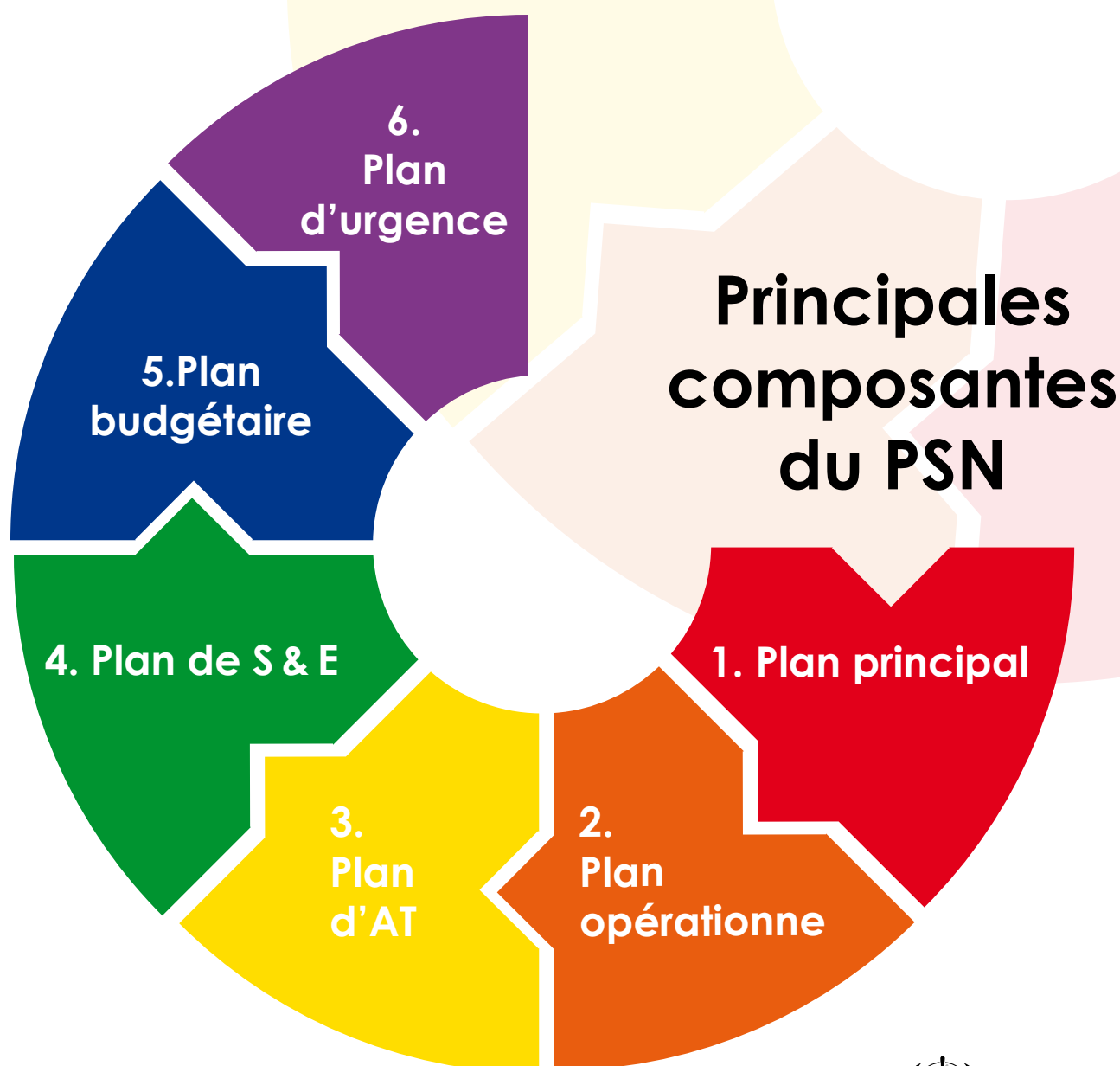


Guide d'élaboration d'un plan stratégique national pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte

Méthodologie pour l'élaboration d'un plan stratégique national



Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Guide d'élaboration d'un plan stratégique national pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte : méthodologie pour l'élaboration d'un plan stratégique national.

1. Tuberculose – prévention et lutte. 2. Tuberculose pulmonaire – prévention et lutte 3. Programmes nationaux de santé. 4. Matériels pédagogiques. I. Organisation mondiale de la santé.

ISBN 978 92 4 250797 3

(Classification NLM : WF 200)

© Organisation mondiale de la Santé 2016

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int. Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et mise en page par Genève Design.

Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse).

WHO/HTM/TB/2015.08

Guide d'élaboration d'un plan stratégique national pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte

Méthodologie pour l'élaboration d'un plan stratégique national

Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse
en collaboration avec le

Centre collaborateur de l'OMS pour la tuberculose et
les maladies pulmonaires, Fondation S. Maugeri,
Care & Research Institute, Tradate, Italie

Remerciements

Le présent document fait partie d'un ensemble de matériels didactiques regroupés dans un guide élaboré par le Programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), visant à orienter la planification du Programme de lutte contre la tuberculose. Il décrit le processus d'élaboration d'un plan stratégique national (PSN).

L'élaboration du document sur la méthodologie et des outils de formation a été coordonnée par Giuliano Gargioni, Malgorzata Grzemska, Soleil Labelle et Salah-Eddine Ottmani de l'unité Coordination du Soutien technique du Programme mondial de lutte contre la tuberculose. M. Giovanni Battista Migliori, du Centre collaborateur de l'OMS pour la tuberculose et les maladies pulmonaires, Fondazione S. Maugeri, Care and Research Institute, Tradate (Italie), a également beaucoup contribué à la finalisation de ces deux éléments.

Les personnes suivantes ont également apporté un soutien technique :

Inés Garcia Baena, Vineet Bhatia, Francesco Blasi, Miranda Brouwer, Rosella Centis, David Collins, Lia D'Ambrosio, Pierpaolo de Colombani, Daniel Kibuga, Ryuichi Komatsu, Linh Nhat Nguyen, Wilfred Nkhoma, Paul Nunn, Kefas Samson, Alka Aggarwal Singh, Antonio Spanevello, Mukund Uplekar, Remi Verduin, Diana Weil et Kasandji Henriette Wembanyama.

Les outils de formation ont été testés sur le terrain au cours de deux ateliers à Islamabad (Pakistan) en août 2013 puis trois ateliers internationaux à Cepina (Italie) en novembre 2013, Divonne (France) en février 2014, et Rabat (Maroc) en mars 2014.

Ce document a été financé par l'Agence pour le développement international des États-Unis (USAID) au titre de l'accord de coopération TB CARE I No. AID-OAA-A-10-0020. Son contenu relève de la seule responsabilité de TB CARE I et ne reflète pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du Gouvernement américain.



Table des matières

Avant-propos	3
Abréviations	4
Principales définitions	5
A. Introduction	7
A.1 Pourquoi un plan stratégique national contre la tuberculose est-il important ?	7
A.2 Objet et public cible	10
A.3 Qu'est-ce qu'un PSN ?	10
A.4 Principes fondamentaux	11
A.4.1 Conformité au cadre et aux orientations du Partenariat international pour la santé	11
A.4.2 Concordance avec la politique de santé et les plans nationaux de santé	11
A.4.3 Implication des parties prenantes et partenaires	11
A.5 Processus préparatoire d'un PSN	12
A.6 Établissement d'un système de numérotation	13
<i>Encadré 1. Exemple de système de numérotation à suivre tout au long des documents à des fins de cohérence</i>	13
B. Principales composante du PSN	14
B.1 Le plan principal	14
B.1.1 Analyse de la situation du pays	15
<i>Caractéristiques</i>	15
<i>Encadré 2. Examen du programme national de lutte contre la tuberculose</i>	15
<i>Contexte sanitaire</i>	16
<i>Analyse de la charge de la tuberculose</i>	17
<i>Situation en matière de VIH/sida</i>	18
<i>Tuberculose pharmacorésistante</i>	19
<i>Organisation du programme national de lutte contre la tuberculose</i>	20
<i>Résultats des politiques de lutte contre la tuberculose mises en œuvre à ce jour</i>	21
<i>Analyse SWOT (Forces, faiblesses, opportunités et menaces)</i>	22
<i>Tableau 1. Exemple d'analyse SWOT</i>	23
B.1.2 Analyse des lacunes du programme	24
<i>Encadré 3. Exemples de formulation inadaptée d'une lacune</i>	24
<i>Encadré 4. Exemple d'analyse des lacunes identifiées fondée sur l'analyse SWOT</i>	25
<i>Encadré 5. Exemples de deux lacunes bien formulées</i>	25

B.1.3	Identification et définition des buts et objectifs	26
	<i>Formulation des buts</i>	26
	<i>Formulation des objectifs</i>	26
	<i>Tableau 2. Exemple d'un but et de deux objectifs connexes</i>	27
B.1.4	Identification des interventions et activités stratégiques à mettre en œuvre	27
	<i>Tableau 3. Présentation des interventions et activités stratégiques, en suivant un système de numérotation cohérent</i>	28
B.2	Le plan opérationnel	29
	<i>Tableau 4. Exemple de plan opérationnel</i>	30
B.3	Le plan de suivi et d'évaluation	31
B.4	Le plan d'assistance technique	33
B.5	Le plan budgétaire	33
	<i>Encadré 6. Tuberculose, de la planification verticale à la planification intégrée</i>	36
B.5.1	Projection des calculs	37
	<i>Encadré 7. Exemple de calcul de projections</i>	38
B.6	Plan de préparation aux situations d'urgence	39
C.	Bibliographie choisie	40
D.	Étude de cas sur le Tuberculoland	44
D.1	Monographie sur le Tuberculoland	45
D.2	Exercices de simulation	62
	Réponses aux exercices de simulation	65



Avant-propos

La planification stratégique, élément fondamental de la gestion d'un programme de lutte contre la tuberculose, constitue l'instrument clé pour une mise en œuvre efficace des politiques pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte dans un pays sur une période donnée.

Selon les résultats d'une analyse approfondie de la situation, un plan stratégique national (PSN) pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte doit indiquer clairement le responsable du programme de lutte contre la tuberculose, ses partenaires et autres parties prenantes, le but et les objectifs à atteindre, ainsi que les interventions et mesures stratégiques à mettre en œuvre pour les atteindre. Un PSN bien conçu doit en outre préciser le budget nécessaire à la mise en œuvre de ces interventions et mesures et décrire clairement comment elles seront appliquées, comment leur mise en œuvre sera surveillée et comment leurs effets seront évalués. Il doit également fournir des informations sur l'assistance technique que devront apporter les partenaires (experts) nationaux et internationaux pour que cette mise en œuvre soit efficace.

Ce guide a été élaboré pour contribuer à la formulation d'un PSN. Ses différents éléments ont été assemblés pour aider les responsables des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose (PNLT) et toutes les parties prenantes intervenant dans la gestion des programmes de lutte contre la tuberculose à élaborer de nouveaux PSN ou améliorer les plans existants selon les procédures décrites à travers cinq éléments fondamentaux.

La Stratégie de l'OMS Halte à la tuberculose 2006-2015 fournit des orientations pour atteindre les cibles mondiales 2015 de réduction de la charge de morbidité de la tuberculose. La fin de l'année 2015 marque la transition entre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) établis en 2000 et un cadre de développement pour l'après-2015. Dans ce contexte plus large, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté en 2014 la nouvelle Stratégie pour mettre fin à la tuberculose avec des cibles ambitieuses sans précédents et pour dessein de mettre un terme à l'épidémie de tuberculose d'ici à 2035.

La Stratégie pour mettre fin à la tuberculose va bien au-delà de l'approche traditionnelle de lutte contre cette maladie. Elle repose sur trois piliers clairs : le premier inclut toutes les innovations en matière de soins, de prévention et de lutte ; le deuxième appelle à des décisions politiques audacieuses et à une protection sociale des personnes touchées par la maladie ; et le troisième encourage la recherche pour de nouveaux outils et des innovations dans les domaines de la prévention, du diagnostic et du traitement. Au fur et à mesure de l'élaboration de nouveaux PSN, il est essentiel que les pays tiennent compte de la nouvelle stratégie en utilisant ce guide pour définir les étapes nécessaires à un PSN solide et complet.

Le présent guide propose une méthodologie claire pour l'élaboration d'un PSN solide et visionnaire tenant compte de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose. Un plan bien conçu et audacieux constitue le point de départ pour dispenser des soins de meilleure qualité et parvenir à maîtriser la tuberculose pour, à terme, faire en sorte qu'elle ne soit plus un problème de santé publique.

Mario Raviglione
Directeur du Programme mondial de lutte contre la tuberculose
Organisation mondiale de la Santé

Abréviations

CIM	Classification Internationale des maladies
DOT	traitement sous surveillance directe (Directly Observed Therapy)
DOTS	Stratégie internationalement préconisée pour lutter contre la tuberculose jusqu'en 2005 et base de la nouvelle Stratégie Halte à la tuberculose lancée en 2006
DST	tests de sensibilité aux médicaments (drug susceptibility testing)
EEQ	évaluation externe de la qualité
IHP	Partenariat international pour la santé (International Health Partnership)
JANS	Outil d'évaluation conjointe des stratégies et plans nationaux (Joint Assessment of National Strategies and Plans Tool)
LED	Light-emitting Diode
LNR	laboratoire national de référence
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
OSC	organisation de la société civile
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose (précis, mesurable, réalisable, pertinent, limité dans le temps)
PSN	plan stratégique national
Sida	syndrome de l'immunodéficience acquise
SMART	Specific, Measurable, Attainable, Relevant, Time-bound (précis, mesurable, réalisable, pertinent, limité dans le temps)
SSP	soins de santé primaires
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (forces, faiblesses, opportunités et menaces)
tuberculose MR	tuberculose multirésistante
tuberculose UR	tuberculose ultrarésistante
VIH	virus de l'immunodéficience humaine



Principales définitions

Certains mots clés utilisés dans ce document peuvent avoir des significations différentes selon les lecteurs. Afin de faciliter la compréhension et l'utilisation de ce document, les définitions suivantes sont proposées :

- **But** : il s'agit du but à long terme qui a été fixé pour une stratégie sanitaire (par exemple une stratégie nationale de lutte contre la tuberculose). Il faut parfois beaucoup plus de temps pour atteindre un but que le nombre d'années couvertes par un PSN, c'est pourquoi plusieurs PSN peuvent s'avérer nécessaires. Un PSN contribue généralement à atteindre un but, axé sur l'effet sur la santé d'une stratégie au sein de la population donnée, comme la baisse de la prévalence de la tuberculose et/ou de la mortalité due à cette maladie dans les populations après l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale bien définie pour lutter contre la maladie. On mesure généralement la réalisation d'un but par un indicateur d'impact.
- **Objectif** : c'est ce que doit atteindre le PSN durant les années de sa mise en œuvre. Un objectif doit contribuer à atteindre le but. C'est le résultat global de la mise en œuvre du PSN. Par exemple, augmenter le taux de réussite du traitement chez les tuberculeux est un objectif qui peut être atteint par la mise en œuvre du PSN et donc contribue à réduire la mortalité liée à la tuberculose dans une population. On mesure la réalisation d'un objectif par un indicateur de résultats.
- **Cible** : c'est ce que doit atteindre une intervention stratégique. On mesure la réalisation d'une cible par un indicateur d'extrait.
- **Intervention stratégique** : il s'agit de la principale mesure sanitaire qui contribuera à atteindre au moins un objectif. Elle comprend plusieurs activités et sous-activités qui doivent être développées et/ou mises en œuvre. La mise en œuvre d'une intervention stratégique est étroitement liée à l'élaboration et/ou mise en œuvre de ses activités et sous-activités inhérentes. Par exemple, les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH peuvent être considérées comme une intervention stratégique dans une stratégie de lutte contre la tuberculose. Le dépistage systématique des patients tuberculeux pour l'infection à VIH est l'une des activités faisant partie de cette intervention stratégique. La mise en œuvre d'une intervention stratégique devrait permettre d'atteindre une ou plusieurs cibles. Par exemple, la prise en charge de 1500 cas de tuberculose multirésistante selon les normes internationales pourrait être une cible pour la gestion programmatique de la tuberculose pharmacorésistante comme une intervention stratégique.
- **Activité** : il s'agit de l'action sanitaire qui contribue à mettre en œuvre une intervention stratégique. Par exemple, former des médecins privés dans une stratégie nationale de lutte contre la tuberculose est l'une des activités de l'intervention stratégique intitulé Participation de tous les dispensateurs de soins de santé. Une activité peut être : i) une mesure sanitaire permanente, comme le dépistage systématique de la tuberculose chez les personnes VIH-positives ; ou ii) une mesure sanitaire limitée dans le temps comme l'élaboration d'un outil de formation sur une stratégie nationale de lutte contre la tuberculose. Une activité peut comprendre des sous-activités. Les activités et sous-activités sont généralement surveillées par des indicateurs de processus.
- **Indicateur** : il permet d'évaluer les réalisations des interventions et activités ou le niveau d'une affection spécifique dans une population donnée. Il est utilisé dans les activités de surveillance et d'évaluation.

- **SMART (specific, measurable, attainable, relevant, time-bound) :**
 - » **Précis :** les buts/objectifs visent un domaine spécifique à améliorer.
(Questions: que veux-je accomplir ? Pourquoi ? Qui intervient ? Où ? Quels sont les exigences ? Les contraintes ?)
 - » **Mesurable :** les buts/objectifs doivent être énoncés en termes quantifiables, sinon il s'agit de simples intentions. Les buts mesurables facilitent la planification, la mise en œuvre ainsi que le suivi et l'évaluation.
(Questions: Combien ? Comment sait-on si le but a été atteint ?)
 - » **Réalizable :** les buts/objectifs doivent constituer un moteur qui incite les personnes à viser plus haut.
 - » **Ils doivent être réalisables sinon ils sont voués à l'échec. (Questions :** le but est-il réalisable ? Comment peut-il être atteint ?)
 - » **Pertinent :** les buts/objectifs doivent être importants, correspondre à d'autres buts/objectifs, et les soutenir.
(Questions : est-ce le bon moment pour le but ? Le jeu en vaut-il la chandelle ?)
 - » **Limité dans le temps :** il convient de fixer une échéance pour la réalisation des buts/objectifs. L'échéance permet de concentrer les efforts et de planifier les mesures nécessaires dans le temps.
- **Indicateur d'impact :** il vise à établir si le but a été atteint. Les exemples typiques sont la mortalité, la prévalence et l'incidence.
- **Indicateur de résultats :** il est axé sur les objectifs, comme le nombre de cas de tuberculose identifiés ou le taux de réussite du traitement.
- **Indicateur d'extrant :** il évalue les interventions stratégiques, par exemple le nombre de cas de tuberculose multirésistante pris en charge.
- **Indicateur de processus :** il évalue l'élaboration ou la mise en œuvre des activités et sous-activités, par exemple le nombre de modules de formation imprimés ou le nombre d'agents de santé formés.
- **Indicateur d'entrant :** il est pris en compte dans le plan de suivi et d'évaluation, par exemple le budget alloué chaque année par le gouvernement.



A. Introduction

A.1 Pourquoi un plan stratégique national contre la tuberculose est-il important ?

La tuberculose est une maladie infectieuse due au bacille *Mycobacterium tuberculosis* qui touche généralement les poumons (tuberculose pulmonaire) mais peut également toucher d'autres sites (tuberculose extrapulmonaire). La maladie se propage par voie aérienne lorsque les personnes atteintes de tuberculose pulmonaire projettent la bactérie, par exemple en toussant. Globalement, une part relativement faible des personnes infectées par *M. tuberculosis* développe la maladie. Toutefois cette probabilité est nettement supérieure chez les personnes infectées par le VIH. La maladie est également plus courante chez les hommes que chez les femmes, et touche principalement les adultes dans les tranches d'âge les plus productives.¹

La méthode la plus courante pour diagnostiquer la tuberculose est l'examen microscopique des frottis d'expectorations (élaboré il y a plus d'un siècle), au cours duquel on observe au microscope la bactérie dans des échantillons d'expectorations. Suite aux récentes innovations en termes de diagnostic de la tuberculose, les tests moléculaires rapides pour diagnostiquer la tuberculose et la tuberculose pharmacorésistante sont de plus en plus utilisés. Dans les pays aux capacités de laboratoire les plus développés, les cas de tuberculose sont également diagnostiqués par des méthodes de mise en culture (norme de référence actuelle).

En l'absence de traitement, les taux de mortalité de la tuberculose sont élevés. Dans les études sur l'histoire naturelle de la maladie parmi les cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif/VIH négatifs, environ 70 % décèdent dans les 10 ans ; parmi les cas à culture positive (mais à frottis négatif), 20 % décèdent dans les 10 ans.²

La planification stratégique est un élément fondamental de la prise en charge dans un programme de lutte contre la tuberculose. Un plan stratégique national (PSN) pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte contre cette maladie constitue l'instrument clé pour une mise en œuvre efficace dans un pays des politiques définies pour cette lutte. Il doit refléter la vision du programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT) et être conforme aux politiques et stratégies de santé nationales ainsi qu'au plan sanitaire général pour le pays. Pour les problèmes de santé publique de portée internationale comme la tuberculose, l'élaboration de plans stratégiques nationaux doit reposer sur une adaptation au niveau national de la stratégie mondiale. Un PSN repose sur une analyse approfondie de l'épidémiologie de la tuberculose afin de s'appuyer sur une bonne connaissance de la situation en matière de lutte contre la maladie et de suivre un processus de développement rationnel. Un PSN bien conçu doit couvrir une période donnée sur plusieurs années, généralement cinq ans minimum, et avoir un but clairement défini, conforme au but global de la politique existante pour la lutte contre la tuberculose.

1 Global TB Report, 2013.

2 Tiemersma EW et al. Natural history of tuberculosis: duration and fatality of untreated pulmonary tuberculosis in HIV-negative patients: A systematic review. PLoS ONE, 2011, 6(4): e17601.

La Stratégie de l'OMS Halte à la tuberculose 2006-2015 offre aux pays un cadre pour discuter de la formulation de leur PSN afin d'atteindre et de traiter les personnes souffrant de tuberculose et d'atteindre les cibles de 2015 en matière de réduction de la mortalité, de l'incidence et de la prévalence de la maladie.

La fin de l'année 2015 marque la transition entre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) établis en 2000 et un cadre de développement pour l'après-2015. Les Nations Unies tendent maintenant vers la définition en 2015 d'un ensemble d'objectifs de développement durable à l'horizon 2030 qui incluent probablement des efforts constants sur tous les OMD, y compris un mouvement pour mettre un terme aux épidémies de tuberculose, de VIH et de paludisme. Conformément à l'établissement de ce nouveau programme, l'Organisation mondiale de la Santé, en collaboration avec les États Membres et divers partenaires, a élaboré une nouvelle stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose pour la période 2016-2035. La Stratégie pour mettre fin à la tuberculose, telle que désignée aujourd'hui, a été approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2014. Elle vise à mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose. Elle comprend les cibles mondiales de réduction de 95 % du nombre de décès et de 90 % du nombre de cas d'ici à 2035, ainsi que l'élimination des coûts catastrophiques liés à la tuberculose pour les familles d'ici à 2020. Des jalons pour toutes les cibles sont posés pour 2020, 2025 et 2030. La stratégie énonce des actions sous trois piliers : soins et prévention intégrés, centrés sur le patient ; politiques audacieuses et systèmes de soutien ; et intensification de la recherche et de l'innovation.³ Elle repose sur quatre principes et doit être adaptée au niveau des pays – ce n'est pas une approche unique.

La résolution WHA67.1,⁴ adoptée par tous les États Membres lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2014, stipule que tous les partenaires sont responsables de l'adaptation et de la mise en œuvre de la stratégie, ainsi que de l'élaboration des indicateurs, des jalons et des cibles adaptés à la situation nationale, en vue de contribuer à la réalisation des cibles pour 2035 aux niveaux local et mondial. Cela inclut le suivi de la mise en œuvre de la stratégie, et l'évaluation de l'impact du point de vue des progrès accomplis par rapport aux jalons et aux cibles.

L'élaboration du PSN pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte est un élément fondamental de la vision du programme national de lutte contre la tuberculose et constitue l'épine dorsale d'une mise en œuvre efficace des politiques contre la tuberculose dans un pays, sur une période donnée. Le PSN constitue le document stratégique le plus important qui oriente les autorités sanitaires nationales pour la gestion et la mise en œuvre des activités appropriées de lutte contre la tuberculose, tout en faisant partie d'un mouvement collectif vers l'élimination de la tuberculose et les ODD mondiaux liés à la santé après 2015.

3 Global TB Report, 2013.

4 http://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf?ua=1.



A STRATÉGIE POUR METTRE FIN À LA TUBERCULOSE EN BREF

VISION Un monde sans tuberculose. Zéro décès et plus de morbidité ni de souffrances dus à la tuberculose

BUT Mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose

INDICATEURS	Jalons		Cibles	
	2020	2025	2030*	2035
Réduire de 95 % d'ici à 2035 le nombre de décès par rapport à 2015 (%)	35%	75%	90%	95%
Réduire de 90 % d'ici à 2035 le taux d'incidence de la tuberculose par rapport à 2015	20% (<85/100 000)	50% (<55/100 000)	80% (<20/100 000)	90% (<10/100 000)
D'ici à 2035, plus aucune famille ne supporte de coûts catastrophiques liés à la tuberculose	0	0	0	0

PRINCIPLES

1. Tutelle des pouvoirs publics et justification de l'action menée, suivi et évaluation
2. Solide coalition avec les organisations de la société civile et les communautés
3. Protection et promotion des droits de l'homme, éthique et équité
4. Adaptation de la stratégie et des cibles dans les pays, doublée d'une collaboration mondiale

PILIERS ET COMPOSANTES

1. Soins et prévention intégrés, centrés sur le patient

- A. Diagnostic précoce de la tuberculose (y compris tests universels de sensibilité aux médicaments) et dépistage systématique des sujets contacts et des groupes à haut risque
- B. Traitement de tous les malades de la tuberculose, y compris la tuberculose pharmacorésistante, et soutien aux patients
- C. Activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH et prise en charge des comorbidités
- D. Traitement préventif des personnes à haut risque et vaccination contre la tuberculose

2. Politiques audacieuses et systèmes de soutien

- A. Engagement politique s'accompagnant de ressources adéquates pour les soins et la prévention
- B. Collaboration des communautés, des organisations de la société civile et des dispensateurs de soins publics et privés
- C. Politique de couverture sanitaire universelle et cadres réglementaires pour la notification des cas, les statistiques d'état civil, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et la lutte anti infectieuse.
- D. Protection sociale, réduction de la pauvreté et actions sur d'autres déterminants de la tuberculose

3. Intensification de la recherche et de l'innovation

- A. Découverte, mise au point et adoption rapide de nouveaux outils, interventions et stratégies
- B. Recherche pour optimiser la mise en œuvre et l'impact et promouvoir l'innovation

* Cibles pour les objectifs de développement durables des Nations Unies en cours de formulation.

A.2 Objet et public cible

Le présent document décrit le processus à suivre pour concevoir et élaborer un PSN pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte. Il identifie et décrit les composantes clés à inclure dans un PSN et donne des indications sur la façon d'établir chacune de ces composantes par un cadre solide afin d'atteindre le but global de la stratégie nationale pour la lutte contre la tuberculose.

Le document s'adresse principalement aux responsables des programmes de lutte contre la tuberculose ainsi qu'aux partenaires et parties prenantes intervenant dans les questions programmatiques liées à la prévention de la tuberculose, aux soins et à la lutte. Le public cible comprend les partenaires internationaux, les ministères de la santé, d'autres secteurs publics, les organisations non gouvernementales, le secteur privé, les établissements universitaires et d'autres organisations de la société civile qui interviennent dans la planification, l'élaboration, la mise en œuvre ainsi que le suivi et l'évaluation des interventions et activités liées à la tuberculose.

Un PSN est un outil important pour renforcer l'engagement politique des autorités sanitaires nationales dans la lutte contre la tuberculose. Il contribue également à accroître la visibilité de la tuberculose dans le programme national de santé et ainsi faire en sorte que le gouvernement alloue des ressources importantes à cette question. En outre, le processus d'élaboration d'un PSN solide encourage les donateurs à s'impliquer dans le financement de la lutte contre la tuberculose dans le pays.

A.3 Qu'est-ce qu'un PSN ?

Un plan stratégique national pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte est un instrument indispensable à une bonne gestion des programmes de lutte contre cette maladie. Ce processus permet d'établir des priorités et des orientations stratégiques sur une période donnée (par exemple cinq ans, conformément au plan national de santé). Il indique les actions à mener dans un programme de lutte contre la tuberculose, la façon dont elles seront menées, et les méthodes utilisées pour vérifier leur mise en œuvre. Il oriente la prise de décisions sur l'attribution des ressources et la prise de mesures pour poursuivre des stratégies et établir des priorités.⁵

Un PSN bien conçu doit fournir un cadre clair qui décrit les interventions stratégiques adaptées pour atteindre les buts, objectifs et cibles du pays en matière de prévention de la tuberculose, soins et lutte. Les liens entre les interventions et les objectifs doivent être pertinents et cohérents. Il convient en outre de décrire précisément les activités et sous-activités inhérentes à chaque intervention, en fixant une ou plusieurs cible(s) claire(s) pour chaque intervention et en identifiant où et quand chaque activité et sous-activité doit être mise en œuvre et par qui.

En outre, un PSN doit inclure :

- La description de l'assistance technique nécessaire pour mettre en œuvre certaines interventions et/ou activités identifiées ;
- une description claire de la façon dont la mise en œuvre des interventions et activités sera surveillée et dont les extrants, résultats et impact seront mesurés et évalués ;
- un budget détaillé pour la mise en œuvre des interventions et activités.

⁵ <http://www.health.state.mn.us/divs/opi/pm/lphap/stratplan/>.



A.4 Principes fondamentaux

A.4.1 Conformité au cadre et aux orientations du Partenariat international pour la santé

Le développement sanitaire ne peut être durable que s'il est mené dans le cadre d'une politique nationale de développement socioéconomique. Les acteurs nationaux et internationaux déploient des efforts importants dans ce contexte afin d'améliorer et de renforcer les services de santé pour les populations. Il est important de noter que la coordination entre les différentes parties prenantes est un élément clé pour que ces efforts soient efficaces. Cette coordination doit porter précisément sur l'harmonisation d'un processus de planification vers une vision unique du plan de santé dans un pays. Les donateurs, partenaires techniques et autres parties prenantes internationales sont plus enclins à soutenir un plan de santé reflétant cette harmonisation. L'élaboration d'un PSN doit être conforme aux exigences du Partenariat international pour la santé, un groupe de travail interagences dont le cadre de suivi définit la façon dont les plans nationaux doivent cibler les questions de santé (par exemple PSN pour la tuberculose). L'outil d'évaluation conjointe des stratégies et plans nationaux (JANS, de l'anglais Joint Assessment of National Health Strategies and Plans) évalue, par une approche normalisée, les points forts et les points faibles d'un plan de santé stratégique national. Il énonce les composantes essentielles et les paramètres d'une stratégie et d'un plan nationaux de qualité en fonction de cinq ensembles de critères spécifiques :

- 1 analyse de la situation et programmation : l'analyse de la situation permettra de définir clairement les stratégies pertinentes ;
- 2 processus à travers lequel les stratégies et plans nationaux ont été élaborés ;
- 3 coût et budget du plan pour mettre en œuvre la stratégie pertinente ;
- 4 dispositions en termes de mise en œuvre et de gestion ;
- 5 résultats, mécanismes de suivi et d'examen.

Le présent guide est conforme aux critères énoncés dans l'outil JANS.

A.4.2 Concordance avec la politique de santé et les plans nationaux de santé

Un PSN destiné à combattre et/ou prévenir une maladie donnée doit être conforme à la vision et la politique nationale en matière de santé et être en phase avec le plan national de santé et ses stratégies et programmes. Un PSN pour lutter contre la tuberculose doit donc être élaboré dans le contexte d'une approche globale nationale de la stratégie de santé et de la planification sur la base d'une analyse approfondie de la situation sanitaire globale dans le pays.

A.4.3 Implication des parties prenantes et partenaires

Il est essentiel que les parties prenantes et partenaires compétents s'impliquent pleinement tout au long du processus d'élaboration du PSN contre la tuberculose. Leur engagement doit être garanti dès le début du processus de planification afin de s'assurer de leur adhésion et de leur participation active. Le PNLT doit mettre régulièrement à jour la liste de tous les partenaires (par exemple qui ils sont, ce qu'ils font,

où ils interviennent et avec quelles ressources) afin de pouvoir les mettre à contribution dans la mise en œuvre du PSN. Les professionnels des secteurs de la santé concernés, y compris les organisations de la société civile (OSC) et les ONG, intervenant au niveau intermédiaire et local, doivent être consultés et impliqués dans le processus d'élaboration du PSN. Il convient d'établir le coût des activités menées par les partenaires et d'inclure ces dernières dans le PSN afin d'avoir une image globale de toutes les ressources humaines et financières consacrées à la mise en œuvre du PSN.

A.5 Processus préparatoire d'un PSN

Un processus systématique, transparent et multipartite donne de la crédibilité au PSN, augmentant ainsi ses chances d'être largement accepté et adopté par les autorités publiques et les partenaires. Cette crédibilité favorise également l'engagement et l'implication.

Les étapes à prendre en compte lors de l'élaboration d'un PSN approprié sont les suivantes :

- Planification préparatoire
 - » Il convient de préparer un document cadre et conceptuel ainsi que des documents de base pour l'élaboration du PSN basé sur une analyse de la situation.
 - » Les autorités sanitaires nationales compétentes doivent être bien informées afin d'obtenir une approbation officielle et de faire en sorte qu'elles soutiennent pleinement le processus pour l'élaboration du PSN.
- Participation multipartite
 - » Les parties prenantes compétentes intervenant dans le pays doivent être identifiées, tout comme leurs domaines d'orientation stratégique et leur période d'engagement. Tous les principaux groupes d'intérêt (par exemple OSC, groupes de protection de la santé des femmes et des enfants, organisations de patients) doivent être inclus.
 - » Les autorités ou organismes de réglementation (par exemple pour les finances, les médicaments, l'équipement), les organismes de financement, les organismes infranationaux au niveau sanitaire et autres organismes doivent être pris en compte et représentés.
 - » Une plateforme transparente doit être utilisée pour la planification et le processus décisionnel pour élaborer un PSN.
 - » Les parties prenantes doivent être sollicitées pour participer aux diverses réunions de consultation du PSN.
 - » Un comité chargé d'élaborer le PSN doit être mis en place (comme un groupe spécial pour gérer le processus plus un comité de rédaction).
 - » L'élaboration du PSN doit être entreprise, soumise à discussion, puis finalisée.
 - » L'approbation du PSN par toutes les parties prenantes participant doit être garantie.
- Une réunion doit être organisée pour présenter le contenu du PSN aux autorités sanitaires nationales.
- Le PSN doit être approuvé et promu par les autorités sanitaires nationales.
- Les coûts liés au PSN doivent être intégrés dans le budget pour l'exercice financier.



Un PSN bien conçu donne une orientation claire pour la mise en œuvre des interventions de prévention de la tuberculose, des soins et de la lutte ainsi que de la crédibilité pour mobiliser les ressources financières au sein du pays, mais aussi par des procédures de coopération bilatérale et multilatérale.

A.6 Établissement d'un système de numérotation

Le PSN explique en détails les raisons de son élaboration et précise les but(s), objectif(s) et interventions stratégiques ainsi que les activités et sous-activités inhérentes. Étant donné que tous ces éléments seront mentionnés dans le plan budgétaire, le plan de suivi et d'évaluation, le plan opérationnel et le plan d'assistance technique, il convient d'établir un système de numérotation afin d'identifier précisément chacun d'entre eux. Le système de numérotation permet d'attribuer à chaque but, objectif, intervention stratégique et activité et sous-activité un numéro unique qui sera utilisé dans les cinq composantes du PSN. Ce système de numérotation permet de garantir la cohérence entre ces composantes.

L'exemple ci-dessous montre comment établir un système de numérotation.

Encadré 1. Exemple de système de numérotation à suivre tout au long des documents à des fins de cohérence

But : Réduire le taux de mortalité due à la tuberculose à un décès pour 100 000 personnes d'ici à 2020.

Objectif 1 : Faire passer le taux de guérison de la tuberculose de 50 % à 90 % à partir de 2017.

Intervention stratégique 1.1. Amélioration et renforcement des capacités de gestion au niveau du district

Activité 1.1.1. Définition claire du rôle de l'unité de gestion pour la tuberculose au niveau du district

Activité 1.1.2. Réaffectation et recrutement du personnel approprié en fonction des descriptions de postes au sein de l'unité centrale

Activité 1.1.3. Formation adaptée du personnel de gestion au niveau du district

Activité 1.1.4. Organisation des activités de supervision du niveau du district

Activité 1.1.5. organisation des activités de formation pour les agents de santé au niveau du district

Intervention stratégique 1.2. Mise en œuvre de services de traitement médicamenteux de la tuberculose dans les centres de santé et la communauté

Activité 1.2.1. Approvisionnement en médicaments et gestion pharmaceutique appropriés

Activité 1.2.2. Participation des volontaires communautaires locaux à la surveillance du traitement

Activité 1.2.3. Aide au patient pour se rendre dans le centre de santé pour le suivi et après l'hospitalisation

Activité 1.2.4. Fourniture de moyens de déplacement aux agents de SSP pour constater les lacunes identifiées

Objectif 2 :

Intervention stratégique 2.1 : ...

Activité 2.1.1. Décrire la première activité

Activité 2.1.2. Décrire la seconde activité

Si nécessaire, décrire les sous-activités en utilisant le même système de numérotation

2.1.2.1 décrire la sous-activité

2.1.2.2 décrire la sous-activité

2.1.2.3 décrire la sous-activité

B. Principales composante du PSN

Un PSN complet doit inclure cinq composantes, conformes aux critères de l'outil JANS :

B.1 un **plan principal**, qui doit inclure :

- a.** une **analyse de la charge de la tuberculose et de la situation concernant cette maladie**, avec une description claire des problèmes et des lacunes du programme ;
- b.** une définition des **buts et objectifs** ;
- c.** une description des **interventions stratégiques** et des **activités et sous-activités** connexes ;

B.2 un **plan opérationnel** qui fournit, pour chaque activité et sous-activité, des informations utiles et détaillées sur le processus de mise en œuvre ;

B.3 un plan de **suivi et d'évaluation** avec les **indicateurs** qui doivent être évalués pour les but(s), objectifs opérationnels, interventions stratégiques et certaines activités importantes ;

B.4 un plan d'assistance technique décrivant les interventions et activités pour lesquelles une assistance technique est nécessaire et fournissant des détails sur la façon dont cette assistance doit être apportée ;

B.5 un plan budgétaire détaillé qui comprend les coûts liés à chaque intervention, activité et sous-activité par rapport à l'objectif opérationnel concerné.

En outre, il convient de prévoir un **plan de préparation aux situations d'urgence** dans les pays dont la situation sécuritaire est précaire ou qui sont sujets aux catastrophes naturelles.

Un processus de planification correct devrait pouvoir garantir une cohérence interne entre l'analyse de la situation, les lacunes, les buts, les objectifs et les interventions stratégiques et les activités inhérentes, ainsi qu'entre les cinq composantes susmentionnées.

B.1 Le plan principal

Partie descriptive du PSN, le plan principal constitue l'épine dorsale de la vision du pays en termes de prévention de la tuberculose, soins et lutte. Il doit fournir tous les éléments et arguments expliquant l'identification des lacunes et le choix des buts, objectifs et interventions stratégiques.

À cette fin, il est primordial de décrire en détail la situation en matière de charge de la tuberculose ainsi que la politique mise en œuvre à ce jour dans le pays contre cette maladie. Cette description doit fournir des informations sur les résultats obtenus, les problèmes persistants, les lacunes actuelles ainsi que les besoins anticipés pour la prochaine période de planification.

Le plan principal doit comprendre un ou plusieurs but(s) clairement défini(s) qui contribueront en grande partie à atteindre l'objectif global déterminé dans la politique nationale pour combattre (et, lorsque c'est possible, éliminer) la tuberculose dans le pays. Il doit également inclure des objectifs clairement définis. Le lien entre le ou les but(s) et le ou les objectif(s) doit être bien établi. En outre, un PSN bien conçu doit montrer que le ou les objectif(s) établi(s) sont : i) logiques par rapport aux lacunes identifiées ; et ii) compatibles avec les interventions stratégiques définies.



Un suivi et une évaluation sur le terrain en interne ou des examens externes du PNLT par des experts internationaux à intervalles réguliers peuvent servir de base à une analyse approfondie de la situation ou des lacunes, et permettre de fixer de nouveaux buts et objectifs et de définir des interventions stratégiques. Cela contribuera à l'élaboration d'un nouveau PNLT ou à la révision/actualisation d'un plan existant, selon les besoins.

Encadré 2. Examen du programme national de lutte contre la tuberculose

L'examen du programme national de lutte contre la tuberculose contribue largement à l'évaluation de la charge de la tuberculose. Cet examen vise à :

1. analyser la situation en termes de charge de la tuberculose ;
2. procéder à l'analyse stratégique de l'environnement interne et externe du programme de lutte contre la tuberculose
3. analyser les lacunes opérationnelles et politiques et déterminer les interventions prioritaires ; et
4. identifier les orientations stratégiques immédiates et à mi-parcours.

B.1.1 Analyse de la situation du pays

Caractéristiques

L'analyse de la situation doit fournir des informations générales sur certaines caractéristiques du pays comme la taille du territoire national ou les événements historiques importants qui ont un lien avec l'état de santé de la population ou peuvent avoir eu une incidence sur le système de santé existant.

La description des caractéristiques démographiques doit fournir des informations sur :

- la taille de la population ;
- la répartition de la population par zones géographiques, urbaines ou rurales, groupes ethniques/culturels, le cas échéant, sexe, tranches d'âge et autres ;
- l'âge moyen de la population ;
- l'espérance de vie chez les hommes et les femmes ; et
- tout processus en cours de transition démographique.

La description des contextes politiques et socioéconomiques permettra de comprendre la situation sanitaire du pays. Les informations sur les aspects suivants du pays sont généralement nécessaires :

- type de gouvernement (par exemple république, royaume) ;
- divisions administratives et nombre d'unités administratives différentes ;
- organisation du réseau administratif qui couvre le territoire national ;
- fourniture de services publics par le réseau administratif ;
- produit intérieur brut, revenu national brut et tendances ces dernières années ;
- sources de revenus du pays et infrastructure économique ;

- système(s) économique(s) utilisé(s) à ce jour dans le pays (par exemple marché libre, économie d'État ou mixte) ;
- dette extérieure du pays ;
- niveau de l'aide internationale à l'économie du pays et aux services publics ;
- taux de chômage chez les jeunes ;
- proportion de la population vivant sous le seuil de pauvreté ;
- politiques de développement lancées par le gouvernement ; et
- mesures importantes prises récemment par le gouvernement, comme un programme d'ajustement structurel ou des mesures nationales pour réduire la pauvreté.

Contexte sanitaire

Les principaux indicateurs sur l'état de santé global de la population doivent être mis en évidence, comme le taux de natalité, le taux de mortalité global, la mortalité infantile, la mortalité maternelle et la tendance de l'espérance de vie ces dernières décennies.

Il convient de fournir des informations sur les principales causes de décès dans la population et leurs taux de mortalité respectifs et, dans la mesure du possible, répartir par cause les décès chez les enfants.

Les principales causes de morbidité doivent être clairement indiquées. La charge des maladies transmissibles et non transmissibles ainsi que leur répartition doivent être décrites séparément. Il serait opportun de déterminer la contribution de la tuberculose à la charge globale des maladies transmissibles et à la morbidité globale, et de comparer la morbidité de la tuberculose à celle des principales maladies transmissibles comme le VIH/sida. Décrire la situation de certaines maladies ou comportements comme l'obésité ou le tabagisme au sein de la population pourrait également être utile. Il convient également de préciser les principaux motifs de demande de soins dans les services de consultations externes et le réseau hospitalier.

Il est impératif de fournir des précisions sur la politique de santé globale adoptée par les autorités sanitaires nationales et les priorités en matière de santé inscrites au programme politique. Les but(s) et objectifs de la politique de santé nationale ainsi que les interventions sanitaires adoptées pour les atteindre doivent être décrits conformément au plan de santé national élaboré par les autorités sanitaires nationales. Il est important de décrire précisément la place de la tuberculose dans la politique de santé nationale et le plan de santé national.

Il est nécessaire d'expliquer le mécanisme utilisé pour couvrir les dépenses de santé dans le pays. Les différentes sources de financement et leurs contributions qui garantissent cette couverture doivent également être précisées, c'est-à-dire la contribution du gouvernement, les régimes d'assurance-maladie, la coopération bilatérale et multilatérale, les prêts et aides des partenaires internationaux, les paiements directs par les patients, et autres. Il serait utile de fournir des informations sur la proportion de la population couverte par un régime d'assurance-maladie, sur le type de groupes couverts, ainsi que sur l'existence ou non d'un programme d'assurance-maladie axé spécifiquement sur les groupes les plus défavorisés.



Il convient de décrire les différents secteurs inclus dans le système de santé (par exemple secteurs de la santé public, privé ou semi-public). En outre, il est impératif de préciser :

- les différents niveaux du système de santé existant dans le pays ;
- la façon dont ces niveaux sont reliés entre eux ;
- les ressources humaines disponibles à chaque niveau du système de santé ;
- les types de services de soins fournis à la population par niveau du système de santé ;
- l'accessibilité de la population à ces services de soins ;
- la répartition des services de soins de santé primaires (SSP), leur accessibilité dans les zones urbaines et rurales et l'intégration des interventions de prévention de la tuberculose, soins et lutte dans ces services.

Analyse de la charge de la tuberculose

Les données épidémiologiques validées les plus pertinentes et les plus récentes sur la tuberculose dans le pays doivent figurer dans le plan principal. Il est nécessaire de prendre en compte toutes les sources d'information disponibles sur la tuberculose dans cet exercice, à savoir les estimations de l'OMS (par exemple telles que reportées dans le Rapport de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde et les profils de pays),⁶ les statistiques d'état civil et le système d'information établi par le PNLTI, ainsi que les résultats des enquêtes (par exemple enquête sur la prévalence de la tuberculose), des évaluations et du suivi en interne des activités de la tuberculose, des examens externes des programmes et des études sur la recherche opérationnelle.

Il est impératif de prendre en compte les informations disponibles sur la charge de la tuberculose, issues de l'enquête sur la prévalence de la maladie (si disponible), des estimations de l'OMS ou d'autres approches (études de capture/recapture ou enquête sur le risque annuel d'infection par la tuberculose). Les estimations sur la mortalité due à la tuberculose doivent également être obtenues à partir des données crédibles des registres d'état statistiques basées sur la CIM ou des estimations de l'OMS. L'analyse des données sur la tuberculose dans le pays collectées par le système d'information de routine doit fournir les taux de notification annuels pour 100 000 habitants. Les données doivent être ventilées par type de tuberculose (pulmonaire à frottis positif, pulmonaire à frottis négatif et extra-pulmonaire – ou bactériologiquement confirmée, cliniquement diagnostiquée, pulmonaire et extrapulmonaire si les nouvelles définitions de l'OMS sont utilisées) et antécédents de traitement, mais surtout elles doivent être ventilées par tranche d'âge, sexe et zone (district, État, région ou province, en fonction du pays). La tendance au fil du temps du nombre et des taux de cas de tuberculose notifiés doit être indiquée.

La ventilation des données fournira des informations sur :

- les personnes les plus touchées par la tuberculose, ce qui permettra d'identifier :
 - » les tranches d'âge où le nombre de cas de tuberculose et le taux de notification sont les plus élevés ;
 - » le sexe avec le nombre de cas de tuberculose et le taux de notification les plus élevés ;
 - » la charge de la tuberculose chez les enfants et les femmes en âge de procréer ;

⁶ www.who.int/tb/country/data/profiles/en/index.html.

- le lieu où la tuberculose est la plus souvent observé, ce qui permettra :
 - » d'identifier les zones géographiques ayant la plus forte charge de tuberculose ;
 - » de comparer l'occurrence de la tuberculose entre les environnements ruraux et urbains ;
 - » de déterminer, dans les zones géographiques, les régions et/ou districts où le nombre de cas de tuberculose et les taux de notification sont les plus élevés ;
- la tendance des cas de tuberculose notifiés pour décrire toute augmentation ou baisse dans le temps de leur taux pour 100 000 habitants et préciser le taux annuel d'augmentation ou de baisse ;
- la tendance au fil du temps de l'âge moyen des patients tuberculeux notifiés.

En ce qui concerne ce dernier point, une augmentation de l'âge moyen indiquera que la tuberculose touche probablement des personnes plus âgées. Ces informations, associées aux données montrant une baisse significative du taux de notification de la tuberculose chez les jeunes, indiqueraient une baisse probable de la transmission de la maladie dans la population générale, à condition qu'il n'y ait pas de relâchement dans les efforts de dépistage.

Situation en matière de VIH/sida

La situation en matière de VIH/sida et ses effets sur la tuberculose dans le pays doit être décrite par les points suivants :

- nombre estimé de personnes vivant avec le VIH ;
- prévalence du VIH dans la population adulte ;
- prévalence du VIH chez les femmes enceintes ;
- prévalence estimée du VIH dans les groupes à risque spécifiques, comme les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues injectables et autres ;
- nombre cumulé de personnes vivant avec le VIH/sida identifiées à ce jour ;
- prévalence estimée de l'infection à VIH chez les personnes tuberculeuses ;
- données sur les cas de tuberculose notifiés chez les personnes vivant avec le VIH.

D'autres aspects spécifiques de la charge de VIH/sida doivent être soulignés, comme la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les consommateurs de drogues injectables ou les travailleurs du sexe.

En outre, l'analyse doit fournir des informations sur les groupes de population avec un taux de notification de la tuberculose nettement supérieur à celui de la population générale, comme :

- les sujets contacts de la tuberculose ;
- les personnes vivant dans des bidonvilles ;
- les détenus ;
- les personnes faisant partie de populations autochtones ;
- les mineurs ;
- les résidents suburbains ;



- les migrants ;
- les personnes déplacées ;
- les réfugiés ;
- les demandeurs d'asile ;
- d'autres groupes particuliers, comme les personnes avec des comorbidités spécifiques.

Il convient d'indiquer le nombre de patients tuberculeux qui sont en retraitement et leur proportion par rapport aux patients traités. Leur répartition par caractéristiques, comme les catégories de retraitement (par exemple en rechute, après échec thérapeutique, après avoir été perdu de vue), par sexe, âge ou zone, sera utile pour comprendre la situation en matière de tuberculose.

Tuberculose pharmacorésistante

Des informations sur la tuberculose pharmacorésistante, en particulier la tuberculose multirésistante (MR) et ultrarésistante (UR), doivent figurer dans le plan, notamment :

- le nombre total estimé (mesuré ou modélisé) de personnes atteintes de tuberculose MR, au moins parmi les patients atteints de tuberculose pulmonaire notifiés ;
- la prévalence de la tuberculose MR :
 - » parmi les patients tuberculeux jamais traités auparavant contre la tuberculose ;
 - » parmi les patients tuberculeux déjà traités, de préférence classée par les catégories suivantes : rechute, retraitement après interruption (perdus de vue) et retraitement après échec thérapeutique.

Les informations ci-dessus doivent être tirées de précédentes enquêtes sur la pharmacorésistance, du système de surveillance actuel pour la tuberculose pharmacorésistante ou des programmes existants de prise en charge des tuberculoses MR et UR.

Il convient de :

- notifier le nombre de cas de tuberculose MR (multirésistante) et UR (ultrarésistante) dans les services du PNLT ou tout autre service de santé ;
- décrire, si possible, la répartition de ces cas par :
 - » zone (État, région, province, district ou autre ; zones urbaines ou rurales ou toute autre répartition spatiale) ;
 - » sexe ;
 - » tranche d'âge ;
 - » toute autre caractéristique, comme les groupes présentant un risque de pharmacorésistance.

Cette description analytique de la charge de la tuberculose est essentielle pour identifier certains groupes de population ou zones géographiques qui doivent être ciblés par des interventions stratégiques adaptées. En outre, toute information disponible sur le manque de connaissances, les croyances culturelles et les types de comportement ayant une incidence sur les habitudes saines de la population en général ou des groupes de populations particuliers doit être incluse dans cette analyse.

Organisation du programme national de lutte contre la tuberculose

Il convient d'indiquer clairement la ou les instance(s) chargée(s) de gérer le programme de lutte contre la tuberculose. Dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte sont généralement organisés dans le cadre d'un programme national de lutte contre la maladie, souvent en collaboration avec le Département des maladies transmissibles du Ministère de la santé.

Le plan principal doit permettre de bien comprendre l'organisation du programme national de lutte contre la tuberculose dans le pays.

Pour ce faire, il convient de préciser les éléments suivants :

- La structure opérationnelle et les politiques du programme national de lutte contre la tuberculose, à savoir :
 - » l'unité centrale ainsi que ses fonctions et procédures de gestion ;
 - » le rôle du niveau du système de santé intermédiaire (par exemple État, région, province, district) dans l'organisation des activités de lutte contre la tuberculose et dans la gestion des ressources du programme de lutte contre la tuberculose à ce niveau ;
 - » l'intégration des services du PNLT dans les centres de santé et dans les services de santé généraux ;
 - » le réseau de laboratoires de la tuberculose, avec notamment des informations sur le laboratoire de référence national, ainsi que sur le nombre et le rôle des laboratoires de la tuberculose, au niveau intermédiaire et aux niveaux périphériques ;
 - » la politique nationale adoptée par le PNLT, si nécessaire, son évolution au fil du temps, ses principaux défis et réalisations ;
 - » le précédent PSN, avec une description de ses but(s), objectifs opérationnels, interventions stratégiques et budget ;
 - » les sources de financement mobilisés jusqu'à présent pour la situation de la tuberculose, avec des informations détaillées sur la contribution financière des organismes publics et non gouvernementaux ; ainsi que les partenaires financiers nationaux et internationaux qui interviennent dans la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte ;
 - » les composantes du PSN précédent bénéficiant d'un soutien financier de la part de partenaires, y compris le Fonds mondial, dans la mesure du possible ;
 - » les composantes du PSN précédent qui n'ont pas été mises en œuvre, par manque de financement ou de capacités ;



- » les mécanismes mis en œuvre pour coordonner les actions avec les partenaires et parties prenantes nationaux et internationaux intervenant dans la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte dans le pays ;
- » les procédures utilisées pour garantir une bonne coordination entre l'unité centrale du PNLT et le niveau sanitaire intermédiaire.
- » Le niveau actuel de mise en œuvre des interventions et activités stratégiques ; des informations doivent être fournies sur :
 - » la fourniture de services de prévention de la tuberculose, soins (diagnostic et traitement) dans les services de santé généraux, en particulier dans les centres de SSP et hôpitaux de premier recours ;
 - » la population couverte par les services de lutte contre la tuberculose ;
 - » l'implication des réseaux de santé en-dehors du programme national de lutte contre la tuberculose, comme le secteur privé de la santé, les services de santé dirigés par les ONG et les organisations confessionnelles, les hôpitaux et les services de santé de l'armée, la police, la sécurité sociale et le système pénitentiaire ;
- » le niveau de mise en œuvre de certaines interventions stratégiques clés portant sur des questions de tuberculose spécifiques, comme :
 - les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH,
 - la gestion programmatique de la tuberculose pharmacorésistante,
 - la lutte contre l'infection tuberculeuse,
 - l'approche pratique de la santé pulmonaire,
 - l'engagement de la communauté,
 - la tuberculose de l'enfant,
 - les services de lutte contre la tuberculose visant les groupes à haut risque bien identifiés, comme les sujets contacts ou les personnes avec des comorbidités (par exemple les diabétiques) ;
- » la gestion des médicaments antituberculeux ;
- » le système d'information mis en œuvre pour surveiller et évaluer la charge de la tuberculose et les services de lutte contre la tuberculose ;
- » l'organisation de la supervision pour les activités de lutte contre la tuberculose ;
- » l'organisation des activités de formation sur la tuberculose.

Résultats des politiques de lutte contre la tuberculose mises en œuvre à ce jour

Le plan principal doit décrire les résultats obtenus mais également ceux qui n'ont pas été obtenus, par rapport aux prévisions des stratégies nationales de lutte contre la tuberculose. L'analyse des données obtenues par des systèmes d'information adaptés, élaborés et mis en œuvre pour surveiller et évaluer la situation en matière de tuberculose, fournira des précisions sur les résultats des mesures prises pour lutter contre cette maladie. Ces résultats doivent être étayés par des indicateurs définis dans le programme national de lutte contre la tuberculose pour évaluer si les objectifs ont été atteints.

Quelques exemples d'indicateurs pouvant être mesurés :

- L'impact de la politique nationale de lutte contre la tuberculose (ou d'élimination de la tuberculose, selon les cas) adoptée. Il doit généralement être évalué en identifiant les changements intervenus en matière de mortalité due à la tuberculose, d'incidence ou de prévalence liés aux efforts menés jusqu'à présent. Par exemple, l'observation d'une baisse importante au fil du temps de la mortalité doit s'appuyer sur un solide système d'enregistrement des faits d'état civil, avec une codification normalisée des causes de décès, dont la tuberculose.
- Les résultats ciblés par les objectifs, comme une augmentation ou une baisse du taux de réussite du traitement de la tuberculose.
- Les extrants des interventions stratégiques mises en œuvre, comme :
 - » une augmentation du nombre de cas présumés de tuberculose, bien identifiés et évalués ;
 - » une augmentation du nombre de personnes tuberculeuses détectées par une investigation auprès des sujets contacts ;
 - » une augmentation du nombre de patients tuberculeux diagnostiqués avec une tuberculose MR, suivant un traitement conformes aux lignes directrices nationales avec des médicaments de seconde intention de qualité garantie et bénéficiant d'un suivi correct ;
 - » une augmentation du nombre de personnes tuberculeuses ayant été soumises au dépistage du VIH.

Analyse SWOT (Forces, faiblesses, opportunités et menaces)

L'analyse des forces et faiblesses, opportunités et menaces pour la tuberculose (ou son élimination le cas échéant), est appelée analyse SWOT (de l'anglais strengths, weaknesses, opportunities and threats). Issue des sciences commerciales et économiques, elle est couramment utilisée dans l'analyse des systèmes de prestation de services de santé, notamment ceux pour la tuberculose. L'analyse SWOT est une étape préalable à l'analyse des lacunes.

Technique d'évaluation, pouvant être menée sous forme d'exercice de réflexion, elle permet de bien comprendre et décrire la situation dans le pays en matière de tuberculose. Grâce à elle, le PNLT peut identifier les points positifs et négatifs au sein et en dehors du programme. Les termes « forces » et « faiblesses » font référence aux facteurs qui sont liés en interne au programme, tandis que « opportunités » et « menaces » renvoient aux facteurs qui dépassent le cadre des programmes de lutte contre la tuberculose mais peuvent avoir une forte influence sur la maladie.

L'analyse des résultats des activités programmatiques mises en œuvre pour lutter contre la tuberculose, associée aux résultats et conclusions des dernières évaluations du PNLT (effectuées par exemple dans le cadre d'une mission d'examen et/ou de suivi externe), doit être utilisée dans l'analyse des résultats de la politique contre la tuberculose. Cela contribuera en grande partie à identifier les forces et faiblesses de la stratégie de lutte contre la tuberculose (ou d'élimination, selon le cas) mise en œuvre à ce jour dans le pays.

Il convient de décrire en détail les principaux atouts ayant contribué à atteindre des résultats significatifs et à renforcer la mise en œuvre des activités de lutte contre la tuberculose dans le pays.



Les raisons pour lesquelles certains résultats n'ont pas été obtenus doivent être soigneusement identifiées et faire l'objet d'une analyse critique. Cela permettra de clarifier dans quelle mesure il y a un lien entre les causes identifiées et l'obtention mitigée des résultats escomptés, voire leur absence.

Le Tableau 1 montre un exemple des résultats d'une analyse SWOT. Cette analyse repose sur la situation d'un pays fictif décrit dans l'étude de cas sur Tuberculoland.

Tableau 1. Exemple d'analyse SWOT

	+	-
Facteurs internes	Forces <ul style="list-style-type: none">• Solide engagement politique qui s'est traduit par l'augmentation du financement public.• Capacités adaptées pour la prise en charge des patients atteints de tuberculose MR.• Mesures de lutte contre l'infection efficaces dans les centres de santé traitant des patients atteints de tuberculose MR.• Système d'évaluation externe de la qualité (EEQ) efficace qui couvre 95 % des laboratoires de microbiologie du Phtizioland.• Bonnes pratiques de tests de sensibilité aux médicaments, au moins pour les médicaments de première intention.	Faiblesses <ul style="list-style-type: none">• Pratiques sous-optimales pour la prise en charge des patients tuberculeux.• La supervision des activités de lutte contre la tuberculose n'est pas organisée au sein du réseau de PNLT.• Absence de coordination entre le Ministère de la santé et la Ministère de la justice en ce qui concerne la tuberculose dans les prisons.
Facteurs externes	Opportunités <ul style="list-style-type: none">• Réforme du secteur de la santé pouvant favoriser l'établissement de liens solides avec les secteurs de la santé intervenant en dehors du PNLT.• Rôle officiel du Ministère de la santé dans l'établissement de normes et critères pour les services de santé, dont ceux pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte.• Élaboration d'un système de surveillance national couvrant tous les secteurs de la santé et incluant la tuberculose.	Menaces <ul style="list-style-type: none">• Décentralisation de la gestion des services publics, y compris les services de santé, pouvant entraîner des problèmes de gestion des services du PNLT.• Programmes d'assurance-maladie établis dans le cadre d'une réforme du secteur de la santé risquant de limiter l'accès aux services de santé, dont les services de soins de la tuberculose.

Les différents éléments mis en évidence et examinés dans l'analyse SWOT permettront de passer à une autre étape importante de l'élaboration du PSN : l'analyse des lacunes.

B.1.2 Analyse des lacunes du programme

L'analyse des lacunes est une étape fondamentale dans l'élaboration du PSN qui doit être décrite avec soin dans le plan principal.

L'analyse des lacunes doit reposer sur l'analyse SWOT. Il ne s'agit pas d'une description des éléments de la stratégie nationale de lutte contre la tuberculose qui n'ont pas encore été mis en œuvre, ni d'une liste des interventions ou activités stratégiques à mettre en œuvre.

Encadré 3. Exemples de formulation inadaptée d'une lacune

1. Les capacités de gestion du PNLT doivent être renforcées : il faut recruter davantage de personnel au niveau central et acheter des véhicules pour les missions de supervision.
2. Les activités du partenariat public-privé doivent être mises en œuvre.
3. Il n'y a pas de stratégie DOTS communautaire.
4. Les activités pour impliquer tous les dispensateurs de soins n'ont pas encore été mises en œuvre.
5. L'approche pratique de la santé pulmonaire doit être mise en œuvre.

Une analyse des lacunes doit décrire les limites et insuffisances identifiées pouvant expliquer les faiblesses actuelles et attendues dans la stratégie pour combattre ou éliminer la tuberculose. Elle doit indiquer les éléments qui font défaut, ainsi que ce qui n'a pas été réalisé dans la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la tuberculose.

L'analyse des lacunes peut être menée à bien et totalement comprise uniquement sur la base d'une bonne analyse SWOT, identifiant notamment :

- les solides atouts ayant contribué à l'obtention des résultats appropriés ;
- une identification claire et une bonne compréhension des raisons pour lesquelles certains résultats escomptés n'ont pas été obtenus ;
- les opportunités qui n'ont pas encore été prises en compte dans la politique nationale pour améliorer la situation en matière de tuberculose dans le pays ;
- les menaces potentielles ou réelles pour les services de lutte contre la tuberculose déjà mis en œuvre et pour lesquels aucune mesure n'a encore été définie.

Même si toutes les lacunes et limites identifiées doivent être traitées dans le PSN, il convient d'établir un ordre de priorité pour les questions identifiées dans l'analyse des lacunes. En effet, certaines lacunes ou limites particulières peuvent avoir un impact nettement plus important que d'autres sur l'amélioration de la situation en matière de tuberculose ; ce raisonnement contribue au processus de hiérarchisation.

L'Encadré 4 comprend un exemple d'analyse des lacunes identifiées fondé sur l'exemple d'analyse SWOT décrit dans le Tableau 1.



Encadré 4. Exemple d'analyse des lacunes identifiées fondée sur l'analyse SWOT

1. Aucune mesure n'a encore été prise pour minimiser le risque que certains patients n'aient pas accès aux services de soins de la tuberculose suite à l'introduction de nouveaux régimes d'assurance-maladie par la réforme actuelle du secteur de la santé.
2. Le PNLT ne dispose pas de capacités suffisantes pour organiser correctement un système de supervision des services de lutte contre la tuberculose.
3. La prise en charge des patients tuberculeux dans le réseau du PNLT n'est pas adaptée.
4. De nombreux patients tuberculeux sont mal pris en charge dans les services de santé du système pénitentiaire et il n'existe aucun lien entre ces services et le PNLT.
5. Aucune stratégie claire n'a encore été définie par le PNLT pour tirer avantage du processus actuel de réforme du secteur de la santé.

Une lacune doit être expliquée et démontrée par des informations détaillées. Les deux exemples suivants montrent comment bien formuler une lacune à partir des observations faites dans l'analyse SWOT (Tableau 1).

Encadré 5. Exemples de deux lacunes bien formulées

Exemple 1: Aucune mesure n'a encore été prise pour minimiser le risque que certains patients n'aient pas accès aux services de lutte contre la tuberculose suite à l'introduction de nouveaux régimes d'assurance-maladie par la réforme actuelle du secteur de la santé.

Les programmes d'assurance-maladie couvrent, pour les personnes assurées, les services de diagnostic, traitement et suivi de traitement tel que précisé par le PNLT dans les lignes directrices nationales. Les personnes qui ne sont pas assurées doivent payer ces services, sinon elles ne peuvent pas y avoir accès. L'application stricte de cette règle nuit gravement au dépistage des cas de tuberculose.

Dans les quartiers pauvres des grandes villes, le nombre de patients ayant fréquenté pour une raison ou une autre les centres de santé de premier niveau a baissé de 50 % au cours des 12 derniers mois, tandis que le nombre de patients souffrant d'une tuberculose présumée a baissé de 65 % dans les mêmes centres de santé pour la même période.

Une récente enquête menée dans 42 centres de soins de santé primaires, où les nouvelles procédures d'assurance-maladie sont appliquées depuis six mois, révèle que, au cours du dernier trimestre (par rapport au même trimestre de l'année précédant la mise en œuvre de ces procédures) : i) 37 % des sujets contacts identifiés ou cas indicateurs de la tuberculose n'ont pas eu accès aux services de dépistage et d'évaluation de la tuberculose ; ii) la durée moyenne entre l'apparition des symptômes et le début du traitement chez les patients a augmenté de 50 %; iii) les lésions cavitaires ont augmenté de 23 % dans les radiographies des poumons avec des frottis d'expectoration très positifs ; et iv) le taux de décès au cours de la phase intense de traitement a augmenté de 10 %.

De nombreux rapports du Ministère de la santé ont souligné que l'absence de remboursement par l'assurance pour les personnes exemptes de tuberculose constitue un obstacle majeur à la mise en œuvre des mesures de dépistage qui ont été élaborées pour identifier la tuberculose dans les groupes à haut risque. Ces groupes font partie des catégories les plus vulnérables de la population.

Bien que l'on ait observé et notifié des effets négatifs de la mise en œuvre des nouvelles procédures d'assurance-maladie sur l'accès aux services de lutte contre la tuberculose, notamment pour les groupes défavorisés, aient été observés et notifiés, aucune approche claire n'a été élaborée ou mise en place par le PNLT et les départements concernés du Ministère de la santé pour garantir la gratuité de ces services pour tous.

Exemple 2 : mauvaise prise en charge des patients tuberculeux dans le réseau du PNLT.

Le dernier examen interne a mis en évidence d'importantes lacunes en matière de prise en charge des patients tuberculeux. Une grande partie des cas de tuberculose est diagnostiquée mais apparemment non traitée. En fait, le récent examen du PNLT a révélé que 8 % des patients tuberculeux identifiés n'étaient pas inscrits aux registres de la tuberculose dans les 14 districts visités. En outre, un patient sur cinq traité ne bénéficie pas d'un traitement optimal. Les données indiquent que les patients tuberculeux qui sont sous traitement ne sont pas tous bien suivis. Une part importante (30 % selon l'examen) ne prend pas le traitement ou n'est pas évaluée (10 %) à la fin du traitement. De ce fait, le taux de réussite du traitement est très bas (55 %), nettement inférieur aux 85 % minimum requis.

Les résultats de l'examen et des divers rapports établis par l'unité centrale du PNLT démontrent clairement que la prise en charge des patients tuberculeux n'est absolument pas adaptée et contribue probablement à l'apparition de nouveaux cas de tuberculose MR à Phtizioland.

D'autres exemples d'analyse des lacunes sont développés dans l'étude de cas sur le Tuberculoland (exercices 1 et 2).

B.1.3 Identification et définition des buts et objectifs

Formulation des buts

Un PSN doit avoir un ou plusieurs but(s) précis, généralement défini(s) dans le cadre de la « vision » nationale, avec une perspective large. Ils doivent être établis de façon à ce que leur réalisation contribue largement à atteindre et maintenir le but global fixé dans la politique nationale de lutte contre la tuberculose. Chaque but doit être défini conformément aux critères « SMART » (précis, mesurable, réalisable, pertinent et limité dans le temps). La réalisation d'une intervention stratégique est évaluée par un indicateur d'impact.

Quelques exemples de formulation de but :

1. réduire la mortalité due à la tuberculose d'au moins 10 % par an à partir de 2020 ;
2. réduire la prévalence de la tuberculose de 140 pour 100 000 habitants en 2005 à 70 pour 100 000 habitants d'ici à 2020 ;
3. réduire l'incidence de la tuberculose d'au moins 6 % par an à partir de 2020 ;
4. réduire la prévalence de la tuberculose MR parmi les nouveaux cas d'au moins 5 % par an à partir de 2020. Un exercice sur la formulation des buts figure dans l'étude de cas sur le Tuberculoland (exercice 2).

Formulation des objectifs

L'identification des lacunes et limites permettra de définir les objectifs du PSN. Chaque objectif doit être clairement énoncé, avoir un lien logique avec le ou les but(s) et un lien rationnel avec une ou plusieurs lacunes qui doivent être traitées par la mise en œuvre des interventions stratégiques figurant dans le PSN. Il doit être ambitieux pour contribuer à la réalisation du ou des but(s) et être déterminé en fonction des critères SMART.



Dans l'exemple ci-dessous, deux objectifs sont formulés par rapport au premier des quatre buts donnés dans la partie D.1.3.1.

Tableau 2. Exemple d'un but et de deux objectifs connexes

But	Réduire la mortalité due à la tuberculose d'au moins 10 % par an à partir de 2020
Objectif 1	Augmenter d'ici à 2017 le nombre de cas de tuberculose (toutes formes confondues) notifiés à 35 000 par an et traiter avec succès au moins 85 % d'entre eux. Puis augmenter encore d'ici à 2019 ce chiffre annuel pour atteindre 42 000 cas par an et traiter avec succès au moins 90 % d'entre eux.
Objectif 2	Traiter avec succès au moins 75 % des nouveaux cas de tuberculose MR identifiés en 2015 et au moins 85 % de ceux identifiés en 2016.

La hiérarchisation des lacunes et le processus d'identification et de définition des buts et objectifs nécessitent une réflexion et une discussion approfondies. Il s'agit de l'une des étapes les plus importantes de l'élaboration du PSN, à laquelle doivent participer tous les partenaires intervenant dans la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte, ainsi que les parties prenantes contribuant à l'élaboration du PSN. La réalisation d'un objectif est évaluée par un indicateur de résultats.

Un exercice sur la formulation des objectifs est disponible dans l'étude de cas sur le Tuberculand (exercice 3).

B.1.4 Identification des interventions et activités stratégiques à mettre en œuvre

Chaque objectif sera atteint par la mise en œuvre d'un ensemble d'interventions stratégiques à définir soigneusement. Les interventions stratégiques sélectionnées doivent être conformes aux recommandations internationales pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte et adaptées au contexte local pour garantir la durabilité et l'équité. La cohérence entre l'analyse SWOT, les objectifs et les interventions stratégiques inhérentes est primordiale et constitue l'un des principaux paramètres pour évaluer la solidité d'un PSN. La mise en œuvre d'une intervention stratégique est évaluée par un indicateur d'extrants.

Un exercice sur les liens entre les objectifs et les interventions stratégiques figure dans l'étude de cas sur le Tuberculand (exercice 3).

Chaque intervention stratégique comprend généralement les activités qui doivent être mises en œuvre. Chaque activité doit être clairement décrite, aussi précisément que possible. Une description vague des activités peut se traduire par une mise en œuvre inefficace des interventions stratégiques et ainsi limiter les chances d'atteindre les objectifs. En outre, les activités peu claires auront une incidence sur les autres composantes du PSN, en particulier les plans budgétaire et opérationnel et, dans une certaine mesure, le plan d'assistance technique. Afin d'accroître la spécificité des activités et d'établir une budgétisation adéquate, il peut être nécessaire d'identifier et de décrire des sous-activités. Cependant, les activités et leurs sous-activités inhérentes doivent toujours être cohérentes. La mise en œuvre d'une activité ou sous-activité est évaluée par un indicateur de processus.

Le Tableau 3 donne un exemple de la façon de présenter les interventions et activités stratégiques, en suivant un système de numérotation cohérent.

Tableau 3. Présentation des interventions et activités stratégiques, en suivant un système de numérotation cohérent

But	Réduire la prévalence de la tuberculose MR parmi les nouveaux cas de 5 % chaque année à partir de 2008	
Objectif 1	Identifier au moins 3500 nouveaux cas de tuberculose MR d'ici à 2015 et au moins 4200 d'ici à 2016	
	Intervention stratégique	Activités pour l'intervention stratégique 1.1 liées à l'objectif 1
Interventions stratégiques pour l'objectif 1	<p>1.1 Renforcer les capacités de laboratoire pour le diagnostic bactériologique de la tuberculose et l'évaluation de la pharmacorésistance de sorte que les cibles suivantes puissent être atteintes :</p> <ul style="list-style-type: none"> – d'ici à 2015 : i) le nombre de cas de tuberculose présumée évalués par examen microscopique des frottis d'expectoration sera deux fois supérieur à celui des cas évalués en 2013 ; ii) 50 % des cas de tuberculose en retraitement et au moins 80 % des patients souffrant de tuberculose et VIH identifiés seront évalués par un test GeneXpert ; et iii) tous les patients tuberculeux présentant une résistance à la rifampicine lors du test GeneXpert seront soumis à de tests de sensibilité aux médicaments. • d'ici à 2016 : i) le nombre de cas de tuberculose présumée évalués par examen microscopique des frottis d'expectoration sera trois fois supérieur à celui des cas évalués en 2013 ; ii) au moins 85 % des cas de tuberculose en retraitement et tous les patients souffrant de tuberculose et VIH identifiés seront évalués par un test GeneXpert ; et iii) tous les patients tuberculeux présentant une résistance à la rifampicine lors du test GeneXpert seront soumis à de tests de sensibilité aux médicaments. 	<p>1.1.1. Mise à jour des lignes directrices nationales relatives aux procédures pour établir le diagnostic bactériologique de la tuberculose, y compris pour la LED.</p> <p>1.1.2. Élaboration d'un algorithme national et de modes opératoires normalisés (MON) pour utiliser le GeneXpert.</p> <p>1.1.3. Élaborer des lignes directrices nationales relatives aux MON pour la culture.</p> <p>1.1.4. Élaboration de lignes directrices nationales et de MON pour les tests de sensibilité aux médicaments avec les médicaments de première et seconde intention.</p> <p>1.1.5. Impression de 2000 exemplaires des lignes directrices nationales pour l'examen microscopique des frottis d'expectoration et les LED.</p> <p>1.1.6. Impression de 1500 exemplaires d'un document sur l'algorithme et les MON pour utiliser le GeneXpert.</p> <p>1.1.7. Impression de 250 exemplaires des lignes directrices nationales et des MON pour la culture et les tests de pharmacosensibilité.</p> <p>1.1.8. Organisation, par le LNR, de sessions de formation pour les coordonnateurs des sept laboratoires régionaux sur la gestion et la supervision des activités des laboratoires de la tuberculose menées au niveau périphérique.</p> <p>1.1.9. Évaluation, par des experts internationaux, des activités menées dans le réseau national de laboratoires de la tuberculose comme suit : deux évaluations au cours de l'année 1 et l'année 2, puis une fois par an de l'année 3 à l'année 5.</p> <p>1.1.10. Évaluation externe de la qualité des services des LNR par un Laboratoire supranational de référence.</p>

L'étude de cas sur le Tuberculoland comprend un exercice sur l'identification des activités et sous-activités dans le cadre des interventions stratégiques concernées (exercice 3).



B.2 Le plan opérationnel

Le plan opérationnel, composante importante du PSN, est axé en priorité sur les activités à mettre en œuvre. Il doit être parfaitement cohérent avec le plan principal, le plan budgétaire, le plan de suivi et d'évaluation et le plan d'assistance technique. Pour ce faire, il convient d'utiliser le système de numérotation établi.

L'activité et les sous-activités doivent être identifiées dans le plan opérationnel dans le cadre des interventions et objectifs stratégiques auxquels elles sont liées. Un plan opérationnel bien conçu doit décrire avec précision la façon dont les activités et sous-activités seront mises en œuvre et fournir pour chacune d'entre elles des informations substantielles pour qu'elles soient menées à bien. Ces activités et sous-activités doivent être détaillées par trimestre, au moins pour la première année du PSN. La mise en œuvre pour les années suivantes peut être détaillée ultérieurement.

Pour la première année, les informations suivantes doivent être indiquées, par activité et sous-activité, et par trimestre :

- les dates ou la période de la mise en œuvre ;
- le cadre de la mise en œuvre ;
- la personne/l'organisme chargé(e) de la mise en œuvre ;
- les coûts inhérents à la mise en œuvre de cette activité ou sous-activité tels que calculés dans le plan budgétaire ;
- la source de financement ;
- l'indicateur de processus qui sera utilisé pour surveiller la mise en œuvre de l'activité ou sous-activité.

D'autres informations importantes peuvent être utiles, en fonction de l'intervention, de l'activité ou de la sous-activité, comme la nécessité d'une assistance technique pour élaborer une intervention stratégique ou pour mettre en œuvre une activité ou sous-activité.

Idéalement, le plan opérationnel national du PSN doit être conforme au cycle de planification des autorités sanitaires nationales ainsi qu'aux plans opérationnels infranationaux élaborés pour lutter contre la tuberculose au niveau sanitaire intermédiaire. Il doit également être en concordance avec les plans opérationnels d'autres programmes comme ceux sur le VIH/sida, la santé maternelle et infantile ou les maladies non transmissibles.

L'étude de cas sur le Tuberculand comprend un exercice pour décrire la mise en œuvre des activités dans un plan opérationnel (exercice 6). Le Tableau 4 illustre comment présenter les informations requises pour expliquer l'élaboration ou la mise en œuvre des activités dans un plan opérationnel.

Tableau 4. Exemple de plan opérationnel

Objectif : Réduire la prévalence de la tuberculose MR de 5 % par an parmi les nouveaux cas d'ici à 2018									
Objectif 1. Identifier au moins 3500 nouveaux cas de tuberculose MR d'ici à 2015 et au moins 4200 d'ici à 2016									
Janvier-mars – Année 1									
Intervention stratégique 1.1: Renforcer les compétences des agents de santé pour identifier et prendre en charge les cas de tuberculose MR									
	Unité	Quantité	Date	Localisation	Exécutant	Coûts en US \$	Source de financement	Indicateur	Autre
Activité 1.1.1. : Formation									
Sous-activité 1.1.1.1 Élaboration de matériel de formation sur la tuberculose MR	Ensemble de matériel de formation	Un ensemble de matériel de formation	Janvier Année 1	Capitale	PNLT	10 000	Ministère de la santé	Ensemble de matériel de formation élaboré	Assistance technique internationale requise
Sous-activité 1.1.1.2 Impression du matériel de formation sur la tuberculose MR	Ensemble de matériel de formation	10 000	1-15 Février Année 1	Capitale	PNLT	5 000	Ministère de la santé	Ensemble de matériel de formation imprimé	
Sous-activité 1.1.1.3 Formation des agents de santé à la gestion de la tuberculose MR	Médecins	50	20-24 Février Année 1	District 1	ONG 2	3 000	USAID	Nombre de médecins formés	Assistance technique internationale requise
	Personnel infirmier	100	1-15 Mars Année 1	District 2	FBO 3	6 000	Fonds mondial	Nombre de personnels infirmiers formés	(détails dans le plan d'assistance technique)
Activité 1.1.2. : supervision de la tuberculose MR									
Sous-activité 1.1.2.									
Sous-activité 1.2.2									



B.3 Le plan de suivi et d'évaluation

Le suivi et l'évaluation sont des fonctions de gestion essentielles dans tout plan sanitaire. Un plan de suivi et d'évaluation constitue un cadre global qui définit les indicateurs visant à évaluer le niveau de réalisation pour atteindre les but(s), objectifs et cibles définis dans le PSN.

Ce genre de plan est nécessaire pour :

- suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des activités planifiées et la prestation de services, généralement en continu ;
- évaluer les progrès réalisés pour atteindre les but(s), objectifs et cibles ; ce processus, dans certains cas, peut être périodique (par exemple une fois par trimestre).

Le plan de suivi et d'évaluation doit être établi pour les éléments importants du plan principal. En outre, il doit être totalement conforme aux autres composantes du PSN, et au système de numérotation tel que souligné dans les principes fondamentaux d'un PSN.

Un plan bien conçu se doit d'identifier et de définir clairement les indicateurs, principaux instruments de ce processus. Un indicateur permet d'évaluer la réalisation des interventions et activités ou le niveau d'une affection dans une population donnée. Il peut être exprimé sous forme de :

- *chiffre absolu*, comme le nombre de cas de tuberculose notifiés ;
- *taux*, comme le taux de notification de la tuberculose (c'est-à-dire le nombre de patients avec un nouvel épisode de tuberculose par unité de population par unité de temps) ; le taux de notification de la tuberculose est généralement exprimé pour 100 000 habitants par an ;
- *proportion*, comme la prévalence de la tuberculose MR chez les patients n'ayant pas d'antécédents de traitement antituberculeux ;
- *ratio*, comme le nombre de patients atteints de tuberculose par rapport au nombre de patients VIH positifs pris en charge par centre de santé ;
- *indice*, comme le poids d'un patient tuberculeux, exprimé en kilogrammes, divisé par sa taille au carré, exprimé en m² (indice de masse corporelle).

Quand chaque indicateur est défini dans le plan d'évaluation et de suivi pour évaluer un but, un objectif, l'élaboration d'une intervention stratégique ou, dans certains cas, la mise en œuvre d'une activité, les éléments suivants doivent être précisés :

- *l'objet* de l'indicateur (impact, résultats, extrant ou processus) ;
- le *mode de calcul* (par exemple nombre absolu, proportion, ratio, taux, indice) ;
- la(les) *source(s) d'information* qui seront utilisées ; si c'est un taux, un ratio ou une proportion, les sources d'information pour le numérateur et le dénominateur doivent être précisées ;
- la *périodicité (et la rapidité)* de la collecte des données ;
- l'*organisme* chargé de collecter les informations ;
- les *niveaux* où les informations seront collectées, compilées et analysées ;

- l'organisme auquel les résultats des analyses doivent être transmis ;
- les valeurs de l'indicateur au départ et les valeurs escomptées à la période couverte par le PSN.

Dans le plan de suivi et d'évaluation, il convient de limiter le nombre d'indicateurs aux plus essentiels. Ceux pour lesquels la source d'information n'est pas disponible ou pas accessible ne doivent pas être pris en compte. Il est important d'inclure dans le plan les indicateurs pour lesquels on dispose de sources d'information fiables. Les indicateurs évaluant les buts (impact) et objectifs (résultats), tels que définis dans le plan principal, ainsi que toutes les interventions stratégiques (extrants) doivent être inclus dans le plan. Les indicateurs de processus seront pris en compte uniquement pour les activités les plus importantes. Un excès d'indicateurs dans le plan d'évaluation et de suivi peut s'avérer coûteux et se traduire par la collecte d'informations de mauvaise qualité.

Le plan de suivi et d'évaluation doit également décrire clairement le système d'information utilisé systématiquement pour la tuberculose :

- définitions utilisées (par exemple définitions des cas de tuberculose ou des résultats thérapeutiques) ;
- sources d'information (par exemple registres) ;
- formes utilisées pour collecter les données sur les activités de lutte antituberculeuse ;
- processus de compilation des données ;
- procédures pour analyser les données collectées et compilées ;
- niveaux de santé intervenant dans la collecte, la compilation et l'analyse des données ;
- rapports établis ;
- périodicité de ces rapports (par exemple rapports trimestriels sur la notification de la tuberculose et l'analyse des cohortes) ;
- procédures utilisées pour communiquer les résultats de l'analyse des données aux personnes qui doivent être informées (par exemple rapports trimestriels ou annuels, réunions régionales ou nationales) ;
- mécanismes utilisés pour garantir une bonne qualité des données issues du système d'information (par exemple supervision, suivi et évaluation sur le terrain, examens).

Il convient également de donner des précisions sur les informations obtenues à partir des études périodiques, comme les enquêtes sur la pharmacorésistance de la tuberculose, ou à partir d'une approche particulière comme le système de surveillance sentinelle pour l'infection à VIH chez les patients souffrant de tuberculose active.

L'étude de cas sur le Tuberculoland comprend un exercice sur la définition des indicateurs (exercice 5).



B.4 Le plan d'assistance technique

Le plan d'assistance technique doit être dans la logique des quatre autres composantes du PSN, en utilisant le système de numérotation établi, mais doit surtout être étroitement lié au plan opérationnel sur lequel il repose. Il donne des informations détaillées sur l'assistance technique nécessaire pour les interventions et activités stratégiques désignées dans le plan opérationnel. Par conséquent, il doit être établi pour les deux premières années du PSN, et autant que possible pour les années suivantes. L'assistance technique peut être dispensée par des experts internationaux et nationaux.

Il convient de fournir les informations suivantes pour chaque intervention ou activité stratégique nécessitant une assistance technique :

- une brève description de la mission pour l'assistance technique requise, y compris la description des prestations ;
- une brève description du profil/de l'expertise du consultant qui assurera l'assistance technique ;
- la désignation de l'organisme chargé de la mise en œuvre de l'intervention ou activité ;
- le délai pour mettre en œuvre l'assistance technique ;
- le coût estimé de l'assistance technique (dont les frais de consultant, les frais de déplacements, le *per diem*) tel que calculé dans le plan budgétaire ;
- la désignation de la source de financement, si disponible ;
- l'identification du déficit de financement à combler en cas d'absence de source financière pour couvrir les coûts de l'assistance technique.

L'étude de cas sur le Tuberculoland comprend un exercice sur les précisions qui doivent être incluses dans un plan d'assistance technique (exercice 7).

B.5 Le plan budgétaire

Le plan budgétaire est un élément fondamental du PSN. Il s'agit d'un cadre des dépenses pluriannuel qui doit concorder avec les cycles financiers et qui renvoie aux but(s), objectifs et interventions stratégiques (dont les activités et les sous-activités) identifiés dans le plan principal. Il doit être totalement conforme au plan principal mais aussi au plan de suivi et d'évaluation, au plan opérationnel et au plan d'assistance technique. À cette fin, comme susmentionné, il convient d'utiliser un système de numérotation normalisé. Un plan budgétaire doit être examiné régulièrement (chaque année) et mis à jour à la lumière des révisions apportées aux interventions stratégiques et coûts unitaires.

Le plan budgétaire établit les coûts pour :

- atteindre le but fixé ;
- réaliser chaque objectif ;
- mettre en œuvre chaque intervention stratégique ;
- effectuer chaque activité et sous-activité ;
- chaque trimestre, avec des informations détaillées, au moins pour les deux premières années du plan ;
- chaque année suivant l'année 2, sans détail ; et
- toute la période couverte par le PSN.

Il est possible d'utiliser certains outils pour établir un budget, par exemple l'outil de planification et de budgétisation de l'OMS pour la tuberculose et l'outil OneHealth. Dans les deux cas, l'utilisateur peut établir la correspondance entre le budget établi dans les outils et les interventions définies dans le PSN ou dans le document de candidature de leurs donateurs.

Pour calculer le budget pour une activité donnée, les étapes suivantes sont nécessaires :

- définir l'unité dont le coût doit être calculé pour l'activité ou la sous-activité ;
- établir le coût de cette unité ;
- déterminer la quantité des unités à élaborer ou mettre en œuvre ; il convient de bien prévoir la quantité d'unité pour chaque année du plan (et pour chaque trimestre des deux premières années du plan) en fonction des données adéquates et/ou de solides hypothèses (voir Encadré 7) ;
- déterminer le budget de l'activité ou sous-activité en multipliant cette quantité par le coût unitaire,

Par exemple si l'activité à mettre en œuvre est la formation :

- l'unité à chiffrer pourrait être une session de formation ;
- le coût d'une session de formation doit être établi en fonction de tous les éléments à prendre en considération dans une session (par exemple per diem pour les participants et les formateurs, location d'une salle de formation, pause-café, articles de bureau) ;
- le nombre de sessions de formation à organiser pour une période donnée doit ensuite être déterminé ;
- finalement, le budget pour la formation à effectuer pendant cette période doit être établi en multipliant le nombre de sessions de formation par le coût d'une session de formation.



Pour calculer et présenter le coût unitaire de chaque activité (ou sous-activité), il convient de respecter les points suivants :

- *Respecter l'ordre* : chaque activité doit être numérotée comme dans les quatre autres composantes du PSN, conformément au système de numérotation utilisé. L'activité doit figurer sous l'intervention stratégique et l'objectif auxquels elle est liée.
- *Être précis* : le coût unitaire pour chaque activité doit être bien démontré et documenté.
- *Utiliser un prix adéquat* : le prix ou coût lié à un élément doit être adapté et correspondre au contexte du pays, c'est pourquoi les valeurs unitaires par défaut apparaissant dans les outils susmentionnés doivent être validées avec les données collectées au niveau du pays.
- *Être cohérent* : il convient d'utiliser les normes nationales pour établir le coût des activités et sous-activités. Ces normes ne doivent pas varier pour les mêmes activités dans le plan budgétaire. Dans certains pays, les coûts pour les activités sont précisés dans les directives financières établies par les autorités sanitaires nationales. Il peut être nécessaire d'ajuster les coûts au fil des années couvertes par le plan, en utilisant un facteur pour la fluctuation de la monnaie et de l'inflation.

Le plan budgétaire doit identifier pour chaque année :

1. la source de financement pour chaque intervention : les contributions financières du gouvernement (y compris les prêts) et de chaque partenaire international.
2. le déficit de financement attendu qui sera calculé en calculant la différence entre les montants des fonds nécessaires et ceux mobilisés ; et
3. les activités et interventions stratégiques requises pour atteindre les objectifs du PSN qui ne sont toujours pas financées à ce moment.

L'étude de cas sur le Tuberculoland offre l'occasion de faire un exercice sur la budgétisation (exercice 4).

Encadré 6. Tuberculose, de la planification verticale à la planification intégrée

Outil de planification et de budgétisation de l'OMS pour la tuberculose

Assistance logiciel : tbddata@who.int
www.who.int/tb/dots/planning_budgeting_tool

Distribué depuis 2006

Plus de 60 programmes nationaux de lutte contre la tuberculose dans les pays à revenu faible ou intermédiaire disent l'utiliser.

Conçu par l'OMS pour

- renforcer la **planification et la budgétisation de la tuberculose** au niveau national ;
- faire le lien entre les cibles du Plan mondial Halte à la tuberculose et celles des pays d'une part et les investissements requis d'autre part.

Il peut être utilisé par les programmes nationaux de **lutte contre la tuberculose** pour :

- estimer les ressources nécessaires de la tuberculose et les nouvelles recommandations politiques par activité, par intervention, par niveau de priorité et par exécutant ;
- estimer le déficit de financement par intervention ;
- élaborer des budgets pour l'usage national et pour les candidatures au Fonds mondial.

L'OMS gère l'élaboration et l'entretien de l'outil, renforce les capacités pour son utilisation et fournit un soutien technique aux responsables politiques pour la planification nationale et les estimations des ressources nécessaires.

Utilisateur unique Microsoft Office Excel.

L'OMS gère l'élaboration et l'entretien de l'outil, renforce les capacités pour son utilisation et fournit un soutien technique aux responsables politiques pour la planification nationale et les estimations des ressources nécessaires.

Utilisateur unique Microsoft Office Excel.

Disponible en anglais, français, espagnol et russe.

Outil OneHealth

<http://www.internationalhealthpartnership.net/en/tools/one-health-tool/>

Distribué depuis 2012

Plus de 25 pays utilisent cet outil pour la planification du secteur de la santé, principalement en Afrique, mais également en Asie et en Amérique latine. À ce jour, le personnel de quatre programmes nationaux de lutte contre la tuberculose a été formé.

Conçu par le groupe de travail interorganisations des Nations Unies sur le calcul des coûts et développé par Futures Institute :

- pour servir de base à la **planification sanitaire stratégique nationale** au niveau sectoriel et au calcul des coûts dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- pour faire le lien entre les objectifs stratégiques et les cibles des programmes de prévention et lutte contre les maladies d'une part et les investissements nécessaires dans les systèmes de santé d'autre part ;
- il repose sur les composantes les plus utiles de l'outil de planification et de budgétisation de l'OMS pour la tuberculose. Il est conçu de façon modulaire, ce qui permet un calcul des coûts spécifique au programme ainsi qu'une planification et un calcul des coûts du système de santé.

Il peut être utilisé par les programmes nationaux de **lutte contre la tuberculose** pour :

- estimer les ressources nécessaires des stratégies de lutte contre la tuberculose (et intégrée contre la tuberculose et RMNCH) et les nouvelles recommandations politiques ;
- quantifier l'impact sur le système de santé de l'intensification des interventions contre la tuberculose ;
- décrire la disponibilité de l'espace fiscal pour l'intensification des interventions contre la tuberculose ;
- estimer l'impact des stratégies de lutte contre la tuberculose (logiciel en construction) ;
- élaborer des budgets pour l'usage national et pour les notes conceptuelles du Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose

Il offre aux planificateurs un cadre unique pour l'analyse de scénarios, le calcul des coûts, l'analyse de l'impact sur la santé, la budgétisation et le financement des stratégies pour toutes les principales maladies et les composantes du système de santé.

Il favorise le dialogue entre les unités de planification et les programmes nationaux axés sur les sujets spécifiques, et l'alignement des cycles de planification entre le Plan de santé et les plans spécifiques à une maladie :

[http:// www.nationalplanningcycles.org](http://www.nationalplanningcycles.org)

L'OMS participe au développement de l'outil OneHealth, renforce les capacités pour son utilisation et apporte un soutien technique aux responsables politiques pour la planification nationale et les estimations des ressources nécessaires.

Utilisateur unique (Spectrum, Futures Institute).

Disponible en anglais, français, espagnol, russe, arabe et portugais.



B.5.1 Projection des calculs

Après avoir désigné les activités et sous-activités à élaborer et/ou mettre en œuvre au fil des années concernées par le PSN, il est primordial de calculer le nombre d'unités pour chaque période, notamment pour chaque année. En effet, le nombre d'unités d'activités/sous-activités évoluera au fil des ans en fonction des besoins attendus. Pour ce faire, ce calcul de projections reposera sur l'utilisation des données nationales et internationales disponibles et sur de solides hypothèses. Idéalement, les projections devraient se faire sur la base d'une étude épidémiologique. Nous proposons ici une méthode conservatrice pour une projection en l'absence d'une telle étude. Veuillez utiliser ces projections provisoires pour établir un premier projet de budget et le réviser dès que l'étude épidémiologique donnera de meilleures estimations sur les notifications présentes et futures. (Source: WHO/HTM/GTB/TME).

La procédure de calcul peut différer d'un pays à l'autre.

Encadré 7. Exemple de calcul de projections

L'un des objectifs du plan stratégique national 2015-2018 du Dabanostan est de passer de 4000 cas de tuberculose à frottis positif notifiés en 2014 à 15 000 en 2018. Le PSN et les partenaires ont décidé que les progrès en matière de notification s'effectueraient comme suit :

- 6000 en 2015 ;
- 9000 en 2016 ;
- 12 000 en 2017 ;
- 15 000 en 2018.

En 2014, le Dabanostan comptait 40 laboratoires procédant à l'examen microscopique des frottis d'expectoration pour le diagnostic de la tuberculose. Dans chaque laboratoire, l'examen est effectué par un seul microscopiste. Des récentes données ont révélé que 25 % des cas présumés de tuberculose examinés présentaient un frottis positif, ce qui semble indiquer : i) qu'une sélection assez rigoureuse des cas présumés de tuberculose a été effectuée ; et ii) qu'une part importante des patients présentant des troubles et répondant à la définition de cas présumé de tuberculose n'avaient probablement pas été testés pour la tuberculose. Le PSN et ses partenaires ont décidé de renforcer l'identification et l'évaluation des cas présumés de tuberculose dans le système de santé de district, ce qui devrait faire baisser le taux de positivité parmi les cas présumés de tuberculose identifiés de 25 % à 10 % en 2015, 8 % en 2016 et au moins 5 % en 2017 et 2018. Par conséquent, le nombre de cas présumés de tuberculose devant être soumis à une microscopie pour identifier les patients souffrant d'une tuberculose pulmonaire à frottis positif devrait être comme suit :

	2015	2016	2017	2018
Nombre de cas présumés de tuberculose devant être soumis à une microscopie des frottis d'expectoration	60 000	112 500	240 000	300 000
Nombre de patients avec une tuberculose pulmonaire à frottis positif identifiés	6 000	9 000	12 000	15 000

Le PSN du Dabanostan a pour politique d'examiner au microscope deux frottis d'expectoration pour chaque cas présumé de tuberculose et trois frottis pour le suivi bactériologique des patients atteints de tuberculose pulmonaire à frottis positif qui sont mis sous traitement antituberculeux. Par conséquent, le nombre de frottis à examiner devrait être comme suit :

- 138 000 en 2015 ;
- 252 000 en 2016 ;
- 516 000 en 2017 ;
- 645 000 en 2018.

Au Dabanostan, les services publics sont assurés 250 jours par an. Par conséquent, le nombre d'échantillons pouvant être examinés au microscope par jour est de:

- 552 en 2015 (138 000 échantillons divisés par 250 jours de travail) ;
- 1008 en 2016 (252 000 échantillons divisés par 250 jours de travail) ;
- 2064 en 2017 (516 000 échantillons divisés par 250 jours de travail) ; et
- 2580 en 2018 (645 000 échantillons divisés par 250 jours de travail).



Si l'on part du principe qu'un microscopiste par laboratoire procède à l'examen des frottis et que chacun examine au mieux 15 frottis par jour de travail, le nombre de laboratoires effectuant cet examen pour le diagnostic de la tuberculose devrait être comme suit :

- 37 en 2015 (552 frottis divisés par 15 par laboratoire et par jour) ;
- 67 en 2016 (1008 frottis divisés par 15 par laboratoire et par jour) ;
- 138 en 2017 (2064 frottis divisés par 15 par laboratoire et par jour) ; et
- 172 en 2018 (2580 frottis divisés par 15 par laboratoire et par jour).

Par conséquent, aucun laboratoire supplémentaire effectuant l'examen microscopique des frottis d'expectoration n'est nécessaire pour l'année 2015, car 40 sont disponibles ; les efforts doivent être axés sur le renforcement de l'identification des cas présumés de tuberculose et l'amélioration de leur prise en charge. Toutefois, des laboratoires supplémentaires seront nécessaires pour les années suivantes, au moins : 27 en 2016, 71 supplémentaires en 2017 et 34 autres en 2018.

B.6 Plan de préparation aux situations d'urgence

L'élaboration d'un plan de préparation aux situations d'urgence dans le cadre du PSN doit être sérieusement envisagée dans les pays en situation sécuritaire fragile ou sujets aux catastrophes naturelles. Ce plan doit être établi pour la phase aiguë de toute urgence complexe, y compris les catastrophes naturelles. Priorité doit être donnée à l'identification des patients dont le traitement a été interrompu et à la reprise du traitement. Il est important que les systèmes d'approvisionnement en médicaments antituberculeux de gestion et de suivi soient intégrés dans la riposte du secteur de la santé aux situations d'urgence. Le système de suivi et d'évaluation doit être remis en place.

Le PSN doit se charger de l'élaboration de plans stratégiques de lutte contre la tuberculose, de lignes directrices et de mesures de préparation aux situations d'urgence. Les services de lutte contre la tuberculose doivent être intégrés dans les phases aiguës et chroniques du plan pour les urgences complexes par un ensemble d'interventions, notamment la désignation d'un point focal PSN pour les urgences, la participation du PSN aux réunions de préparation aux situations d'urgence, l'implication des parties prenantes sur des questions spécifiques, par exemple le traçage des patients ou les activités transfrontalières. Il convient également de veiller à ce que la tuberculose soit incluse dans les lignes directrices sur la préparation aux situations d'urgence et les plans d'urgence.

De plus amples informations sur ce sujet sont disponibles dans la publication de l'OMS « TB care and control in refugee and displaced populations » (WHO/HTM/TB/2007.377).

<http://www.who.int/tb/publications/2007/en/index.html>.

C. Bibliographie choisie

1. Arnadóttir T, Rieder HL, Enarson DA. *Tuberculosis programs. Review, planning, technical support. A manual of methods and procedures*. Paris, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 1998. <http://www.theunion.org/index.php/en/resources/scientific-publications/item/164-tuberculosis-programs-review-planning-technical-support-a-manual-of-methods-and-procedures.pdf>
2. Boccia D et al. Cash transfer and microfinance interventions for tuberculosis control: review of the impact evidence and policy implications. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2011, 15(6):S37—S49.
3. Chatham House. *Meeting Summary: Centre on Global Health Security. Social protection interventions for tuberculosis control: the impact, the challenges, and the way forward*. London, England, 2012. <http://www.chathamhouse.org/sites/default/files/public/Research/Global%20Health/170212summary.pdf>
4. Connor S et al. Declaration on palliative care and MDR/XDR-TB. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2012, 16(6):712—713.
5. Getahun H et al. Development of a standardized screening rule for tuberculosis in people living with HIV in resource-constrained settings: individual participant data meta-analysis of observational studies. *PloS Med*, 2011, 8(1):1—14.
6. Harding R et al. Palliative and end-of-life care in the global response to multidrug-resistant tuberculosis. *Lancet Infect Dis*, 2012, 12:643—46.
7. International Health Partnership. *Joint Assessment of National Health Strategies and Plans. Joint assessment tool: the attributes of a sound national strategy*. Version 2, 2011. <http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Tools/JANS/JANS%20tool%20%26FAQ%202012%20ENG.pdf>
8. Khan FA et al. An updated systematic review and meta-analysis on the treatment of active tuberculosis in patients with HIV Infection. *CID*, 2012, 55:1154—1163.
9. Management Sciences for Health. *MDS-3. Managing access to medicines and health technologies*. Arlington, VA, Management Sciences for Health, 2012. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19577en/s19577en.pdf>
10. Naidoo K et al. When to start antiretroviral therapy during tuberculosis treatment? *Curr Opin Infect Dis*, 2013, 26(1):35—42.
11. Rational Pharmaceutical Management Plus. *Managing pharmaceuticals and commodities for tuberculosis: a guide for national tuberculosis programs*. Submitted to the US Agency for International Development by the Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA, Management Sciences for Health, 2008. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADM788.pdf
12. Suthar AB. Antiretroviral therapy for prevention of tuberculosis in adults with HIV: a systematic review and meta-analysis. *PloS Med*, 2012, 9(7):1—15.
13. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. *Guide to Global Fund policies on procurement and supply management of health products*. Geneva, Global Fund, 2012. <http://www.theglobalfund.org/en/procurement/eng.pdf>



14. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. *International standards for tuberculosis care (ISTC)*. The Hague, 2009. http://www.istcweb.org/documents/ISTC_Report_2ndEd_Nov2009.pdf
15. World Health Organization. *Guidelines for conducting a review of a national tuberculosis programme*. Geneva, World Health Organization, 1998. WHO/TB/98.240 http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_TB_98.240.pdf
16. World Health Organization. *Compendium of indicators for monitoring and evaluating national tuberculosis programmes*. Geneva, World Health Organization, 2004. WHO/HTM/TB/2004.344 http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.344.pdf
17. World Health Organization. *Addressing poverty in TB control. Options for national TB control programmes*. Geneva, World Health Organization, 2005. http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_HTM_TB_2005.352.pdf
18. World Health Organization. *Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children*. Geneva, World Health Organization, 2006. http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_TB_2006.371_eng.pdf
19. World Health Organization. *The Stop TB Strategy – Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goal*. Geneva, World Health Organization, 2006. WHO/HTM/STB/2006.37 http://www.who.int/tb/publications/2006/stop_tb_strategy.pdf
20. Organisation mondiale de la Santé. *Principes directeurs à l'intention des programmes antituberculeux pour la prise en charge des tuberculoses pharmacorésistantes : Mise à jour d'urgence pour 2008*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008. WHO/HTB/TB/2008.410 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44125/1/9789242547580_fre.pdf
21. World Health Organization. *Implementing the WHO Stop TB Strategy: A handbook for national tuberculosis control programmes*. Geneva, World Health Organization, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241546676_eng.pdf
22. World Health Organization. *Practical approach to lung health – Manual on initiating PAL implementation*. Geneva, World Health Organization, 2008. WHO/HTB/TB/2008.410 http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_HTM_TB_2008.410_eng.pdf
23. World Health Organization. *Stop TB policy paper: contributing to health system strengthening – Guiding principles for national tuberculosis programmes*. Geneva, World Health Organization, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597173_eng.pdf
24. World Health Organization. *Assessment of surveillance data – workbook*. Geneva, World Health Organization, 2009. http://www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/meetings/ie_oct09_workbook.pdf
25. World Health Organization. *TB impact measurement: policy and recommendations for how to assess the epidemiological burden of TB and the impact of TB control*. Geneva, World Health Organization, 2009. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598828_eng.pdf
26. World Health Organization. *Treatment of tuberculosis: guidelines – 4th edition*. Geneva, World Health Organization, 2009. WHO/HTB/TB/2009.420 http://www.who.int/tb/publications/tb_treatmentguidelines/en/index.html
27. World Health Organization. *Politique de l'OMS pour la lutte contre la transmission de la tuberculose dans les établissements de santé, les structures collectives et les ménages*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. WHO/HTB/TB/2009.419 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44429/1/9789242598322_fre.pdf

28. World Health Organization. *WHO planning and budgeting for TB control activities*. Geneva, World Health Organization, 2010.
http://www.who.int/tb/dots/planning_budgeting_tool/en/index.html
29. Organisation mondiale de la santé. *Indicateurs de la tuberculose multi-résistante : Un ensemble minimum d'indicateurs pour la prise en charge de la tuberculose multirésistante (TB-MR) dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70568/1/WHO_HTM_TB_2010.11_fre.pdf
30. World Health Organization. *Public-private mix for TB care and control: a toolkit*. Geneva, World Health Organization, 2010. WHO/HTB/TB/2010.12
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500487_eng.pdf
31. World Health Organization. *Rapid advice: treatment of tuberculosis in children*. Geneva, World Health Organization, 2010. WHO/HTB/TB/2010.13
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500487_eng.pdf
32. World Health Organization. *An international roadmap for tuberculosis research: towards a world free of tuberculosis*. Geneva, World Health Organization, 2011. <http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/technical/tbresearchroadmap.pdf>
33. World Health Organization. *Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes*. Geneva, World Health Organization, 2011. WHO/HTB/TB/2011.15.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502252_eng.pdf
34. World Health Organization. *Early detection of tuberculosis: an overview of approaches, guidelines and tools*. Geneva, World Health Organization, 2011. WHO/HTB/TB/2011.21
http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_HTM_STB_PSI_2011.21_eng.pdf
35. World Health Organization. *Guidance for countries on the specifications for managing TB laboratory equipments and supplies*. Geneva, World Health Organization, 2011. WHO/HTB/TB/2011.16
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241503068_eng.pdf
36. Organisation mondiale de la Santé. *Directives pour l'intensification du dépistage de la tuberculose et l'administration du traitement préventif à l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH dans un contexte de ressources limitées*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011. WHO/HTB/TB/2011.11. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44781/1/9789242500707_fre.pdf
37. World Health Organization. *Guidelines for the programmatic management for drug-resistant tuberculosis – 2011 update*. Geneva, World Health Organization, 2011. WHO/HTB/TB/2011.6
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501583_eng.pdf
38. World Health Organization. *Indicateurs harmonisés pour le suivi et l'évaluation des systèmes de gestion des achats et des stocks: Indicateurs d'alerte précoce pour prévenir les ruptures de stock et les surstockages des médicaments antirétroviraux, antituberculeux et antipaludiques*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44656/1/9789242500813_fre.pdf
39. World Health Organization. *Manual on use of routine data quality assessment (RDQA) tool for TB monitoring*. Geneva, World Health Organization, 2011. WHO/HTB/TB/2011.1
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501248_eng.pdf



40. World Health Organization. *Priorities in operational research to improve tuberculosis care and control*. Geneva, World Health Organization, 2011.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548250_eng.pdf
41. World Health Organization. *WHO policy statement: Fluorescent light-emitting diode (LED) microscopy for diagnosis of tuberculosis*. Geneva, World Health Organization, 2011.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501613_eng.pdf
42. World Health Organization. *A practical handbook on the pharmacovigilance of medicines used in the treatment of tuberculosis: enhancing the safety of the TB patient*. Geneva, World Health Organization, 2012.
http://www.who.int/medicines/publications/pharmacovigilance_tb.pdf
43. World Health Organization. *Electronic recording and reporting for tuberculosis care and control*. Geneva, World Health Organization, 2012. WHO/HTM/TB/2011.22
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44840/1/9789241564465_eng.pdf
44. World Health Organization. *ENGAGE-TB: integrating community-based tuberculosis activities into the work of nongovernmental and other civil society organizations: operational guidance*. Geneva, World Health Organization, 2012. WHO/HTB/TB/2012.8
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75997/1/9789241504508_eng.pdf
45. World Health Organization. *Recommendations for investigating contacts of people with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries*. Geneva, World Health Organization, 2012.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77741/1/9789241504492_eng.pdf
46. Organisation mondiale de la Santé. *Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH - Principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012. WHO/HTB/TB/2012.1
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44814/1/9789242503005_fre.pdf
47. World Health Organization. *Definitions and reporting framework for tuberculosis – 2013 revision*. Geneva, World Health Organization, 2013. WHO/HTB/TB/2013.02
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79199/1/9789241505345_eng.pdf
48. World Health Organization. *Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations*. Geneva, World Health Organization, 2013.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84971/1/9789241548601_eng.pdf

D. Étude de cas sur le Tuberculoland

Monographie sur le Tuberculoland, exercices de simulation, et réponses aux exercices

Remerciements

Ce document, qui fait partie du Guide d'élaboration d'un plan stratégique national (PSN) pour la lutte contre la tuberculose, a été élaboré par le Programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'Organisation mondiale de la Santé.

Il se compose de différents outils de formation visant à aider les utilisateurs à se familiariser avec les différentes étapes nécessaires à l'élaboration d'un PSN.

Son élaboration a été coordonnée par Giuliano Gargioni, Malgorzata Grzemska, Soleil Labelle et Salah Ottmani du Programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'Organisation mondiale de la Santé.

Une importante contribution a été apportée par GB Migliori, du centre collaborateur de l'OMS pour la tuberculose et les maladies pulmonaires, Fondazione S. Maugeri, Care and Research Institute, Tradate (Italie).

L'élaboration de la « Monographie sur le Tuberculoland », incluse dans ce manuel de formation, s'est inspirée du modèle Fictifia utilisé dans les cours de formation de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose organisés à Sondalo, Italie.

Le matériel de formation a été testé sur le terrain lors de différents ateliers organisés dans les Régions de l'OMS en 2012 et 2013.



D.1 Monographie sur le Tuberculoland

INTRODUCTION

La République de Tuberculoland est un pays enclavé, situé au nord-est de l'Afrique, frontalier avec le Kinojan au nord, le Dabanostan à l'est, la République démocratique populaire de Kononyakos au sud et le Royaume de Gouguania à l'ouest. Le territoire national s'étend sur 650 000 km². Après avoir acquis leur indépendance au milieu de l'année 1971 d'Arakochiua et de Joundopour, les parties nord et sud du Tuberculoland se sont réunies. Les premières sont plus industrialisées et plus riches tandis que les secondes sont plus pauvres et essentiellement rurales. Après la réunification, le pays a dû faire face à d'énormes difficultés économiques et a connu une crise politique et ethnique jusque dans le milieu des années 1980. Les élections de 1986 ont permis la mise en place d'une certaine forme de stabilité politique. Les citoyens de Tuberculoland sont appelés Tubercos et la langue officielle est le tubercoscu.

DÉMOGRAPHIE

Le dernier recensement de la population, effectué en 2012, estime le nombre d'habitants à 39 785 560 pour l'ensemble du pays. La République de Tuberculoland compte 82 provinces (ou *satrapos*) plus le département de la capitale Teebeegrad. Ces 82 *satrapos* sont répartis dans 16 régions administratives récemment créées. Seize pour cent de la population du pays (près de 6,4 millions d'habitants) vivent à Teebeegrad. Différents groupes ethniques vivent au Tuberculoland : 25 % de la population sont des Blados, 25 % Arapakas, 15 % Sinkese, 15 % Boujadis, 10 % Palish, 5 % Kinos, et les 5 % restants sont des Dabanos, Kononyas, Guouguanios, Houlans et Yodas.

Cinquante-cinq pour cent de la population vivent actuellement en zone urbaine. En 1971, au moment de l'indépendance, la population urbaine ne représentait que 5 % de la population. La répartition des âges se fait comme suit : 0-14 ans : 17 %, 15-64 ans : 70 %, et 65 ans et plus : 13 %. L'âge moyen est de 32 ans (29,1 pour les hommes et 33,9 pour les femmes) et le taux de croissance annuel de la population est de +1,9 %.

ÉCONOMIE

La monnaie nationale est le Tuberco Pocak (TP) (US \$1 = 240 TP en 2013). Le produit intérieur brut (PIB) en 1980 était de US \$523 par habitant et le PIB de US \$1489 par habitant en 2012 ; toutefois, en raison des disparités en matière de développement entre le nord et le sud, le PIB était de US \$1963 par habitant dans les régions du nord et US \$889 par habitant dans celles du sud. Avec la découverte de gisements de gaz à Boragrad et leur exploitation depuis 1999, les régions du sud ont connu une croissance économique, tandis que celles du nord sont en situation de stagnation économique, soulignée par de nombreuses organisations internationales.

Au cours de l'exercice financier 2012, les dépenses du Gouvernement pour la santé au Tuberculand s'élevaient à US \$15 par personne. Selon le PNUD et un rapport de la Banque mondiale (2011), le Tuberculand se classe 101^e sur 162 pour l'indice de développement humain et 65^e sur 91 pour l'indice de pauvreté humaine. Le revenu national repose sur différentes activités économiques, notamment le gaz, les mines de bauxite et de fer (dans les régions du sud), le coton, le riz, le café, le tabac, certains produits manufacturés et le tourisme. Les fonds envoyés par les migrants Tubercos dans leur pays à partir de pays industrialisés et producteurs de pétrole représentent 15 % du revenu national. Toutefois, environ la moitié de la population est considérée comme pauvre ; un tiers des Tubercos vit avec 360 TP et moins (US \$1,5). La dette extérieure est d'environ US \$20 milliards. Pour faire face à cette situation, le Gouvernement a entrepris un programme d'ajustement structurel, qui s'est traduit par une baisse drastique du recrutement dans les services publics, un gel des salaires et une réduction budgétaire pour de nombreux services publics, ainsi qu'une privatisation partielle ou totale de nombreux secteurs économiques ou publics. En outre, environ 55 % du revenu national sont consacrés au remboursement de la dette extérieure. Afin de remédier aux effets du programme d'ajustement structurel, de la stagnation de la situation économique et de l'augmentation récente de la migration de la population des zones rurales vers les zones urbaines et du sud vers le nord, le Gouvernement a lancé ces quatre dernières années une réforme socioéconomique visant à renforcer l'économie de marché et la mise en œuvre d'une politique de décentralisation au niveau régional. À cette fin, l'Assemblée nationale a récemment voté la création de 16 régions administratives (RA). Chaque RA aura sa propre Assemblée régionale, ses politiques fiscales et économiques ainsi que son autonomie pour élaborer ses propres orientations politiques et stratégiques de développement socioéconomique afin d'améliorer le bien-être de la population et couvrira 3 à 6 *satrapos*.

Les observateurs économiques sont d'un optimisme prudent quant à l'intensification de la baisse de l'inflation et à l'augmentation d'environ 3 % au cours de l'année à venir de la timide croissance économique observée en 2008-2012. Le prochain plan national de développement 2014-2018 accordera une priorité élevée au développement économique, à l'éducation et à la santé.

Toutefois, pour atténuer les effets du programme d'ajustement structurel sur les populations les plus vulnérables et les plus défavorisées et pour réduire la pauvreté dans les zones défavorisées, le Gouvernement de Tuberculand a lancé l'initiative nationale pour le développement humain avec le soutien financier de l'Arakochiua et des États-Unis de Bankobamba.

PROFIL SANITAIRE

Selon les données systématiques du Ministère de la santé et la dernière enquête démographique et de santé : le taux de natalité est de 21,5 naissances pour 1000 habitants ; ii) le taux de mortalité est de 5,6 décès pour 1000 habitants ; et iii) l'espérance de vie est d'environ 70 ans (72 pour les femmes et 68 pour les hommes) ; en 1975, l'espérance de vie globale n'était que de 49 ans. La mortalité maternelle est de 115 décès pour 100 000 naissances vivantes ; ce taux était de 256 pour 100.000 naissances vivantes en 1973. Le taux de mortalité infantile est de 42 décès pour 1000 naissances vivantes (garçons : 44 décès pour 1 000 naissances vivantes ; filles : 38 décès pour 1000 naissances vivantes) ; ce taux était de 195 décès



pour 1 000 naissances vivantes en 1973. Le taux de fécondité total était de 6,2 enfants par femme en 1973 alors qu'en 2012 il était de 2,5 enfants par femme.

Les principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans sont : maladies diarrhéiques, infections respiratoires aiguës et malnutrition protéino-énergétique. En 2009, une enquête a révélé que 25 % des enfants étaient en insuffisance pondérale modérée à grave tandis que 10 % étaient en surpoids.

Avec la mise en œuvre, au cours des 15 dernières années, du programme d'irrigation intensive dans les régions du sud, le nombre de cas de schistosomiase notifiés a augmenté dans ces régions. Le paludisme est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans 5 *satrapos* des régions du nord. Dans ces 5 *satrapos*, les symptômes liés au paludisme sont la première ou seconde cause de demande de soins dans les établissements de soins de santé primaires.

On estime à plus de 49 500 nouveaux cas de tuberculose dans la population du Tuberculoland chaque année. Cette charge représente 14 % de la charge de la Région Afrasie de l'OMS.

On observe une augmentation de l'hépatite B et C ces 8 dernières années. Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont très courantes ; on estime que 4,9 millions de personnes se font soigner pour des symptômes liés aux IST chaque année, en particulier dans le secteur de la santé privé. De nombreux indicateurs révèlent que la charge de VIH reste faible au Tuberculoland. Par exemple, la prévalence du VIH est inférieure à 1 % chez les donneurs de sang et les femmes enceintes.

Toutefois, de récentes enquêtes ont révélé que la séroprévalence du VIH était de 10 % chez les travailleurs du sexe et de 15 % chez les consommateurs de drogues injectables dans les zones de contrebande le long des frontières de l'est et du nord avec le Kinojan et le Dabanostan respectivement. Le Ministère de la santé est parvenu à mettre en place un programme national de lutte contre le VIH/sida efficace avec une unité centrale solide et compétente au niveau ministériel.

En outre, la prévalence du tabagisme est d'environ 30 % chez les adultes de 20 ans et plus. Le tabagisme augmente chez les adolescentes et les jeunes femmes adultes.

La récente étude ISAAC a révélé que 10 % des adolescents de 13 ans présentaient des symptômes évocateurs de l'asthme. Les données de 10 hôpitaux urbains montrent que, en 2012, 15 % des hospitalisations en soins intensifs étaient liées à l'aggravation de maladies respiratoires chroniques. En outre, 25 % des sorties d'hôpital sont associés à des affections respiratoires tandis que 20 % de la mortalité hospitalière est attribuée à des maladies respiratoires, dont la tuberculose pulmonaire. D'autres données montrent que les maladies respiratoires sont l'une des principales causes de demande de soins dans les services des soins de santé primaires (voir annexe).

Les statistiques d'état civil des 10 dernières années laissent fortement à penser que les maladies cardiaques chroniques sont la première cause de décès au Tuberculoland. Une récente enquête de population a révélé que 25 % des 12 569 personnes de 20 ans et plus sélectionnées de façon aléatoire avaient de l'hypertension (selon la définition du comité conjoint) ; parmi ces personnes, 5 % seulement en étaient conscientes. En outre, cette même enquête indiquait que 18 % des personnes de 30 ans et plus interrogées

avaient au minimum un diabète modéré. Environ 15 % des hospitalisations en soins intensifs sont dues à des événements cardiaques aigus comme un infarctus du myocarde.

On estime qu'environ 45 000 nouveaux cas de cancer apparaissent chaque année dans la population du Tibercoland. Les plus courants sont les cancers du sein et de l'utérus chez les femmes, ceux de la prostate et du poumon chez les hommes.

PRIORITÉS ET POLITIQUES DE SANTÉ

Le Ministère de la santé a pour but de promouvoir et renforcer la santé de la population du Tibercoland et a pour principal objectif le renforcement de l'équité en santé et de l'accessibilité à des services de santé efficaces et durables, en particulier pour les populations pauvres.

Pour atteindre ces but et objectifs, le Ministère de la santé élabore un plan de santé national 2014-2018 permettant de mettre en œuvre les stratégies sanitaires essentielles suivantes :

1. Promouvoir la santé des femmes et des enfants par la délivrance de services de soins de base : services de soins avant, pendant et après l'accouchement, services de santé reproductive, planification familiale, vaccination et couverture par des soins curatifs comme la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).
2. Réduire la charge des maladies transmissibles comme la tuberculose par les stratégies DOTS/Halte à la tuberculose, le paludisme, la schistosomiase, les IST, le VIH/sida, etc.
3. Réduire la charge des maladies non transmissibles par la mise en œuvre de mesures préventives en particulier dans les communautés et améliorer la prise en charge des patients souffrant d'affections chroniques dans le système de santé en particulier au niveau des soins de santé primaires afin de réduire les complications dues à ces maladies.
4. Renforcer la couverture des services de santé publique dans le système de santé de district par la mise en œuvre : i) de l'ensemble minimum de services de santé dans les centres de santé de premier niveau ; et ii) de l'ensemble complémentaire de services de santé aux premiers niveaux ambulatoires des hôpitaux de district et de recours.
5. Renforcer les compétences professionnelles du personnel de santé publique pour garantir l'efficacité du système de santé par la planification, la révision de la formation de base et l'élargissement de la formation continue au personnel de santé sur les approches cliniques et la prise en charge.
6. Garantir un système d'approvisionnement et de gestion approprié et efficace en ce qui concerne les médicaments, l'équipement et le matériel, conforme aux besoins identifiés.
7. Renforcer les capacités en matière de technologie et de gestion des hôpitaux de district et de *satrapos*.
8. Veiller à ce que les secteurs de santé semi-publics et privé contribuent pleinement à la délivrance de services de santé à la population conformes à la politique nationale de santé de façon à ce qu'ils deviennent de véritables partenaires du Ministère de la santé.
9. Étendre les services de soins de santé primaires dans les communautés, en particulier dans : i) les zones suburbaines des grandes villes ; ii) les zones rurales éloignées non reliées aux réseaux routiers nationaux ; et iii) les habitats dispersés.



10. Améliorer et accélérer le développement en cours des programmes de recouvrement des coûts des soins de santé tel que définis dans le programme national de mutualisation – prépaiement – redistribution.
11. Inclure la promotion de la santé, la protection et les interventions dans : i) les initiatives nationales en cours pour réduire la pauvreté et améliorer le bien-être (par exemple initiative nationale pour le développement humain) et les divers projets de coopération bilatérale et multilatérale.
12. Renforcer l'élaboration des politiques par l'amélioration du système d'information sanitaire, des enquêtes, des études, la recherche opérationnelle, le suivi et l'évaluation.

BRÈVE DESCRIPTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Chacun des 82 *satrapos* compte 3 à 5 districts administratifs, tandis que le département de la capitale en comprend onze. Le nombre total de districts administratifs au Tubercoland est de 278. Toutefois, il n'existe que 235 districts de santé, c'est pourquoi certains couvrent au moins deux districts administratifs souvent sous-peuplés.

La structure de santé est composée de 3 niveaux : central, *satrapos* et district. Un district de santé : i) comprend au moins un hôpital de district ; des centres de soins de santé primaires et des postes de santé ; ii) dessert souvent une population de 200 000 à 400 000 habitants.

Le Ministère de la santé a élaboré divers programmes de santé, axés sur les questions ou interventions de santé prioritaires telles que : planification familiale, soins prénatals, vaccinations, PCIME, lutte antituberculeuse, lutte contre le trachome, lutte contre la lèpre, prévention du rhumatisme articulaire aigu, médicaments essentiels, etc. Les programmes d'ensemble minimum de services de santé et d'ensemble complémentaire de services de santé récemment mis en place sont axés sur le système de santé de district en vue de bien intégrer les services de santé, d'améliorer l'accès aux interventions sanitaires efficaces au niveau des soins de santé primaires et d'améliorer la gestion des ressources disponibles dans le district. Tous ces programmes sont : i) financés par le Ministère de la santé par des fonds publics et/ou par des partenaires internationaux dans le cadre d'initiatives de collaboration bilatérale ou multilatérale ; et ii) gérés à partir de départements ou unités spécifiques au niveau ministériel. Les activités de ces programmes sont : i) coordonnées aux niveaux des *satrapos* et districts par des professionnels de la santé spécifiques ; et ii) menées au sein du système de santé de district.

Le pays compte 157 hôpitaux de district, 61 hôpitaux de *satrapos* et 22 hôpitaux nationaux, avec un total de 16 572 lits.

Chaque district de santé comprend un réseau de centres de santé ; à chaque niveau périphérique se trouve un poste de santé avec 2 ou 3 infirmières, puis au niveau juste au-dessus un centre de soins de santé primaires avec le plus souvent 2 à 4 médecins généralistes ou plus et plusieurs infirmières. Il y a 2362 postes de santé et 865 centres de SSP. Lorsque c'est nécessaire, les patients sont orientés vers le service de consultations externes de l'hôpital de district ou directement vers l'hôpital de district. Ce dernier comprend généralement quatre services de base (médecine interne, obstétrique-gynécologie, pédiatrie et chirurgie), un service des urgences, une unité de soins intensifs, un équipement radiologique de base

et des installations de laboratoire, dont l'examen microscopique de la tuberculose. Les services de lutte contre la tuberculose sont gérés, à ce niveau, par le bureau du district de santé.

L'hôpital de *satrapos* est un établissement de recours pour les districts de santé ; il comprend généralement un service de consultations externes et traite les principales spécialités cliniques comme la chirurgie, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie, la médecine interne, les maladies respiratoires, l'ophtalmologie, la dermatologie, la psychiatrie, la cardiologie, l'endocrinologie, et autres, en fonction de la situation locale. De nombreuses investigations sont proposées au niveau des *satrapos* notamment radiologie, échographie, analyses de laboratoire dont les examens microscopiques pour la tuberculose ; seuls deux hôpitaux de *satrapos* procèdent à la culture de *Mycobacterium tuberculosis*.

Les 22 hôpitaux nationaux dispensent des services de soins tertiaires et font partie des réseaux des 6 écoles de médecine existantes dans le pays. Tous les professionnels de la santé à ce niveau sont hautement qualifiés et spécialisés. Divers tests radiologiques et de laboratoires, dont les examens microscopiques pour la tuberculose, sont effectués. La culture de *Mycobacterium tuberculosis* est assurée dans 5 de ces 22 hôpitaux et le test de sensibilité aux médicaments pour le bacille de la tuberculose dans un hôpital.

Le tableau suivant (Tableau 1) montre la répartition des professionnels de la santé par catégorie et par secteur de la santé au Tuberculoland.

Tableau 1. Répartition des professionnels de la santé par catégorie et par secteur de la santé

Secteur de la santé	Personnels infirmiers	Généralistes	Spécialistes	TOTAL
Ministère de la santé	19 693	9 208	8 985	37 886
Autres secteurs publics	3 622	1 232	963	5 817
Secteur privé	5 366	10 456	15 096	30 918
Secteur semi-public	3 485	1 006	1 412	5 903
TOTAL	32 166	21 902	26 456	80 524

Les établissements du Ministère de la santé étant les principaux centres de santé pour la recherche de soins, 47 % des professionnels de la santé qui pratiquent au Tuberculoland travaillent dans le secteur public.

Une récente enquête a révélé que : i) 92 % des médecins spécialistes travaillent dans des zones urbaines (75 %) ou suburbaines (17 %) ; ii) seulement 45 % des médecins généralistes pratiquent dans les zones rurales et 60 % des personnels infirmiers travaillent dans les zones rurales. Cette même enquête a mis en évidence le fait que, en général, indépendamment du cadre urbain ou rural, 50 % de la population Tubercos vit à au moins 3 km d'un centre de santé, 84 % à 6 km et 90 % à 10 km ; les 10 % de la population restants correspondent aux communautés vivant dans des régions isolées ou enclavées ou dans des habitats dispersés.



Le Gouvernement a récemment introduit un programme de recouvrement des coûts des soins de santé avec le soutien de divers partenaires internationaux. L'assurance-maladie est actuellement disponible pour tous les fonctionnaires et le personnel de la plupart des grandes entreprises nationales et internationales. Des programmes spéciaux ont été conçus pour les sociétés comprenant des salariées de petites entreprises.

Environ 45 % de la population est couverte par l'un de ces programmes d'assurance. Toutefois, toute personne demandant un service de santé devrait payer un minimum de frais dans les centres de santé publics ou semi-publics. Ces frais sont généralement accessibles pour la plupart des personnes qui se rendent dans les établissements de soins de santé primaires. Le Ministère de la santé, en collaboration avec le Ministère des finances, étudie la possibilité d'impliquer les districts administratifs et les communautés pour apporter un soutien financier à certains services dans le système des soins de santé primaires.

Un liste des médicaments essentiels, conforme à celle de l'OMS, a été établie au début des années 1980 et elle est mise à jour régulièrement.

Ces 10 dernières années, le Ministère de la santé a mis en œuvre et élargi un programme national des médicaments essentiels dans le système de santé de district qui couvre désormais l'ensemble du pays. Toutefois, il est loin de couvrir les besoins en médicaments des personnes qui fréquentent les centres de santé de district. De nombreux districts, principalement ceux avec une zone rurale importante, sont souvent confrontés à une pénurie de médicaments prescrits dans le cadre du programme ; pour répondre à leurs besoins, les patients doivent acheter des médicaments dans des pharmacies privées où les prix ne sont pas totalement réglementés.

TUBERCULOSE ET LUTTE ANTITUBERCULEUSE

La tuberculose est un problème de santé publique majeur au Tuberculoland. L'OMS estime qu'environ 49 700 nouveaux cas sont survenus chaque année ces 3 dernières années ; l'incidence estimée est d'environ 125 nouveaux pour 100 000 habitants par an tandis que le taux de mortalité est de 15 décès dus à la tuberculose pour 100 000 habitants par an.

La lutte antituberculeuse est organisée dans le cadre du programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT). La stratégie DOTS a été lancée en 1997 et la Stratégie Halte à la tuberculose en 2006.

1. Analyse de la charge de la tuberculose

Depuis l'introduction de la stratégie DOTS, le PNLT a réussi à établir un système d'information pour surveiller et évaluer la situation en matière de lutte contre la tuberculose au Tuberculoland.

Le Tableau 2, ci-après montre la tendance au fil du temps en termes de notification de la tuberculose.

Tableau 2. Notification des nouveaux cas de tuberculose au Tubercoland entre 1997 et 2012

Années	Nouveaux cas de tuberculose				Cas de retraitement de la tuberculose
	Tous les nouveaux cas	Nouveaux cas à frottis positif	Nouveaux cas à frottis négatif	Nouveaux cas de tuberculose extrapulmonaire	
1997	780	553	123	104	260
1998	2 491	1 641	491	359	703
1999	5 586	3 429	1 401	756	1310
2000	9 369	5 247	2 470	1 652	1653
2001	14 096	7 658	3 603	2 835	1922
2002	19 236	9 846	4 581	4 809	2137
2003	20 101	8 739	5 357	6 005	1988
2004	22 089	9 201	6 941	5 947	2454
2005	24 122	9 649	7 581	6 892	3289
2006	26003	10 401	8 510	7 092	3214
2007	27 654	11 591	10 129	5 934	4502
2008	29 182	12 256	10 870	6 056	5150
2009	29 402	11 761	11 300	6 341	5600
2010	28 999	11 310	11 770	5 919	5117
2011	29 323	11 142	12 072	6 109	5585
2012	29 088	10 281	12 705	6 102	5499

L'analyse des données indique que 55 % à 59 % des nouveaux cas de tuberculose (toutes formes confondues) notifiés chaque année concernent des hommes, dont environ 75 % âgés de moins de 55 ans. L'incidence des cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif est généralement de 60 % à 90 % supérieure chez les hommes que chez les femmes tandis que l'incidence des cas de tuberculose extrapulmonaire varie peu entre les sexes.

En outre, 70 % des nouveaux cas de tuberculose sont identifiés dans les régions les plus urbanisées du Tubercoland. Environ 25 % des cas de tuberculose sont notifiés dans la capitale ; par exemple, l'incidence notifiée chaque année est généralement de plus de 260 nouveaux cas pour 100 000 habitants dans deux districts de Teebeegrad. En outre, 35 %, 40 % et 50 % des cas de rechutes de tuberculose, d'échec de traitement et de tuberculose multirésistante (MR) respectivement sont identifiés au Teebeegrad.

Au moins 15 % de tous les patients tuberculeux identifiés chaque année par le biais du réseau du PNLT sont des cas de retraitement.

Parmi les patients tuberculeux, la prévalence du VIH est généralement de 1 % à 3 % ; elle n'a jamais atteint les 5 % depuis que le système de surveillance sentinelle a inclus les patients tuberculeux dans le suivi de l'infection à VIH.



2. Organisation de la lutte antituberculeuse

2.1 Gestion globale du PNLT

Grâce à la mobilisation des fonds publics et à un prêt de la Banque mondiale, le PNLT a pu intensifier les mesures de lutte contre la tuberculose. Une unité centrale a été établie au sein du Ministère de la santé. Composée de quatre personnes sous la direction d'un responsable, ses principaux rôles sont les suivants : i) définir la politique nationale pour la lutte contre la tuberculose, ii) élaborer des lignes directrices nationales ; iii) établir un plan stratégique national pour la lutte contre la tuberculose ; iv) gérer les ressources, y compris les fonds et les médicaments antituberculeux ; v) garantir la formation pour tous les agents de santé qui doivent intervenir dans les services de lutte et de soins de la tuberculose ; vi) organiser la supervision des mesures de lutte contre la tuberculose sur tout le territoire national ; vii) coordonner les activités avec le laboratoire national de référence ; viii) collaborer avec les partenaires intervenant dans les efforts de lutte contre la tuberculose au Tuberculoland ; et ix) autres.

Le Ministère de la santé alloue chaque année un budget pour la lutte contre la tuberculose à partir des fonds publics. Ce budget annuel est géré directement par l'unité centrale du PNLT. Le Tableau 3 ci-dessous montre le budget alloué pour chaque exercice financier depuis 1997.

Tableau 3. Budget alloué à la lutte contre la tuberculose entre 1997 et 2012

Années	Budget alloué au PNLT (en Tuberco Pocaks)	Part du budget du PNLT alloué à l'achat de médicaments antituberculeux
1997	360 000 000	20 %
1998	408 000 000	22 %
1999	480 000 000	22 %
2000	600 000 000	25 %
2001	648 000 000	30 %
2002	720 000 000	35 %
2003	768 000 000	35 %
2004	840 000 000	40 %
2005	912 000 000	42 %
2006	960 000 000	42 %
2007	960 000 000	48 %
2008	840 000 000	55 %
2009	720 000 000	60 %
2010	610 000 000	69 %
2011	528 000 000	74 %
2012	497 000 000	81 %

240 Tuberco Pocaks = US \$1.

La mise en œuvre de services DOTS dans tous les centres de santé du Ministère de la santé s'est achevée en 2002. La gestion et l'évaluation des activités de lutte contre la tuberculose sont décentralisées au niveau des *satrapos*, tandis que le suivi et la surveillance étroite des services de soins et de lutte contre la tuberculose, tels que définis dans la politique du PNLT, sont assurés au niveau des districts. Le registre pour la tuberculose est établi dans le district de santé. La plupart des analyses bactériologiques pour diagnostiquer la tuberculose sont effectuées dans le service de consultations externes de l'hôpital de district et dans quelques centres de soins de santé primaires. Les patients reçoivent généralement leur traitement antituberculeux dans ces mêmes centres ainsi que dans les postes de santé, voire, dans certains cas, dans le service de consultations externes de l'hôpital de district.

Un conseil national pour la lutte contre la tuberculose aide le PNLT à définir les orientations stratégiques nécessaires pour améliorer la situation en matière de lutte contre la tuberculose au Tibercoland. Ce conseil se compose de représentants des 6 écoles de médecine, du secteur privé de la santé, du secteur de la santé de l'armée, des services de santé du système pénitentiaire, des grandes compagnies d'assurance-maladie et autres. Deux professeurs d'université membres du conseil national sont également des représentants à l'Assemblée nationale et membres de la Commission Santé pour le Parlement.

2.2 Prise en charge des patients avec des symptômes évocateurs de la tuberculose et identification des cas de tuberculose

Les lignes directrices nationales formulées par le PNLT indiquent clairement que lorsqu'un patient présente des signes et/ou des symptômes évocateurs de la tuberculose, notamment une toux productive pendant plus de deux semaines, il convient d'effectuer un examen microscopique du frottis d'expectoration, ainsi que d'autres tests le cas échéant. Les cas présumés de tuberculose sont généralement identifiés par le personnel infirmier ou les médecins généralistes dans les postes de santé, les centres de soins de santé primaires et les services de consultations externes des hôpitaux de district. Les patients sont ensuite orientés vers un laboratoire de microscopie pour la tuberculose afin de procéder à des tests plus approfondis. Ceux pour lesquels le frottis est positif sont enregistrés et reçoivent une ordonnance pour le traitement antituberculeux au niveau du service de consultations externes de l'hôpital de district. Les cas présumés dont le frottis est négatif doivent être soumis à un examen clinique plus approfondi par le médecin ; si le diagnostic de tuberculose à frottis négatif ou de tuberculose extrapulmonaire est retenu, le patient est enregistré et on lui prescrit un traitement antituberculeux conformément aux lignes directrices du PNLT. La plupart des patients tuberculeux reçoivent leur traitement en ambulatoire, principalement dans les centres de soins de santé primaires et les postes de santé ; seuls les patients gravement malades sont hospitalisés.

Le Tableau 4, ci-dessous montre les données sur le processus d'identification de la tuberculose depuis le lancement de la stratégie DOTS en 1997.



Tableau 4. Données sur le processus d'identification de la tuberculose en 1997-2012

Années	1	2	3	4	5
	Nombre de cas présumés de tuberculose identifiés et orientés pour examen du frottis d'expectoration	Nombre de cas présumés de tuberculose évalués par examen du frottis d'expectorations (2/1)	Nombre de frottis examinés (3/2)	Nombre de frottis positifs (4/3)	Nombre de patients avec une tuberculose à frottis positif (5/3)
1997	9 716	9 036 (93 %)	26 204 (2,9)	2 033 (7,7 %)	753 (2,7)
1998	35 335	32 508 (92 %)	81 271 (2,5)	5 689 (7 %)	2 275 (2,5)
1999	62 690	57 675 (92 %)	144 188 (2,5)	11 535 (8 %)	4 614 (2,5)
2000	96 918	87 227 (90 %)	209 344 (2,4)	16 748 (8 %)	6 699 (2,5)
2001	119 408	107 468 (90 %)	268 669 (2,5)	21 494 (8 %)	9 345 (2,3)
2002	121 290	106 737 (88 %)	245 495 (2,3)	24 549 (10 %)	11 690 (2,1)
2003	116 437	98 971 (85 %)	207 840 (2,1)	20 784 (10 %)	10 392 (2)
2004	104 966	89 221 (85 %)	178 442 (2)	21 413 (12 %)	11 270 (1,9)
2005	96 365	79 019 (82 %)	142 233 (1,8)	21 335 (15 %)	12 550 (1,7)
2006	97 601	78 081 (80 %)	127 929 (1,6)	21 238 (17 %)	13 274 (1,6)
2007	96 833	77 467 (80 %)	116 200 (1,5)	23 240 (20 %)	15 493 (1,5)
2008	90 629	70 691 (78 %)	98 968 (1,4)	22 763 (23 %)	16 259 (1,4)
2009	93 565	70 174 (75 %)	84 209 (1,2)	21052 (25 %)	16 194 (1,3)
2010	70 776	54 971 (78 %)	65 966 (1,2)	18 470 (28 %)	15 392 (1,2)
2011	66 732	48 047 (72 %)	52 852 (1,1)	16 913 (32 %)	15 375 (1,1)
2012	60 332	41 629 (69 %)	45 792 (1,1)	16 485 (36 %)	14 986 (1,1)

La culture de *Mycobacterium tuberculosis* n'est pas souvent utilisée. Ce test est rarement effectué dans 5 % des cas présumés de tuberculose à frottis négatif. De ce fait, moins de 1 % des cas de tuberculose pulmonaire sont confirmés par culture.

2.3 Réseau de laboratoires de la tuberculose

Le pays compte 168 laboratoires de microscopie de la tuberculose situés principalement dans les services de consultations externes des hôpitaux, en particulier au niveau du district, et dans quelques centres de soins de santé primaires. Huit laboratoires répartis dans les principaux *satrapos* disposent d'une structure pour la culture de *Mycobacterium tuberculosis*. Ces 2 catégories de laboratoires sont généralement supervisées et soutenues techniquement par le laboratoire national de référence situé dans le laboratoire national pour la santé et l'hygiène à Teebeegrad.

Le tableau ci-après montre la répartition des laboratoires de la tuberculose selon les nouvelles régions administratives tel que mentionné ci-dessus.

Tableau 5. Répartition des laboratoires de la tuberculose par région administrative

Région administrative	Taille de la population (1)	Nombre de laboratoires de microscopie pour la tuberculose (2)	Nombre de laboratoires de culture (3)	Ratio (1)/(2)	Ratio (1)/(3)
Centre-Nord	3 569 421	6	1		
Nord-ouest	1 698 530	8			
Nord-est	2 600 894	10	1		
L'Binga	1 892 366	9			
Bingobamba	4 569 237	15	1		
Standing Bull	1 795 623	10	1		
Hahha	945 623	7			
Teebeegrad	6 365 689	11	1		
Smearbamba	3 669 875	14	1		
Mac-Sputum	2 986 354	9			
Bronchovich	1 582 967	9			
Kanfoudi	3 289 745	16	1		
Nah Kunedan	856 479	8			
Guitanos	1 756 940	14	1		
Oplossos	1 658 923	13			
Zogofozz	546 894	9			
Total	39 785 560	168	8		



2.4 Résultats des activités de lutte contre la tuberculose au Tuberculoland

Depuis que la stratégie DOTS a été lancée, le nombre de cas de tuberculose notifiés a augmenté, par contre le taux de détection de la tuberculose n'a pas augmenté depuis 2008 et reste inférieur à la cible mondiale de 70 %.

Le taux de réussite du traitement correspondait à la cible mondiale de l'OMS pour les quatre premières années suivant l'introduction de la stratégie DOTS, mais depuis 2001, il a nettement baissé en dessous de 85 % (Tableau 6). En outre, le taux de patients perdus de vue a peu à peu nettement augmenté au cours des 10 dernières années.

Tableau 6. Analyse de cohorte des cas de tuberculose traités en 1997-2012, Tuberculoland

Années	Taux de réussite du traitement	Taux d'échec	Taux de patients perdus de vue	Taux de mortalité	Taux de transfert
1997	88 %	1 %	3 %	4 %	4 %
1998	89 %	1 %	3 %	3 %	4 %
1999	87 %	2 %	4 %	4 %	3 %
2000	85 %	1 %	4 %	4 %	6 %
2001	82 %	3 %	5 %	4 %	6 %
2002	82 %	1 %	7 %	3 %	7 %
2003	81 %	2 %	6 %	4 %	7 %
2004	82 %	1 %	6 %	3 %	8 %
2005	79 %	1 %	8 %	5 %	7 %
2006	77 %	2 %	10 %	5 %	6 %
2007	78 %	3 %	11 %	4 %	4 %
2008	75 %	1 %	12 %	5 %	7 %
2009	74 %	1 %	13 %	6 %	6 %
2010	74 %	2 %	12 %	6 %	6 %
2011	71 %	3 %	14 %	5 %	7 %
2012	71 %	2 %	15 %	6 %	6 %

2.5 **Autres aspects de la lutte contre la tuberculose au Tubercoland**

2.5.1 Questions liées à la tuberculose MR

Une récente enquête sur la pharmacorésistance menée au niveau national en 2011-2012 a révélé que, parmi les cas de tuberculose n'ayant jamais reçu de médicaments antituberculeux, la prévalence de résistance à au moins un antituberculeux était de 9,2 % tandis que la prévalence de la tuberculose MR était de 1,3 %. Toutefois, cette même enquête soulignait que, parmi les nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif dans la capitale Teebeegrad, la prévalence de la résistance à au moins un antituberculeux était de 18 %, tandis que celle de la tuberculose MR était de 5,1 %.

Le PNLT a récemment normalisé et lancé des procédures pour harmoniser la prise en charge des patients en retraitement de la tuberculose ainsi que ceux avec une tuberculose MR, en mettant l'accent sur les grandes villes. Toutefois, aucune ligne directrice nationale n'a encore été formulée pour la prise en charge des cas de tuberculose MR et parmi les 260 cas estimés, seulement 10 sont plus ou moins pris en charge conformément aux exigences internationales. Une récente étude menée dans 55 services hospitaliers, où des cas de tuberculose à frottis positif et de retraitement sont hospitalisés, a révélé que le nombre de personnels infirmiers et de médecins touchés par la tuberculose augmentait progressivement d'année en année, passant de 4 en 2002 à 48 en 2012.

2.5.2 Activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH

Bien que la charge de VIH soit faible au Tubercoland, le Ministère de la santé a mis en place, comme indiqué ci-dessus, un programme national efficace pour lutter contre l'infection à VIH et le sida. La tuberculose a été intégrée il y a plus de 10 ans dans le système de surveillance sentinelle pour l'infection à VIH. La prévalence du VIH chez les patients tuberculeux est inférieure à 5 %. Toutefois, aucune information n'est disponible sur le dépistage systématique de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Une récente évaluation sur le terrain a révélé qu'un nombre très limité de personnes vivant avec le VIH est évalué pour la tuberculose et qu'aucun traitement préventif à l'isoniazide (TPI) n'est fourni aux personnes n'ayant pas de tuberculose active. Le dépistage systématique de l'infection à VIH chez les patients avec une tuberculose active et la fourniture de cotrimoxazol ne sont pas garantis dans tous les services du PNLT. En outre, aucune ligne directrice claire sur la prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH n'a été élaborée et aucun mécanisme de coordination entre le PNLT et le programme national de lutte contre le VIH/sida n'a été établi au niveau national.

2.5.3 Intervention des autres secteurs de la santé dans la lutte contre la tuberculose

Même si les autres secteurs de la santé sont bien représentés au sein du conseil national pour la lutte contre la tuberculose, aucune stratégie claire n'a été élaborée pour impliquer les agents de santé pratiquant en dehors des établissements du PNLT. Si de nombreux patients tuberculeux sont orientés par les autres secteurs de la santé, on pense que 10 à 15 000 patients tuberculeux sont diagnostiqués et traités en dehors du réseau du PNLT, en particulier dans le secteur privé de la santé qui comprend près de 40 % des médecins disponibles dans le pays. Une étude⁷ portant sur 964 médecins privés a récemment été

⁷ Pinzo Pintos, Galagotan Bouzigma and Blabosh Zingana. How adequate is the contribution of the private medical sector in tuberculosis care and control in major cities in Tubercoland? Public Health Journal of Afrasia 2012; 14 (7): 702-711.



menée à Teebeegrad et Tangobamba, les deux plus grandes villes du pays. Elle a révélé que, en 2011, ces médecins privés ont orienté vers les établissements de santé publics disposant de services du PNLT 9 652 cas présumés de tuberculose et 254 cas bactériologiquement confirmés ; toutefois, ils ont prescrit un traitement antituberculeux à 2137 autres patients. Une autre évaluation a révélé que les procédures pour établir le diagnostic de la tuberculose n'étaient pas optimales pour 82 % de ces patients et que le traitement n'était pas conforme aux schémas requis dans les services du PNLT. D'importants problèmes en termes de prescription du traitement antituberculeux ont été identifiés ; par exemple, de nombreux patients tuberculeux se sont vus prescrire de la rifampicine seule avec une dose sous-thérapeutique pendant 2 à 3 mois. En outre, la même étude a révélé que les médicaments antituberculeux sont dans les pharmacies privées sans ordonnance quelle que soit la quantité demandée par le client ; par exemple, une seule pilule de 50 mg de rifampicine peut être achetée pour 30 Tubercos Pocaks.

2.5.4 Autres problèmes de gestion

Une récente évaluation de la gestion du PNLT, menée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a mis en évidence les principaux problèmes suivants :

- Les tâches à accomplir par chaque membre de l'unité centrale du PNLT ne sont pas clairement définies
- Les directives thérapeutiques formulées par le PNLT en 1998 ne sont plus conformes aux exigences internationales.
- L'unité centrale du PNLT n'a établi aucun plan stratégique national pour la lutte contre la tuberculose depuis le dernier qui s'est terminé en 2005.
- Il n'existe pas de lignes directrices nationales sur la supervision qui est effectuée de façon chaotique ; l'équipe de l'unité centrale du PNLT participe à très peu de missions de supervision entreprises à Teebeegrad et dispose d'informations très limitées sur les activités de supervision menées dans les *satrapos* en dehors de la capitale.
- Il n'existe aucun outil de formation normalisé pouvant être utilisé au niveau national ; en outre, l'unité centrale ne dispose pas de programme clairement défini ni de programme normalisé pour la formation des agents de santé chargés des services du PNLT. Très peu de sessions de formation sont organisées au niveau des *satrapos*, et l'unité centrale du PNLT n'en est généralement pas informée.
- Bien que l'investigation chez les sujets contacts soit incluse dans la politique nationale, aucune investigation n'a été mise en œuvre à ce jour ; en outre, il n'existe aucune directive nationale pour mener ces activités.
- Les données collectées régulièrement par l'intermédiaire du réseau du PNLT montrent que chaque année environ 70 % des cas de tuberculose sont identifiés dans les régions les plus urbanisées du pays et que l'incidence notifiée est plus de deux fois supérieure à la moyenne nationale dans certains districts urbains des grandes villes. En outre, une forte proportion de cas de retraitement de la tuberculose est enregistrée dans les grandes villes. Ces 4 dernières années, le taux de réussite du traitement pour les nouveaux cas de tuberculose n'est que de 50 % et le taux d'interruption du traitement atteint les 25 % dans certains districts de santé urbains de Teebeegrad, Tangobamba et Zedapotol. À ce jour, l'unité centrale du PNLT n'a procédé à aucune analyse approfondie des données sur l'occurrence de la tuberculose dans les zones urbaines, en particulier dans les grandes

villes. Aucune mesure n'a été prise pour adapter la fourniture de services de soins et de lutte contre la tuberculose dans les environnements urbains. De même, aucune intervention spécifique n'a été mise en œuvre pour améliorer les issues du traitement antituberculeux et donc réduire l'occurrence des cas de retraitement dans les grandes villes.

- Le Tuberculoland compte 873 ONG, dont deux tiers interviennent au niveau communautaire et ont des liens étroits avec l'initiative nationale pour le développement humain. Aucune de ces ONG n'a, à ce jour, inclus la lutte contre la tuberculose dans son programme d'activités. Trois ONG nationales ont pour rôle officiel de se concentrer exclusivement sur la tuberculose au Tuberculoland et d'apporter un soutien au PNLT. Bien qu'elles soient subventionnées par le Ministère de la santé, leurs actions sont menées sans aucune coordination avec le PNLT ; en outre, elles n'ont pas de programme d'activités clair et ne sont pas représentées au conseil national pour la lutte contre la tuberculose. Ces 3 ONG n'ont pas de stratégie pour mobiliser des ressources financières à l'intérieur ou à l'extérieur du pays et, de ce fait, n'ont jamais lancé d'action pour lever des fonds visant à soutenir la lutte contre la tuberculose au Tuberculoland.
- Bien que deux membres du conseil national pour la lutte contre la tuberculose soient également membres de la Commission Santé pour le Parlement, les problèmes liés à la tuberculose au Tuberculoland n'ont jamais été soulevés dans les débats de l'Assemblée nationale depuis leur élection en tant que représentants.

CONCLUSION

Le Tuberculoland est un pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure, sous un programme d'ajustement structurel. Dans ce cadre, le Gouvernement lance un processus de décentralisation politique et administrative dans les 16 régions administratives.

Le Tuberculoland est en phase de transition démographique. La transition épidémiologique évolue également ; les maladies transmissibles et les affections chroniques sont les principaux problèmes et sont pris en compte dans la politique nationale de santé. À cette fin, d'importantes réformes ont été entreprises dans le secteur de la santé ces dernières années.

La tuberculose est un problème de santé publique majeur au Tuberculoland. Environ 29 000 nouveaux cas ont été identifiés chaque année au cours des 3 dernières années. La stratégie DOTS a été lancée en 1997 et la Stratégie Halte à la tuberculose en 2006. Toutefois, la détection des cas de tuberculose et le taux de réussite du traitement restent inférieurs aux cibles mondiales de l'OMS (par exemple taux de détection des cas $\geq 70\%$ et taux de réussite du traitement $\geq 85\%$).

Le PNLT rencontre d'importants problèmes en matière de pratiques et procédures de gestion qui doivent être traités de toute urgence pour améliorer les services de soins et de lutte contre la tuberculose.

Dans le processus d'élaboration du plan national de santé, le Ministère de la santé a récemment invité instamment le PNLT à établir son propre plan stratégique national (PSN) pour les 5 prochaines années 2014-2018. Le PNLT est prié de tenir compte, autant que possible, des priorités sanitaires nationales dans l'élaboration de son PSN.



ANNEXE

Demande de soins dans les services de consultations externes au Tuberculoland en 2012					
Affections	0-4 ans	5-14 ans	15-54 ans	55 ans	Total
Tuberculoses	635	3 762	23 146	1 545	29 088
IST	4	4 558	1 025 865	173 194	1 203 621
VIH/sida	45	256	1 623	435	2 359
Maladies diarrhéiques	658 955	98 452	24 577	41 715	82 3699
Maladies de l'enfant	36 912	6 745	875	66	44 598
Méningite	654	321	108	40	1 123
Hépatite	25 468	11 852	2 103	946	40 369
Paludisme	756 972	236 555	157 890	8 221	1 159 638
Schistosomiase	3	6 892	2 015	744	9 654
Leishmaniose	25	258	125	51	459
Lèpre	2	5	25	32	64
Trachome	62 589	25 963	9 865	819	99 236
IRA basses	598 715	258 120	85 623	52 054	994 512
IRA hautes	856 923	423 693	285 460	123 447	1 689 523
Affections maternelles	0	123	894 023	5 077	899 223
Affections périnatales	0	561	885 632	2 043	888 236
Carences nutritionnelles	8 456	2 156	847	1 074	12 533
Néoplasmes malins	569	1 102	2 133	4 090	7 894
Diabète insulino-dépendant	0	5 612	280 542	203 767	489 921
Troubles nutritionnels/ endocriniens	125	1 589	1 460	1 415	4 589
Troubles neuropsychiatriques	0	89 265	189 652	77 927	356 844
Troubles cardiovasculaires	12 569	28 956	51 236	72 560	165 321
BPCO	0	0	98 369	201 889	300 258
Asthme	9 412	133 645	199 623	53 841	396 521
Autres troubles respiratoires	12 569	22 369	23 589	44 363	102 890
Troubles digestifs	20 136	79 036	118 950	41 211	259 333
Maladies de peau	32 589	45 698	113 697	62 776	254 760
Troubles musculosquelettiques	1 546	2 458	10 456	61 230	75 690
Affections bucco-dentaires	3 489	4 895	6 562	7 928	22 874
Autres	13 069	9 786	16 894	5 464	45 213
TOTAL	3 112 431	1 510 837	4 512 965	1 249 945	10 380 035

D.2 Exercices de simulation

Vous êtes vivement invité à lire cette monographie sur le Tuberculoland. Inutile de chercher à situer ce pays car, comme vous pouvez l'imaginer, il n'apparaît sur aucune carte, étant donné qu'il est totalement fictif.

Les exercices de simulation suivants vous aideront tout au long du processus d'élaboration d'un plan stratégique national pour la lutte contre la tuberculose au Tuberculoland. À cette fin, utilisez autant que possible les informations et données présentes dans cette monographie.

Exercice 1

1. Quels sont les points forts et les points faibles du PNLT du Tuberculoland ?
2. Quelles sont les opportunités et les menaces que vous pourriez prendre en compte dans l'élaboration du PSN ? Ces opportunités et menaces peuvent être associées à la politique nationale globale, à la politique nationale de santé ou autres ?
3. Quelles sont les principales lacunes dans la lutte antituberculeuse existante au Tuberculoland qui doivent être prises en compte dans le PSN ?
4. Veuillez décrire deux lacunes et expliquer en quoi ce sont des lacunes.

Exercice 2

Compte tenu de votre connaissance approfondie de la situation en matière de lutte contre la tuberculose au Tuberculoland, veuillez formuler pour le PSN 2014-2018 :

1. le(s) but(s) ;
2. les objectifs opérationnels.

À noter :

- i) ces formulations doivent utiliser les critères SMART (précis, mesurable, réalisable, pertinent et limité dans le temps) ;
- ii) les objectifs opérationnels doivent correspondre aux but(s) et lacunes identifiés dans l'exercice 1.

Exercice 3

Veuillez

1. indiquer les principales interventions stratégiques pour chacun des objectifs opérationnels formulés dans l'exercice 2 ;
2. identifier les principales activités (et sous-activités si nécessaire) pour au moins 2 interventions stratégiques mentionnées ci-dessus.
3. utiliser un système de numérotation pour identifier précisément chaque objectif opérationnel, chaque intervention stratégique et chaque activité (et, si nécessaire chaque sous-activité).



Exercice 4

Veillez sélectionner l'une des 2 interventions stratégiques pour lesquelles vous avez indiqué, ci-dessus, les activités, puis établir un budget pour cette intervention stratégique, pour un an minimum (si possible deux), à l'aide de l'outil de planification et de budgétisation de l'OMS. Vous pouvez également utiliser une simple feuille de calcul (par exemple une feuille Excel) dans laquelle vous devez définir un prix unitaire pour chaque élément à chiffrer dans le budget. À noter, avant d'établir un prix unitaire, définissez clairement l'unité inhérente à l'élément en question.

Veillez respecter le système de numérotation établi dans l'exercice 3.

Exercice 5

Veillez définir les indicateurs pour mesurer :

1. le(s) but(s) ;
2. les objectifs opérationnels ;
3. les principales interventions que vous avez indiquées ci-dessus pour chaque objectif opérationnel ;
4. les principales activités que vous avez identifiées dans l'exercice 3.

Comme dans l'exercice 4, vous devez respecter le système de numérotation que vous avez établi dans l'exercice 3.

Pour chaque indicateur, il convient de préciser :

- comment il sera calculé (chiffre absolu, proportion, ratio, taux, indice, autres) ;
- quelles sources d'informations seront utilisées ; si c'est un ratio ou une proportion, préciser les sources d'informations du numérateur et du dénominateur ;
- à quelle fréquence les informations seront collectées ;
- qui les collectera ;
- à quels niveaux elles seront collectées et compilées ;
- à quelle fin l'indicateur sera utilisé ;
- les valeurs de l'indicateur au départ et au(x) période(s) importante(s) couverte(s) par le PSN.

Exercice 6

Veillez établir un plan opérationnel pour les deux interventions stratégiques pour lesquelles vous avez indiqué les activités (et sous-activités).

Comme pour les exercices 4 et 5, veuillez respecter le système de numérotation établi dans l'exercice 3.

Le plan opérationnel doit être établi pour la première année (si possible les 2 premières) du PSN et sera axé sur les activités et les sous-activités qui seront mises en œuvre chaque trimestre. Pour chaque activité et sous-activité, vous devez préciser :

- quand elle sera mise en œuvre ;
- où elle sera mise en œuvre ;
- qui la mettra en œuvre ;
- le coût de sa mise en œuvre ;
- la source de financement pour mettre en œuvre cette activité ou sous-activité ;
- comment la mise en œuvre de cette activité ou sous-activité sera surveillée et évaluée ;
- si une assistance technique est nécessaire ;
- d'autres détails importants, si nécessaires.

Exercice 7

Veillez établir un plan d'assistance technique pour les deux interventions stratégiques pour lesquelles vous avez indiqué les activités (et sous-activités).

Comme dans les exercices 4, 5 et 6, veuillez respecter le système de numérotation établi dans l'exercice 3.

Le plan d'assistance technique doit être établi pour la première année (si possible les 2 premières) du PSN et sera axé sur les interventions stratégiques ou activités ou sous-activités spécifiques dont l'élaboration/mise en œuvre nécessite une assistance technique. Le plan d'assistance technique doit correspondre au plan opérationnel.

Il doit clairement préciser :

- l'intervention stratégique ou l'activité pour laquelle une assistance technique est nécessaire ;
- quand et où cette assistance technique aura lieu ;
- le mandat de cette assistance technique, y compris la description des prestations ;
- le profil de l'expert qui effectuera l'assistance technique ;
- le coût pour garantir cette assistance technique ;
- si le financement est disponible ou pas ; dans l'affirmative, la source de financement doit être identifiée.



Réponses aux exercices de simulation

Exercice 1

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> • Il existe un PNLТ. • Le PNLТ a des structures : unité centrale et unités de coordination au niveau des satrapos et des districts. • Le mandat de l'unité central du PNLТ est bien défini. • Il existe un conseil national pour la tuberculose, ce qui est un atout pour la visibilité de la tuberculose dans le programme national de santé et contribue à renforcer l'engagement politique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des problèmes de gestion sont identifiés : • les capacités de gestion sont insuffisantes au niveau central (seulement 4 employés et un responsable) le personnel n'est pas assez nombreux pour mettre en œuvre et surveiller les activités du PNLТ; • les tâches de l'unité centrale ne sont pas bien définies ; • il y a très peu de personnel au niveau central qui devrait couvrir (en particulier pour la supervision et la formation) 82 satrapos ; • capacités médiocres et manque d'organisation pour la supervision et la formation ; • les directives thérapeutiques ne sont pas conformes aux recommandations internationales.
<ul style="list-style-type: none"> • Un budget du gouvernement est alloué à la lutte contre la tuberculose – l'achat des médicaments antituberculeux est garanti ; cela tend à indiquer un engagement politique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le budget pour la lutte contre la tuberculose diminue depuis 2007 (de presque 45 %. • La majeure partie des fonds est consacrée à l'approvisionnement en antituberculeux ; le reste est utilisé pour les autres activités comme la formation, la supervision ou le renforcement des capacités du PNLТ.
<ul style="list-style-type: none"> • La stratégie DOTS a été adoptée en 1997 et la Stratégie Halte à la tuberculose en 2006 – Une politique recommandée au niveau international pour lutter contre la tuberculose a été adoptée par le PNLТ. 	<ul style="list-style-type: none"> • La charge de la tuberculose est élevée (presque 50 000 cas) et la maladie touche des personnes jeunes (75 % ont moins de 55 ans). • La tuberculose est un problème grave dans les grandes villes.
<ul style="list-style-type: none"> • Les services de soins de la tuberculose sont fournis à tous les niveaux et intégrés aux services de soins de santé primaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • La qualité du processus pour prendre en charge les cas présumés de tuberculose n'est pas optimale. • La détection de la tuberculose a baissé depuis 2002 (voir Tableau4).
<ul style="list-style-type: none"> • Il existe un réseau de laboratoires pour la lutte contre la tuberculose. 	<p>Les capacités de diagnostic de la tuberculose sont insuffisantes et inégalement réparties (voir Tableau 5). En moyenne, on compte actuellement un laboratoire de microscopie pour 237 000 habitants</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teebeegrad (6 millions d'habitants), où sont identifiés 25 % des nouveaux cas de tuberculose et une forte proportion de cas de retraitement et de tuberculose MR, dispose d'un seul laboratoire de culture, et d'un laboratoire de microscopie pour 600,000 habitants ; • la région administrative du Centre-Nord (3 569 421 habitants) compte un laboratoire de microscopie pour 600 000 habitants.

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> Le système d'information existant fournit des données sur la tuberculose et la lutte contre cette maladie (Tableaux 2, 3, 4, 5 et 6). Une grande quantité d'informations est obtenue par les enquêtes, les études et l'évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> Le taux de réussite du traitement baisse tandis que le taux d'échec a tendance à augmenter, ce qui semble indiquer un éventuel problème de tuberculose MR. On observe une nette augmentation du taux d'interruption de traitement depuis 2005 ; cela semble indiquer un manque de suivi et/ou des services d'approvisionnement en médicaments mal organisés.
<ul style="list-style-type: none"> Le système de surveillance sentinelle pour l'infection à VIH inclut les patients tuberculeux. 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune politique ni stratégie claire sur la tuberculose et le VIH n'a été établie et mise en œuvre. Le dépistage des personnes vivant avec le VIH pour la tuberculose est faible et le traitement préventif à l'isoniazide n'est pas fourni aux personnes ne présentant pas de tuberculose active. Le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux et la fourniture de cotrimoxazol ne sont pas mis en place dans tout le réseau du PNLT.
	<ul style="list-style-type: none"> De nombreux patients tuberculeux sont pris en charge en dehors des services du PNLT, en particulier dans le secteur privé. La prise en charge de ces patients est sous-optimale et non conforme à la politique du PNLT. Les médicaments antituberculeux sans ordonnance sont vendus dans les pharmacies privées. Certains dosages d'antituberculeux comme la rifampicine 50 mg ne sont pas adaptés. Des comprimés à l'unité peuvent être vendus. Cela peut contribuer à l'occurrence de la tuberculose MR.
	<ul style="list-style-type: none"> Les sujets contacts de la tuberculose ne sont pas dépistés. Il n'y a pas de lignes directrices claires sur la mise en œuvre d'investigation des sujets contacts.
	<ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas de politique ou stratégie claire pour lutter contre la tuberculose dans les grandes villes et les zones urbaines.
	<ul style="list-style-type: none"> De plus en plus de membres du personnel hospitalier sont touchés par la tuberculose.



Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Un processus de décentralisation administrative au niveau régional est en cours. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de décentralisation dans les 16 nouvelles régions administratives risque d'entraîner une baisse de l'engagement politique.
<ul style="list-style-type: none"> • Une réforme du secteur de la santé est en cours. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un programme d'ajustement structurel a été mis en œuvre. • La transition épidémiologique tend vers les maladies chroniques ; par conséquent, davantage de fonds pourraient être alloués aux maladies non transmissibles, au détriment des maladies transmissibles comme la tuberculose.
<ul style="list-style-type: none"> • Il est possible d'intégrer les services de soins et de lutte contre la tuberculose dans l'initiative en cours pour améliorer les services de soins dans le système de santé de district par les nouveaux ensembles minimum et complémentaire de services de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le programme d'assurance-maladie pourrait avoir une incidence sur la gratuité de la dispense de soins contre la tuberculose, en raison de l'adoption de programmes de paiement encouragés par la réforme du secteur de la santé.
<ul style="list-style-type: none"> • Il est possible d'intégrer les services de soins et de lutte contre la tuberculose dans l'initiative visant à renforcer les compétences professionnelles du personnel de santé publique. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Il est possible de promouvoir la lutte contre la tuberculose dans l'initiative axée sur le renforcement de la participation des secteurs semi-public et privé dans la fourniture de services de santé à la population conformément à la politique nationale de santé. 	
<ul style="list-style-type: none"> • L'élargissement des services de soins de santé primaires peut être propice aux services de soins et de lutte contre la tuberculose. 	
<ul style="list-style-type: none"> • La charge du VIH reste faible. 	
<ul style="list-style-type: none"> • L'initiative en cours pour améliorer le système d'information sanitaire permet d'obtenir d'autres informations utiles pour la lutte contre la tuberculose. 	
<ul style="list-style-type: none"> • L'initiative nationale pour le développement humain pour réduire la pauvreté peut favoriser la lutte contre la tuberculose 	
<ul style="list-style-type: none"> • Le pays compte 873 ONG, dont 2/3 interviennent au niveau communautaire, en lien étroit avec l'initiative nationale pour le développement humain pour réduire la pauvreté ; ces ONG peuvent promouvoir les services de lutte contre la tuberculose dans les communautés. • Trois ONG sont essentiellement axées sur la lutte contre la tuberculose. • Deux membres du conseil national pour la tuberculose sont des représentants à l'Assemblée nationale et membres de la Commission Santé pour le Parlement. 	

Principales lacunes

1. Baisse du financement public pour la tuberculose due à la concurrence d'autres problèmes de santé et de la réforme du secteur de la santé.
2. Capacités de gestion insuffisantes au niveau central et manque de capacités pour gérer, surveiller et superviser les services de lutte contre la tuberculose dans les 82 *satrapos*.
3. La qualité du processus pour prendre en charge les cas présumés de tuberculose et identifier les patients avec une tuberculose active a baissé depuis 2002 au niveau de la prise en charge des patients.
4. Les capacités de laboratoire pour le diagnostic de la tuberculose sont insuffisantes.
5. La surveillance et le suivi des patients tuberculeux en traitement sont insuffisants.
6. De nombreux patients tuberculeux sont traités dans le secteur privé sans aucun lien avec les services du PNLT et la réglementation des ventes de médicaments antituberculeux dans le secteur privé est insuffisante.
7. De nombreux patients atteints de tuberculose MR ne sont pas correctement pris en charge par une solide stratégie.
8. De plus en plus d'agents de santé sont touchés par la tuberculose, ce qui semble indiquer que les mesures contre l'infection ne sont pas suffisantes dans les centres de santé.
9. Manque de coordination entre les activités du PNLT et celles du programme de lutte contre le VIH/sida, bien que ces deux programmes fassent officiellement partie de la structure du Ministère de la santé.
10. Les groupes à haut risque bien identifiés tels que les sujets contacts, les personnes vivant avec le VIH, les habitants des quartiers pauvres, ne sont pas bien couverts par des stratégies de lutte contre la tuberculose claires.
11. D'importantes opportunités n'ont pas été saisies pour améliorer les soins et la lutte contre la tuberculose, notamment :
 - a. L'établissement de liens avec l'initiative nationale pour le développement humain pour réduire la pauvreté peut contribuer à promouvoir la lutte contre la tuberculose ;
 - b. Les représentants au Parlement qui sont membres du conseil national pour la tuberculose peuvent contribuer à renforcer l'engagement politique pour la lutte contre la maladie et renforcer la visibilité de cette lutte dans les priorités nationales de santé ;
 - c. La décentralisation administrative peut contribuer à améliorer les capacités de prise en charge dans les 16 régions administratives ;
 - d. L'intégration de la tuberculose dans les services de santé peut contribuer à promouvoir l'élargissement des services de soins et de lutte contre la maladie dans le réseau de santé général.
12. Aucune mesure n'a été prise pour protéger la gratuité des services de soins et de lutte contre la tuberculose dans le contexte de la mise en œuvre de l'assurance-maladie.



Deux exemples de formulation de lacunes

1) Capacités de gestion insuffisantes au niveau central et faibles capacités pour gérer, surveiller et superviser les services de lutte contre la tuberculose dans les 82 *satrapos*.

La mission de l'unité centrale du PNLT est bien définie, cependant on observe quelques faiblesses au sein de l'équipe ; notamment :

- Le nombre d'employés est insuffisant au vu de la quantité de mesures à prendre. Par exemple, cette petite équipe composée de 4 personnes plus le responsable du PNLT n'est pas en mesure de superviser les 82 *satrapos*.
- De nombreuses politiques et stratégies n'ont pas été mises en œuvre et les lignes directrices n'ont pas été élaborées par manque de compétences techniques (par exemple directives thérapeutiques non actualisées, absence de lignes directrices sur la supervision ou l'investigation des contacts, pas de stratégie claire pour établir des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH, aucune approche claire pour mobiliser tous les dispensateurs de soins ni de stratégie clairement définie pour lutter contre les problèmes de lutte contre la tuberculose dans les grandes villes, manque de compétences en matière de gestion des données, absence de matériels de formation nationaux normalisés, etc.).
- Les capacités de gestion sont insuffisantes, en effet :
 - » aucun plan stratégique national de lutte contre la tuberculose n'a été élaboré ;
 - » les mesures de supervision et de formation ne sont pas organisées au niveau de l'unité centrale.
- les opportunités existantes n'ont pas été saisies en faveur de la lutte contre la tuberculose au Tuberculoland pour les raisons suivantes :
 - » aucun mécanisme n'a été établi pour promouvoir la lutte contre la tuberculose par l'initiative nationale pour le développement humain pour réduire la pauvreté et les ONG intervenant au niveau communautaire ;
 - » les 3 ONG thématiques ne sont pas totalement impliquées dans la promotion de la politique du PNLT ;
 - » aucune pression en faveur de la lutte contre la tuberculose n'est exercée par l'intermédiaire de la Commission Santé pour le Parlement qui comprend 2 membres du conseil national pour la lutte contre la tuberculose ;
 - » les fonds publics alloués à la lutte contre la tuberculose baissent ces 4 dernières années du fait d'autres priorités concurrentes dans le nouveau programme d'action sanitaire.

2) La qualité du processus pour la prise en charge des cas présumés de tuberculose et l'identification des patients avec une tuberculose active baisse depuis 2002.

Les données collectées systématiquement montrent que le nombre de cas présumés de tuberculose identifiés et orientés pour un examen de frottis d'expectoration a sensiblement augmenté, passant de 9 716 en 1997, année du lancement de la stratégie DOTS, à 121 290 en 2002 (11,5 fois plus). Toutefois, depuis lors, ce nombre ne cesse de baisser. En 2012, seulement 60 332 cas présumés de tuberculose ont été identifiés et orientés pour un examen de frottis, indiquant une baisse de 50 % de l'identification des cas présumés de tuberculose par rapport à 2002. Parmi les cas présumés de tuberculose orientés vers un examen de frottis d'expectoration, la proportion des personnes soumises à cet examen est passée de 93 % en 1997 à 69 % en 2012. De même, le nombre de frottis examinés par cas présumé de tuberculose, qui ont été évalués, a

nettement baissé (de 2,9 en 1997 à 1,1 en 2012). La proportion de patients à frottis positif identifiés parmi les cas présumés ayant été soumis à cet examen est passée de 8,3 % en 1997 à 36 % en 2012.

Ces données indiquent clairement que le niveau de priorité accordé à la détection de la tuberculose chez les patients fréquentant les centres de soins de santé primaires baisse et que de nombreux cas présumés de tuberculose ne sont pas évalués. De ce fait, les cas présumés de tuberculose sont rigoureusement sélectionnés, ce qui porte à croire que les patients tuberculeux risquent d'être détectés à un stade très avancé de la maladie. L'absence de formation des agents de soins de santé primaires et l'absence quasiment de suivi et de supervision sur le terrain peuvent contribuer à la situation susmentionnée.

Exercice 2

But :

Faire baisser le taux de mortalité lié à la tuberculose d'au moins 10 % par an à partir de 2018.

Objectifs opérationnels

Objectif opérationnel 1

Augmenter, d'ici à 2016, le nombre de cas de tuberculose (toutes formes confondues) identifiés chaque année, pour atteindre 34 800 et traiter avec succès au moins 85 % d'entre eux, puis augmenter encore, d'ici à 2018, ce nombre annuel pour atteindre les 42 200 cas et traiter avec succès au moins 90 % d'entre eux.

Objectif opérationnel 2

Renforcer sur le plan quantitatif et qualitatif les capacités de gestion de l'unité centrale du PNLT d'ici à 2014 et décentraliser largement ces capacités dans les 16 régions administratives, au plus tard en 2015.

Exercice 3

Pour l'objectif opérationnel 1, les interventions stratégiques suivantes sont planifiées :

- 1.1. Renforcement des capacités de laboratoire pour le diagnostic de la tuberculose de sorte que :
 - i) d'ici à 2015, chaque laboratoire de microscopie pour la tuberculose couvre au moins 100 000 personnes, chaque laboratoire de culture pour la tuberculose au moins 1 million de personnes et les services de tests de sensibilité aux médicaments, y compris Xpert MTB/RIF, soient dispensés au moins dans les 5 régions administratives les plus urbanisées et ii) d'ici à 2016, les services de tests de sensibilité aux médicaments soient garantis au moins dans chacune des 16 régions administratives.
- 1.2. Approvisionnement en médicaments antituberculeux et gestion appropriée des médicaments.
- 1.3. Formation du personnel de santé publique.
- 1.4. Implication de tous les dispensateurs de soins, en mettant l'accent sur le secteur médical privé.
- 1.5. Mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.
- 1.6. Mise en œuvre des mesures d'investigation des sujets contacts de la tuberculose.
- 1.7. Mise en œuvre des activités de prise en charge de la tuberculose de l'enfant.
- 1.8. Renforcement des services de soins et de lutte contre la tuberculose dans le système pénitentiaire.
- 1.9. Mise en œuvre des services de l'approche pratique de la santé respiratoire.
- 1.10. Implication, dans les services de soins et de lutte contre la tuberculose, des ONG locales intervenant dans les communautés.



Pour l'objectif opérationnel 2, les interventions stratégiques suivantes sont planifiées :

- 2.1.** Renforcer l'unité centrale du PNLT en : i) définissant clairement ses missions et tâches ; ii) recrutant du personnel compétent supplémentaire en fonction des besoins définis dans ces missions et tâches ; iii) veillant à ce que le personnel soit correctement formé ; et iv) établissant des liens avec les partenaires nationaux et internationaux.
- 2.2.** Mettre en place des unités de coordination du PNLT dans chacune des 16 régions administratives (chaque unité de coordination régionale comprendra au moins un coordonnateur régional, un technicien de laboratoire de la tuberculose et un statisticien).
- 2.3.** Organiser, coordonner, surveiller et évaluer les activités de formation.
- 2.4.** Organiser, coordonner, surveiller et évaluer les activités de supervision.
- 2.5.** Renforcer le système d'information sur la surveillance de la tuberculose et le suivi et l'évaluation de la performance des services de lutte contre la tuberculose.
- 2.6.** Établir des activités de recherche opérationnelle pour évaluer et améliorer les efforts du PNLT.

Description des activités associées aux 2 interventions stratégiques.

Objectif opérationnel 1

Augmenter, d'ici à 2016, le nombre de patients tuberculeux identifiés chaque année pour atteindre 34 800 cas et traiter avec succès au moins 85 % d'entre eux, puis augmenter encore, d'ici à 2018, ce nombre annuel pour atteindre 42 200 cas et traiter avec succès au moins 90 % d'entre eux.

Intervention stratégique 1.1.

- 1.1.** Renforcer les capacités de laboratoire pour le diagnostic de la tuberculose de sorte que : i) d'ici à 2015, chaque laboratoire de microscopie pour la tuberculose couvre au moins 100 000 personnes, chaque laboratoire de culture pour la tuberculose au moins 1 million de personnes et les services de test de sensibilité aux médicaments, y compris Xpert, soient dispensés au moins dans les 5 régions administratives les plus urbanisées et ii) d'ici à 2016, les services de tests de sensibilité aux médicaments soient garantis au moins dans chacune des 16 régions administratives.

Activités

- 1.1.1** Mettre à jour les lignes directrices nationales pour la microscopie de la tuberculose, y compris les technologies à LED.
- 1.1.2** Élaborer des lignes directrices nationales pour la culture.
- 1.1.3** Élaborer des lignes directrices nationales pour les tests de sensibilité aux médicaments.
- 1.1.4** Élaborer un algorithme national et des lignes directrices pour utiliser Xpert.
- 1.1.5** Imprimer 2 500 exemplaires des lignes directrices nationales pour la microscopie de la tuberculose.
- 1.1.6** Imprimer 300 exemplaires des lignes directrices nationales pour la culture.
- 1.1.7** Imprimer 3000 exemplaires des algorithmes et lignes directrices pour l'utilisation de Xpert.
- 1.1.8** Acheter 200 microscopes à LED.
- 1.1.9** Acheter 150 microscopes binoculaires.
- 1.1.10** Acheter des réactifs pour les 200 laboratoires de microscopie disposant de matériel LED.
- 1.1.11** Acheter des réactifs pour les 350 laboratoires avec microscope binoculaire.
- 1.1.12** Acheter du matériel de culture pour mettre en place 35 laboratoires de culture.
- 1.1.13** Acheter du matériel pour mettre en place une unité chargée de produire du milieu pour la culture des mycobactéries.

- 1.1.14** Acheter d'autres réactifs pour effectuer des tests de sensibilité aux médicaments dans 20 laboratoires de culture.
- 1.1.15** Acheter 25 machines Xpert à mettre en place dans les zones les plus urbanisées.
- 1.1.16** Acheter des cartouches pour les machines Xpert : 4000 cartouches pour 2014, 8000 chaque année pour 2015 et 2016 et 10 000 chaque année pour 2017 et 2018.
- 1.1.17** Acheter du matériel de laboratoire pour procéder à une hybridation inverse sur bandelette (LPA, pour Line Probe Assay) dans le laboratoire national de référence et les laboratoires régionaux des régions administratives du centre nord et de Bingobamba.
- 1.1.18** Former, avec la participation de 3 experts internationaux, 10 cadres supérieurs du laboratoire national de référence et des laboratoires régionaux des régions administratives du Centre-Nord et de Bingobamba sur la planification et la gestion des activités des laboratoires de la tuberculose au sein d'un réseau.
- 1.1.19** Former, par le laboratoire national de référence, 20 formateurs sur la microscopie de la tuberculose aux niveaux national et régional.
- 1.1.20** Veiller à ce que le LNR établisse un programme de formation normalisé sur la microscopie de la tuberculose.
- 1.1.21** Veiller à ce que le LNR, en coordination avec les régions administratives, établisse un programme de formation et des cours de remise à niveau sur la microscopie de la tuberculose.
- 1.1.22** Organiser des cours de remise à niveau sur la microscopie de la tuberculose pour 200 techniciens travaillant dans les 168 laboratoires de microscopie de la tuberculose.
- 1.1.23** Former 380 employés sur les microscopes à LED.
- 1.1.24** Former 250 nouveaux employés sur la microscopie de la tuberculose (microscopes binoculaires).
- 1.1.25.** Former, par le LNR, 100 techniciens de laboratoire sur la culture et 50 sur les tests de sensibilité aux médicaments pour les mycobactéries.
- 1.1.26** Organiser une formation de 60 techniciens de laboratoire sur l'utilisation de Xpert MTB/RIF.
- 1.1.27** Organiser une formation à l'étranger de 2 cadres du LNR sur les procédures de LPA.
- 1.1.28** Organiser une formation par le LNR de 8 techniciens de laboratoire sur les procédures de LPA.
- 1.1.29** Organiser une formation par le LNR de 100 techniciens travaillant dans les laboratoires privés des régions administratives les plus urbanisées.
- 1.1.30** Organiser une formation par le LNR de 20 techniciens travaillant dans les laboratoires des services de santé de l'armée nationale.
- 1.1.31** Organiser une formation par le LNR de 40 techniciens travaillant dans les laboratoires du système de santé de la sécurité sociale.
- 1.1.32** Organiser une formation par le LNR de 20 agents de santé, travaillant dans les unités de santé des prisons, sur la microscopie de la tuberculose.
- 1.1.33** Mettre en œuvre, par l'intermédiaire du LNR, le contrôle qualité externe pour la microscopie de la tuberculose portant sur tous les laboratoires de microscopie de la tuberculose, y compris ceux du secteur privé, du système de santé de l'armée nationale, du système de santé de la sécurité sociale et des unités de santé des prisons.
- 1.1.34** Organiser pour le personnel expérimenté des 16 laboratoires régionaux des sessions de formation par le LNR sur la gestion et la supervision des activités des laboratoires de la tuberculose menées au sein du réseau régional.
- 1.1.35** Faire évaluer par des experts internationaux les activités des laboratoires de la tuberculose menées au sein du réseau national de laboratoires de la tuberculose : 2 évaluations en 2014 et 2015, puis une fois par an en 2016, 2017 et 2018.
- 1.1.36** Faire en sorte qu'un laboratoire de référence supranational procède à une évaluation externe de la qualité des services du LNR.



Objectif opérationnel 2

Renforcer sur le plan quantitatif et qualitatif les capacités de gestion de l'unité centrale du PNLT d'ici à 2014 et décentraliser largement ces capacités dans les 16 régions administratives, au plus tard en 2015.

Intervention stratégique 2.2.

2.2. Mettre en place des unités de coordination du PNLT dans chacune des 16 régions administratives (chaque unité de coordination régionale comprendra au moins un coordonnateur régional, un technicien de laboratoire de la tuberculose et un statisticien)

Une unité de coordination régionale du PNLT sera mise en place dans chacune des 16 régions administratives. Ces unités constitueront un niveau intermédiaire entre l'unité centrale du PNLT et les 82 satrapos et faciliteront la planification des activités de lutte contre la tuberculose, la gestion des ressources du PNLT, la mise en œuvre des plans opérationnels, les activités de formation et la supervision. À cette fin, chaque unité régionale de coordination du PNLT sera chargée : i) de la planification et la mise en œuvre des activités de lutte contre la tuberculose conformément aux politiques du PNLT ; ii) de la supervision ; iii) de la formation du personnel intervenant dans les soins et la lutte contre la tuberculose dans la région ; iv) des activités du réseau régional de laboratoires de la tuberculose ; v) de l'entretien du matériel ; vi) du système d'information du PNLT dans la Région ; et vii) autres. Chaque unité régionale de coordination du PNLT doit comprendre au moins 3 professionnels de la santé : un médecin, qui travaille dans les services du PNLT, un technicien de laboratoire de la tuberculose et un statisticien. L'unité régionale de coordination sera mise en place dans le chef-lieu officiel de la région administrative.

Activités :

- 2.2.1** Formation des coordonnateurs des 16 unités régionales de coordination sur la planification, la gestion, le suivi, la supervision, l'organisation de la formation des agents de santé, la surveillance de la tuberculose, l'analyse des données.
- 2.2.2** Formation des statisticiens des 16 unités régionales de coordination sur la méthode de surveillance, l'analyse des données, l'évaluation de la qualité des données collectées par le système d'information du PNLT, le suivi du système d'information du PNLT établi dans la région administrative et autres.
- 2.2.3** Formation des techniciens de laboratoire des 16 unités régionales de coordination sur la planification des activités des laboratoires de la tuberculose, la gestion des ressources d'un réseau régional de laboratoires de la tuberculose, les méthodes de contrôle qualité externe des activités menées au sein du réseau régional de laboratoires de la tuberculose, la mise en œuvre du contrôle qualité externe dans un réseau régional de laboratoires de la tuberculose, la supervision et le suivi des activités des laboratoires régionaux de la tuberculose, les méthodes d'évaluation et autres.
- 2.2.4** Achat, pour chaque unité régionale de coordination du PNLT, de matériel de bureau : bureaux, ordinateurs, imprimantes, un photocopieur, un vidéoprojecteur.
- 2.2.5** Achat, pour chaque unité régionale de coordination du PNLT, d'un véhicule pour la supervision des activités de lutte contre la tuberculose menées dans les satrapos faisant partie de la région administrative.
- 2.2.6** Garantir l'approvisionnement en carburant pour les véhicules de supervision dans les régions administratives.
- 2.2.7** Établir un comité régional pour la lutte contre la tuberculose dans chaque région administrative.
- 2.2.8** Veiller à ce que chaque comité régional pour la lutte contre la tuberculose se réunisse deux fois par an.
- 2.2.9** Établir un comité de satrapos pour la lutte contre la tuberculose dans chaque satrapos de la région administrative.
- 2.2.10** Veiller à ce que chaque comité de satrapos pour la lutte contre la tuberculose se réunisse une fois par trimestre.

Exercice 4

L'intervention stratégique 2.2 (voir ci-dessus) a été choisie pour cet exercice. Certaines des activités de cette intervention seront chiffrées dans le cadre de l'établissement d'un plan budgétaire pour cet exercice. À cette fin, une simple feuille de calcul peut être utilisée. L'outil de planification et de budgétisation de l'OMS peut également être utilisé pour déterminer les coûts et établir le budget.

But : Faire baisser le taux de mortalité de la tuberculose d'au moins 10 % par an à partir de 2018.

Objective opérationnel 2 : Renforcer sur le plan quantitatif et qualitatif les capacités de gestion de l'unité centrale du PNLT d'ici à 2014 et décentraliser largement ces capacités dans les 16 régions administratives, au plus tard en 2015.

Intervention stratégique 2.2. : Mettre en place des unités de coordination du PNLT dans chacune des 16 régions administratives (chaque unité de coordination régionale comprendra au moins un coordonnateur régional, un technicien de laboratoire de la tuberculose et un statisticien)

Activité	Unité	Coût unitaire	2014, par trimestre								Total année 1 (2014)	
			Trimestre 1		Trimestre 2		Trimestre 3		Trimestre 4		Total unités	Total coûts
			Nombre d'unités	Coûts	Nombre d'unités	Coût	Nombre d'unités	Coût	Nombre d'unités	Coût		
2.2.1 Formation des coordonnateurs des 16 unités régionales de coordination sur la planification, la gestion, le suivi, la supervision, l'organisation de la formation des agents de santé, la surveillance de la tuberculose et l'analyse des données	Une session de formation	US \$3 795	1	US \$3 795	1	US \$3 795	0	0	0	0	2	US \$7 590
2.2.2-2.2.3												
2.2.4 Achat, pour chaque unité régionale de coordination du PNLT, de matériel de bureau : bureaux, ordinateurs, imprimantes, photocopieur, vidéoprojecteur	Matériel pour un bureau régional	US \$4 112	8	US \$32 896	8	US \$32 896	0	0	0	0	16	US \$65 792
2.2.5												
2.2.6 Garantir l'approvisionnement en carburant pour le véhicule utilisé pour la supervision	Consommation de carburant par voiture et par trimestre	US \$225	16	US \$3 600	16	US \$3 600	16	US \$3 600	160	US \$3 600	64	US \$14 400
2.2.7-2.2.10												



Comment concevoir et budgétiser votre plan ?

Pour établir un plan budgétaire, vous pouvez procéder selon les étapes suivantes :

1. Indiquer les but(s), objectif(s) opérationnel(s) ainsi que les interventions stratégiques et activités/ sous-activités inhérentes. Dans l'exemple du Tuberculoland, nous avons indiqué, comme mentionné dans le tableau ci-dessus, le but (Faire baisser le taux de mortalité due à la tuberculose d'au moins 10 % par an à partir de 2018) l'objectif opérationnel 2 (Renforcer sur le plan quantitatif et qualitatif les capacités de gestion de l'unité centrale du PNLT d'ici à 2014 et décentraliser largement ces capacités dans les 16 régions administratives, au plus tard en 2015), et l'intervention stratégique 2.2. : Mettre en place des unités de coordination du PNLT dans chacune des 16 régions administratives (chaque unité de coordination régionale comprendra au moins un coordonnateur régional, un technicien de laboratoire de la tuberculose et un statisticien). En outre, nous avons indiqué les activités en utilisant le système de numérotation tel que décrit précédemment. Pour cet exemple, seules les activités 2.2.1., 2.2.4. et 2.2.6. seront chiffrées et budgétisées.
2. Établir dans un tableau la fiche budgétaire, qui doit inclure les colonnes suivantes au moins pour les deux premières années du plan (présentées par trimestre) dans l'ordre suivant : activités, définition de l'unité à chiffrer, coût de l'unité. Pour chaque trimestre : nombre d'unités à mettre en œuvre et leur coût. Pour chaque année, le nombre total d'unités et leur coût total doivent être mentionnés.
3. Définir le coût de chaque unité. Pour définir le coût unitaire à l'aide de l'outil de planification et de budgétisation de l'OMS, vous pouvez procéder de deux façons. Après avoir sélectionné le pays dans la liste de l'outil (voir les instructions dans le manuel : http://www.who.int/tb/dots/planning_budgeting_tool/en/index.html) et l'avoir enregistré sur votre ordinateur (afin de travailler sur la version sauvegardée et non en ligne), vous pouvez chiffrer les interventions et activités tel que décrit ci-dessous.

Pour le coût de l'activité numéro 2.2.1., il existe deux options :

Option 1 : Pour définir le coût unitaire, entrer coût unitaire sous le Point 3 de l'outil de planification et de budgétisation de l'OMS et complétez les éléments requis comme suit. Il s'agit d'une formation sur 5 jours, avec un animateur international, 2 animateurs nationaux, 1 agent auxiliaire et 8 participants (coordonnateurs régionaux). Le coût unitaire comprend également les frais de déplacement, les rafraichissements et autres tel que détaillé ci-dessous.

1. Per Diem pour les réunions et les formations

Per diem pour les experts internationaux (par personne et par jour) : sans objet

Per diem pour les experts locaux (par personne et par jour) : sans objet

Per diem (par animateur international et par jour) : $100 \times 1 \text{ animateur} \times 5 \text{ jours} = \text{US } \500

Per diem (par animateur national et par jour) : $50 \times 2 \text{ animateurs} \times 5 \text{ jours} = \text{US } \500

Per diem pour les participants locaux (moyen par personne et par jour) : $10 \times 8 \text{ participants} \times 5 \text{ jours} = \text{US } \400

Per diem par agent auxiliaire (moyenne par personne et par jour) :

$10 \times 1 \text{ agent} \times 5 \text{ jours} = \text{US } \50

Rémunération journalière pour le consultant local (par personne et par jour) : sans objet

Sous-total 1 : US \$1450

2. Frais de déplacement

Frais de déplacements pour les experts internationaux (par personne) : sans objet

Frais de déplacements pour les experts locaux (par personne) : sans objet

Frais de déplacement (par animateur international) : $1000 \times 1 = \text{US } \1000

Frais de déplacement (par animateur national) : $100 \times 2 = \text{US } \200

Frais de déplacement (par participant) : $100 \times 8 = \text{US } \800

Bons unitaires pour frais de déplacement (par patient) : sans objet

Frais de location de salle pour cette réunion (par jour) : $10 \times 5 \text{ jours} = \text{US } \50

Frais d'hôtel (par personne et par jour) : sans objet

Frais d'articles de bureau (coût moyen par réunion) : $\text{US } \$100$

Frais de carburant et de lubrifiants (moyens par visite) : sans objet

Sous-total 2 : US \$2050

3. Boissons

Frais de boissons/repas (par personne et par jour) :

$2 \times 2 \text{ pauses-café} \times 12 \text{ personnes} \times 5 \text{ jours} = \text{US } \240

Sous-total 3 : US \$240

4. Autre

Frais de matériel de formation (par exemplaire) $5 \times 11 = \text{US } \55

Coût unitaire d'impression de nouveaux formulaires, par exemplaire : sans objet

Sous-total 4 : US \$55

Total coût unitaire = US \$3795

Option 2 : Utiliser l'option détaillée, sous le point « 2.4 HRD » de l'outil de planification et de budgétisation de l'OMS. La formation indiquée en 2.2.1. étant spécifique, vous devez sélectionner 2.4.11 « Other training ». Dans la liste d'activités apparaissant ci-dessous, vous devez sélectionner celles qui vous intéressent. Si l'on utilise le même calcul des coûts et les mêmes éléments, les résultats globaux sont les mêmes qu'avec l'option 1. Les éléments disponibles sont les suivants :

Nombre de sessions (par an)

Durée de la session (nombre moyen de jours par session)

Nombre de participants (par session)

Nombre de participants nécessitant un *per diem* (par session)

Per diem (moyen par personne et par jour)

Frais de déplacement (par participant)

Nombre d'animateurs nationaux (moyen par cours)

Per diem (par animateur national et par jour)

Frais de déplacement (par animateur national)

Nombre d'animateurs internationaux (moyen par cours)

Per diem (par animateur international et par jour)



- Frais de déplacement (par animateur international)
- Nombre de participants nécessitant un hôtel (moyen par session)
- Frais d'hôtel (par personne et par jour)
- Frais de boissons et de repas (par personne et par jour)
- Frais de location de salle (par jour)
- Frais d'articles de bureau (par jour)
- Nombre d'exemplaires de matériel de formation (par session)
- Frais de matériel de formation (par exemplaire)
- Autres frais <préciser> (moyens par session)

Il convient de reporter le coût unitaire de 2.2.1. dans le tableau tel qu'expliqué ci-dessus.

Pour évaluer le coût de l'activité 2.2.4. de notre exemple, nous pouvons procéder selon l'option 2 en utilisant le coût unitaire pour la rubrique 3, intitulée « office equipment » (matériel de bureau) dans l'outil de planification et de budgétisation de l'OMS. Cette rubrique détaille les éléments suivants :

- Ordinateur : US \$1500
- Alimentation sans interruption (UPS) : sans objet
- Bureau : US \$12
- Imprimante : US \$350
- Téléphone : sans objet
- Stabilisateurs de tension : sans objet
- Chaise : sans objet
- Étagères : sans objet
- Ordinateur portable : sans objet
- Autre : photocopieur : US \$2000
- Autre : vidéoprojecteur : US \$600

Total matériel de bureau : US \$4112

Ceci est le coût unitaire mis en évidence dans le tableau ci-dessus.

Pour l'activité 2.2.6., nous partons du principe que la consommation moyenne d'un véhicule utilisé pour la supervision est d'un litre de carburant pour 10 km. Il est prévu que chaque véhicule parcourt 500 km par mois, ce qui donne une moyenne totale de 1500 km par trimestre. La consommation de carburant par trimestre et par véhicule est donc de 150 l. Étant donné que le coût du carburant par litre est d'US \$1,5, le coût moyen par voiture par trimestre est d'US \$225. C'est ainsi que le coût unitaire pour la consommation de carburant, indiquée dans le tableau ci-dessus, a été établi.

Le budget peut également être établi à l'aide d'une simple feuille de calcul (par exemple Excel) selon les principes d'établissement d'un coût unitaire pour chaque activité à chiffrer, tel que décrit dans le document méthodologie du guide.

Exercice 5

Composante suivi et évaluation

Élément	Indicateur	Finalité	Calcul	Source d'information	Périodicité	Instance chargée de la collecte des informations	Niveau de collecte des informations	Point de départ
But	Mortalité	Impact Sur la tuberculose dans la population	Nombre de décès dus à la tuberculose divisé par la taille de la population	Certificats de décès	Annuelle	Département des statistiques d'état civil	Département des statistiques d'état civil	15/100 000 habitants
Objectif opérationnel 1.	Nombre de cas de tuberculose enregistrés	Résultats	Nombre de cas de tuberculose enregistrés	Registre de traitement de la tuberculose	Trimestrielle et annuelle	PNLT	Collecte au niveau des dispensaires de la tuberculose et compilation au niveau du district, des satrapos,	29 088 nouveaux cas de tuberculose
	Taux de réussite du traitement	Résultats	Nombre de patients tuberculeux ayant terminé leur traitement avec succès divisé par le nombre de patients tuberculeux à qui l'on a prescrit un traitement sur une période donnée	Registre de traitement de la tuberculose	Trimestrielle et annuelle	PNLT	Au niveau de la région administrative et de l'unité centrale du PNLT pour les deux indicateurs	Taux de réussite du traitement de 71 %
Intervention stratégique 1.1.	Ratio : Nombre de laboratoires de microscopie de la tuberculose/ population	Extrant	Nombre de laboratoire de microscopie de la tuberculose divisé par la taille de la population	Rapports de suivi et de supervision	Trimestrielle et annuelle	PNLT et LNR	Collecte au niveau des districts, collecte et compilation au niveau des satrapos et compilation au niveau de la région administrative et de l'unité centrale du PNLT	Un laboratoire de microscopie de la tuberculose pour 237 000 habitants
	Ratio : Nombre de laboratoires de culture/ population	Extrant	Nombre de laboratoires de culture de la tuberculose divisé par la taille de la population	Rapports de suivi et de supervision	Annuelle	PNLT et LNR	Collecte au niveau des districts, collecte et compilation au niveau des satrapos et compilation au niveau de la région administrative et de l'unité centrale du PNLT	Un laboratoire de culture de la tuberculose pour 4 973 000 habitants
	Ratio : Nombre de laboratoires proposant des services de DST/ population	Extrant	Nombre de laboratoires garantissant des services de DST divisé par la taille de la population	Rapports de suivi et de supervision	Annuelle	PNLT et LNR	Collecte et compilation au niveau des satrapos et compilation au niveau de la région administrative et de l'unité centrale du PNLT	Un laboratoire pour 19 900 000 habitants
Activité 1.1.1	Lignes directrices nationales actualisées sur la microscopie de la tuberculose disponibles	Processus		PNLT	Début 2014	PNLT et LNR	PNLT et LNR	Lignes directrices nationales sur la microscopie de la tuberculose obsolètes en 2013



Élément	Indicateur	Finalité	Calcul	Source d'information	Périodicité	Instance chargée de la collecte des informations	Niveau de collecte des informations	Point de départ
Activité 1.1.15	Nombre de machines Xpert disponibles dans les régions les plus urbanisées	Processus	Nombre de machines Xpert	Suivi	Annuelle	PNLT et LNR	PNLT et LNR	Aucune machine Xpert disponible
Activité 1.1.22	Nombre de laboratoires de microscopie de la tuberculose, parmi les 168 existants, avec aux moins 2 microscopistes ayant suivi une remise à niveau	Processus	Nombre de laboratoires de microscopie de la tuberculose avec au moins 2 microscopistes ayant suivi une remise à niveau	Rapports de suivi et de supervision	Annuelle	PNLT et LNR	Collecte au niveau des districts, collecte et compilation au niveau des satrapos et compilation au niveau de la région administrative et de l'unité centrale du PNL	168 laboratoires de la microscopie avec des microscopistes n'ayant pas suivi de remise à niveau ou de formation
Intervention stratégique 1.2	Nombre de ruptures de stocks pour les médicaments antituberculeux de première intention	Extrant	Nombre de ruptures de stocks de médicaments antituberculeux de première intention	Rapports de suivi et de supervision	Trimestrielle et annuelle	PNLT	Collecte au niveau des dispensaires de la tuberculose, collecte et compilation au niveau des districts puis compilation au niveau des satrapos, de la région administrative et de l'unité centrale du PNL	Ruptures de stocks de médicaments antituberculeux de première intention fréquentes
Objectif opérationnel 2.	Capacités de gestion du PNL totalement fonctionnelles entre l'Unité centrale et les districts via les régions administratives et les satrapos	Extrant	Évaluation qualitative	Évaluation externe	Annuelle	PNLT	Unité centrale du PNL	Mauvaises capacités de gestion à tous les niveaux du réseau existant du PNL
Intervention stratégique 2.2.	Nombre de régions administratives ayant une unité de coordination régionale du PNL	Extrant	Nombre de régions administratives avec une unité de coordination régionale du PNL	Rapports de suivi et de supervision	Annuelle	PNLT	Direction de la santé de la région administrative et de l'unité centrale du PNL	Aucune région administrative ne dispose d'une unité de coordination du PNL
Activité 2.2.2	Nombre de statisticiens régionaux formés	Processus	Nombre de statisticiens régionaux formés	Suivi et évaluation externe	Annuelle	PNLT	Direction de la santé de la région administrative et de l'unité centrale du PNL	Aucun statisticien disponible au niveau régional
Activité 2.2.4	Nombre d'unités de coordination régionales du PNL disposant d'un véhicule pour la supervision	Processus	Nombre d'unités de coordination régionales du PNL disposant d'un véhicule pour la supervision	Rapports de suivi et de supervision	Annuelle	PNLT	Unité de coordination régionale du PNL et Unité centrale du PNL	Aucun véhicule disponible pour la supervision au niveau régional

Exercice 6

Plan opérationnel

But : Commencer à faire baisser le taux de mortalité de la tuberculose d'au moins 10 % à partir de 2017.

Objectif opérationnel 1. Augmenter, d'ici à 2016, le nombre de patients tuberculeux identifiés chaque année pour atteindre 34 800 cas et traiter avec succès au moins 85 % d'entre eux, puis augmenter encore, d'ici à 2018, ce nombre annuel pour atteindre 42 200 cas et traiter avec succès au moins 90 % d'entre eux.

Janvier-mars 2014

Intervention stratégique 1.1. : Renforcer les capacités de laboratoire pour le diagnostic de la tuberculose de sorte que : i) d'ici à 2015, chaque laboratoire de microscopie pour la tuberculose couvre au moins 100 000 personnes, chaque laboratoire de culture pour la tuberculose au moins 1 million de personnes et les services de tests de sensibilité aux médicaments, y compris Xpert, soient dispensés, au moins dans les cinq régions administratives les plus urbanisées ; et ii) d'ici à 2016, les services de tests de sensibilité aux médicaments soient garantis au moins dans chacune des 16 régions administratives

	Unité	Quantité	Date	Localisation	Exécutant	Coût en US \$	Source de financement	Indicateur	Autre
1.1.1. Mise à jour des lignes directrices nationales sur la microscopie de la tuberculose									
1.1.1.1 Constitution d'un groupe de rédaction	Groupe de rédaction	1 groupe de rédaction	1ère semaine de janvier 2014	Tee-bee-grad	PNLT/LNR	0	S.O.	Groupe de rédaction constitué	
1.1.1.2 Mise à jour du document des lignes directrices par le groupe de rédaction	S.O.	S.O.	Du 10 janvier au 10 février 2014	Tee-bee-grad	PNLT/LNR	0	S.O.	Document sur les lignes directrices sur la microscopie de la tuberculose mis à jour	
1.1.1.3 Réunion de validation	Réunion de 3 jours	1 réunion	Du 12-14 février 2014	Tee-bee-grad	PNLT/LNR	10 000	Non déterminée	La réunion de 3 jours a eu lieu	Présence d'un expert international nécessaire pour animer la réunion
1.1.1.4 Finalisation de la mise à jour des lignes directrices	1 document sur les lignes directrices	1	Du 15-17 février 2014	Tee-bee-grad	PNLT/LNR	0	S.O.	Mise à jour du document sur les lignes directrices finalisée	
1.1.5 Impression de 2 500 exemplaires des lignes directrices nationales sur la microscopie de la tuberculose	Exemplaire des lignes directrices nationales pour la microscopie de la tuberculose	2 500	Du 20-24 février 2014	Tee-bee-grad	PNLT	5 000	Ministère de la santé	Nombre d'exemplaires de lignes directrices sur la microscopie imprimés et disponibles	



Objectif opérationnel 2. Renforcer sur le plan quantitatif et qualitatif les capacités de gestion de l'unité centrale du PNLT d'ici à 2014 et décentraliser largement ces capacités dans les 16 régions administratives, au plus tard en 2015.

Intervention stratégique 2.2. : Mettre en place des unités de coordination du PNLT dans chacune des 16 régions administratives (chaque unité de coordination régionale comprendra au moins un coordonnateur régional, un technicien de laboratoire de la tuberculose et un statisticien)

	Unité	Quantité	Date	Localisation	Exécutant	Coût en US \$	Source de financement	Indicateur	Autre
2.2.2.	Formation des statisticiens des unités de coordination régionales								
2.2.2.1	Désignation des 4 animateurs	4	7 janvier 2014 au plus tard	Tee-bee-grad	PNLT	0	S.O.	4 animateurs désignés	
2.2.2.2	Établissement du programme de formation	1	8-10 janvier 2014	Tee-bee-grad	PNLT et animateurs	2 000	Pas encore déterminée	Programme de formation établi	
2.2.2.3	Élaboration du matériel de formation	1	11-15 janvier 2014	Tee-bee-grad	PNLT et animateurs	8 000	Pas encore déterminée	Matériel de formation élaboré	Assistance technique nécessaire
2.2.2.4	Production d'exemplaires du matériel de formation	30	17 janvier 2014	Tee-beegrad	PNLT	500	Ministère de la santé	30 ensembles de matériel de formation produits	
2.2.2.5	Mise en œuvre de la formation des 16 statisticiens régionaux	16	20-26 janvier 2014	Nah Kune-dan	PNLT	35 000	États-Unis de Bankob-amba	16 statisticiens régionaux formés	Assistance technique nécessaire

Exercice 7

Assistance technique


But : commencer à baisser le taux de mortalité de la tuberculose d'au moins 10 % par an à partir de 2017.

Objectif 1. Augmenter, d'ici à 2016, le nombre de patients tuberculeux identifiés chaque année pour atteindre 34 800 cas et traiter avec succès au moins 85 % d'entre eux, puis augmenter encore, d'ici à 2018, ce nombre annuel pour atteindre 42 200 cas et traiter avec succès au moins 90 % d'entre eux.

Janvier-mars 2014

Intervention stratégique 1.1. Améliorer les capacités des agents de santé à identifier et prendre en charge les cas de tuberculose

	Unité	Quantité	Date	Localisation	Exécutant	Coûts en US \$	Source de financement	Indicateur	Autre
1.1.2. Formation									
1.1.2.1 Élaboration du matériel de formation	Ensemble de matériel de formation	1 ensemble de matériel de formation	Janvier 2012	Tubercoland	PNLT	10 000	Ministère de la santé	Ensemble de matériel de formation élaboré	Assistance technique internationale nécessaire
1.1.2.2 Impression du matériel de formation	Ensemble de matériel de formation	10 000	1-15 février 2012	Tee-beegrad	PNLT	5 000	Ministère de la santé	Nombre d'ensembles de matériel de formation imprimés	
1.1.2.3 Formation des agents de santé	Médecin	50	20 – 24 février 2012	Smearville	Bingo	3 000	USAID	Nombre de médecins formés	Assistance technique locale nécessaire (détails dans le plan d'assistance technique)
	Personnel infirmier	100	1-15 mars	Sputumovich	Casino	6 000	FM	Nombre de personnels infirmiers formés	
1.1.3. Supervision									
1.1.3.1									
1.1.3.2									



Guide d'élaboration d'un plan stratégique national pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte

Méthodologie pour l'élaboration
d'un plan stratégique national

ISBN 978 92 4 250797 3



9 789242 507973