
Labé	90,811	60,585	67%	0	0	
Mali	75,127	58,505	78%	0	0	
Koubia	33,183	26,716	81%	0	0	
Tougué	41,304	28,582	69%	0	0	
TOTAL	654,560	504,619	77%	88,219	58,152	66%

Tableau II : Traitement de masse au Praziquantel et à l'Albendazole en 2012 en Guinée

Districts	Population 5 – 14 ans Cible	Population 5 – 14 ans Cible traitée	Couverture thérapeutique	Population adulte cible	Population adulte cible traitée	Couverture thérapeutique
Siguiri	101 299	98 433	97. 17%			
Dinguiraye	49 068	47 719	97. 25%			
Dabola	43 221	41 883	96. 90%			
Mamou	85 017	82 399	96. 92%	340 069	329 667	96.94%
Dalaba	49 118	47 342	96. 38%	196 473	190 038	96.72%
Pita	86 412	83 704	96. 87%	345 649	334 623	96.81%
Labé	90 811	88 109	97. 02%			
Mali	75 127	72 907	97. 05%			
Koubia	33 183	32 172	96. 95%			
Tougué	41 304	39 514	95. 67%			
TOTAL	654 560	634 182	96. 89%	882 191	854 328	96.84%

Filariose lymphatique

Tableau III : Taux de couverture géographique et thérapeutique obtenus au cours des TDM effectué en 2014 dans les districts endémiques du BFS

Régions	Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de comprimés	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Mamou	Mamou						
	Dalanba						
	Pita						
Labé	Labé						
	Mali						
	Toughé						
	Koubia						
Farana	Dinguiraye	2014	165 947	498 000	423 744	76,8%	100%
	Dabola	2014	147 630	442 000	309 350	77,4%	100%
Kankan	Siguiri	2014	147 630	442 000	309 350	77,4%	100%

Tableau IV : Taux de couverture géographique et thérapeutique obtenus au cours des TDM effectué en 2015 dans les districts endémiques du BFS

Régions	Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de comprimés	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Mamou	Mamou						
	Dalaba	2015	174 585	530 029	240 853	42,9%	83%
	Pita	2015	253 381	773 500	571 003	80,6%	100%
Labé	Labé						
	Mali						
	Toughé						
	Koubia						
Faranah	Dinguiraye	2015	171 091	514 500	368 073	72,7%	100%
	Dabola	2015	152 206	458 500	337 002	76,3%	100%
Kankan	Siguiri						

Tableau V : Taux de couverture géographique et thérapeutique obtenus au cours des TDM effectué en 2016 dans les districts endémiques du BFS

Régions	Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de comprimés prévus	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Mamou	Mamou	2016	333 170	805 000	729 081	87,4%	100%
	Dalaba	2016	139 623	340 500	266 930	83%	100%
	Pita	2016	290 921	698 226	599 707	79,7%	100%
Labé	Labé						
	Mali	2016	300 811	721 965	642 047	78,8%	100%
	Toughé						
	Koubia						
Faranah	Dinguiraye	2016	205 029	494 000	463 722	77,9%	100%
	Dabola	2016	189 194	455 500	401 909	77,9%	100%
Kankan	Siguiri	2016	717 562	1 722 500	1 653 491	86,6%	100%

Onchocercose

Tableau VI : Couvertures géographique et thérapeutique après Traitement de masse à l'Ivermectine en 2014

Régions	Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de comprimés prévus	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Mamou	Mamou						
	Dalaba						
	Pita						
Labé	Labé						
	Mali						
	Toughé						
	Koubia						
Farana	Dinguiraye	2014	165 947	498 000	423 744	76,80%	100%
	Dabola	2014	147 630	442 000	309 350	77,40%	100%
Kankan	Siguiri						

Tableau VII : Couvertures géographique et thérapeutique après Traitement de masse à l'Ivermectine en 2015.

Régions	Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de comprimés prévus	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Mamou	Mamou						
	Dalaba	2015	174 585	530 029	240 853	42,9%	83%
	Pita	2015	253 381	773 500	571 003	80,6%	100%
Labé	Labé						
	Mali						
	Toughé						
	Koubia						
Farana	Dinguiraye	2015	171 091	514 500	368 073	72,7%	100%
	Dabola	2015	152 206	458 500	337 002	76,3%	100%
Kankan	Siguiri						

Tableau VIII : Couvertures géographique et thérapeutique après Traitement de masse à l'Ivermectine en 2016.

Régions	Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de comprimés prévus	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Mamou	Mamou	2016	333 170	805 000	729 081	87,4%	100%
	Dalaba	2016	139 623	340 500	266 930	83%	100%
	Pita	2016	290 921	698 226	599 707	79,7%	100%
Labé	Labé						
	Mali	2016	300 811	721 965	642 047	78,8%	100%
	Toughé	2016	129 809	290 500	255 532	75,7%	100%
	Koubia						
Farana	Dinguiraye	2016	205 029	494 000	463 722	77,9%	100%
	Dabola	2016	189 194	455 500	401 909	77,9%	100%
Kankan	Siguiri	2016	717 562	1 722 500	1 653 491	86,6%	100%

Trachome

Tableau IX : TDM en 2003 dans les districts du BFS en Guinée

Régions	Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de comprimés prévus	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Mamou	Mamou						
	Dalaba						
	Pita						
Labé	Labé						
	Mali						
	Toughé						
	Koubia						
Farana	Dinguiraye	2014	195 662	195 662			
	Dabola	2014	182 951	184 537	142 976	77,48%	100%
Kankan	Siguiri	2014	506 742	506 742	448 152	88,44%	100%

Tableau X : TDM en 2015 dans les districts du BFS en Guinée

Régions	Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de comprimés prévus	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Mamou	Mamou						
	Dalaba						
	Pita						
Labé	Labé						
	Mali						
	Toughé						
	Koubia						
Farana	Dinguiraye	2015	199 967	199 967	176 036	88%	100%
	Dabola	2015	186 976	186 976	172 943	92%	99%
Kankan	Siguiri	2015	438 648	438 648	458 428	85%	100%

Tableau XI : TDM en 2016 dans les districts du BFS en Guinée

Régions	Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de comprimés prévus	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Mamou	Mamou						
	Dalaba						
	Pita						
Labé	Labé						
	Mali						
	Toughé						
	Koubia						
Farana	Dinguiraye	2016	205 209	205 209	183 676	97%	100%
	Dabola	2016	189 194	189 194	191 307	93%	100%
Kankan	Siguiri	2016	717 562	717 562	699 235	97%	100%

Annexe 2 : TDM contre les MTN réalisés au Mali

Schistosomiases et géohéminthiases

Tableau XII : Traitement de masse au Praziquantel et à l'Albendazole en 2011

Régions (Districts sanitaires)	cible 5-14ans	5-14 ans Nb traité	15 ans et plus traités	Total traité	Couv 5-15ans
Kayes (Diéma, Keniéba, Nioro, Yélimané)	262 466	228 304	133 355	361 659	87
Koulikoro (Nara)	78 239	69 050	28 851	97 901	88
Total	340 705	297 354	162 206	459 560	

Tableau XIII : Traitement de masse au Praziquantel et à l'Albendazole en 2012

Régions (Districts sanitaires)	cible 5-14ans	5-14 ans Nb traité	15 ans et plus traités	Total traité	Couv thérapeutique 5-15ans
Kayes (Kayes, Diéma, Nioro)	288 398	281 963	253 956	535 919	97.77%
Koulikoro	0	0	0	0	0
Total	288 398	281 963	253 956	535 919	

Tableau XIV : Traitement de masse au Praziquantel et à l'Albendazole en 2013

Régions (Districts sanitaires)	cible 5-14ans	5-14 ans Nb traité	15 ans et plus traités	Total traité	Couv thérapeutique 5-15ans
Kayes (7districts /7 traités*)	628 615	561 461	468 073	1 029 534	89,32%
Koulikoro (7districts / 10 traités**)	580 621	630 691	604 264	1 234 955	108.62
Total	1 209 236	1 192 152	1 072 337	2 264 489	

*La région comptait 7 districts sanitaires en 2013

** les districts de Ouéléssébougou, Fana et Dioila n'ont pas été traités

Tableau XV : Traitement de masse au Praziquantel et à l'Albendazole en 2014

Régions (Districts sanitaires)	cible 5-14ans	5-14 ans Nb traité	15 ans et plus traités	Total traité	Couv thérapeutique 5-15ans
Kayes	0	0	0	0	0
Koulikoro (Dioïla, Fana, Nara, Oueless)	315 035	233 985	188 365	422 350	74,27%
Total	315 035	233 985	422 350	422 350	74,27%

Tableau XVI : Traitement de masse au Praziquantel et à l'Albendazole en 2015

Régions (Districts sanitaires)	cible 5-14ans	5-14 ans Nb traité	15 ans et plus traités	Total traité	Couv thérapeutique 5-15ans
Kayes (8/10 districts traités)	684 599	511 041	238 419	749 460	74.6%
Koulikoro (7/10 districts traités)	595 182	461 815	92 290	554 105	77.59%
Total	1 279 781	972 856	330 709	1 303 565	

Filariose Lymphatique

Tableau XVII : Taux de couverture géographique et thérapeutique obtenus au cours des TDM effectué en 2011 dans les districts endémiques du BFS

Régions	Districts	Population Cible	Couverture Thérapeutique	Couverture Géographique
Kayes	Kayes	452 938	60%	100%
	Bafoulabé	260 075	80%	100%
	Kéniéba	210 383	83%	97%
	Diéma	227 605	81%	100%
	Yélimané	192 521	83%	100%
	Nioro	249 377	77%	100%
Koulikoro	Koulikoro	155 733	80%	100%
	Kati	699 022	82%	100%
	Kangaba	99 557	82%	100%
	Banamba	180 402	81%	100%
	Ouéléssébougou	136 809	80%	100%
	Kolokani	180 790	81%	100%
	Nara	262 801	79%	100%
	Fana	213 136	83%	100%
	Dioila	238 218	83%	100%

Tableau XVIII : Taux de couverture géographique et thérapeutique obtenus au cours des TDM effectué en 2012 dans les districts endémiques du BFS

Régions	Districts	Population Cible	Couverture Thérapeutique	Couverture Géographique
Kayes	Kayes	469 244	76%	100%
	Bafoulabé	260 113	78%	100%
	Kéniéba	215 885	75%	100%
	Diéma	235 799	74%	100%
	Yélimané	198 416	81%	100%
	Nioro	256 283	95%	100%
Koulikoro	Koulikoro	175 603	89%	100%
	Kati	700 406	88%	100%
	Kangaba	87 426	99%	100%
	Banamba	172 939	80%	100%
	Ouéléssébougou	178 726	74%	100%
	Kolokani	215 656	73%	91%
	Nara	216 151	93%	100%
	Fana	235 131	97%	100%
	Dioila	217 542	86%	100%

Tableau XIX : Taux de couverture géographique et thérapeutique obtenus au cours des TDM effectué en 2013 dans les districts endémiques du BFS

Régions	Districts	Population Cible	Couverture Thérapeutique	Couverture Géographique
Kayes	Kayes	575 625	86%	100%
	Bafoulabé	262 298	81%	100%
	Kéniéba	217 700	79%	80%
	Diéma	237 782	84%	100%
	Yélimané	206 138	83%	100%
	Nioro	258 446	90%	100%
Koulikoro	Koulikoro	244 597	82%	100%
	Kati	957 510	86%	100%
	Kangaba	116 701	79%	100%
	Banamba	220 418	81%	100%
	Ouéléssébougou	230 698	81%	100%
	Kolokani	271 033	81%	100%
	Nara	281 583	80%	100%
	Fana	261 808	74%	100%
	Dioila	307 339	68%	100%

Tableau XX : Taux de couverture géographique et thérapeutique obtenus au cours des TDM effectué en 2014 dans les districts endémiques du BFS

Régions	Districts	Population Cible	Couverture Thérapeutique	Couverture Géographique
Koulikoro	Ouéléssébougou	190 025	84,7%	100%
	Nara	231 906	103,3%	100%
	Fana	215 650	99,8%	100%
	Dioila	253 154	98,8%	100%

Onchocercose

Tableau XXI : Couvertures géographique et thérapeutique après Traitement de masse à l'Ivermectine en 2011

Régions	Districts	Année	Population cible	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Kayes	Kayes	2011	452 938	60%	100%
	Bafoulabé-Oussoubidiagna	2011	260 075	80%	100%
	Kita-Sagabari-Séféto	2011	466 218	82%	95%
	Kéniéba	2011	210 383	83%	90%
Koulikoro	Koulikoro	2011	155 733	80%	100%
	Dioila	2011	238 218	83%	100%
	Kati	2011	699 022	82%	100%
	Kolokani	2011	180 790	81%	100%
	Kangaba	2011	99 557	82%	100%

Tableau XXII : Couvertures géographique et thérapeutique après Traitement de masse à l'Ivermectine en 2012.

Régions	Districts	Année	Population cible	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Kayes	Kayes	2012	570 825	63%	100%
	Bafoulabé-Oussoubidiagna	2012	260 110	78%	100%
	Kita-Sagabari-Séféto	2012	483 001	80%	95%
	Kéniéba	2012	215 886	75%	90%
Koulikoro	Koulikoro	2012	234 733	74%	100%
	Dioila	2012	269 569	70%	100%
	Kati	2012	884 858	80%	100%
	Kolokani	2012	260 103	83%	100%
	Kangaba	2012	111 994	78%	100%

Tableau XXIII : Couvertures géographique et thérapeutique après Traitement de masse à l'Ivermectine en 2013.

Régions	Districts	Année	Population cible	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Kayes	Kayes	2013	575 625	86%	100%
	Bafoulabé-Oussoubidiagna	2013	262 298	81%	100%
	Kita-Sagabari-Séfétó	2013	487 064	80%	95%
	Kéniéba	2013	215986	80%	90%
Koulikoro	Koulikoro	2013	244 597	82%	100%
	Dioila	2013	307 339	68%	100%
	Kati	2013	957 510	86%	100%
	Kolokani	2013	271 033	81%	100%
	Kangaba	2013	91 951	79%	100%

Tableau XXIV : Couvertures géographique et thérapeutique après Traitement de masse à l'Ivermectine en 2014.

Régions	Districts	Année	Population cible	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Kayes	Kayes	2014			
	Bafoulabé-Oussoubidiagna	2014			
	Kita-Sagabari-Séfétó	2014			
	Kéniéba	2014			
Koulikoro	Koulikoro	2014			
	Dioila	2014	253 154	98%	100%
	Kati	2014			
	Kolokani	2014			
	Kangaba	2014			

Tableau XXV : Couvertures géographique et thérapeutique après Traitement de masse à l'Ivermectine en 2015.

Régions	Districts	Année	Population cible	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Kayes	Kayes	2015	628 587	58%	100%
	Bafoulabé-Oussoubidiagna	2015	157 537	88%	100%
	Kita-Sagabari-Séfétou	2015			
	Kéniéba	2015	150 943	79%	90%
Koulikoro	Koulikoro	2015		93%	
	Dioila	2015		90%	100%
	Kati	2015	465 877	84%	100%
	Kolokani	2015	523 190	82%	100%
	Kangaba	2015	86 879	87%	100%

Trachome

Tableau XXVI : TDM en 2003 dans les districts du BFS au Mali

Districts	Année TDM	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Kita	2003	129 926	ND	100%
Bafoulabé	2003	93 542	ND	100%
Kenieba	2003			
Diema	2003			
Yelimane	2003			
Nioro	2003			
Kaye	2003			
Koulikoro	2003	112 837	ND	100%
Kati	2003	266 065	ND	100%
Kangaba	2003	68 236	ND	100%
Banamba	2003	94 208	ND	100%
Ouéléssébougou	2003	95 293	ND	100%
Kolokani	2003			
Nara	2003			
Fana	2003	150 640	ND	100%
Dioila	2003	139 255	ND	100%

Tableau XXVII : TDM en 2004 dans les districts du BFS au Mali

Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Kita	2004	ND	86 556	ND	100%
Bafoulabé	2004	ND	42 823	ND	100%
Kenieba	2004	ND	78 590	ND	100%
Diema	2004	ND	82 813	ND	100%
Yelimane	2004	ND	59 629	ND	100%
Nioro	2004	ND	94 213	ND	100%
Kaye	2004	ND	165 933	ND	100%
Koulikoro	2004	ND	95 298	ND	100%
Kati	2004	ND	1 395 498	ND	100%
Kangaba	2004	ND	36 267	ND	100%
Banamba	2004	ND	69 143	ND	100%
Ouéléssébougou	2004	ND	68 288	ND	100%
Kolokani	2004	ND	76 105	ND	100%
Nara	2004	ND	97 769	ND	100%
Fana	2004	ND	118 401	ND	100%
Dioila	2004	ND	120 735	ND	100%

Tableau XXVIII : TDM en 2005 dans les districts du BFS au Mali

Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Kita	2005	361 370	330 646	ND	100%
Bafoulabé	2005		201 749	ND	100%
Kenieba	2005		184 301	ND	100%
Diema	2005		180 949	ND	100%
Yelimane	2005		142 058	ND	100%
Nioro	2005		204 907	ND	100%
Kaye	2005		327 820	ND	100%
Koulikoro	2005	182 662	142 441	ND	100%
Kati	2005	611 471	341 688	ND	100%
Kangaba	2005	90 928	98 787	ND	100%
Banamba	2005	220 055	126 688	ND	100%
Ouéléssébougou	2005	169 185	109 352	ND	100%
Kolokani	2005		174 880	ND	100%
Nara	2005		145 557	ND	100%
Fana	2005	199 487	119 205	ND	100%
Dioila	2005	212 977	226 582	ND	100%

Tableau XXIX : TDM en 2006 dans les districts du BFS au Mali

Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Kita	2006				
Sagabari	2006				
Kenieba	2006		147 451	ND	100%
Diema	2006		111 623	ND	100%
Yelimane	2006		84 704	ND	100%
Nioro	2006		170 783	ND	100%
Kayes	2006		158 421	ND	100%
Koulikoro	2006				
Kati	2006				
Kangaba	2006				
Banamba	2006				
Ouéléssébougou	2006				
Kolokani	2006		90 694	ND	100%
Nara	2006		164 778	ND	100%
Fana	2006				
Dioila	2006				

Tableau XXX : TDM au niveau du district de Oussoubidiagnan en 2016

Districts	Année dernière TDM	Population cible de	Nombre de doses distribués	Taux de couverture thérapeutique	Taux de couverture géographique
Oussoubidiagnan (7 aires)	2016	43 716	41 014	93,8 %	100%

Annexe 3 : TDM contre les MTN en Mauritanie

Schistosomiasis et Géohelminthiases

Tableau XXXI : Traitement de masse au Praziquantel en 2010

Régions	Districts	Années TDM	Population cible 5 - 14 ans	Population Adultes cibles (couverture thérapeutique %)	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Trarza	Rosso	2010	19 249	7 900 (80%)	85%	100%
	KeurMacen	2010	11 526	3 090 (77%)	83%	100%
	Rkiz	2010	23 805	8950 (82%)	77%	100%
Brakna	Boghé	2010	21 880		73%	100%
	Aleg	2010	Non fait		Non Traité	
	Bababé	2010	11 661		77%	100%
	Mbagne	2010	12 708		84%	100%
	MoktarLahjar	2010	Non traité		Non Traité	
Gorgol	Kaedi	2010	19 414		88%	100%
	Maghama	2010	15 772		76%	100%
	Monguel	2010	Non Traité		Non Traité	
	Mbout	2010	26 973		80%	100%
Guidimakha	Selibaby	2010	46 850		89%	100%
	Ould yeng	2010	Non Traité		Non traité	

Tableau XXXII : Traitement de masse au Praziquantel en 2012

Régions	Districts	Années TDM	Population cible 5 - 14 ans	Population Adultes cibles	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Trarza	Rosso	2012	12 600	10 700 (35%)	78,90%	100%
	KeurMacen	2012	2 570	3 090 (53%)	82%	100%
	Rkiz	2012	15 300	10 250 (106%)	92%	100%
Brakna	Boghé	2012	15 480		86%	100%
	Aleg	2012	4 880		91,90%	100%
	Bababé	2012	8 280		80,50%	100%
	Mbagne	2012	8 820		91,70%	100%
	MoktarLahjar	2012	Non traité		Non Traité	100%
Gorgol	Kaedi	2012	20 160		75,20%	100%
	Maghama	2012	10 620		83,50%	100%
	Monguel	2012	2 140		84,10%	100%
	Mbout	2012	18 360		83,20%	100%
Guidimakha	Selibaby	2012	34 020		63,50%	100%
	Ould yeng	2015	6 692		87%	100%

Tableau XXXIII : Traitement de masse au Praziquantel en 2013

Régions	Districts	Années TDM	Population cible 5 - 14 ans	Population Adultes cibles	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Trarza	Rosso	2013	8 435		99%	95%
	KeurMacen	2013	2 048		99,80%	100%
	Rkiz	2013	7 714		99,80%	100%
Brakna	Boghé	2013	8 500		99,80%	100%
	Aleg	2013	1 270		100%	100%
	Bababé	2013	3 736		99,80%	100%
	Mbagne	2013	4 079		99,30%	100%
	MoktarLahjar	2013	Non traité		Non traité	
Gorgol	Kaedi	2013	13 388		99,80%	100%
	Maghama	2013	2 144		99,70%	100%
	Monguel	2013	Non traité			
	Mbout	2013	2 795		99,80%	100%
Guidimakha	Selibaby	2013	4 773		99,60%	100%
	Ould yeng	2013	6 355		99,80%	100%

Tableau XXXIV: Traitement de masse au Praziquantel en 2015

Régions	Districts	Années TDM	Population cible 5 - 14 ans	Population Adultes cibles	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Trarza	Rosso	2015	9 235	Pas d'adultes traités	107%	95%
	KeurMacen	2015	1 538	Pas d'adultes traités	99%	100%
	Rkiz	2015	9 421	Pas d'adultes traités	119%	100%
Brakna	Boghé	2015	11 794		90%	100%
	Aleg	2015	7 117		93%	100%
	Bababé	2015	6 935		99%	100%
	Mbagne	2015	9 138		94%	100%
	MoktarLahjar	2015	660		73%	100%
Gorgol	Kaedi	2015	25 038		91%	100%
	Maghama	2015	11 046		54%	100%
	Monguel	2015	Non traité			100%
	Mbout	2015	5 212		106%	100%
Guidimakha	Selibaby	2015	18 297		86%	100%
	Ould yeng	2015	6 692		87%	100%

Trachome

Tableau XXXV : TDM en 2011 dans les districts du BFS en Mauritanie

Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Boghé	2011	33 123	29 706	90%	100%
Ouad Naga	2011	26 254	24 712	94%	100%

Tableau XXXVI : TDM en 2012 dans les districts du BFS en Mauritanie

Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Boghé	2012	33 123	28 972	87%	100%
Ouad Naga	2012	26 254	23 958	91%	100%

Tableau XXXVII : TDM en 2013 dans les districts du BFS en Mauritanie

Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Boghé	2013	13 262	10 512	79%	100%
Ouad Naga	2013	9 456	8 691	91%	100%

Tableau XXXVIII : TDM en 2014 dans les districts du BFS en Mauritanie

Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Boghé	2014	13 262	9 173	69%	100%
Ouad Naga	2014	9 456	8 102	86%	100%

Tableau XXXIX : TDM en 2015 dans les districts du BFS en Mauritanie

Districts	Année TDM	Population cible	Nombre de doses distribués	Couverture thérapeutique	Couverture géographique
Boghé	2015	13 262	10 676	80%	100%
Ouad Naga	2015	9 456	8 434	89%	100%

Annexe 4 : TDM contre les MTN au Sénégal

Schistosomiasis et Géohelminthiases

Tableau XXXX : Couvertures des campagnes de TDM contre les schistosomiasis et géohelminthiases en 2013

Régions	Districts	Population	Nombre de comprimés Praziquantel prévu	Nombre de comprimés d'Albendazole prévu	Couverture thérapeutique (%)	Couverture géographique (%)
Kédougou	Kédougou	22 328	55 820	24 561	81,72	100
	Saraya	11 954	29 885	13 149	93,26	100
	Salémata	6 433	16 083	7 076	92,88	100
Tambacounda	Tambacounda	62 601	156 503	68 861	64,01	100
	Goudiry	19 284	48 210	21 212	105,40	100
	Kidira	17 645	44 113	19 410	100,67	100
	DiankéMakha	10 406	26 015	11 447	110,17	100
	Koumpentoum	42 714	106 785	46 985	51,87	100
	MakaColibantang	20 871	52 178	22 958	101,42	100
	Bakel	27 950	69 875	30 745	98,51	100
Matam	Matam	62 696	156 740	68 966	63,36	100
	Kanel	68 278	170 695	75 106	100,20	100
	Thilogne	23 893	59 733	26 282	62,18	100
	Ranérou	17 565	43 913	19 322	55,86	100
Saint Louis	Saint Louis	85 249	213 123	93 774	73,11	100
	Richard Toll	45 493	113 733	50 042	104,08	100
	Dagana	29 852	74 630	32 837	81,42	100
	Podor	71 062	177 655	78 168	90,50	100
	Pété	50 830	127 075	55 913	73,27	100
Louga	Louga	47 297	118 243	52 027	51,93	100
	Coki	16 485	47 583	18 134	91,43	100
	Sakal	22 578	56 445	24 836	84,76	100
	Keur M. Sarr	22 837	57 093	25 121	84,13	100
	Linguère	33 893	84 733	37 282	77,95	100

Tableau XXXXI : Couvertures des campagnes de TDM contre les schistosomiasés et géohelminthiasés en 2014

Régions	Districts	Population	Nombre de comprimés Praziquantel prévu	Nombre de comprimés d'Albendazole prévu	Couverture thérapeutique (%)	Couverture géographique (%)
Kédougou	Kédougou	22 929	57 323	25 222	85,59	100
	Saraya	12 277	30 693	13 505	103,94	100
	Salémata	6 605	16 513	7 266	89,85	100
Tambacounda	Tambacounda	64 288	160 720	70 717	73,95	100
	Goudiry	19 803	49 508	21 783	106,26	100
	Kidira	18 120	45 300	19 932	93,26	100
	DiankéMakha	10 686	26 715	11 755	110,43	100
	Koumpentoun	43 865	109 663	48 252	79,16	100
	MakaColibantang	21 434	53 585	23 577	83,71	100
	Bakel	28 703	71 758	31 573	104,57	100
Matam	Matam	67 346	168 365	74 081	75,37	100
	Kanel	71 841	179 603	79 025	124,01	100
	Thilogne	24 540	61 350	26 994	66,32	100
	Ranérou	18 037	45 093	19 841	65,95	100
Saint Louis	Saint Louis	87 545	218 863	96 300	81,72	100
	Richard Toll	47 981	119 953	52 779	95,28	100
	Dagana	30 656	76 640	33 722	71,37	100
	Podor	80 722	201 805	88749	69,92	100
	Pété	45 739	114 348	50 313	87,75	100
Louga	Louga	48 569	121 423	53 426	66,36	100
	Coki	19 033	20 936	20 936	109,89	100
	Sakal	23 186	57 965	25 505	107,46	100
	Keur M. Sarr	23 451	58628	25 796	98,93	100
	Linguère	34 806	87 015	38 287	79,64	100

Tableau XXXXII: Couvertures des campagnes de TDM contre les schistosomiases et géohelminthiases en 2015

Régions	Districts	Population	Nombre de comprimés Praziquantel prévu	Nombre de comprimés d'Albendazole prévu	Couverture thérapeutique (%)	Couverture géographique (%)
Kédougou	Kédougou	24 011	60 028	26 412	147,64	100
	Saraya	15 593	38 983	17 152	100,33	100
	Salémata	6 841	17 103	7 525	120,21	100
Tambacounda	Tambacounda	69 965	174 913	76 962	94,64	100
	Goudiry	22 230	55 575	24 453	112,52	100
	Kidira	16 413	41 033	18 054	120,74	100
	DiankéMakha	12 620	31 550	13 882	88,91	100
	Koumpentoum	38 766	96 915	42 643	111,74	100
	MakaColibantang	20 856	52 140	22 942	111,72	100
	Bakel	25 745	64 363	28 320	92,14	100
Matam	Matam	58 382	145 955	64 220	93,11	100
	Kanel	74 188	185 470	81 607	89,06	100
	Thilogne	23 845	59 613	26 230	58,75	100
	Ranérou	15 564	38 910	17 120	75,37	100
Saint Louis	Saint Louis	87 545	218 863	96 300	82,74	100
	Richard Toll	47 981	119 953	52 779	105,38	100
	Dagana	30 656	76 640	33 722	100,26	100
	Podor	82 722	206 805	90994	84,11	100
	Pété	45 739	114 348	50 313	107,13	100
Louga	Louga	49 783	124457	54761	64,7	100
	Coki	19 879	53 535	21 867	111,9	100
	Sakal	23 765	59413	26141	117,08	100
	Keur M. Sarr	24 037	60092	26440	131,29	100
	Linguère	28 994	72 485	31 893	92,95	100

Filariose lymphatique

Tableau XXXXIII : Couvertures géographiques des campagnes de TDM contre la FL

Régions	Districts	Prévalence (%)	Couvertures géographiques des DMM contre la FL (%)									
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Kédougou	Kedougou	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
	Salemata	19,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
	Saraya	19,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Louga	Linguère	8,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
	Coki	3,00				Année de cartographie	0	0	0	0	0	100
	Keur Momar Sarr	3,00					0	0	0	0	0	100
	Sakal	3,00					0	0	0	0	0	100
	Louga	3,00					0	0	0	0	0	100
Saint Louis	Pete	2,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
	Podor	2,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Tambacounda	Bakel	0,00	100	100	100	ND	ND	ND	100	NT	100	
	Kidira	0,00	100	100	100	ND	ND	ND	100	NT	100	
	Goudiry	0,00	100	100	100	ND	ND	ND	100	NT	100	
	DiankeMakha	1,50	100	100	100	ND	ND	ND	100	NT	100	
	Koumpentoum	0,00	100	100	100	ND	ND	ND	100	NT	100	
	Tambacounda	0,30	100	100	100	ND	ND	ND	100	NT	100	
	Makacolibantang	0,00	100	100	100	ND	ND	ND	100	NT	100	

Tableau XXXXIV : Couvertures épidémiologiques des campagnes de TDM contre la FL

Régions	Districts	Prévalence (%)	Couvertures épidémiologiques des DMM contre la FL (%)									
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Kédougou	Kedougou	19,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	53
	Salemata	19,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	57
	Saraya	19,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	43
Louga	Linguère	8,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	36
	Coki	3,00						NT	NT	NT	NT	63
	Keur Momar Sarr	3,00						NT	NT	NT	NT	46
	Sakal	3,00						NT	NT	NT	NT	63
	Louga	3,00						NT	NT	NT	NT	16
Saint Louis	Pete	2,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	39
	Podor	2,00	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	NT	32
Tambacounda	Bakel	0,00	81	76	81	ND	ND	ND	35	NT	31	
	Kidira	0,00	90	71	80	ND	ND	ND	22	NT	34	
	Goudiry	0,00	82	80	59	ND	ND	ND	53	NT	37	
	Dianke makha	1,50	79	89	90	ND	ND	ND	75	NT	34	
	Koumpentoum	0,00	70	71	57	ND	ND	ND	21	NT	56	
	Tambacounda	0,30	80	76	65	ND	ND	ND	20	NT	32	
	Makacolibantang	0,00	76	71	58	ND	ND	ND	28	NT	22	

ND=Non disponible

NT=Non traité

Oncocercose

TABLEAU XXXXV : Couvertures thérapeutiques des traitements de masse contre l'onchocercose

Régions	Districts	Couvertures thérapeutiques pour l'onchocercose (%)							
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2015
Kedougou	Kédougou	78	78	77	78	80	80	80	66,59
	Salémata								70,87
	Saraya							79	54,21
Tambacounda	Tambacounda								48,45
	Dianke Makha	80	79	83	83	72	84	80	37,48
	Goudiry	79	80	80	85	84	89	82	44,35
	Kidira	78	79	80	95	88	88	85,9	54,33

Trachome

Tableau XXXXVI Couvertures des campagnes de TDM contre le trachome

Districts Sanitaires	2014				2015			
	Population cible	Doses prévues	Couvertures Thérapeutique (%)	Couvertures Géographique (%)	Population cible	Doses prévues	Couverture Thérapeutique (%)	Couverture Géographique (%)
Sakal	16 830	18 398	109	100	15 745	17 990	112.9%	98.5%
Coki	51 135	45 637	89.2	100	48 409	45 677	94.4%	106%