

République du Sénégal



*Un Peuple - Un But - Une Foi*



Ministère de la Santé  
et de l'Action Sociale



Programme National de Lutte contre la Tuberculose

# PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE AU SENEGAL

PERIODE 2013 - 2017



# Sommaire

## Liste des Sigles et Acronymes

## Avant Propos

## Résumé d'orientation

---

### Chapitre I : Analyse de la situation

- 1.1 Contexte et justification
  - 1.2 Présentation générale du pays
  - 1.3 Organisation du programme national de lutte contre la Tuberculose
- 

### Chapitre II : Epidémiologie de la tuberculose et bilan de la mise en œuvre

- 2.1 Analyse des tendances épidémiologiques
  - 2.2 Bilan de la mise en œuvre 2006-2012
- 

### Chapitre III : Plan stratégique 2013-2017

- 3.1 Vision et Missions
  - 3.2 Principes directeurs
  - 3.3 But et Objectifs
  - 3.4 Orientations stratégiques
- 

### Chapitre IV : Administration et gestion du Plan

- 4.1 Cadre institutionnel
  - 4.2 Principes de Gestion
  - 4.3 Mécanisme de coordination au Plan administratif
  - 4.4 Mécanisme de suivi
  - 4.5 Mécanisme d'évaluation
- 

### Chapitre V : Budget du Plan stratégique

- 5.1 Analyse du Budget
  - 5.2 Sources de Financement
- 

### Chapitre VI : Financement du Plan stratégique

- 6.1 Financements disponibles
  - 6.2 Financements à rechercher
  - 6.3 Mesures d'accompagnement
- 

## ANNEXES

1. Budget détaillé des activités
2. Cadre de performance du plan stratégique
3. Cadre triennal du Plan stratégique et plan de mise en œuvre
4. Liste des personnes ayant participé à l'élaboration du plan stratégique
5. Bibliographie



# SIGLES ET ACRONYMES

<b>ANRS</b>	Agence nationale de recherche sur le SIDA (France)
<b>APSR</b>	Approche pratique de Santé respiratoire
<b>ARV</b>	Antirétroviraux
<b>BAAR</b>	Bacilles acido-alcool-résistants
<b>CCM</b>	Mécanisme de coordination pays
<b>CD4</b>	Cellule lymphocyte (cluster de différenciation 4)
<b>CLIN</b>	Cellule de lutte contre l'infection nosocomiale
<b>CPRS</b>	Centre de promotion et de réinsertion sociale
<b>CUR</b>	Centre universitaire régional
<b>CDT</b>	Centre de diagnostic et de traitement
<b>DLSI</b>	Division de lutte contre le SIDA et les IST
<b>DOTS</b>	Directly Observed Treatment Short Course
<b>DLM</b>	Direction de la lutte contre la maladie
<b>DPL</b>	Direction de la Pharmacie et des Laboratoires
<b>DPM</b>	Direction de la Pharmacie et du Médicament
<b>DSISS</b>	Division des statistiques et de l'information sanitaire et sociale
<b>ECD</b>	Equipe cadre de district
<b>ECR</b>	Equipe cadre de région
<b>EPS</b>	Etablissement public de santé
<b>ESTHER</b>	Ensemble pour une Solidarité Hospitalière en Réseau
<b>FHI360</b>	Family Health International 360
<b>FM</b>	Fonds mondial
<b>GDF</b>	Global drug facility
<b>HALD</b>	Hôpital Aristide le Dantec
<b>IDA</b>	Association internationale de Développement
<b>IEC/CCC</b>	Information éducation communication/Communication pour un changement de comportement
<b>IPD</b>	Institut Pasteur de Dakar
<b>IRD</b>	Institut de Recherche et Développement
<b>IHS</b>	Institut d'hygiène sociale
<b>INH</b>	Isoniazide
<b>ISAARV</b>	Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux
<b>ISED</b>	Institut de Santé et Développement
<b>LAT</b>	Lutte antituberculeuse
<b>LHL</b>	LHL: Landsforeningen for Hyerte und Lungesike
<b>LPA</b>	Line Probe Assay
<b>LNCM</b>	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
<b>LNR</b>	Laboratoire National de Référence des Mycobactéries
<b>MCD</b>	Médecin chef de district
<b>MCR</b>	Médecin chef de région
<b>MSAS</b>	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
<b>MSH</b>	Management Sciences for Health
<b>MSP</b>	Ministère de la Santé et de la Prévention

<b>NC</b>	Nouveaux cas
<b>OCB</b>	Organisation communautaire de base
<b>OMD</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>ONU</b>	Organisation des Nations unies
<b>ONUSIDA</b>	Organisation des Nations unies pour le SIDA
<b>PAF</b>	Program Accelerating Fund
<b>PCR</b>	Polymérase Chain réaction
<b>PEC</b>	Prise en charge
<b>PNA</b>	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
<b>PNT</b>	Programme National de lutte contre la Tuberculose
<b>PRA</b>	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
<b>PRONALIN</b>	Programme national de lutte contre les infections nosocomiales
<b>PVVIH</b>	Personne vivant avec le VIH
<b>RH</b>	Rifampicine Isoniazide
<b>RHZ</b>	Rifampicine Isoniazide Pyrazinamide
<b>RHZE</b>	Rifampicine Isoniazide Pyrazinamide Ethambutol
<b>RSS</b>	Renforcement du système de santé
<b>SIDA</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>SNIS</b>	Service national de l'Information sanitaire
<b>TAR</b>	Traitement anti rétroviral
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TB/VIH</b>	Association Tuberculose – VIH
<b>TB-MDR/ TB-MR</b>	Tuberculose à bacilles multirésistants
<b>TDO</b>	Traitement directement observé
<b>TEP</b>	Tuberculose extrapulmonaire
<b>TPI</b>	Traitement préventif à l'Isoniazide
<b>TPM-</b>	Tuberculose pulmonaire à microscopie négative
<b>TPM+</b>	Tuberculose pulmonaire à microscopie positive
<b>UDT</b>	Unité de traitement
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>USPDQI</b>	United States Pharmacopeia Drug Quality and Information
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience humaine
<b>Z</b>	Pyrazinamide

## AVANT-PROPOS

La lutte contre la tuberculose est une des priorités du ministère de la santé et son érection en programme national vise une gestion optimale afin de contribuer plus efficacement à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la tuberculose.

Le Plan Stratégique de la tuberculose 2006-2012 avait comme ambition de booster les performances du dépistage des cas de tuberculose avec un accent pour les cas pédiatriques, d'accroître les taux de succès du traitement, d'améliorer les résultats de la prise en charge de la coinfection TB/VIH, de mettre en œuvre une prise en charge de la tuberculose multi résistante et de soutenir les actions par une mobilisation de la réponse communautaire devant le problème de la tuberculose.

Devant l'ampleur et la gravité de la tuberculose comme problème de santé publique, le Sénégal a bénéficié d'un appui de ses partenaires tels que l'OMS, l'USAID/FHI et le Fonds Mondial. Ces différents appuis ont permis au PNT d'intensifier la lutte contre la tuberculose dans le pays et de s'attaquer aux nouveaux défis de la coinfection, de la tuberculose multirésistante et de la TB dans les groupes vulnérables.

La Troisième revue externe du programme national de lutte organisée en collaboration avec les partenaires sur financement du Fonds Mondial, a permis d'évaluer les performances et les faiblesses du PNT ces 5 dernières années.

Des intrants permettant le diagnostic microscopique de la tuberculose pulmonaire contagieuse et des médicaments nécessaires au traitement de tous les patients tuberculeux sont disponibles sur l'ensemble du territoire. Le traitement est gratuit avec une prescription de schémas courts et l'utilisation de médicaments combinés depuis 2007 qui facilitent l'observance.

La collaboration TB/VIH progresse avec une augmentation des tests de dépistage du VIH chez les malades tuberculeux ainsi que la couverture en ARV et en cotrimoxazole des patients coinfectés.

Le dispositif de prise en charge de la tuberculose multirésistante est mis en place depuis juillet 2010 et une introduction des outils de haute portée diagnostic dans le laboratoire national de référence.

Les interventions communautaires sur la TB ont démarré avec une implication et une responsabilisation des organisations de base dans la lutte antituberculeuse et des perspectives nettes de mise à l'échelle sur l'ensemble du territoire national se dessinent.

Ce plan stratégique 2013- 2017 s'inscrit dans la continuité du précédent et a pour but de contribuer à la réduction de la charge de la tuberculose au Sénégal d'ici 2015 conformément aux Objectifs du Millénaire (OMD 6 Cible 8) et aux cibles du partenariat Halte à la tuberculose.

Les interventions porteront, principalement, sur les orientations stratégiques déclinées lors de la revue externe. Elles seront axées sur la poursuite d'une stratégie DOTS de qualité, le renforcement des interventions communautaires et la prise en charge des grands défis (TB/VIH, TBMR, TB de l'enfant et le contrôle de l'infection). Durant cette période, l'implication des prestataires du privé sera accentuée et des stratégies de communication porteuses d'impact seront menées.

L'atteinte des objectifs de ce plan stratégique nécessitera une importante mobilisation de ressources et un plaidoyer fort sera mené auprès de tous les partenaires du secteur santé et en dehors.





## RESUME D'ORIENTATION

Le fardeau que représente la tuberculose à l'échelle mondiale reste énorme. En 2011, on estimait à 8,7 millions le nombre de nouveaux cas de tuberculose dont 13 % coinfectés par le VIH. Au total, 1,4 million de décès ont été enregistrés. La tuberculose figure parmi les trois principales causes de décès pour les personnes âgées de 15 à 44 ans.

La lutte contre la tuberculose dans le monde a montré ces dernières années des avancées significatives. Le nombre de nouveaux cas de tuberculose est en diminution depuis plusieurs années. Le taux de mortalité par tuberculose a diminué de 41 % depuis 1990 et le monde est en voie d'atteindre la cible mondiale consistant à réduire ce taux de 50 % d'ici 2015.

S'appuyant sur la mise en place de soins de qualité avec la généralisation de la stratégie DOTS entre 1995 et 2005, l'OMS a mis en place depuis 2006 la stratégie halte à la tuberculose qui a permis d'élargir l'accès aux soins et prendre en compte les défis dus au VIH et aux formes multirésistantes de tuberculose tout en engageant les prestataires de soins et les communautés dans la lutte contre cette maladie.

Entre 1995 et 2011, 51 millions de personnes ont été traitées avec succès dans les pays ayant adopté la stratégie de l'OMS, ce qui a permis de sauver 20 millions de vies. Des progrès considérables ont été réalisés dans la mise en œuvre des activités conjointes contre la tuberculose et le VIH. Dans la région africaine où se trouve près de 80% des 1,1 million de tuberculeux coinfectés par le VIH, près de 70 % des malades tuberculeux ont réalisé un dépistage du VIH en 2011.

À l'échelle mondiale, 48 % des tuberculeux infectés par le VIH en 2011 ont été mis sous traitement antirétroviral (TAR). Les progrès enregistrés dans la lutte contre la tuberculose multi résistante restent lents, on estime que seul un cas sur cinq (19 %) est notifié.

Le programme national de lutte contre la tuberculose (PNT), mis en place depuis 1985, est logé depuis la réforme de 2012 à la Direction de la Lutte contre la Maladie (DLM), elle-même entité de la Direction Générale de la Santé (DGS) du ministère. Aux niveaux intermédiaire et périphérique, le paquet d'activités est intégré aux paquets minimums d'activités par structure. Devant l'ampleur et la gravité de la tuberculose, le Sénégal a bénéficié d'un appui de partenaires comme la LHL, l'OMS, l'USAID/FHI et le Fonds Mondial.

Dans le cadre de l'évaluation du Plan stratégique 2007-2012, la Troisième revue externe du programme national de lutte contre la tuberculose s'est déroulée du 5 au 21 décembre 2012 en collaboration avec plusieurs partenaires en matière de lutte antituberculeuse, notamment l'OMS, l'USAID et le Fonds mondial.

Le but de cette revue était d'évaluer globalement les performances du PNT et ses faiblesses ces 5 dernières années afin de définir les orientations futures pour améliorer le niveau des indicateurs programmatiques.

A cet effet, il existe une réelle volonté politique de l'Etat qui se manifeste par l'apport en ressources humaines, matérielles et financières au PNT et aux différentes structures de prise en charge des malades. La stratégie Halte à la tuberculose est en application au Sénégal depuis 2006 et est mise en œuvre sur l'ensemble du territoire. Son extension et son renforcement ont permis une amélioration de la qualité des interventions avec un succès thérapeutique qui a atteint 85% depuis 2009 (76% en 2006) et de la détection en 2012 avec 12256 nouveaux cas de tuberculose toutes formes confondues.

Le réseau de microscopie est passé de 93 à 108 unités de microscopie au cours des deux dernières années. Le dépistage et la mise en traitement des cas de tuberculose sont offerts dans tous les centres de santé des districts (76), et dans certains postes de santé. Le traitement ambulatoire est décentralisé dans 627 des 1260 postes de santé.

En 2011, le test de dépistage du VIH a été réalisé chez 79% des tuberculeux et indique une prévalence de l'infection VIH chez les patients TB qui ne dépasse pas 10%.

Cette même année la prophylaxie au cotrimoxazole a été donnée à 90% des tuberculeux coïnfectés par le VIH, et un traitement antirétroviral à 64% d'entre eux. Des revues conjointes TB-VIH semestrielles sont organisées dans toutes les régions et une étude pilotée pour la mise en œuvre du traitement préventif à l'INH (TPI) a démarré en 2011 dans 4 districts.

Le laboratoire national de référence utilise depuis peu les technologies de biologie moléculaire et la culture en milieux liquides permettant le diagnostic plus rapide des formes résistantes de la tuberculose (TB-MR). Depuis 2010, 74 patients présentant une TB-MR ont été mis en traitement selon les recommandations de l'OMS.

Un guide pour le diagnostic et le traitement des formes pédiatriques de la tuberculose a été produit et environ 5% des cas de tuberculose notifiés en 2012 étaient des enfants. Il existe une convention entre le PNT et l'Administration pénitentiaire qui dispense des soins conformes aux directives du PNT en milieu carcéral. Le programme communautaire d'appui au PNT, dirigé par Plan Sénégal qui travaille en partenariat avec d'autres ONG, a démarré en 2012 et couvre 55/74 districts du pays.

Malgré ces avancées notables dans la lutte contre la tuberculose au Sénégal, le taux de notification est insuffisant et stationnaire depuis plus de 5 ans, le taux de mise sous ARV reste faible, la recherche de la tuberculose chez les PVVIH n'est que partiellement notifiée, le diagnostic de la TB/MR n'est encore praticable qu'à Dakar.

De nombreux prestataires des structures hospitalières, de la consultation primaire curative et du privé connaissent mal les normes de dépistage et la prise en charge de la tuberculose de l'enfant. Les plans de lutte contre l'infection dans les structures périphériques ne sont pas encore opérationnels. Un système de collecte de données, portant sur les activités de tuberculose dans les structures privées, parapubliques et des entreprises, n'existe toujours pas et la cartographie de ces structures n'est pas disponible dans les districts et régions médicales.

Un effort considérable reste à faire dans le domaine de la capitalisation au niveau du programme des recherches opérationnelles conduites par les écoles de formation et les universités. Enfin, la communication sur la tuberculose est un domaine important du programme qui reste peu développé en dépit des efforts fournis depuis quelques années. Le faible niveau de connaissance des populations sur la tuberculose et le peu d'implication des communicateurs traditionnels et des tradipraticiens dans la lutte contre la tuberculose reste une préoccupation du PNT.

Ce plan stratégique 2013-2017 s'inscrit dans la mise à l'échelle du contrôle de la tuberculose pour l'atteinte des OMD et des objectifs du partenariat « Halte à la Tuberculose ». Les orientations stratégiques prennent en compte les recommandations de la revue du programme réalisée en décembre 2012.

Les objectifs spécifiques du plan :

- Diagnostiquer au moins 75% des cas attendus de tuberculose toutes formes confondues;
- Traiter avec succès au moins 90% des nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués ;
- Dépister l'infection à VIH chez au moins 95% des tuberculeux ;
- Prendre en charge 100% des patients co infectés TB/VIH;
- Dépister au moins 50% des cas attendus de TB-MR ;
- Guérir au moins 75% des patients atteints de TBMR mis sous traitement ;

Pour répondre à ces grands défis le plan stratégique propose sept orientations stratégiques avec pour chacune des objectifs et cibles à atteindre:

### **1. Intensification de la détection des cas de tuberculose dans les services de santé**

L'intensification de la détection des cas ne peut se réaliser qu'avec le renforcement des interventions du laboratoire national de référence dans le domaine des nouvelles technologies, du contrôle de qualité et des

formations. Ceci se traduira par la décentralisation de l'usage de Xpert MTB/RIF dans 14 régions, la capacité de 3 laboratoires de région de faire le diagnostic de TB-MR par la culture et la mise en place de microscopes LED dans tous les laboratoires périphériques ayant une charge de travail importante. Le nombre d'unités de microscopie va atteindre 1 unité pour 100 000 habitants dans chaque district. La recherche systématique de la tuberculose dans les services de consultation externe par le renforcement des capacités diagnostiques, le développement de l'Approche Pratique de la Santé Respiratoire (APSR), l'implication de tous les prestataires de soins, l'amélioration de l'accès au diagnostic de la TBMR par la mise en place de nouvelles technologies en périphérie seront les objectifs phares de cette orientation stratégique.

Les autres objectifs concernent l'extension des activités et le renforcement du dépistage et la prise en charge de la tuberculose de l'enfant, des PVVIH, de l'association tuberculose et diabète et des populations à risque ou difficiles d'accès.

## **2. Intensification de la détection dans les groupes vulnérables, les collectivités et dans la communauté**

Trois groupes sont particulièrement ciblés pour l'organisation de dépistages systématiques par radiographie et/ou examen de crachats. Les détenus forment un groupe particulièrement sensible à la tuberculose ainsi que les étudiants des universités. La stratégie inclut également des campagnes de dépistage des touseurs chroniques, à l'occasion de rassemblements de populations lors des foires et des grands marchés ou dans des groupes ciblés tels les travailleurs du secteur public ou particulièrement exposés aux risques de tuberculose.

## **3. Administration d'un traitement antituberculeux de qualité**

Les objectifs de cette orientation stratégique portent sur l'amélioration de la prise en charge des malades tuberculeux pour atteindre un taux de succès thérapeutique de 90% et de renforcer la décentralisation du traitement des malades y compris ceux présentant une TB-MR pour atteindre un taux de guérison d'au moins 75% chez ces derniers. La décentralisation portera sur la mise en place du traitement dans 90% des postes de santé aidés dans leurs tâches par les organisations communautaires pour suivre et relancer les malades lorsque cela est nécessaire. Le « paquet de soins » TB-MR sera assuré avec la formation des équipes de district et une supervision régulière. Des comités de pilotage régionaux seront mis en place dans les régions où la capacité technique est suffisante.

## **4. Système efficace d'approvisionnement et de gestion des médicaments et produits de laboratoire**

Ce plan stratégique s'inscrit dans la dynamique d'une plus grande rigueur dans le cycle de gestion pharmaceutique pour éviter les pertes liées aux mauvaises pratiques. La prise en compte de la « qualité pharmaceutique » sera le credo avec la quantification appropriée des produits pharmaceutiques, le recours à des méthodes d'achat compétitives et à de bonnes procédures de gestion des approvisionnements et stocks. Les dotations étatiques de médicaments seront renforcées pour intégrer l'achat des molécules de deuxième ligne qui sont actuellement dépendantes du financement extérieur. Les gestionnaires de médicament bénéficieront de renforcement de capacités à la hauteur de leurs prestations de services.

## **5. Promotion de la Santé**

Si l'offre de soins et l'amélioration de l'accès aux soins sont essentielles, la demande sera aussi renforcée par l'amélioration du niveau de connaissance des communautés sur la tuberculose à travers l'intensification des interventions communautaires et le développement de stratégies ambitieuses de communication.

## **6. Renforcement de la gestion du programme, en particulier, du leadership et du partenariat**

L'extension des locaux de l'unité centrale du programme sera nécessaire pour améliorer les conditions de travail du personnel et d'accueil de nouveaux personnels. La mise en place d'une structure d'information, de documentation et d'archivage permettra aux visiteurs et aux étudiants de faire des recherches adéquates. La mise à jour des documents techniques de base ainsi que la rédaction de nouveaux guides dans des domaines spécialisés occuperont une place importante de l'activité de l'unité centrale. La planification de la formation et le développement de modules adaptés aux nouvelles orientations stratégiques font aussi partie des activités prioritaires.

Le partenariat avec les organisations locales et internationales sera renforcé pour accroître la visibilité de la tuberculose comme un sérieux problème de santé publique et faciliter la mobilisation de fonds pour la LAT.

La gestion financière sera également renforcée pour répondre aux besoins du programme qui sera plus décentralisé et pour s'accommoder aux différents modes de gestion des différents des bailleurs de fonds.

### **7. Renforcement du suivi-évaluation du programme et promotion de la recherche**

Le suivi et l'évaluation du programme sont un acquis du plan précédent. Le premier objectif du plan dans ce domaine vise à adapter les outils aux nouvelles exigences d'information par la décentralisation des services, l'implication de multiples prestataires de soins et la nécessité d'informatisation du recueil des données devenues trop nombreuses pour un traitement manuel. Les supervisions, élément essentiel pour garantir la qualité des prestations, seront renforcées par une implication plus grande du niveau intermédiaire.

Une enquête de prévalence au niveau national permettra de mieux connaître la situation réelle de la maladie dans la population. Une enquête sur les souches pharmaco-résistantes parmi les cas de tuberculose diagnostiqués dans le pays sera organisée en 2ème année pour mieux apprécier les estimations de la cible multi résistante.

Enfin les évaluations annuelles et quinquennales avec la participation de partenaires nationaux et internationaux formeront les piliers d'une analyse continue de la situation et la mesure des progrès de la lutte contre la tuberculose au Sénégal.

La recherche opérationnelle, orientée sur les besoins du programme et le comité « recherche tuberculose » impliquant les universités et autres institutions de recherche sera renforcée pour une plus grande collaboration.

Les orientations stratégiques et les objectifs décrits dans ce plan permettront, s'ils sont réalisés, d'atteindre les cibles de réduction de la mortalité et de la prévalence de 50% à la fin du plan, en 2017.

Le budget du plan stratégique 2013-2017 est de 32 600 035 943 F CFA soit un investissement annuel moyen de 6 500 000 F. Ce plan stratégique survient dans un contexte de retrait de partenaires qui appuyaient le PNT. A cet effet, il sera un outil important de plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires dans la lutte contre cette maladie au Sénégal.

## I. ANALYSE DE LA SITUATION



# I. ANALYSE DE LA SITUATION

## 1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION

### 1.1.1 Contexte mondial

Dans la lutte contre la tuberculose, des avancées significatives ont été notées. Le nombre de nouveaux cas de tuberculose est en diminution depuis plusieurs années et a chuté de 2,2 % entre 2010 et 2011. Le taux de mortalité par tuberculose a diminué de 41 % depuis 1990 et le monde est en voie d'atteindre la cible mondiale consistant à réduire ce taux de 50 % d'ici 2015. Les taux de mortalité et d'incidence sont aussi en baisse dans l'ensemble des six Régions de l'OMS. L'accès aux soins liés à la tuberculose s'est élargi avec le lancement en 2000 de la nouvelle stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose. Entre 1995 et 2011, 51 millions de personnes ont été traitées avec succès dans les pays ayant adopté la stratégie de l'OMS, ce qui a permis de sauver 20 millions de vies. (Rapport Global TB 2012).

L'introduction de tests moléculaires rapides Xpert MTB/RIF permet de diagnostiquer aussi bien la tuberculose que la résistance à la rifampicine en moins de 2 heures. Des progrès ont été notés dans la mise en œuvre des activités conjointes contre la tuberculose et le VIH. On estime que ces activités ont permis d'épargner 1,3 million de vies entre 2005 et fin 2011. Dans la Région africaine, 69 % des malades tuberculeux ont subi un dépistage du VIH en 2011 contre 3 % en 2004. À l'échelle mondiale, 48 % des tuberculeux infectés par le VIH en 2011 avaient été mis sous traitement antirétroviral (TAR).

Cependant, les progrès réalisés à l'échelle mondiale masquent des écarts régionaux : les Régions Afrique et Europe ne sont pas en voie de diviser par deux d'ici 2015 leurs taux de mortalité de 1990.

Le fardeau que représente la tuberculose à l'échelle mondiale reste énorme. En 2011, on estimait à 8,7 millions le nombre de nouveaux cas de tuberculose dont 13 % coinfectés par le VIH. Au total, 1,4 million de décès ont été enregistrés dont 430 000 séropositifs au VIH et 64 000 enfants. La tuberculose figure parmi les trois principales causes de décès pour les personnes âgées de 15 à 44 ans.

Les progrès enregistrés dans la lutte contre la tuberculose multi résistante restent lents. Si le nombre de cas de tuberculose MR notifiés dans les 27 pays les plus touchés est en augmentation, et a atteint près de 60 000 dans le monde en 2011, on estime que seul un cas sur cinq (19 %) est notifié.

### 1.1.2 Contexte sous régional

Le poids de la tuberculose en Afrique est disproportionné. Avec 11% de la population mondiale, le continent porte plus d'un quart du poids mondial de tuberculose. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré la tuberculose comme une urgence mondiale de santé publique depuis 1993. A cette période, on estimait à 7 millions le nombre de nouveaux cas et 1,6 million le nombre de décès de la tuberculose comparé aux 8,7 millions de nouveaux cas et 1,4 million de décès en 2011. On peut en déduire qu'après une vingtaine d'années, les actions menées n'ont pas eu un grand impact sur le nombre de décès liés à la tuberculose. Plus de 95% des décès par tuberculose surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

### 1.1.3 Contexte national

La tuberculose reste encore un problème de santé prioritaire au Sénégal. Des efforts ont permis d'améliorer le taux de détection de 13 points entre 1990 et 2011. Selon l'OMS (Rapport Global TB 2012), l'incidence estimée est de 136 cas de tuberculose toutes formes pour 100 000 habitants (112-162) avec un taux de détection des tuberculoses toutes formes de 63% (53-77). Les cas attendus de coinfection sont estimés à 1700 (1400-2100) soit 14 cas pour 100 000 habitants (11-16).

La TB est la première infection opportuniste chez les PVVIH et la proportion d'infection à VIH chez les patients TB varie entre 7 et 10%. La collaboration TB-VIH a connu des progrès importants avec une augmentation de la réalisation des tests de dépistage du VIH chez les tuberculeux, passant de 28% en 2007 à 71% en 2011, une couverture par la prophylaxie au cotrimoxazole de 88% et en antirétroviraux de 49% en 2011.

#### 1.1.4 Justification du plan stratégique

La revue externe du plan stratégique de 2007-2011 du programme organisée en décembre 2012 a permis d'évaluer l'impact des stratégies mises en œuvre depuis 2006. Les recommandations font état des principaux défis auxquels le programme doit faire face. Il s'agit entre autres de :

- Appliquer efficacement la stratégie de base DOTS et la stratégie Halte à la tuberculose ;
- Améliorer le taux de détection des cas;
- Renforcer l'accès à la prise en charge des groupes vulnérables (Enfants, diabétiques, détenus, élèves des Daaras);
- Renforcer les activités de prise en charge de la coïnfection TB /VIH et de l'association tuberculose et diabète;
- Améliorer la détection et la prise en charge des cas de tuberculose à bacilles multi résistants;
- Renforcer le partenariat public privé ;
- Impliquer les autorités administratives, politiques, religieuses et coutumières ainsi que les collectivités locales.

Ce plan 2013 – 2017 couvre les besoins techniques et financiers pouvant permettre au programme d'atteindre les objectifs fixés. Il oriente les partenaires techniques et financiers pour leur contribution dans la réduction du poids de la tuberculose au Sénégal.

## 1.2 PRESENTATION GENERALE DU PAYS

### 1.2.1 Situation physique et environnementale

#### 1.2.1.1 Ecosystème et climat

Le Sénégal se trouve dans l'hémisphère Nord et constitue la partie la plus à l'Ouest de l'Afrique au sud du Sahara. Sa situation entre 12° 30 et 16° 30 de latitude Nord, 1° 30 et 17° 30 de longitude Ouest le place au cœur du domaine intertropical. Sa superficie est de 196 722 Km<sup>2</sup>. Il est limité au Nord par la Mauritanie, au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau, à l'Est par le Mali et à l'Ouest par l'Océan Atlantique sur 700 km de côtes. Le relief est dans l'ensemble plat et peu relevé sauf au sud-est à la frontière guinéenne où se trouvent les montagnes du Fouta-Djalou avec des altitudes pouvant aller jusqu'à de 500 m.

Le réseau hydrographique du Sénégal est constitué de quatre grands fleuves : le Sénégal, la Gambie, la Casamance, le Saloum et par des affluents auxquels s'ajoutent quelques cours d'eau temporaires. Le climat est tropical et se caractérise par une longue saison sèche de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre.

Situé dans la zone des climats chauds et humides, le Sénégal reçoit des précipitations moyennes de l'ordre de 500 mm d'eau de pluie au nord et près de 2 000 mm au sud. La température moyenne se situe autour de 25°C. Les particularités liées aux changements climatiques observées depuis peu, favorisent l'éclosion des maladies infectieuses et environnementales.

#### 1.2.1.2 Caractéristiques de la population

En 2013, la population sénégalaise est estimée à 13 687 490 habitants avec une densité d'environ 11 habitants au km<sup>2</sup> (RGPH-2007). Le taux d'accroissement est de 2,71%. Cette population est essentiellement jeune avec une prédominance du genre féminin (52 %) par rapport à celui masculin. Selon l'enquête EDSV-MICS 2010-2011, la population est inégalement répartie entre les zones rurales (43%) et les zones urbaines (57%).



La répartition est inégale avec une opposition entre le sous peuplement de l'Est et du nord et une forte concentration sur la côte ainsi qu'au centre. La région de Dakar abrite 22,5% de la population totale avec une densité de population de 4 643 habitants au Km<sup>2</sup> contre une moyenne nationale de 62 habitants au Km<sup>2</sup>, alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale.

Ce phénomène est imputable à la concentration des principales structures socioéconomiques du pays dans ces agglomérations avec des conséquences sur l'environnement. Les régions les moins peuplées sont celles de Tambacounda et de Kédougou avec respectivement 11 et 16 habitants au Km<sup>2</sup>. Elles sont aussi les régions les plus vastes du pays avec respectivement 30,4% et 14,8% de territoire national. Il faut également souligner la particularité des villes de Guédiawaye, Pikine et Keur Massar dans la région de Dakar et celle de Touba dans la région de Diourbel qui sont plus peuplées que certaines régions. Cette situation est caractéristique de la forte tendance à l'urbanisation du fait de l'exode rural qui est à l'origine de la précarité de l'habitat.

La moitié de la population a 17 ans et l'âge moyen se situe à 22 ans. La population ayant moins de 15 ans représente 43,3% de la population totale tandis que celle de moins de 25 ans représente 64 %. Il faut signaler que la proportion des personnes âgées (65 ans et plus) est de 3,9%. Les femmes âgées de 15-49 ans, représentent 47,2% contre 44,8% pour les hommes de la même tranche d'âge.

L'espérance de vie à la naissance est estimée en 2011 à 60,18 ans pour la population totale (58,22 ans pour les hommes et 62,19 ans pour les femmes). Les principaux groupes ethniques sont : les wolofs (43%), les pulhars (24%), les sérères (15%), les diolas (5%) et les mandingues (4%).

La population du Sénégal est majoritairement musulmane (94%). On y trouve 4% de chrétiens et les autres religions représentent 2%. Le taux d'analphabétisme reste très élevé surtout chez les femmes où il se situe à près de 66%.

#### 1.2.1.3 Habitat et Environnement

Avec un taux d'urbanisation de 65%, le Sénégal compte parmi les pays africains subsahariens les plus en proie à une urbanisation sauvage. Le dispositif de production de l'habitat planifié et mis en place par l'Etat depuis 1960, année de l'indépendance, n'a pas satisfait les besoins. Aucun programme de construction de logements accessibles à la population n'est exécuté depuis plusieurs années. Ce mode de production qui n'a pas permis de répondre aux besoins des populations, a contribué à la prolifération des constructions anarchiques.

En outre, les plans d'urbanisation ne sont pas respectés. C'est ainsi que la situation de l'habitat en milieu urbain est caractérisée par le déséquilibre entre les quartiers dits de "Centreville", mieux équipés et moins denses et les quartiers spontanés. L'exode rural dans les grandes villes a occasionné le surpeuplement de certains quartiers qui offrent toutes les conditions de transmission des affections respiratoires.

La forte tendance à l'urbanisation du fait de l'exode rural est à l'origine de la multiplication des habitats précaires. La prévalence de la tuberculose dans certaines localités de la banlieue dakaroise est nettement au-dessus de la moyenne nationale en raison de la forte promiscuité.

#### 1.2.1.4 Infrastructures et transports

Les transports jouent un rôle important dans l'économie sénégalaise. Toutefois, la dégradation avancée des routes et moyens de transport rend l'accès aux services de santé très difficile dans certaines localités. Les conditions de transport sont déplorables, affectant ainsi la qualité de vie, le bien-être et la référence des malades.

Par contre, au cours de ces cinq dernières années, le réseau de télécommunication s'est fortement développé grâce à la téléphonie mobile.

## 1.2.2 Situation socioéconomique

Avec un revenu national brut par habitant estimé à US\$770 en 2010, le Sénégal est classé parmi le groupe des Pays les Moins Avancés. Il ressort de l'examen du rapport national sur les OMD (2010) que les taux nets de scolarisation, de prévalence du VIH/SIDA, d'accès à l'eau potable et d'égalité de genre présentent des tendances favorables à l'atteinte des OMD.

Pour la période des cinq dernières années avant l'EDSV-MICS 2010-2011, le risque de mortalité infantile est évalué à 47 décès pour 1 000 naissances vivantes et le risque de mortalité juvénile s'établit à 26‰. Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 29‰ pour la mortalité néonatale et à 18‰ pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans est de 72‰. En d'autres termes, au Sénégal, environ un enfant sur huit risque de mourir avant d'atteindre l'âge de 5 ans. Ces résultats mettent en évidence une tendance générale à la baisse des risques de décès avant 5 ans.

Toutefois, le pays a enregistré des progrès très lents en matière d'achèvement scolaire et la lutte contre la mortalité maternelle et infantile. Le taux de croissance du PIB réel, de 5% par an entre 1994-2006, a connu un plafonnement autour de 3% par an entre 2006 et 2010, du fait des différentes crises énergétique, alimentaire, économique et financière.

L'économie sénégalaise fait face à diverses contraintes. Elle est dominée par l'agriculture qui est dépendante de la pluviométrie. L'économie est très sensible aux soubresauts de la hausse du prix du pétrole, des produits alimentaires et aux effets de la crise financière mondiale.

Selon le rapport d'évaluation de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) 2006-2010 et celui des OMD (2010), des disparités régionales de la pauvreté existent entre les milieux rural et urbain. Cela s'explique par la réduction de la productivité agricole, le manque d'opportunités de travail en milieu rural, le faible accès des populations pauvres et vulnérables aux sources de financement et aux services énergétiques.

Ces disparités s'expliquent également par le faible accès des femmes aux moyens de production, ainsi que la participation limitée des populations dans la définition des priorités du développement local. Sur la période 2005-2009, l'incidence de la pauvreté a stagné, passant de 50,8% à 50,7%. Sur 100 personnes pauvres, 54 résident en milieu rural, 29 à Dakar et sa banlieue et 17 dans les autres villes. Selon les projections de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), le taux de pauvreté se situerait à 38,4% en 2015, dépassant le taux de 34% prévu pour l'OMD1.

Toutefois, la faiblesse des données statistiques y compris celles sexo-spécifiques constitue un handicap dans la formulation des stratégies et la prise de décision.

Malgré la volonté politique de relancer l'économie, le Sénégal subit les conséquences de la crise financière internationale qui pourrait non seulement affecter négativement les prévisions de croissance économique mais aussi réduire les financements alloués à la santé. Il importe de noter que l'impact de l'état de santé sur le développement humain en général, sur la productivité et sur la pauvreté en particulier, est une donnée importante dans la mesure de la performance d'une économie. En effet, les maladies affectent sérieusement la production et les revenus des ménages. C'est ainsi qu'un ménage ou un individu peut, à tout moment, basculer dans la pauvreté. Selon l'Enquête sur les priorités au Sénégal, les ménages consacrent 2,4% de leurs dépenses à la santé.

## 1.2.3 Situation administrative

Depuis l'adoption de la loi 96-06 du 22 mars 1996, le Sénégal compte trois ordres de collectivités locales : régions, communes et communautés rurales. Les régions sont subdivisées en départements et ces derniers

en arrondissements. Le Sénégal est ainsi composé de 14 régions, 45 départements, 122 arrondissements, 113 communes, 46 communes d'arrondissement et 370 communautés rurales. A la tête des régions, des communes et des communautés rurales siègent des conseillers élus investis de compétences dans neuf domaines dont la santé. La Loi n° 96-07 du 22 mars 1996, portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales fixe les attributions des collectivités locales en matière de santé.

#### 1.2.4 Education

L'éducation et la formation constituent une priorité du Gouvernement du Sénégal qui lui consacre 40% du budget de l'Etat depuis 2006. Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement élémentaire est de 82,5% (la moyenne africaine est de 70%) mais avec de fortes disparités : les filles sont en retard par rapport aux garçons et le milieu rural l'est par rapport au milieu urbain. A l'instar du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) l'éducation dispose aussi d'un Plan Décennal de l'Education et de la Formation (PDEF) qui offre un cadre de partenariat idéal pour le PNT à travers les écoles et les Universités qui ont un impact sur la santé en général et la lutte contre la tuberculose.

#### 1.2.5 Situation sanitaire nationale

##### 1.2.5.1 La politique de santé

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui dispose en son article 17 que «...l'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général, et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ».

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 constitue le document de référence pour l'ensemble des acteurs du Secteur de la santé. Il repose sur la vision d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif. La mise en œuvre de ce plan s'inscrit dans l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux en matière de santé, notamment les OMD et les objectifs de la Stratégie Nationale de Développement Economique et Sociale (SNDES 2013-2017).

Il s'agit plus spécifiquement de :

- Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles ;
- Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ;
- Renforcer durablement le système de santé ;
- Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.

Le Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme (CDSMT) est l'outil d'opérationnalisation du PNDS. Cet outil triennal est mis en œuvre à travers le Plan de Travail Annuel (PTA). Le PTA représente un plan d'action qui doit être élaboré annuellement par tous les centres de responsabilité. La part du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé est en hausse régulière ces dernières années. La priorité accordée au secteur de la santé s'est traduite par une augmentation constante du budget du Ministère de la Santé. Ce budget tend vers 10% du budget de l'Etat.

##### 1.2.5.2 Le Système de Référence

Globalement, l'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire. Au sommet, l'hôpital pouvant être de trois niveaux (1 à 3) constitue la référence, suivi du centre de santé au niveau intermédiaire et des postes de santé au niveau périphérique. Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé à tous les échelons de la pyramide sans qu'il y ait toutefois une correspondance parfaite entre les plateaux techniques des deux systèmes à chaque niveau. Au niveau communautaire, le promotionnel est assuré par des cases de santé.

### 1.2.5.3 Les Infrastructures, Equipements

La dernière mise à jour de la carte sanitaire du Sénégal de 2011 montre une évolution dans le parc de structures sanitaires actuelles. Ainsi, 1257 postes de santé dont la majorité est située dans les régions de Dakar et de Thiès sont recensés en 2011. Ainsi, la moyenne nationale est de 1 poste pour 9 604 habitants. Pour cette même année, 88 centres de santé existent et fonctionnent dans le pays pour une moyenne nationale de 155 515 habitants par CS alors que la norme de l'OMS est de 150.000 habitants par CS. Quant aux hôpitaux, ils sont au nombre de 34 publics et privés confondus.

En outre, le système de santé sénégalais comprend 555 cabinets médicaux privés, 37 cliniques privées, 570 cabinets para médicaux privés, 23 structures d'entreprise et 77 postes de santé privés.

### 1.2.5.4 La Couverture en structures de santé

En termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes préconisées par l'OMS. La carte obtenue permet de constater certaines évidences pour la région de Tambacounda du fait de sa grande superficie (42 706 km<sup>2</sup>). La région de Diourbel montre le ratio le plus faible avec 1 CS pour 279 844 habitants.

Les autres grandes régions comme Kédougou et Matam présentent des problèmes d'accessibilité du fait soit de la concentration des structures dans une partie du territoire, soit du fait du relief accidenté qui rend difficile l'accès. En période d'hivernage, certaines structures de santé sont coupées du reste de la région. Pour les régions de taille modeste comme Sédhiou (7 293 km<sup>2</sup>) et Kaffrine (9 234 km<sup>2</sup>), les problèmes d'accessibilité sont liés au gap en structures sanitaires.

Au niveau communautaire, les cases de santé au nombre de 1703 constituent le premier recours de soins essentiellement en zone rurale. Quelques formations sanitaires publiques sont gérées en dehors du Ministère de la Santé. En plus des structures sanitaires du public et du secteur privé, il existe l'offre de soins et de prestations des ONG et des associations ainsi que des offres privées en matière d'aide au diagnostic avec 12 laboratoires d'analyse médicale dont 10 à Dakar et une dizaine de services d'imagerie à Dakar.

Ces infrastructures de soins et de services se trouvent essentiellement dans les centres urbains. La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement est chargée avec ses 11 PRA de la mise en place des médicaments et produits de santé dans le système. Par ailleurs, 843 officines de pharmacie, 4 grossistes répartiteurs, 3 industries pharmaceutiques jouent un rôle important dans le renforcement de l'accès aux médicaments.

## 1.2.6 Fonctionnement du système de santé du Sénégal

### 1.2.6.1 Organisation du système de santé

Le système de santé est administré par le Ministère en charge de la santé, lequel est structuré en trois niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire constitué par les Régions Médicales et un niveau périphérique appelé district sanitaire. Certains centres de santé de districts ont été érigés en Etablissement Public de Santé de niveau 1. Les organes de participation communautaires ne sont pas représentatifs de la population mais demeurent opérationnels.

#### • Le Niveau Central

Le niveau central regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, deux directions générales (Direction générale de la Santé et Direction générale de l'Action sociale) en plus des directions indépendantes et services nationaux rattachés.

#### • La Région Médicale

Les régions médicales correspondent aux territoires des régions administratives. Le Sénégal compte 14 régions médicales. La région médicale assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leurs tâches d'administration, de gestion et de planification.

## • Le District Sanitaire

Le Sénégal compte 76 districts sanitaires qui constituent une subdivision sanitaire proche des populations. Le district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire et englobe un réseau de postes de santé eux-mêmes supervisant les cases de santé et les maternités rurales. Plusieurs districts sanitaires peuvent se retrouver dans un même département.

### 1.2.6.2 Fonctionnement du système de santé

Les programmes prioritaires concernent divers domaines de santé, tels que les maladies évitables par la vaccination, le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les maladies non transmissibles. Tous ces programmes sont fondés soit sur des politiques, soit sur des stratégies nationales. Pour l'essentiel, ils sont organisés et fonctionnent sur un mode vertical. Les niveaux d'organisation et de fonctionnement, y compris les mécanismes de suivi et évaluation, sont très variables d'un programme à un autre en fonction du soutien obtenu de la coopération multilatérale. Toutefois, on observe une intégration progressive de certaines de leurs activités au niveau opérationnel.

De façon générale, la mise en œuvre de leurs activités est fortement tributaire des financements extérieurs. Ainsi, certains programmes connaissent des périodes de fort ralentissement de leurs activités par manque de ressources.

## 1.2.7 Ressources pour la santé

### 1.2.7.1 Ressources humaines

La répartition des effectifs disponibles présente d'importantes disparités entre départements. On note une pléthore d'agents à Dakar et à Thiès. Ces disparités géographiques sont doublées d'inégalités par catégories professionnelles. Le développement des ressources humaines du secteur de la santé a fait l'objet d'un plan national de formation du personnel de santé élaboré en 1996. Ce plan a été renforcé en 2002 par l'ouverture des centres régionaux de formation, la création en 2003 de la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la mise en œuvre d'une politique de contractualisation.

Malgré les efforts consentis pour renforcer les effectifs, les indicateurs de couverture en personnel montrent que les objectifs du PNDS1 n'ont toujours pas été atteints.

L'instabilité du personnel du fait d'un manque de motivation et d'un cadre de vie adéquat ainsi que l'absence d'un plan de carrière constituent entre autres des raisons à ce déficit qui est important surtout au niveau des zones éloignées et difficiles. Des initiatives sont prises pour améliorer la couverture en personnel dans ces zones, mais l'impact reste faible.

Un nombre important d'agents de santé est formé annuellement par les écoles, mais il y a véritablement discordance entre les besoins exprimés par les techniciens du MSAS et les possibilités de recrutement. En ce qui concerne la lutte contre la tuberculose, cela se traduit entre autres par une insuffisance du personnel des CDT dans les districts, un statut précaire de certains chargés de traitement (contractuels des comités de santé) et une absence de points focaux TB au niveau des EPS.

Dans la LAT, même si le personnel est insuffisant en quantité et en qualité, il reste très engagé dans les tâches opérationnelles.

### 1.2.7.2 Ressources financières

Le financement de la santé provient essentiellement de l'Etat, des partenaires au développement, des populations et des collectivités locales. L'Etat est le principal pourvoyeur en ressources financières du secteur de la santé dans la mise en œuvre du PNDS avec un apport représentant 51% du financement. La contribution des partenaires représente 26,7%.

Les populations et les collectivités locales contribuent respectivement à hauteur de 19,3% et 3%. Le budget du Ministère de la Santé a connu une évolution en passant de 90,5 milliards de FCFA en 2008 à 123,7 milliards de FCFA en 2013.

En ce qui concerne la lutte contre la tuberculose, l'Etat a contribué à hauteur de 23% du financement en 2012. Les populations participent directement au financement du secteur de la santé à travers le système de contribution dans les prestations de soins. L'apport des ONG, du secteur privé, des communautés et collectivités locales à la lutte contre la tuberculose est en deçà des attentes.

Dans le cadre du partenariat extérieur du PNDS, l'engagement des partenaires dans la lutte contre la maladie est primordial dans la contribution à l'atteinte des OMD. Les mécanismes de participation varient en fonction des partenaires et se manifestent sous forme d'appui financier, technique direct ou indirect.

Ce partenariat s'est notamment développé lors du plan 2007-2012 de lutte contre la tuberculose et devra être privilégié pour la mise en œuvre du plan 2013-2017.

#### 1.2.7.3 Ressources des ménages

Le recouvrement des coûts a été lancé dans le pays au cours des années 80, bien avant l'adoption du PNDS. Il a été renforcé par l'Initiative de Bamako en 1987. Les fonds générés par le recouvrement des coûts sont souvent mal redistribués. L'expérience de mutualisation reste timide.

#### 1.2.7.4 Contribution du Secteur privé

La contribution du secteur privé au financement de la santé n'est pas documentée, et échappe aux statistiques et au contrôle de l'Etat. En outre, le partenariat public-privé est peu développé.

### 1.2.8 Médicaments essentiels et génériques

Le Sénégal dispose d'une Pharmacie Nationale d'Approvisionnement et a mis en place des médicaments essentiels et génériques avec une décentralisation au niveau des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement dont les capacités sont à renforcer. La disponibilité des médicaments essentiels était insuffisante et les structures de santé rencontrent des difficultés majeures pour éviter les ruptures en produits essentiels en s'approvisionnant au niveau des grossistes répartiteurs de la place. La situation est en train de s'améliorer nettement en 2012 avec le renforcement de la PNA. Le système de distribution des antituberculeux intègre celui des médicaments essentiels.

### 1.2.9 Système National d'Information Sanitaire

Des éléments du Système national d'information sanitaire sont organisés et développés par différentes structures. Chaque projet et programme anime en son sein un volet du système d'information et de surveillance épidémiologique ne permettant pas de faire un suivi et une évaluation globale de la santé.

L'organisation actuelle du système d'information sanitaire est assurée par la DSISS qui doit entretenir une collaboration soutenue entre les sous-systèmes existants. Toutes les données essentielles doivent être disponibles et à temps au niveau du service en charge de l'information sanitaire.

La DSISS publie régulièrement l'annuaire statistique et il existe au niveau de chaque programme un système de suivi-évaluation obéissant aux contraintes des partenaires. La DSISS participe à la révision des outils de collecte des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

### 1.2.10 Pratiques socioculturelles en rapport avec la santé

Le Sénégal présente une diversité socioculturelle qui trouve son fondement dans sa diversité ethnique. Les croyances et les perceptions ainsi que les tabous et interdits constituent des obstacles pour la promotion de la santé.

Dans la pratique globale, les mères ont recours aux guérisseurs traditionnels pour les épisodes de toux persistante et les cas de fièvre chez l'enfant. Les populations adultes pratiquent l'automédication avec des plantes médicinales et si la symptomatologie respiratoire persiste, les patients s'adressent aux pharmaciens d'officine qui leur conseillent des antitussifs.



Par ailleurs, des patients tuberculeux nient l'existence de toux persistante. Des enquêtes de prévalence de la tuberculose ont montré que certains patients peuvent présenter des images radiologiques au niveau des poumons et une microscopie positive alors que le symptôme de la toux est très discret.

### 1.2.11 Niveau d'atteinte des OMD Santé

La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé.

Le PNDS 2009-2018 constitue ainsi la réponse du secteur de la santé face aux défis pour l'atteinte des OMD. De 1990 à 2011, le taux de mortalité liée à la tuberculose a baissé de 24 à 19/100.000 habitants, la prévalence de 231 à 200/100.000 habitants et l'incidence des cas toutes formes de tuberculose de 138 à 136/100.000 habitants. A ce rythme d'évolution, le Sénégal ne pourra pas atteindre en 2015 la cible des indicateurs liés à la tuberculose consistant à réduire de moitié la mortalité et la prévalence par rapport au niveau de 1990.

## 1.3 ORGANISATION DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Le gouvernement du Sénégal, à travers le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, veille à l'équité dans l'accès aux soins préventifs, curatifs et promotionnels des populations pour garantir leur productivité sociale avec un focus sur les groupes vulnérables.

La lutte contre la tuberculose est une des priorités du ministère de la santé et son érection en programme national vise une gestion optimale afin de contribuer plus efficacement à la réduction de la charge de morbidité et de mortalité liée à cette affection.

La structuration du programme s'établit comme suit :

- Le Bureau formation et recherche ;
- Le Bureau prise en charge ;
- Le Bureau suivi-évaluation et planification ;
- Le Bureau partenariat et communication ;
- Le Bureau approvisionnement et gestion ;
- Le Laboratoire National de Référence ;
- Le Bureau administratif et financier ;
- L'Unité mobile de Radiographie numérique.

Dans le cadre du suivi des subventions du Fonds mondial, le programme s'est renforcé en personnels pour prendre en charge les différents domaines techniques. Ainsi on note au sein du programme 4 médecins spécialistes en santé publique, 3 pharmaciens, 1 médecin spécialiste en maladie infectieuses, 4 techniciens en biologie, 2 assistants sociaux, 1 spécialiste en communication, 2 infirmiers spécialisés, une équipe de gestion (deux responsables financiers et administratifs, deux comptables et un auditeur interne) et un personnel d'appui.

Avec le renforcement du personnel, les nouvelles acquisitions et les créations de nouvelles unités les locaux du programme sont devenus exigus.

Cependant, il est à noter que malgré ce renforcement du personnel au niveau de l'unité centrale, un besoin est toujours identifié pour le renforcement de certains bureaux.

Les réunions de coordination sont tenues toutes les semaines avec les chefs de bureau et les points focaux pour partager les activités réalisées et planifier les prochaines étapes. Elles constituent aussi des lieux de réflexion sur les politiques et stratégies mises en œuvre.

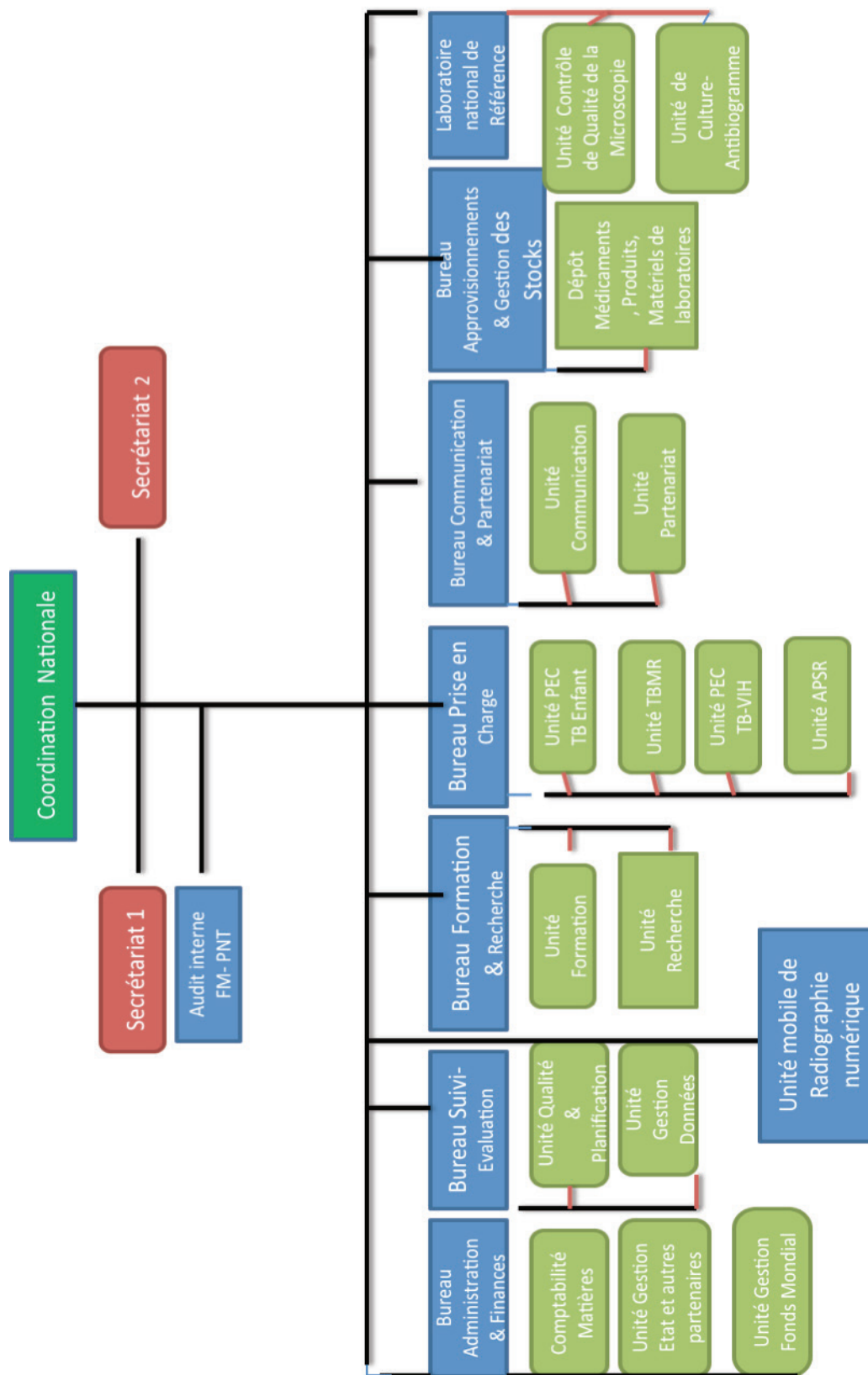
Le PNT a mis en place des cadres de coordination qui sont des instances de conseil, d'harmonisation des interventions et d'inclusion de patients MDR :

- le comité technique national de pilotage de la lutte contre la Tuberculose qui est fonctionnel avec des commissions et termes de référence précis ;

- le comité de pilotage MDR dont les rencontres sont mensuelles ;
- le comité de pilotage des interventions communautaires, dénommé TB Team communautaire avec des rencontres trimestrielles ;

En outre le PNT participe au comité national de suivi TB/VIH, au CCM, ...

## ORGANIGRAMME DE STRUCTURE





## II. EPIDEMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE ET BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE



## II. EPIDEMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE ET BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE

Avec l'introduction de la stratégie DOTS en 1993, l'OMS a renforcé la gestion de la lutte contre la tuberculose par le suivi systématique des progrès accomplis dans le monde à travers 2 indicateurs adoptés en 1991. Ces indicateurs sont : i) la notification des nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive détectés dans le cadre de programmes DOTS par rapport aux nouveaux cas attendus, ii) le pourcentage de cas de tuberculose à microscopie positive guéris ou ayant achevé le traitement (traités avec succès) parmi les cas notifiés. L'objectif était de détecter au moins 70% des cas attendus et de traiter avec succès 85% de ces cas.

Le taux de détection et celui du succès thérapeutique ont été retenus comme indicateurs traceurs de mesure des performances des programmes de contrôle de la tuberculose dans le plan 2007-2011. Cependant, depuis 2010 l'OMS recommande aux programmes nationaux de centrer leurs efforts pour intensifier la détection et d'identifier un maximum de cas de tuberculose.

En 2000, les objectifs mondiaux de contrôle de la tuberculose ont été élargis pour inclure des cibles visant la réduction de la morbidité (incidence et prévalence) et de la mortalité. Le Sénégal, à l'instar de la communauté internationale a adopté ces objectifs d'impact en droite ligne avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

En 2012, les structures sanitaires du pays ont notifié 12256 nouveaux cas de tuberculose toutes formes confondues correspondant à un taux d'incidence de 93,3 cas de tuberculose pour 100 000 habitants. L'ensemble des cas de tuberculose, nouveaux comme anciens, notifiés en 2012 s'élevait à 12810 cas, soit une prévalence de 97,5 cas pour 100 000 habitants. Des 7898 nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive déclarés au Sénégal en 2011, 85% ont été traités avec succès. Le taux d'abandon des malades atteints de tuberculose à microscopie positive sous traitement reste encore élevé (7%) pour cette cohorte. Quant à la létalité, elle est de 3% et les échecs thérapeutiques des nouveaux cas représentent 2%.

A partir de la notification du pays, l'OMS établit chaque année un profil épidémiologique pour la tuberculose. Cette situation donne un résumé synoptique de la PEC des cas et le niveau d'atteinte des indicateurs.

### 2.1 ANALYSE DES TENDANCES EPIDEMIOLOGIQUES

#### 2.1.1 Indicateurs de la lutte antituberculeuse

Les taux d'incidence, de prévalence et de mortalité s'appuient uniquement sur les estimations de l'OMS (voir le rapport mondial OMS 2012). L'incidence est estimée à 136 cas de tuberculose toutes formes par 100.000 habitants (112-162) avec un taux de détection des tuberculoses toutes formes de 69% en 2012.

**Tableau 1 : Estimation du poids de la tuberculose en 2011**

Indicateurs	Nombre (en milliers)	Ecarts	Taux /100 000 habitants)	Ecarts
Mortalité (excluant VIH+TB)	2.5	(1.1–4.4)	19	(8.5–35)
Prévalence (y compris VIH+TB)	25	(12–44)	200	(95–341)
Incidence (y compris VIH+TB)	17	(14–21)	136	(112–162)
Incidence (VIH+TB)	1.7	(1.4–2.1)	14	(11–16)
Détection des cas, toutes formes confondues (%)	63	(53–77)		

Source : Estimation OMS « global TB report 2012 »

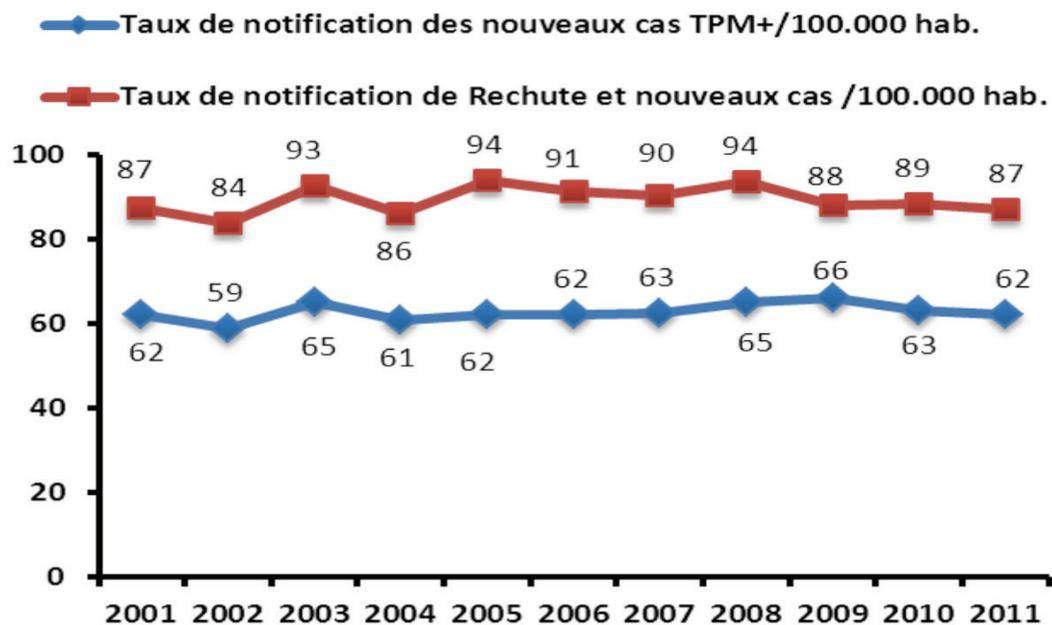


Figure 1 : Tendence de la notification des cas TPM+ et toutes formes de 2001 à 2011

Le taux de notification toutes formes est resté stationnaire autour de 87 pour 100.000 habitants de 2001 à 2011 avec des pics à 94 en 2005 et 2008. Celui des nouveaux cas TPM+ a connu la même tendance. En considérant la période couverte par le plan stratégique 2007-2011, le taux de notification pour les nouveaux cas et des cas de tuberculose toutes formes n’a pas augmenté, bien que le nombre de cas ait augmenté de 2% en moyenne ces 5 dernières années.

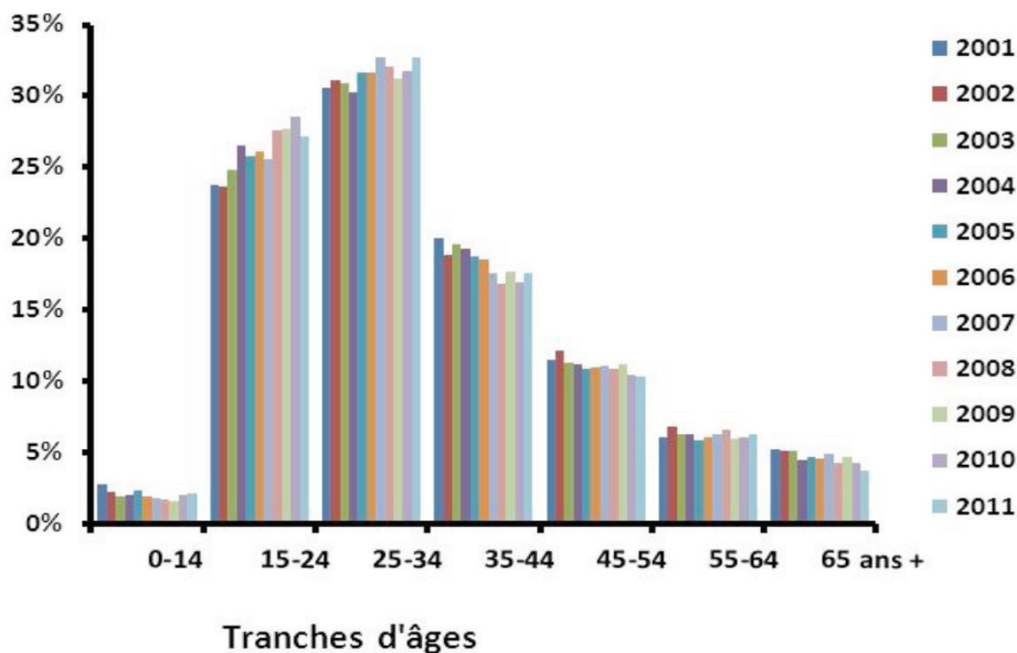


Figure 2 : Répartition selon l’âge des nouveaux cas de tuberculose à frottis positifs de 2001 à 2011

Ce graphique témoigne d’une légère tendance à l’augmentation des pourcentages de cas dans les tranches d’âge de 15-24 ans et de 25-34 ans. Le graphique montre aussi une baisse relative dans les groupes d’âge supérieurs à 44 ans. Cette prédominance des cas notifiés dans les groupes d’âge plus jeunes confirme une transmission, encore très active de la tuberculose dans les communautés.

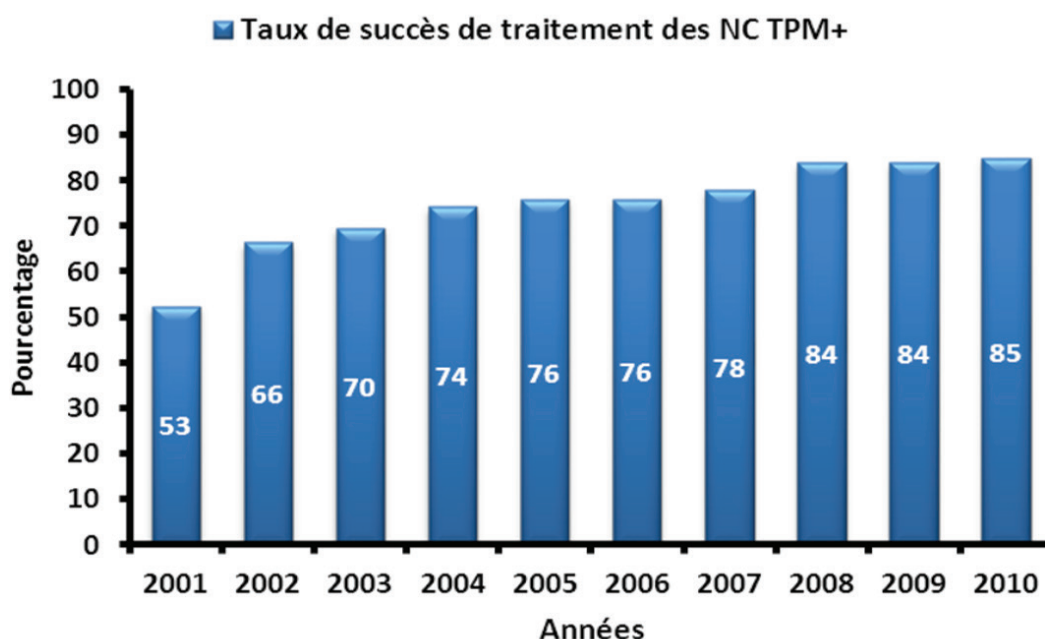


Figure 3 : Evolution du taux de succès de traitement des nouveaux cas à frottis positifs de 2001 à 2011.

L'évolution des résultats de traitement depuis 2001 montre une constante amélioration du taux de succès thérapeutique, passant de 53 à 85% en 10 ans.

Les efforts menés ces 4 dernières années se traduisent par une diminution du taux de perdus de vue de 10% (2007) à 5% (2009).

### 2.1.2 Disparités régionales

Des disparités régionales existent dans les résultats des principaux indicateurs du programme.

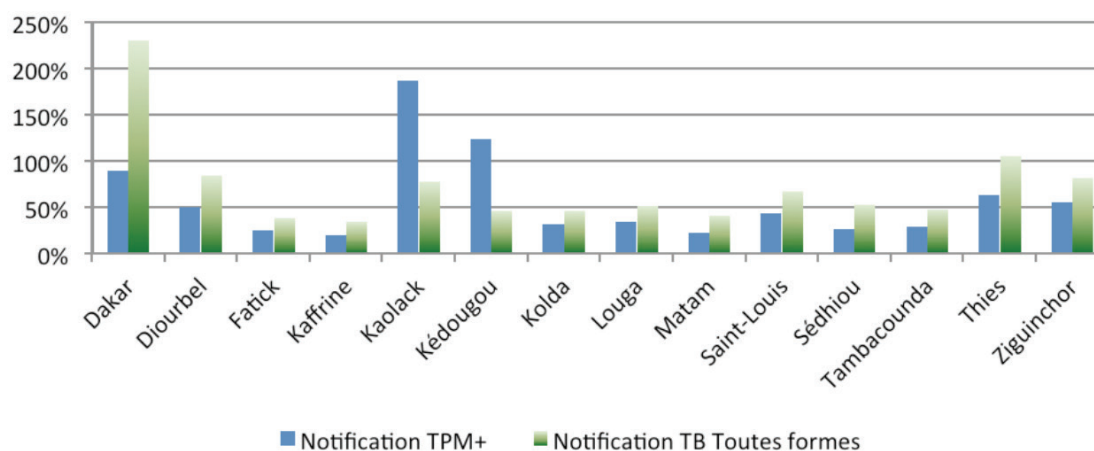


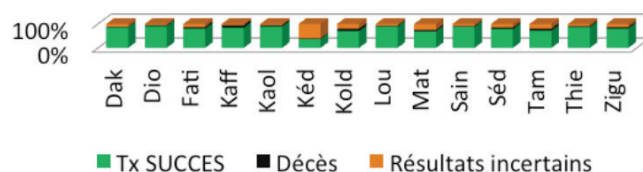
Figure 4 : Taux de détection des nouveaux cas TPM+ par région en 2012 ; PNT Sénégal 2012

Le niveau de détection atteint, au Sénégal est de 58% (cf. annexe). Pour la planification et l'évaluation, l'incidence attendue dans la région de Dakar a été relevée à 150 cas /100.000 habitants au lieu de 110.

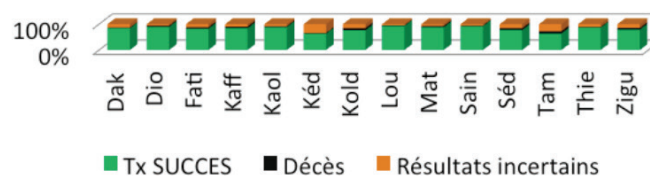
En fonction du taux de détection, Dakar enregistre 49% des cas, les régions qui suivent sont Thiès, Diourbel, Ziguinchor, Kaolack et Saint-Louis. Les zones où l'on note le plus faible taux de détection sont : Tambacounda (29%), Kaffrine (20%), Fatick (25%), Kédougou (31%) et Matam (22%). Les taux de détection dans certaines régions à faibles performances sont presque stables depuis des années.



**Figure 5 : Résultats du traitement par région, cohorte 2009, PNT Sénégal 2013**



**Figure 6 : Résultats du traitement par région, cohorte 2010, PNT Sénégal 2013**



**Figure 7 : Résultats du traitement par région, cohorte 2011, PNT Sénégal 2013**

Avec le système de recueil actif des données programmatiques mis en place par l'unité de coordination du PNT, leur complétude a atteint cette année les 100%. Il en résulte une bonne performance dans l'analyse des issues de traitement avec 9 des 14 régions ayant franchi un taux de guérison de 80% depuis trois ans. Le niveau du taux de guérison des régions de Tambacounda, de Sédhiou et de Kédougou s'est amélioré en atteignant les 50% mais reste encore faible.

### 2.1.3 Indicateurs OMD et cibles du Partenariat Halte à la TB

Les efforts de dépistage ont permis entre 1990 et 2012 d'améliorer la proportion des cas détectés par rapport aux cas attendus de 50% en 1990 à 69% en 2012 (tableau 2).

De 1990 à 2012, le taux de mortalité a baissé de 24 à 19/100.000 habitants, la prévalence de 231 à 200/100.000 habitants et l'incidence de 138 à 136/100.000 habitants. Les indicateurs OMD ne sont pas encore atteints.

Tableau 2 : Evolution de la proportion des cas détectés

Période	1990	1995	2000	2005	2009	2010	2011	2012
Proportion de cas détectés (%)	50 (42-61)	59 (49-71)	58 (49-70)	63 (63-77)	69 (58-84)	65 (55-79)	63 (53-77)	69%

### 2.1.4 Situation de la coïnfection TB/VIH

La TB est la première infection opportuniste chez les PVVIH. La proportion de malades dont la sérologie VIH est connue est passée de 51% en 2008 à 79% en 2012. La prévalence de l'infection à VIH chez les patients TB testés est de 9% en 2012. Elle est restée stable à 10% entre 2008 et 2011. La proportion des malades coïnfectés recevant un traitement préventif au Cotrimoxazole est passé de 71% en 2008 à 90% en 2012. La proportion des malades coïnfectés recevant un traitement ARV est passée de 34% en 2008 à 64% en 2012.

### 2.1.5 La tuberculose multi résistante (TBMR)

Une enquête de la résistance TBMR, conduite en 2006, indique que la proportion des formes multi résistantes de la tuberculose est de 2,1% chez les nouveaux cas et de 17% chez les cas déjà traités. Le PNT s'est doté des moyens pour diagnostiquer et traiter les patients, le suivi se faisant en ambulatoire. De 2010 à 2012, 74 cas de TB-MR ont été mis en traitement.

## 2.2 BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE 2007/2012

L'évaluation externe du programme réalisée en 2012 a permis d'identifier les forces, faiblesses, menaces, opportunités, les principaux défis et les enjeux de la mise en œuvre du programme.

### 2.2.1 Renforcement de la stratégie DOTS

#### Acquis

- Il existe une réelle volonté politique de l'Etat qui se manifeste par l'apport en ressources humaines, matérielles et financières au PNT et aux différentes structures de prise en charge des malades.
- Le plateau technique du laboratoire national de référence est relevé avec la mise en place des technologies moléculaires Xpert MTB/RIF, LPA et de la culture en milieux liquides. Le contrôle de qualité externe de la culture se fait par un laboratoire Supranational de référence certifié par l'OMS. La décentralisation est en cours dans 3 laboratoires de référence régionaux.
- Le réseau de microscopie est passé de 93 à 108 unités de microscopie au cours des deux dernières années avec la mise en place par le laboratoire national de référence (LNR) d'un système de contrôle de qualité des lames sur la quasi-totalité du territoire (97%).
- Le dépistage et la mise en traitement des cas de tuberculose sont offerts dans tous les centres de santé des districts avec un traitement ambulatoire décentralisé dans les postes de santé pour améliorer l'accès des malades au traitement supervisé.
- les schémas thérapeutiques utilisés sont conformes aux recommandations de l'OMS ;
- La commande et la distribution des médicaments sont intégrées dans le système de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA). Les fournisseurs de médicaments sont pré-qualifiés par l'OMS. Un contrôle de qualité sur le terrain est organisé par la Direction de la Pharmacie et du Médicament.

#### Faiblesses

- Le taux de notification est faible et stationnaire depuis plus de 5 ans
- Les barrières géographiques (distance du centre de santé) et financières (coût du transport pour le malade et examens diagnostic payants) retardent le recours aux soins pour une partie de la population.
- La recherche de tuberculose parmi les patients présentant une symptomatologie respiratoire suspecte n'est pas systématique entraînant une demande insuffisante d'examen de crachats;
- La radiologie reste géographiquement et financièrement peu accessible.

- Parmi 1267 Postes de santé, seuls 627 assurent la prise en charge décentralisée des malades
- Il n'existe pas de système informatisé de gestion des données à tous les niveaux ou de registre électronique permettant une analyse détaillée des données collectées sur la tuberculose.
- La lourdeur des procédures de passation de marchés publics pour l'achat d'antituberculeux couplée à un faible niveau de stock de sécurité font peser un risque de rupture de stock de médicaments

#### *Opportunités*

- L'existence de ressources humaines de qualité à tous les niveaux de la pyramide y compris dans le privé ;
- La structuration adéquate du système de santé ;
- L'engagement de l'Etat à financer les programmes prioritaires ;

### **2.2.2 TB/VIH**

L'intégration TB/VIH en vue de réduire la morbi-mortalité liée à la coinfection est un des axes stratégiques du programme. Elle est articulée autour des 12 points de collaboration définis par l'OMS et adoptés par les 2 programmes.

#### *Acquis*

- Un comité conjoint TB-VIH est mis en place pour assurer la coordination des activités (groupe de travail TB/VIH et comité technique national TB/VIH)
- La proportion de patients TB testés pour le VIH est passée de 69% en 2010 à 79 % en 2012.
- La proportion de tuberculeux co-infectés recevant une prophylaxie par le cotrimoxazole (CTX) a atteint 90% en 2012 et leur mise sous ARV 64% la même année.
- Les référentiels et outils de collecte des données des 2 programmes ont été harmonisés,
- Des revues conjointes TB-VIH semestrielles sont organisées dans toutes les régions.
- L'étude pilote du Traitement Préventif à l'INH (TPI) a démarré dans 4 districts depuis décembre 2011.

#### *Faiblesses*

- Le dépistage VIH chez les patients tuberculeux n'est pas encore optimal.
- Le taux de mise sous ARV reste insuffisant malgré un bond de 16 points en 2012.
- La recherche de la tuberculose chez les PVVIH n'est pas notifiée.
- Les cadres de concertation du VIH du niveau opérationnel n'intègrent pas la tuberculose.

#### *Opportunités*

- Il existe un paquet intégré de services dans le cadre du RSS qui renforce la collaboration TB-VIH/SIDA, SR et Paludisme
- Les deux programmes sont financés par le Fonds mondial et USAID/FHI 360.
- L'existence de cadres de concertation pour le VIH au niveau opérationnel

### **2.2.3 Prise en charge de la TB-MR**

La prise en charge des TB-MR a effectivement débuté en 2010. Elle est gratuite et se fait en ambulatoire au niveau de 15 districts. Un centre de traitement de référence est en cours de rénovation au sein du service de Pneumologie de Fann.

#### *Acquis*

- Lors du démarrage des activités, un comité de pilotage statue sur l'éligibilité et le suivi des cas sous traitement
- Depuis 2010, 74 malades TB-MR ont été enrôlés dans des schémas de traitement de 24 mois. La cohorte des 10 premiers malades qui ont terminé leur traitement compte un décès et 9 patients guéris.
- La prise en charge des TB-MR est gratuite et se fait en ambulatoire au niveau de 15 sites de prise en charge répartis dans 5 régions ;
- Les examens biologiques spécialisés gratuits sont effectués par le laboratoire de biologie de l'université de Dakar et le suivi bactériologique est assuré par le LNR.



- Les patients bénéficient d'un appui nutritionnel durant les six premiers mois et d'un appui psychosocial continu.
- Les sites de prise en charge sont régulièrement supervisés.
- Une unité de 10 lits répondant aux normes de prévention de la transmission de l'infection tuberculeuse est sur le point d'être achevée. Cette unité servira de centre de référence pour la TB-MR
- Les structures qui prennent en charge les TB-MR sont accompagnées pour mettre en place des mesures de lutte contre l'infection (Masque, conseils environnementaux etc..).

#### *Faiblesses*

- Les méthodes de diagnostic de la TB/MR ne sont disponibles qu'à Dakar.
- L'achat des médicaments de deuxième ligne est totalement dépendant de financements extérieurs.

#### *Opportunités*

La décentralisation des techniques de diagnostic des TB-MR (Xpert MTB/RIF) dans trois régions est en cours.

### **2.2.4 Lutte contre la transmission de l'infection tuberculeuse**

Les mesures de contrôle de l'infection tuberculeuse complètent les efforts de contrôle de l'infection nosocomiale. Ces différentes mesures doivent être mises en place comme un paquet.

#### *Acquis*

Le PRONALIN a assuré la formation des équipes dans tous les Hôpitaux et les Centres de Santé avec la mise en place des Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales (CLIN) disposant de plans d'action à mettre en œuvre sur financement propre.

#### *Faiblesses*

- Le CLIN dans sa forme actuelle ne prend pas en compte la lutte contre la transmission aérienne
- Les plans de lutte contre l'infection dans les structures périphériques ne sont pas encore opérationnels

#### *Opportunités*

- Le PRONALIN est sous bénéficiaire de différentes subventions du FM pour la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'infection.
- Des financements sont disponibles dans le R10 pour l'achat de masques, de lampes UV et d'extracteurs d'air pouvant couvrir 7 structures.

### **2.2.5 Tuberculose de l'enfant**

L'essentiel des cas de tuberculose chez l'enfant est diagnostiqué au niveau des centres hospitaliers et pédiatriques.

#### *Acquis*

- Un guide intégrant le diagnostic de présomption est élaboré avec les pédiatres pour renforcer l'accès au diagnostic précoce, le dépistage actif des enfants contacts de patients tuberculeux et la chimioprophylaxie des enfants.
- Une centaine de médecins a été formée sur la prise en charge de la tuberculose de l'enfant conformément aux recommandations.
- Des formulations pédiatriques sous formes combinées sont disponibles sur toute l'étendue du territoire national pour le traitement des enfants.

#### *Faiblesses*

- La prise en charge des enfants sains contacts de patients tuberculeux est encore faible (3505 enfants sous chimioprophylaxie à l'INH en 2012 pour 8300 TPM+).
- Le dépistage de la tuberculose de l'enfant dans la consultation primaire curative (CPC) est insuffisant.

- La radiographie et la tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose de l'enfant sont peu accessibles (coût et disponibilité)
- De nombreux prestataires des structures hospitalières et du privé ne sont pas orientés sur les normes de dépistage et la prise en charge de la tuberculose de l'enfant.

#### *Opportunités*

- Existence de Guide de prise en charge de la TB de l'enfant
- Existence de financements pour l'achat de tuberculine avec le R10

### **2.2.6 Implication de tous les soignants**

Cette stratégie consiste à impliquer tous les soignants à dispenser des soins conformes aux normes internationales adoptées par le PNT.

Ceci englobe toutes les formes de collaboration qui ont pour but d'assurer la prestation de soins antituberculeux de base dans une communauté, tant de type public-privé (entre les programmes nationaux et le secteur privé), public-public (entre les programmes nationaux et les autres prestataires de soins du secteur public) que privé-privé (par ex. entre une ONG ou un hôpital privé et les prestataires privés du voisinage).

#### *Acquis*

- Il existe une convention entre le PNT et l'Administration pénitentiaire qui dispense des soins conformes aux directives du PNT en milieu carcéral
- La collaboration avec l'Education nationale et l'Enseignement supérieur affiche des progrès significatifs

#### *Faiblesses*

- Les prestataires privés sont peu impliqués dans la prise en charge
- La cartographie des structures privées, parapubliques et des entreprises en vue d'un recueil des données n'est pas disponible dans les districts et régions médicales
- La collaboration avec les tradipraticiens n'est pas optimale et encore peu étendue

### **2.2.7 Prise en charge des groupes vulnérables**

Les groupes vulnérables identifiés sont les détenus, les élèves des écoles coraniques, les étudiants des universités, les femmes de ménage.

#### *Acquis*

- L'orientation des pairs éducateurs au niveau des maisons d'arrêt et de correction est une activité menée par le programme depuis 2010.
- Les infirmeries ont été érigées en unités de traitement mises sous la responsabilité du district d'appartenance.
- Les associations de PVVIH ont été orientées sur la tuberculose et la coïnfection TB/VIH
- Des campagnes de dépistage actif par radiographie numérique ont démarré au niveau des universités et des daaras

#### *Faiblesses*

Il n'existe pas de politique de prise en charge de la comorbidité tuberculose/ diabète.

### **2.2.8 Contribution au renforcement du système de santé**

La Contribution au renforcement du système de santé considère l'impact des actions de lutte contre la tuberculose sur le système général de santé. Les fonctions clés exigent des ressources suffisantes et du personnel pour des unités du programme à tous les niveaux, et pour la supervision.

L'Approche pratique de santé respiratoire (APSR) est une stratégie qui vise à améliorer la prise en charge des maladies respiratoires prioritaires, en particulier la TB, les infections respiratoires aiguës et les maladies respiratoires chroniques (Asthme et broncho-pneumopathies chroniques obstructives).

*Acquis*

- Des équipements informatiques ont été livrés à 77 centres de traitement et 14 régions médicales.
- La stratégie APSR a été introduite avec le démarrage de la formation de 100 médecins. Des kits APSR sont disponibles pour l'opérationnalisation de cette approche dans 8 structures de santé.
- Le LNR, 10 laboratoires périphériques (districts) et 3 laboratoires régionaux ont été réhabilités pour les mettre aux normes

*Faiblesses*

- Une non-appropriation de l'APSR par la Division de Lutte contre les Maladies non transmissibles

**2.2.9 Recherche**

La recherche est une des priorités du programme bien que faiblement développée.

*Acquis*

- La recherche est prise en compte dans l'organigramme de l'unité de coordination du PNT à travers le « Bureau Formation et Recherche » qui se charge de coordonner les activités de recherche.
- Des initiatives de recherche sont menées par les instituts de recherche et l'université
- Le besoin en recherche opérationnelle est pris en compte dans le plan d'action du PNT

*Faiblesses*

- Les résultats des recherches opérationnelles sur la tuberculose des écoles de formation et des universités ne sont pas capitalisés au niveau du programme pour faire évoluer les normes et approches.
- Les recherches sur la TB initiées par d'autres départements ne sont toujours pas mises en œuvre avec l'implication des responsables du PNT.

**2.2.10 Renforcement des capacités d'agir des communautés et des patients TB**

La problématique de la TB au Sénégal reste marquée par le faible dépistage des cas incidents, le retard au diagnostic en raison d'un faible accès des populations aux soins et à la persistance de la stigmatisation. Ces interventions communautaires sont constituées de 2 volets; un paquet d'activités de Plaidoyer, Communication et Mobilisation sociale et un autre de soins communautaires TB.

*Acquis*

- Le programme communautaire d'appui au PNT avec Plan Sénégal et ses ONG sous bénéficiaires a démarré depuis 2012 et couvre 55 districts du pays.
- Des conventions ont été initiées avec les secteurs de l'éducation, de la culture, de la jeunesse et des sports pour la sensibilisation et l'éducation à la tuberculose.
- Campagnes de sensibilisation, plaidoyer et dépistage de la TB lors de la journée mondiale TB avec les partenaires techniques et financiers et les communautés de base.
- Des cadres de concertation existent à tous les niveaux avec les acteurs communautaires

*Faiblesses*

- Le programme communautaire d'appui au PNT ne couvre qu'une partie de la zone de responsabilité des postes de santé
- Les communicateurs traditionnels et les tradipraticiens ne sont pas assez impliqués dans la lutte contre la TB.
- La collaboration avec les religieux et les élus locaux est timide à tous les niveaux

*Opportunités*

- Les partenaires techniques et financiers ont affiché leur volonté de financer les activités de communication sur la tuberculose ;
- Le développement des nouvelles technologies d'information et de la communication (NTIC) au Sénégal peut être mis à profit pour vulgariser les messages sur la TB ;

- La densité et la diversité du paysage médiatique au Sénégal est un atout majeur pour développer une communication pour le grand public
- La promotion des langues nationales est une opportunité pour freiner les barrières linguistiques
- Il existe un tissu associatif assez développé et un engagement communautaire très fort autour des questions de santé pouvant être vecteur d'intégration entre les différents programmes

### **2.2.11. Gestion, coordination, suivi évaluation, communication**

La lutte contre la tuberculose est entièrement intégrée dans le système de santé et s'appuie sur les structures. Les centres et postes de santé disposent de personnel compétent pour le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose. Cependant le nombre est parfois insuffisant et certains hôpitaux n'ont pas de « point focal tuberculose » pour assurer le suivi des malades.

L'état assure l'achat des médicaments de première ligne, les dépenses de fonctionnement et les salaires du personnel du PNT. Le programme dépend cependant à plus de 80% de ressources extérieures qui ont baissé avec le désengagement de plusieurs partenaires (LHL, Banque mondiale, Lilly-MDR, USAID/FHI360).

#### *Acquis*

- Les activités de lutte contre la tuberculose sont intégrées au paquet d'activités de chaque district (consultation de tri, laboratoire, CDT, pharmacie, IEC, formation, supervision).
- Un point focal TB chargé de la coordination des activités en appui au médecin-chef est disponible au niveau de chaque région médicale et de chaque district sanitaire
- Le personnel du programme, les infrastructures et les équipements ont été renforcés dans le but de s'adapter aux nouvelles exigences de la lutte
- Les indicateurs TB sont généralement bien suivis par les responsables et partagés dans les cadres de suivi des performances du ministère
- Les supervisions sont menées à tous les niveaux.
- Des réunions de coordination avec le personnel, les partenaires techniques, financiers et communautaires (TBTEAM) sont régulièrement tenues.

#### *Faiblesses*

- Les financements disponibles ne sont pas suffisants pour prendre en charge les besoins de formation des prestataires et du personnel communautaire.
- Le financement des activités communautaires est insuffisant.
- Il n'existe pas toujours de points focaux TB responsables du suivi des malades, de la collecte des données TB et de la coordination des activités dans les hôpitaux.
- Le laboratoire et les services du PNT sont devenus trop exigus pour accueillir un effectif complémentaire.
- Le PNT ne dispose pas de locaux pour abriter une bibliothèque et une unité de radiographie numérique
- Il n'existe pas assez de Personnels dans l'unité de coordination du PNT, en particulier les techniciens supérieurs de santé.

### **2.2.12. Communication du programme**

La communication sur la tuberculose est un domaine important du programme qui nécessite d'être renforcé en dépit des efforts fournis depuis quelques années. Le faible niveau de connaissances des populations sur la tuberculose reste une préoccupation du PNT. Les outils de communication ne sont pas toujours disponibles dans les centres de prise en charge.

#### *Acquis*

- Un bureau « communication et partenariat » existe au PNT ainsi que la mise en place d'une « commission communication » dans le comité de pilotage national
- La journée mondiale qui est un moment de mobilisation nationale est régulièrement célébrée avec les partenaires techniques, financiers et les communautés de base
- Des contrats médias ont été passés avec les radios et les télévisions dans le cadre de la diffusion des messages spécifiques

*Faiblesses*

- Les ressources allouées à la communication ne sont pas à la hauteur des défis qui interpellent le programme
- Le partenariat est encore timide avec les médias (radio, TV), les organisations civiles et politiques
- Les outils de communication sont insuffisants et non diversifiés dans les structures périphériques
- Les ressources financières pour la réédition des outils de communication sont insuffisantes

## III. CADRE STRATEGIQUE

## III. CADRE STRATEGIQUE

Le plan stratégique 2013-2017 s'inscrit dans la mise à l'échelle du contrôle de la tuberculose en vue d'atteindre les OMD et les objectifs du partenariat « Halte à la Tuberculose ». Il prend en compte les recommandations de la revue externe du programme, réalisée en décembre 2012.

### 3.1 VISION ET MISSIONS DU PNT

#### • Vision

Le Programme National de lutte contre la tuberculose vise, d'ici 2050, «Un Sénégal émergent sans tuberculose»

#### • Missions

- Adapter les directives internationales relatives à la lutte contre la tuberculose.
- Concevoir et mettre en œuvre des stratégies aptes à renforcer la lutte contre la tuberculose.
- Planifier, coordonner et de gérer les activités de lutte contre la tuberculose ;
- Mobiliser les ressources humaines, techniques et financières nécessaires à cette lutte ;
- Promouvoir l'information, la sensibilisation et la communication en matière de lutte contre la tuberculose ;
- Assurer la qualité du réseau de microscopie et surveiller la résistance primaire aux médicaments ;
- Faire le suivi et l'évaluation de la politique nationale de lutte contre cette maladie

### 3.2 PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes directeurs du PNDS sont ceux qui guident la réponse à l'endémie tuberculeuse au Sénégal.

Il s'agit de :

- L'équité dans l'accès aux soins de qualité

L'accès aux soins de santé de qualité sera garanti à toute la population, quel que soit le statut socio-économique et le genre.

- La gestion axée sur les résultats

La gestion axée sur les résultats sera promue à travers le renforcement de la planification opérationnelle, avec une allocation des ressources basée sur la performance.

- L'amélioration de la gouvernance sanitaire

La responsabilisation des prestataires de soins, la participation active des populations bénéficiaires et une meilleure implication des collectivités locales permettront de mettre en place des mécanismes de gestion et de contrôle garantissant la transparence à tous les niveaux.

- La complémentarité et la synergie des programmes de santé

La synergie d'action avec les autres services et programmes du Ministère en charge de la Santé, les partenaires d'appui et les autres secteurs de développement guidera la mise en œuvre du plan stratégique pour une meilleure efficacité des interventions et la rationalisation des ressources engagées.

### 3.3 BUT ET OBJECTIFS DU PLAN STRATEGIQUE

#### • But

Le Plan Stratégique de lutte contre la tuberculose a pour but de contribuer à améliorer la santé de la population sénégalaise par la réduction significative du poids de la tuberculose.

#### • Objectif général

Réduire d'au moins 50% la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose, d'ici 2017.

#### • Objectifs spécifiques

- Diagnostiquer au moins 75% des cas attendus de tuberculose toutes formes confondues ;
- Traiter avec succès au moins 90% des nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués ;

- Dépister l'infection à VIH chez au moins 95% des tuberculeux ;
- Prendre en charge 100% des patients coinfectés TB/VIH;
- Dépister au moins 50% des cas attendus de TB-MR ;
- Guérir au moins 75% des patients atteints de TBMR mis sous traitement ;

### 3.4 ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Pour répondre à ces grands défis, le présent plan propose sept orientations stratégiques

#### 3.4.1. Intensification de la détection des cas de tuberculose dans les services de santé

*Objectif 1.1* : renforcer les interventions du laboratoire national de référence (LNR) dans le domaine des nouvelles technologies, du contrôle de qualité et des formations.

##### *Cibles*

- 100% des prélèvements positifs à l'examen Xpert MTB/RIF et montrant une résistance à la Rifampicine seront mis en culture et soumis aux tests de sensibilité.
- 95% des unités de microscopie seront soumises au contrôle de qualité externe
- 250 techniciens de laboratoire seront formés en techniques de microscopie

##### *Interventions de mise en œuvre*

- Renforcement du plateau technique du LNR et des laboratoires périphériques  
Le LNR joue un rôle capital dans l'assurance qualité, la formation et la confirmation du diagnostic de TBMR. Un personnel supplémentaire y sera affecté afin de faire face aux exigences de gestion de la qualité et de mise en place de nouvelles technologies.  
Le GeneXpert sera mis en place dans les 14 régions. Il contribuera au diagnostic de la TB chez les enfants, des TPM- des TEP, de la TB chez les PVVIH et des cas suspects de TBMR. Les laboratoires régionaux de Kaolack, Kolda et Saint-Louis seront renforcés en équipement de culture et en biosécurité.  
Les agents des laboratoires concernés bénéficieront de sessions de formation périodiques. Les stages pratiques seront élargis aux écoles, instituts de formation et universités.
- Assurance qualité du réseau de microscopie  
Le contrôle de qualité des tests de sensibilité et des tests moléculaires par le Laboratoire Supra National sera maintenu et renforcé par la prise en compte des tests réalisés au niveau des laboratoires régionaux de référence. Le contrôle de qualité interne de la microscopie sera soutenu par des supervisions orientées vers la résolution des problèmes afin de consolider les performances du réseau de microscopie. Le LNR mènera une politique de gestion de la qualité qui devrait conduire vers l'accréditation. Cette assurance qualité sera soutenue par un programme régulier de maintenance des instruments et équipements du LNR y compris ceux de la biosécurité.

*Objectif 1.2* : Etendre la couverture en unités de microscopie dans le réseau de laboratoires.

*Cibles* : Une unité de microscopie pour 100 000 habitants par district

##### *Interventions de mise en œuvre*

- Extension de la couverture en unités de microscopie  
L'introduction des nouvelles technologies va se poursuivre avec la mise en place de microscopes à fluorescence (LED) plus performants au niveau des unités de microscopie du réseau (lecture plus rapide d'une lame et une sensibilité plus grande). La couverture en unités de microscopie va s'étendre afin d'améliorer l'accès au diagnostic de la TB dans toutes les localités du pays, particulièrement dans les zones enclavées ou d'accès difficile pour augmenter l'offre de services et réduire les déplacements des populations.  
Le PNT développera une approche permettant d'intégrer la recherche de BK dans tous les laboratoires des hôpitaux nationaux, régionaux et privés. L'approvisionnement et la mise à disposition des consommables pour la microscopie se poursuivra dans les conditions prévues par le PNT.



- Développement d'un système de transport des prélèvements de laboratoire  
Un système de transport des prélèvements sera mis en place dans les structures sanitaires ne disposant pas d'unité de microscopie afin d'assurer un diagnostic précoce de la tuberculose et le suivi bactériologique adéquat des malades sous traitement. A cet effet, des boîtes de transport à thermostat seront mises en place dans les structures sanitaires. Les modalités d'appui financier au transport des prélèvements seront étudiées en fonction des situations.

*Objectif 1.3*: Renforcer la recherche systématique de la tuberculose dans les services de consultation externe

#### *Cibles*

75% des cas attendus toutes formes sont notifiés par an d'ici 2017

#### *Interventions de mise en œuvre*

- Renforcement des capacités diagnostiques des structures de santé  
Pour tarir la source de l'infection, un plus grand nombre de patients devra être dépisté par rapport aux années passées.  
Le dépistage passif à l'initiative du patient au cours de la consultation générale sera assuré par des services plus performants de consultation et de diagnostic permettant de réduire les occasions manquées de détection des cas de tuberculose et leur notification.  
Des stratégies innovantes seront mises en œuvre pour la recherche de « tousseurs » dans les structures, pour réduire le temps d'attente dans les consultations et au laboratoire.  
Les moyens de détection radiologique de la tuberculose et les outils de haute portée diagnostique seront mis en place dans chaque région.
- Développement de l'Approche Pratique de Santé Respiratoire  
L'Approche pratique de santé respiratoire (APSR) est recommandée par l'OMS pour la prise en charge des affections respiratoires. Son intégration dans la lutte contre la tuberculose est justifiée pour le dépistage précoce des cas de tuberculose dès les premiers symptômes.  
A cet effet, les personnels (médecins et infirmiers chargés du tri et ICP) de la consultation générale seront capacités sur l'APSR pour leur permettre de mieux prendre en charge les cas présentant une affection respiratoire afin d'améliorer le dépistage de la tuberculose pulmonaire. Des kits diagnostiques seront mis en place dans les structures de santé et devront faciliter la mise en œuvre de cette stratégie.
- Implication de tous les prestataires  
La prise en charge des cas dans le privé et dans les hôpitaux sera réorganisée selon de nouvelles orientations pour une plus grande implication des prestataires.  
Les prestataires privés répondant aux critères préétablis vont être progressivement intégrés dans la prise en charge par les régions médicales. Les interventions au niveau des structures de santé militaires et paramilitaires seront renforcées avec une plus grande responsabilisation des acteurs.  
Les tradipraticiens seront orientés sur la tuberculose et des outils de référence des cas suspects mis à leur disposition.  
L'implication de tous les soignants dans la lutte contre la tuberculose favorisera le dépistage précoce et une prise en charge selon les normes du PNT.

*Objectif 1.4*: Renforcer le dépistage des cas de TB-MR d'ici 2017

#### *Cibles*

Au moins 50% des cas attendus de TBMR sont diagnostiqués en 2017

#### *Interventions de mise en œuvre*

- Intensification du dépistage de la TBMR  
La prise en charge de la tuberculose multi résistante est une intervention majeure qui contribue à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la tuberculose. La prévention de la tuberculose multi résistante exige la mise en œuvre d'une stratégie DOTS de qualité. Avec le développement des nouvelles technologies, le GeneXpert facilitera le diagnostic des patients TBMR.

Le dépistage intensif des cas multi résistants déjà proposé sera renforcé par la mise en place d'au moins un appareil de GeneXpert dans chaque région. Ainsi, les patients appartenant aux groupes cibles vont bénéficier d'un diagnostic rapide au niveau régional et la confirmation par le PCR et la LPA se fera au niveau du LNR. Un système de transport d'échantillon vers le laboratoire améliorera l'accès aux méthodes de diagnostic rapide de la TBMR.

Le LNR assurera la culture et les antibiogrammes selon les protocoles en vigueur pour tous les patients identifiés résistant à la Rifampicine par Xpert MTB/RIF quel que soit le lieu de l'examen.

*Objectif 1.5 : Renforcer le dépistage de la TB toutes formes confondues chez les enfants*

#### *Cibles*

Les formes notifiées de la tuberculose chez l'enfant passent de 6 à 8% de l'ensemble des cas

#### *Interventions de mise en œuvre*

- Plaidoyer pour l'intensification de la détection de la TB chez l'enfant  
Pour renforcer le dépistage de la tuberculose chez l'enfant, le PNT collaborera étroitement avec les structures techniques du niveau central et les services de soins pédiatriques. Un plaidoyer sera fait au niveau des services pour que la TB chez les enfants trouve une place de choix dans la consultation. Une seconde séance de plaidoyer sera menée auprès des partenaires pour faciliter l'accès aux soins en particulier aux unités de dépistage. Elle ciblera les secteurs ministériels concernés, l'UNICEF, les ONG, le Secteur privé, les Organisations religieuses et caritatives.
- Renforcement du diagnostic de la tuberculose chez l'enfant  
Le diagnostic de la tuberculose de l'enfant sera renforcé avec la mise en place du GeneXpert pour l'aide au diagnostic. Des initiatives de gratuité de la radiographie seront développées pour renforcer l'accès au diagnostic.  
Les structures communautaires seront mises à profit pour la recherche et l'orientation des enfants de moins de cinq ans contacts de patients tuberculeux pour l'administration du traitement préventif à l'INH (TPI).  
Les prestataires de soins qui assurent la consultation pédiatrique seront capacités pour le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose de l'enfant. Le guide national de prise en charge sera édité et largement diffusé. L'approvisionnement en médicaments prendra en compte les formes pédiatriques des antituberculeux pour leur disponibilité en quantité suffisante. La disponibilité de la tuberculine sera étendue aux centres de santé.  
La promotion du dépistage actif et du suivi des jeunes âgés de moins de 15 ans contacts d'un cas de tuberculose sera développée selon les normes. La fiche de screening de l'enfant contact sera administrée à cette cible.

*Objectif 1.6 : Intensifier la recherche de la tuberculose chez les PVVIH afin de réduire la charge de morbidité liée à la coinfection TB/VIH*

#### *Cibles*

à la fin de 2017, au moins :

- 90% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficient d'une évaluation documentée de leur statut TB à chaque contact
- 95% des patients tuberculeux seront dépistés au VIH

#### *Interventions de mise en œuvre*

- Recherche du VIH chez les tuberculeux  
Le PNT en collaboration avec le programme du VIH/SIDA mettra en place le dispositif nécessaire au dépistage précoce du VIH chez les patients TB nouvellement diagnostiqués. A cet effet, le programme VIH renforcera les capacités des prestataires TB pour le dépistage, la prise en charge et la prévention de l'infection par le VIH. Un module de formation sur l'infection par le VIH intégrant le counselling, la PCIMAA et la technique d'utilisation du test de diagnostic rapide sera vulgarisé.

- Recherche de la tuberculose chez les PVVIH

Le diagnostic précoce et la prévention de la Tuberculose chez les PVVIH permettra d'augmenter les chances de survie et d'améliorer leur qualité de vie. Les services de gestion des PVVIH assureront le dépistage actif à chaque contact. L'acquisition de GeneXpert et leur mise en place dans les régions et districts vont permettre d'accélérer la recherche de la TB chez les PVVIH. Ainsi, tous les cas suspects bénéficieront de l'examen des crachats par le Xpert MTB/RIF. Les PVVIH nouvellement identifiées et indemnes de tuberculose à leur inclusion seront mises sous Thérapie préventive à l'INH (TPI).

*Objectif 1.7 : Intensifier la recherche de l'association Tuberculose et Diabète*

*Cibles*

- 80% des patients tuberculeux de plus de 35 ans seront dépistés au diabète
- Au moins 90% des diabétiques bénéficieront d'une évaluation clinique de leur statut TB à chaque contact

*Interventions de mise en œuvre*

- Renforcement des mécanismes de collaboration TB/Diabète

Le poids du diabète augmente à l'échelle mondiale, en particulier dans les pays en voie de développement. Les diabétiques sont plus exposés à la tuberculose en raison de leur déficit immunitaire. Le PNT impulsera le développement de la collaboration et l'intégration des activités de contrôle de la TB et du diabète afin de prévenir la gravité de la TB chez les patients diabétiques.

L'intégration des programmes de contrôle de la TB et du diabète faciliterait la prévention et une prise en charge précoce des patients. La stratégie proposée, analogue à celle de la lutte contre la coinfection TB/VIH, passera par la mise en place de mécanismes de collaboration efficaces visant à réduire les risques de décès liés à l'association de ces deux pathologies.

- Elaboration d'un document référentiel sur l'association TB/diabète

Un document référentiel pour l'association TB/diabète sera élaboré de concert avec le programme national de lutte contre le diabète en tenant compte des recommandations internationales (collaborative Framework for care and control of tuberculosis and diabetes : Union/OMS). Le PNT impulsera la dynamique de coordination avec ce programme qui va intégrer les instances d'activités conjointes TB/VIH.

- Gestion efficace de la co-morbidité TB/Diabète

Les prestataires des consultations générales et des centres de prise en charge du diabète seront orientés sur le dépistage et la prise en charge de la co-morbidité. L'accès au diagnostic sera favorisé par la mise en place d'unités de microscopie au niveau des dits centres spécialisés au besoin. L'accès aux examens recommandés pour le contrôle du diabète sera renforcé. Le glucomètre sera disponible au niveau des CDT et les patients TB présentant une glycémie élevée bénéficieront du dosage de l'hémoglobine glyquée (l'HbA1c). L'équilibre glycémique chez les diabétiques et les aspects liés au diabète seront intégrés dans le module de formation classique du PNT.

L'accès au diagnostic de la TB sera renforcé chez les diabétiques suivis sur la base d'un référentiel. L'information et la sensibilisation des patients et communautés sur les risques d'association du diabète et de la tuberculose se feront en utilisant tous les moyens de communication disponibles afin de toucher largement les populations pour un dépistage précoce de la tuberculose et sa prise en charge. Dans les stratégies de communication des programmes TB et Diabète, la notion d'association Diabète/ Tuberculose sera intégrée dans tous les messages.

*Objectif 1.8 : Intensifier la recherche de la tuberculose chez les populations difficiles d'accès ou en situation d'urgence*

*Interventions de mise en œuvre*

- Dépistage actif chez les populations transhumantes et en situation difficile

Il s'agira d'abord pour les transhumants (éleveurs, travailleurs saisonniers ...) d'identifier les zones de transhumance, de même que leur circuit. La prise en charge de la tuberculose sera décentralisée dans les postes de santé situés le long de ces circuits pour permettre l'accès au traitement durant leur déplacement. A l'endroit des populations déplacées (catastrophes naturelles, inondations ou conflits armés) un guide sera

mis en place par le programme pour recommander une conduite à tenir pour les districts devant les situations d'urgences. Des campagnes de sensibilisation seront organisées au niveau des sites d'hébergement, de même que l'orientation des cas suspects vers les structures de référence de la zone. Les mesures de lutte contre l'infection dans les sites de recasement seront menées pour contrôler la transmission.

- Screening de la TB dans les populations à risque

En partenariat avec les structures d'encadrement, des campagnes de sensibilisation et de dépistage de masse seront organisées à l'endroit des cibles organisées, avec une orientation des cas suspects vers les structures de soins les plus proches. Les unités mobiles de radiographie numérique seront déployées dans les régions à forte densité de populations et les campagnes de dépistage radiologique seront organisées en conséquence.

### **3.4. 2. Intensification de la prise en charge de la tuberculose dans les groupes vulnérables, les collectivités et dans la communauté.**

*Objectif 2.1* : Mettre en place dans tous les établissements pénitentiaires une prise en charge documentée de la tuberculose chez les détenus.

#### *Cibles*

- 100% des établissements pénitentiaires font un rapport annuel de la gestion des cas de tuberculose
- 100% des établissements pénitentiaires appliquent les mesures de contrôle de l'infection Tuberculeuse

#### *Interventions de mise en œuvre*

- Renforcement du dispositif de PEC des MAC

L'administration pénitentiaire sera appuyée dans l'organisation d'un dépistage systématique documenté de la tuberculose autour d'un cas. Une demande d'examen de BAAR sera établie à cet effet. Les infirmiers des différents établissements pénitentiaires seront formés et supervisés sur la prise en charge des cas et la tenue des supports de collecte mis en place.

Le diagnostic microscopique sera réalisé au niveau du laboratoire du district. L'infirmerie de la MAC assurera la prise en charge comme une unité de traitement. En collaboration avec l'administration pénitentiaire, des outils du système d'information du PNT seront mis en place dans tous les établissements pénitentiaires. Les données de l'administration pénitentiaire seront collectées et analysées annuellement pour suivre l'évolution de la tuberculose en milieu carcéral. Un système de remontée des informations vers le niveau central et la Direction de l'Administration pénitentiaire sera mis en place.

Ce dispositif sera appuyé par des activités de sensibilisation des personnels de l'administration pénitentiaire.

- Mesures de contrôle de l'infection

En collaboration avec les Directeurs des établissements, les mesures de lutte contre l'infection dans tous les établissements pénitentiaires seront renforcées avec une extension de la mise en place des extracteurs d'air. Des pairs éducateurs seront régulièrement formés pour une participation active des détenus au dépistage et au traitement des tousseurs. Les cas dépistés recevront durant leur détention les indications sur les structures à consulter à la sortie pour la poursuite du traitement. Le Programme en rapport avec l'Administration pénitentiaire va élaborer et mettre en place des supports d'information spécifiques à cette structure.

*Objectif 2.2* : Mettre en place dans les universités une prise en charge documentée de la tuberculose pour les étudiants et le personnel

#### *Cibles*

- Au moins 90% des universités mènent des interventions sur la TB
- Au moins 90% des universités élaborent un rapport annuel de la gestion des cas de tuberculose

*Interventions de mise en œuvre*

- **Renforcement du dispositif de PEC dans les universités**  
Les structures universitaires, surtout celles de Dakar connues pour leur surpeuplement seront les cibles de programmes de communication avec l'organisation annuelle de journées de sensibilisation. Cette activité ciblera tous les instituts, CUR, universités et écoles de formations. Des pairs éducateurs parmi les étudiants et les agents des universités seront recrutés et formés pour l'identification et l'orientation des cas symptomatiques de tuberculose dans l'espace universitaire. Les unités radiologiques seront déployées pour le screening des nouveaux étudiants à l'inscription, le recrutement des contractuels et lors de la visite annuelle du personnel permanent. Les informations de ce secteur seront capitalisées à travers des outils spécifiques pour suivre les tendances dans ce groupe vulnérable.
- **Prévention de la stigmatisation de la TB**  
La sensibilisation des étudiants pour éviter la stigmatisation des étudiants atteints de tuberculose sera renforcée à travers la mise en œuvre des plans d'actions. Dans cette dynamique, les unités radiologiques seront déployées pour le screening des contacts du tuberculeux.

*Objectif 2.3 : Assurer la détection active des tousseurs chroniques dans la communauté*

*Cibles :*

Toutes les 14 régions bénéficieront du dispositif spécial de la radiographie mobile pour la détection et l'orientation de tousseurs

*Interventions de mise en œuvre*

- **Renforcement du dépistage de la tuberculose pulmonaire par la radiographie numérique mobile**  
En collaboration avec les régions médicales et les responsables de la tuberculose dans les zones ciblées du pays, le PNT planifiera des sorties régulières dans les régions à forte charge TB pour dépister les tousseurs chroniques issus de la communauté. Ces stratégies de dépistage actif cibleront également les zones à fort rassemblement (loumas, gares routières, marchés, travailleurs du secteur public, parapublic, organisations professionnelles, zones rurales, événements spéciaux). Les stratégies de dépistage pourront être couplées périodiquement avec celles du VIH/SIDA.

**3.4.3. Administration d'un traitement anti tuberculeux de qualité**

*Objectif 3.1 : Assurer la prise en charge correcte de la tuberculose*

*Cibles*

- Au moins 90% de succès thérapeutique chez les nouveaux cas de tuberculose est atteint en 2017
- Moins de 5% des cas de tuberculose mis au traitement sont des perdus de vue
- 100% des patients coinfecteds TB/VIH recevront une chimio prophylaxie au cotrimoxazole
- Au moins 95% des patients coinfecteds TB/VIH recevront une trithérapie antirétrovirale
- La décentralisation est étendue à au moins 90% des postes de santé

*Interventions de mise en œuvre*

- **Renforcement de la décentralisation du traitement**  
La décentralisation va se poursuivre et la prise en charge sera étendue à au moins 90% des postes de santé. La communication interpersonnelle avec les malades au début et tout au long du traitement sera améliorée avec une systématisation de l'utilisation des échéanciers au niveau des CDT pour une identification précoce des irréguliers au traitement. Le traitement restera gratuit car la subvention de l'Etat est de rigueur depuis des années avec une enveloppe qui augmente progressivement. La prescription de schémas courts et l'utilisation de médicaments combinés seront maintenues.
- **Renforcement du suivi des patients**  
L'accent sera mis sur l'achèvement du traitement pour au moins 90% des patients nouveaux cas. La recherche des irréguliers contribuera à l'atteinte de cet objectif. Les interventions communautaires

menées par les OCB avec l'encadrement des ONG et des structures de santé seront mises à profit pour la relance des irréguliers. Des interventions spécifiques seront développées dans les zones transfrontalières avec la Croix Rouge Sénégalaise pour prévenir les perdus de vue.

- **Intégration des services TB/VIH**

L'intégration de la prise en charge de l'infection par le VIH et de la tuberculose au niveau des centres et unités de traitement de la tuberculose offre l'accès à un service unique pour une administration optimale du traitement antituberculeux, du cotrimoxazole et des ARV chez les patients coinfectés. Les prestataires des unités décentralisées seront capacités pour l'administration des ARV sous la supervision des médecins de district.

*Objectif 3.2 : Assurer l'extension de la prise en charge de la tuberculose multirésistante*

*Cibles*

La décentralisation du traitement est effective dans les 14 régions du Sénégal

*Interventions de mise en œuvre*

- **Décentralisation de la prise en charge de la TBMR**

La prise en charge de la TBMR sera effective au niveau de l'ensemble des régions du pays. Le renforcement de capacités des ressources humaines et des structures sanitaires sera une des priorités avant toute mise en place du système de prise en charge des patients.

Le traitement de la TBMR, au niveau des centres de santé se poursuivra en ambulatoire et son extension sera progressive et suivra la cartographie des malades. Cette décentralisation sera accompagnée d'une formation et d'une supervision régulière des équipes de district. Des comités de pilotage régionaux seront mis en place pour un bon suivi des patients au niveau périphérique.

- **Renforcement du paquet de soins TB.MR**

Le paquet de PEC de la TBMR (bilans de pré-inclusion et de suivi, traitement, appui nutritionnel, ...) sera assuré gratuitement. Pour pérenniser cette prise en charge, un plaidoyer sera fait au niveau des autorités et auprès des partenaires pour la mise à disposition des ressources nécessaires. Le centre de prise en charge des patients TBMR servira, principalement, à l'hospitalisation des cas de tuberculose présentant des complications. Pour assurer la continuité des soins, l'accent sera mis sur l'approvisionnement régulier en médicaments de 2ème ligne, les bilans de suivi et l'appui nutritionnel.

Le schéma de traitement appliqué étant de 24 mois, un protocole d'étude sera élaboré pour tester des schémas plus courts.

*Objectif 3.3 : Appuyer la mise en place de mesures simples de prévention de la transmission nosocomiale de la tuberculose.*

*Cibles*

- Au moins 90% des centres de santé et hôpitaux y compris les centres de référence appliqueront les mesures de prévention de la tuberculose.

*Interventions de mise en œuvre*

- **Elaboration d'un plan national de lutte contre l'infection tuberculeuse**

Dans le passé, la politique et les pratiques en matière de lutte contre l'infection tuberculeuse ont été largement négligées dans les établissements de soins et les structures collectives. Toutefois, l'apparition de la tuberculose multi résistante et l'association TB/VIH ont amené à mettre davantage l'accent sur la lutte contre l'infection tuberculeuse dans ce cadre.

Un plan national de lutte contre l'infection sera élaboré avec des orientations sur les mesures de lutte contre l'infection au niveau national, infranational, des établissements de santé, des structures collectives et des ménages. Ces mesures seront d'ordre gestionnaire, environnemental, administratif et de protection individuelle.



- Mise en place du paquet d'activités de lutte contre l'infection dans les centres de santé, hôpitaux et structures collectives

En collaboration avec les ECR et ECD les mesures de base de la prévention contre l'infection dans les structures de santé seront renforcées avec une installation d'extracteurs d'air au besoin. Des activités de promotion des mesures préventives contre la transmission de la TB seront développées aux niveaux des hôpitaux, centres de santé et des structures collectives sur la base du plan national de contrôle de l'infection.

En outre un suivi statistique des cas de tuberculose chez les professionnels de la santé sera mise en œuvre afin de mesurer l'efficacité des interventions de lutte contre l'infection.

### 3.4.4 Système efficace d'approvisionnement et de gestion des médicaments et intrants de laboratoire

*Objectif 4.1* Assurer une disponibilité permanente des médicaments et des produits dans au moins 95% des structures de prise en charge de la tuberculose

#### *Cibles*

- 100% des achats de médicaments et autres intrants seront faits conformément au manuel de procédures et à la réglementation nationale en vigueur
- 100% des structures ont une disponibilité permanente en médicaments et produits de lutte contre la tuberculose
- Le contrôle de qualité montre 100% de conformité de médicaments testés

#### *Interventions de mise en œuvre*

- Implication du PNT dans les procédures d'achats de la PNA  
La PNA va poursuivre la gestion du budget annuel de 260 000 000 Francs CFA mis à la disposition du PNT par l'État du Sénégal pour l'achat des médicaments de première ligne et matériels de laboratoire. Les achats sont effectués par appel d'Offres International (AOI) qui sont lancés tous les deux ans. Les médicaments et les fournitures nécessaires seront achetés aux normes acceptables de qualité, au prix le plus bas possible, conformément à la réglementation (LNME, homologation). Les médicaments de deuxième ligne seront prisés par le Fonds mondial jusqu'en 2016 et ensuite intégrés dans les achats de l'État pour faire face aux contraintes des financements extérieurs.
- Coordination de l'approvisionnement des médicaments Antituberculeux  
Le Comité National de planification se réunira une seule fois durant l'année sous la direction du cabinet pour suivre la planification des vaccins et des médicaments des principaux programmes de santé pour l'année en cours et d'anticiper sur d'éventuelles difficultés.  
Le PNT dans un souci d'équité et d'accessibilité va poursuivre la mise en place des intrants permettant le diagnostic microscopique de la tuberculose pulmonaire contagieuse et les médicaments nécessaires au traitement de tous les patients tuberculeux diagnostiqués sur l'ensemble du territoire. Cette distribution se fera à travers les pharmacies régionales après soumission des commandes de district par les régions médicales. La réorganisation et le renforcement de la PNA vont permettre une meilleure maîtrise du système d'approvisionnement et de distribution et la disponibilité des médicaments antituberculeux sera renforcée à tous les niveaux.
- Renforcement du système d'assurance de la qualité des médicaments et produits  
Le contrôle de qualité des médicaments antituberculeux sera réalisé par la Direction de la Pharmacie en collaboration étroite avec le laboratoire national de contrôle et les résultats seront largement partagés dans le système de santé. Dans le cadre du suivi de la qualité des médicaments sur le terrain, les minilabs seront mis à contribution pour tester leur conformité.  
L'identification et le dosage des principes actifs seront effectués sur la base du Manuel GPHF mais aussi en utilisant les Procédures Opératoires Standardisées en vigueur au Laboratoire National de Contrôle de Médicaments. Ce laboratoire va contrôler systématiquement les médicaments à l'entrée pour offrir des

garanties de sécurité aux antituberculeux et produits de laboratoire sous la conduite de la Direction de la Pharmacie et du Médicament. Les laboratoires supranationaux préqualifiés seront sollicités pour tous les tests de confirmation.

- **Renforcement des capacités à tous les niveaux**

Des ateliers de renforcement de capacités seront organisés à tous les niveaux pour une maîtrise de la gestion des achats et des approvisionnements. En effet des formations locales et internationales seront menées à l'endroit du personnel impliqué pour éviter les surstocks, les ruptures et garantir les livraisons rapides et fiables. Un système d'informations qui puisse fournir de façon fiable les données sur l'épidémiologie, les stocks et la consommation, nécessaires à la sélection et à la quantification appropriées des besoins sera mis en place au niveau central, régional et district en réactualisant le logiciel de l'OMS. Une bonne coordination entre les Institutions et les différents acteurs qui interviennent dans le processus sera instaurée pour assurer la qualité du système d'approvisionnement.

### 3.4.5 Promotion de la santé

*Objectif 5.1 : Intensifier les interventions à base communautaire à l'échelle nationale*

*Cibles*

- 10% de l'ensemble des cas de TB déclarés par le pays sont orientés par les acteurs communautaires.
- 70% des personnes présentant une toux sont informées et sensibilisées sur la nécessité de se faire consulter à la structure de santé la plus proche
- 90% des cas notifiés sont sensibilisés et suivent le traitement jusqu'à guérison.
- Les groupes vulnérables dans les localités sont sensibilisés sur la tuberculose
- 90% des OCB ciblées participent à l'amélioration de la communication à travers le paquet de services communautaires
- 76 districts et 14 régions médicales bénéficient de paquets renforcés de services

*Interventions de mise en œuvre*

- **Mise à l'échelle des interventions communautaires**

L'implication de la communauté dans la lutte contre la tuberculose a été identifiée comme étant un levier efficace à activer face à ces défis. Le projet de prise en charge communautaire de la TB exécuté par PLAN/SENEGAL et développé en collaboration avec le PNT sera étendu dans tous les districts sanitaires. Le nombre d'organisations communautaires de base (OCB), impliquées dans la lutte passera à 444 pour faire face à la demande d'informations de la population. Des guides ciblant des groupes spécifiques seront élaborés pour faciliter la communication de proximité. Les agents de santé et les préventionnistes devront renforcer leurs techniques de communication interpersonnelle et de masse. Les communicateurs traditionnels, les leaders des étudiants seront aussi capacités à travers leurs structures. La stratégie «Child to Child» sera utilisée à l'école pour mieux informer les élèves.

- **Renforcement du paquet de services communautaires**

Le paquet de soins communautaires sera diversifié et orienté vers l'investigation des contacts des cas de tuberculose, avec un ciblage plus spécifique de la population âgée de 15 à 35 ans plus touchée par la maladie.

Les thèmes visant les nouveaux défis de la lutte contre la tuberculose seront intégrés dans le paquet de services. En outre, l'extension du paquet de soins contribuera à la performance de l'action communautaire. Ces interventions amélioreront les connaissances des communautés sur la tuberculose et viseront un changement de comportement de cette population.

*Objectif 5.2 : Promouvoir la communication interne et externe du programme*

*Cibles*

- Le niveau de connaissance de la population sur la TB augmente de 30% par rapport à celui de 2013
- 70% des décideurs ciblés (élus, parlementaires, leaders locaux) s'impliquent dans la lutte contre la tuberculose



- Au moins, 80% des activités média planifiées, sont mises en œuvre chaque année

#### *Interventions de mise en œuvre*

Puissant facteur et vecteur efficace de changement de comportement, la communication devra précéder, accompagner et appuyer les différentes étapes de mise en œuvre du plan de lutte contre la tuberculose. Les stratégies de communication seront dirigées vers des actions qui permettront d'atteindre toute la communauté à travers un plan de communication 2013-2017 qui sera mis en œuvre.

- **Renforcement de capacités**

Les besoins en formation sur la tuberculose dans la communauté sont importants en raison du retard constaté dans ce domaine et de la nécessité de mieux faire porter la réponse. A cet effet, la formation de tous les acteurs dans la LAT sera une priorité pour les prochaines années. Des guides référentiels destinés à certains groupes spécifiques seront élaborés pour faciliter la communication de proximité. Les cibles de la formation seront diversifiées. En sus des formations des agents de santé et préventionnistes pour renforcer leurs techniques de communication interpersonnelle et de masse, les enseignants, les détenus, les tradipraticiens, les communicateurs traditionnels et les étudiants vont bénéficier de renforcements de capacités à travers leurs structures. Les clubs EVF des lycées et collèges seront renforcés pour une meilleure diffusion et une bonne compréhension des messages clés.

- **Production et distribution des outils et supports de communication**

Pour soutenir une bonne politique de communication, l'élaboration, la production et la diffusion de supports de communication seront renforcées à tous les niveaux en intégrant les langues nationales pour freiner les barrières linguistiques. Ceci va faciliter la diffusion des messages sur la maladie mais aussi sur les axes majeurs du programme. Ces outils seront révisés en fonction du contexte pour intégrer les nouvelles approches.

- **Plaidoyer**

Des activités de plaidoyer et des journées d'information seront organisées à l'endroit des décideurs à tous les niveaux. Au niveau national, les ministères, les associations nationales et élus locaux, le parlement, seront orientés sur la problématique de la tuberculose et leur engagement dans la lutte sera l'objectif principal de ces activités de plaidoyer.

Au niveau Région et District, les autorités administratives, seront orientées et l'intégration de la thématique TB dans les instances de coordination du VIH/SIDA sera demandée au niveau périphérique. Les élus locaux, les organisations communautaires de base ainsi que les ONGS peu informés, seront particulièrement ciblés dans la sensibilisation sur la problématique de la tuberculose et les nouveaux défis en vue de renforcer leur engagement dans la lutte.

- **Marketing de l'institution**

Le PNT va faire le marketing de l'institution par une communication régulière, intra et extra structure, afin de favoriser une meilleure collaboration. Ce rôle socialisateur sera le credo de l'institution pour les cinq prochaines années avec une mise en place d'actions de communication (TB team, journées scientifiques, conférences de presse, bulletins d'information, pages Web, plaquettes institutionnelles, journées portes ouvertes, sponsoring, etc.) aidant le PNT à mieux se faire connaître et devenir membre à part entière de l'action sociale.

- **Promotion d'un plan media**

La communication à travers les média de masse occupera une place importante. La diversité de ce paysage médiatique sera mise à profit par une utilisation adéquate des potentiels des télévisions, des radios et des journaux afin de promouvoir le dépistage des tousseurs chroniques et réduire la stigmatisation liée à la tuberculose. L'utilisation des nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (site web, Sms, etc) élargira la cible touchée par l'information avec la possibilité d'échanges sur la TB. Des thématiques précises sur la tuberculose seront animées par des experts de la maladie. En outre, la communication sera renforcée avec la contractualisation des personnalités vedettes pour le soutien de la lutte antituberculeuse.

### 3.4.6. Renforcement de la gestion du programme, en particulier du leadership et du partenariat

*Objectif 6.1* : Renforcer la capacité de gestion du PNT

#### *Cibles*

- 90% du personnel intervenant dans la LAT bénéficie de renforcement de capacités.
- 100% des structures disposent des référentiels
- Un service d'archivage et de documentation sera mis en place au niveau de l'unité centrale.

#### *Interventions de mise en œuvre*

- **Renforcement des ressources humaines du programme**  
Le PNT va renforcer les différents bureaux en personnel qualifié en particulier les techniciens supérieurs de santé pour mener à bien sa mission. Ainsi, un plaidoyer sera mené auprès de la tutelle pour l'augmentation du personnel de l'unité centrale pour la prise en compte des nouveaux défis de la lutte contre la tuberculose. Des profils adaptés aux besoins du programme seront identifiés et affectés pour la mise en œuvre des interventions spécifiques.  
Le PNT facilitera le développement des compétences des acteurs de la lutte en organisant des formations et recyclages périodiques des prestataires des centres de santé, hôpitaux et structures privées.
- **Développement des infrastructures de l'unité centrale**  
La revue externe a montré une insuffisance et l'exiguïté des locaux du laboratoire et des bureaux du PNT. L'extension de ces locaux de l'unité centrale permettra au personnel d'être dans de meilleures conditions de travail. Par ailleurs, un système documentaire et d'archivage sera mis en place à travers une bibliothèque où toutes les études et écrits sur la tuberculose seront répertoriés. Le laboratoire national de référence sera étendu pour prendre en compte l'introduction des nouvelles technologies et l'augmentation du personnel. Le LNR va préparer progressivement son dispositif pour intégrer le réseau des laboratoires pré-qualifiés.
- **Elaboration et diffusion de documents référentiels**  
Le PNT va organiser des ateliers d'élaboration de ces référentiels en regroupant les compétences requises pour leur tenue. Les guides de prise en charge de la tuberculose seront réactualisés avec intégration des nouveaux défis. A cet effet, la multirésistance, la coinfection TB/VIH, l'association TB/Diabète et la tuberculose de l'enfant etc. auront des documents référentiels élaborés et partagés avec les prestataires des différents niveaux. Un guide pratique pour le contrôle de l'infection sera mis en place et utilisé pour la formation des personnels des structures de santé. Les expériences innovantes sur la TB vont être documentées et étendues à d'autres localités et cibles.
- **Reformulation des aspects de législation concernant la Tuberculose**  
Dans le code de la sécurité sociale du Sénégal, l'arrêté interministériel n°6048/MTFP/DTSS portant Tableaux des Maladies Professionnelles montre les affections dues aux bacilles tuberculeux en position 40 avec les formes désignées, les délais de congé et les principaux travaux susceptibles de les provoquer. Cependant les informations deviennent obsolètes et devraient être réactualisées en raison de l'évolution de la recherche fondamentale en matière de tuberculose et des avancées faites dans les domaines clés. Dans le code de la santé, le constat fait est qu'il a toujours existé un vide juridique dans les dispositions réglementaires concernant la tuberculose. A cet effet, le programme va proposer aux autorités une législation sur la tuberculose qui pourrait intégrer le nouveau code de la santé dont la rédaction est en cours. Dans ces propositions, les aspects de prise en charge des cas contagieux et ceux à bacilles multi-résistants seront particulièrement évoqués dans les dispositions réglementaires.
- **Renforcement de la gestion financière du programme**  
Pour assurer une gestion financière adéquate des activités, le programme développera un système de comptabilité centrale qui permettra de rendre compte régulièrement du suivi budgétaire aux instances nationales et aux partenaires. Le système d'audit interne se poursuivra avec la production de rapports semestriels. Le PNT organisera un audit externe annuel avec un cabinet d'expertise sélectionné selon le Code des Marchés publics.

**Objectif 6.2 :** Contribuer au renforcement du Système de Santé**Cibles**

- 6 personnels de santé bénéficient chaque année de formations internationales financées par le PNT
- Au moins 6 appareils radiographiques, 3 véhicules et 50 ordinateurs seront des appuis du PNT au système de santé
- Au moins 15 laboratoires des districts vont être réhabilités selon les normes

**Interventions de mise en œuvre**

- Formation des personnels de santé

Le renforcement des capacités se fera à travers la mise en œuvre d'un plan de formation et de recyclage des différentes catégories de personnels impliqués dans la LAT à tous les niveaux. A cet effet, des sessions de formation seront organisées au niveau national et périphérique à l'endroit des intervenants techniques et communautaires sur les thèmes prioritaires du programme. Ce renforcement de capacité servira à l'agent bénéficiaire pour la gestion d'autres programmes du ministère.

La formation continue du Personnel de l'Unité de coordination du PNT et des agents des régions médicales et districts, sera assurée grâce à l'organisation et/ou la participation à des cours nationaux, sous-régionaux et internationaux dans les domaines suivants variés et transversaux tels que :

- La coïnfection TB/VIH,
- L'association TB/Diabète
- La tuberculose à bacilles multirésistants,
- Le suivi-évaluation,
- La recherche sur les systèmes de santé,
- Le contrôle de l'infection
- L'économie de la santé,
- Le laboratoire,
- L'APSR etc.

- Renforcement de la logistique roulante et des équipements des structures de santé

Les équipements mis en place par le PNT (microscope, radio numérique et Genexpert entre autres) serviront au diagnostic d'autres affections prioritaires.

Des équipements radiologiques pour développer l'Approche pratique santé respiratoire dans les zones opérationnelles vont aider le système à relever le plateau technique des centres de santé. Enfin, les structures de santé bénéficieront d'un appui en logistique informatique et roulante pour les aider dans la supervision et le traitement des données.

- Réhabilitation des infrastructures de santé (laboratoires périphériques, unités d'hospitalisation)

Les laboratoires de 15 districts vont être réhabilités et équipés selon les normes. Ces réhabilitations vont surtout concerner les structures de santé dont les laboratoires sont vétustes ou peu fonctionnels. Les locaux de consultation et unités d'hospitalisation de 7 centres de santé seront également réaménagés et réhabilités dans le cadre de la mise en place de la politique de lutte contre l'infection en sus de la création d'un centre de référence MDR au niveau du service de pneumologie de Fann.

**Objectif 6.3 :** Renforcer le partenariat du programme**Cibles**

- 100% des EPS auront un point focal TB formé
- Au moins 20% des structures privées seront impliquées dans la lutte contre la tuberculose d'ici 2017
- L'expérience de contractualisation avec les pharmaciens d'officines privées sera documentée et étendue au moins dans cinq régions

**Interventions de mise en œuvre**

- Développement d'un partenariat public /public

Le programme travaillera en collaboration avec les universités, les instituts de formation et de recherche

pour renforcer les capacités des personnels. Il en est de même du partenariat avec les établissements publics de santé qui seront des unités décentralisées de traitement qui prendront en charge les formes compliquées, les formes TB/VIH, TBMR. Les cas simples venant d'être dépistés dans les EPS seront immédiatement référés aux districts pour leur prise en charge. Des traitements de démarrage de 15 jours à 1 mois seront rendus disponibles dans tous les EPS à travers l'approvisionnement des districts. A la sortie, ces cas seront transférés aux districts où ils devront poursuivre le traitement et enregistrés dans la cohorte de la structure. Les points focaux TB dans les EPS seront mis en place et capacités pour les besoins de la prise en charge de démarrage.

- Collaboration renforcée avec le secteur privé

Si la collaboration n'est pas établie, les malades du secteur privé risquent de faire la navette entre les prestataires privés, les cliniques spécialisées et d'autres sources de soins. Les prestataires privées et les services médicaux des entreprises sont potentiellement en mesure de contribuer à la lutte antituberculeuse en assumant l'une ou plusieurs des diverses tâches essentielles consistant à suspecter, orienter, diagnostiquer, prendre en charge et notifier les cas de TB. A cet effet, le partenariat public-privé sera renforcé pour développer les activités de lutte contre la Tuberculose.

Les structures privées souhaitant s'impliquer dans le traitement devront remplir certains critères techniques. Elles seront érigées en unités décentralisées de traitement des districts et participeront à ce titre à toutes les activités de soutien à la lutte contre la tuberculose. Elles devront envoyer leurs commandes de médicaments et les statistiques sanitaires à leur zone opérationnelle.

Le programme va redynamiser et étendre la contractualisation avec les collectifs des pharmaciens d'officine de la région de Dakar (Pikine, Rufisque, Dakar, Parcelles assainies, Keur Massar et Guédiawaye), de la zone centre (Fatick, Kaolack, Kaffrine, Diourbel) et pour ceux des régions de Saint Louis et de Thiès. Le paquet de services intégrera l'association TB/ VIH et Diabète. Les pharmaciens et les agents de comptoir seront orientés sur la TB. Un système de suivi/évaluation sera mis en place en relation avec les cadres formels (Ordre des pharmaciens, syndicats et Programmes...).

Le programme développera des supports de collecte de l'information et de promotion de la lutte contre la TB. Les Collectifs élaboreront des plans d'actions en collaboration avec les districts et ces plans seront financés.

*Objectif 6.4 : Améliorer l'implication des autres secteurs dans la lutte contre la tuberculose*

*Cibles*

70% des secteurs ministériels ciblés développent un plan d'action Tuberculose

*Interventions de mise en œuvre*

- Promotion de la multisectorialité

L'implication des autres secteurs de développement (Famille, Jeunesse, Education, Travail, Transport, élevage pêche, justice, armée etc.) dans LAT permettra d'élargir la base des intervenants mais aussi de prendre en charge les besoins de certains groupes spécifiques (milieu carcéral, garnison, jeunes, femmes, militaires, secteur éducation, secteur tourisme, Secteur transport). Un partenariat dynamique national autour de la lutte sera noué avec une implication de tous les secteurs de développement pour porter une réponse globale. Le PNT financera les plans d'action élaborés par ces secteurs de développement qui seront en phase avec la politique de lutte contre la tuberculose.

### **3.4.7 Renforcement du suivi, de l'évaluation du programme et promotion de la recherche**

*Objectif 7.1 Assurer la collecte des données du programme*

*Cibles*

- 95% de complétude et de promptitude des rapports trimestriels des régions seront attendus
- 100 % des districts continuent à collecter, analyser et transmettre les données sur la tuberculose aux régions médicales
- Les 8 indicateurs de résultats et d'effet du cadre de performance seront mesurés périodiquement à tous les niveaux
- Une documentation des interventions sur les groupes vulnérables sera élaborée

*Interventions de mise en œuvre*

- Mise à jour des outils de gestion  
Les outils de collecte sont révisés en fonction des nouveaux défis. Ces documents révisés seront démultipliés, vulgarisés et mis en place à tous les niveaux. L'élaboration de ces outils sera faite en étroite collaboration avec les partenaires et les responsables du niveau opérationnel, régional, central (DSISS)
- Collecte et analyse des données de routine  
Les données recueillies à travers le système national d'information vont permettre le suivi trimestriel des indicateurs du programme et l'élaboration des rapports trimestriels et annuels du PNT. Les indicateurs de résultats, d'effets et d'impacts seront mesurés périodiquement. La collecte et la diffusion de l'information permettront de répondre aux attentes des partenaires nationaux et internationaux. Le système s'attèlera à capitaliser toutes les informations issues du secteur privé et communautaire pour un meilleur calcul et analyse des indicateurs. L'informatisation des rapports se poursuivra avec l'utilisation de logiciels adaptés aux besoins du programme. Le processus de collecte et d'analyse des informations est détaillé dans le plan de suivi/Evaluation.

*Objectif 7.2 : Organiser des supervisions à tous les niveaux**Cibles*

- Au moins 2 missions de supervision sur la tuberculose par an seront menées à chaque niveau du système de santé
- Le contrôle de qualité trimestriel des lames est mené à l'endroit de chaque laboratoire du réseau

*Interventions*

- Supervision périodique des prestataires des structures sanitaires  
Dans le cadre du suivi de ses activités, le PNT organisera des supervisions périodiques et intégrées des prestataires des unités de traitement, des centres de traitement et des laboratoires. Cette supervision, à caractère formatif, permettra entre autres de valider et de collecter les données statistiques en rapport avec la maladie. Cette supervision se fera à tous les niveaux et permettra à chaque centre de responsabilité d'identifier les performances et d'améliorer les faiblesses liées à la mise en œuvre des interventions. Le feed-back issu des supervisions techniques et communautaires sera partagé dans les instances de coordination. Cette supervision vient compléter celles effectuées chaque trimestre par les régions vers le district et le district vers les postes de santé et la communauté. Le PNT développera un programme de supervision qui prendra en compte les EPS, les ONG, le secteur privé et les interventions d'autres partenaires comme les ministères.
- Supervision du Contrôle de qualité du réseau de microscopie  
Les panels de relecture trimestrielle des lames au niveau régional par les techniciens du niveau périphérique sous la supervision du personnel de laboratoire central, seront privilégiés par rapport à la méthodologie d'envoi vers le LNR. Cette stratégie de contrôle de qualité va améliorer la crédibilité des laboratoires des régions en identifiant certains problèmes et en les corrigeant localement. Elle donnera également une réponse rapide du contrôle de qualité à l'échelle nationale.

*Objectif 7.3 : Assurer le suivi et l'évaluation des interventions du programme**Cibles*

- 100% des rapports annuels d'activités et statistiques sont élaborés et diffusés au niveau opérationnel, auprès des décideurs et des partenaires
- 80% des activités des plans d'opérations annuels sont évaluées périodiquement

*Interventions de mise en œuvre*

- Evaluations internes et externes  
Le suivi de la performance se fera à travers les revues semestrielles intégrées TB/VIH. Elles seront élargies aux programmes mettant en œuvre des actions complémentaires telles que le diabète et la Santé de Reproduction etc. pour un renforcement de la PEC de la tuberculose.

Le bilan annuel est basé sur les données de routine collectées au cours de l'année écoulée. Les résultats obtenus serviront de base de l'élaboration du plan de travail de l'année suivante. L'évaluation à mi-partie se fera sur un format externe et interne. Elle mettra l'accent sur le processus et les résultats. Les recommandations de cette revue serviront de base de l'élaboration du futur plan stratégique.

L'évaluation finale du plan stratégique se fera au bout des 5 ans et mettra l'accent sur les indicateurs d'impact. Elle sera menée en collaboration avec les différents intervenants et partenaires techniques et financiers.

- **Enquête sur la résistance aux médicaments antituberculeux**

Une enquête de prévalence des souches pharmaco-résistantes parmi les cas de tuberculose diagnostiqués dans le pays sera organisée au niveau Pays en 2014. Un protocole d'étude conforme à la méthodologie de l'OMS sera élaboré en collaboration avec la Direction des laboratoires et validé par le Comité d'éthique pour la recherche en santé du ministère avant le démarrage.

Le diagnostic de résistance à la rifampicine sera basé sur la méthode Xpert MTB/RIF®, suivi par culture et Test de Sensibilité (TS) sur milieu solide (Löwenstein-Jensen) en cas de résistance à la rifampicine détectée par Xpert MTB/RIF®, Le laboratoire national de référence (LNR) va assurer le contrôle de qualité de la microscopie avec un système d'orientation adéquate des échantillons pour la culture et le TS ; à cet effet les effectifs du LNR vont être renforcés pour faire face la charge de travail.

Concernant l'enquête de résistance, un système d'assurance de qualité au LNR pour la culture et le TS par un laboratoire supranational de référence (LSR) sera mis en place pour une évaluation externe de la qualité. A la fin de l'enquête, un rapport contenant des résultats et des propositions de recommandations sera élaboré et transmis au Comité national d'éthique pour la recherche en santé, aux autorités du Ministère de la santé et aux partenaires techniques et financiers.

- **Etude de prévalence de la tuberculose**

Une estimation alternative du poids de la TB est la prévalence de la maladie. Tout comme l'incidence, cette estimation est un indicateur repris dans les Objectifs de Développement du Millénaire mais elle peut être mesurée par une simple enquête transversale.

Le Sénégal envisage de faire une enquête de prévalence dans la deuxième phase et avant 2015 pour mieux maîtriser les estimations car celles de l'OMS semblent ne pas refléter la réalité. Elle permettra au pays d'évaluer les OMD de manière plus objective notamment les indicateurs de la détection, de réduction de la prévalence à l'instar des autres pays africains qui ont eu à la mener.

#### *Objectif 7.4 : Promouvoir et appuyer la recherche opérationnelle*

##### *Cibles*

- Au moins une recherche sur la tuberculose sera menée annuellement en collaboration avec les universités et les régions médicales.

##### *Interventions mises en oeuvre*

La recherche opérationnelle permet de renforcer les mécanismes d'interaction entre les chercheurs, les communautés, les décideurs et les acteurs engagés dans la lutte contre la tuberculose. Le plan prévoit de développer les capacités de recherche du PNT par des formations axées dans le domaine. Pour optimiser les interventions, des consultations seront organisées pour évaluer les besoins en recherche et pour l'élaboration de protocoles. Il sera organisé tous les ans un forum des acteurs de la recherche afin de partager les résultats des travaux engagés et d'améliorer les stratégies d'intervention du PNT.

Le PNT va renforcer le personnel du bureau recherche et participera aussi à des études multicentriques. La collaboration entre le PNT, les universités, la Division de la Recherche du Ministère en charge de la santé et les différentes Institutions impliquées dans la recherche (IRD, IPD, ISED/UCAD, Laboratoire de bactériologie de HALD, ...) se renforcera au niveau du pays à travers la Commission Recherche du TB Team national.



## **IV. ADMINISTRATION ET GESTION DU PLAN**





## IV. ADMINISTRATION ET GESTION DU PLAN

Ce plan stratégique fait suite à celui de 2006 - 2011 et a pour but de contribuer à la réduction de la charge de la tuberculose au Sénégal d'ici 2017 conformément aux Objectifs du Millénaire et aux cibles du partenariat Halte à la tuberculose (OMD 6 Cible 8). Ce plan prend en compte les recommandations issues de la revue externe effectuée au mois de décembre 2012. La coordination et le suivi de la mise en œuvre du plan seront assurés par les instances situées à différents niveaux.

### 4.1 CADRE INSTITUTIONNEL

La lutte contre la tuberculose est une des priorités du Ministère en charge de la santé et son érection en programme national vise une gestion optimale afin de contribuer plus efficacement à la réduction de la morbidité et de la mortalité liée à cette affection.

Le programme a été réorganisé en 1985 et constitue la réponse de l'Etat du Sénégal à l'endémie tuberculeuse. Sur le plan institutionnel, le nouvel organigramme du ministère rattache le PNT à la DLM au sein de la Direction Générale de la Santé.

#### 4.1.1 L'Unité centrale

Le programme est chargé du développement de la politique de prise en charge de la tuberculose, de l'élaboration et de la mise en œuvre des plans d'opérations. La mobilisation des ressources restera une mission importante. Le PNT se charge du suivi avec la compilation, et l'analyse des données de la LAT. Par ailleurs, le programme partage avec les différents acteurs l'information sur les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs ainsi que les contraintes rencontrées dans la mise en œuvre.

#### 4.1.2 La région médicale

L'équipe cadre de région dirigée par le MCR assure une mission de coordination, de mise en œuvre et de suivi des activités de lutte contre cette maladie. Elle supervise régulièrement les districts sanitaires, analyse les problèmes et défis de la mise en place et apporte des mesures correctrices aux insuffisances observées. Elle se charge aussi de remonter l'information sanitaire vers le niveau central.

#### 4.1.3 Le district sanitaire

Le district sanitaire constitue le niveau de mise en œuvre des activités préventives, curatives et promotionnelles. Avec son équipe cadre, le médecin chef assure les tâches de planification, de coordination et de suivi des interventions liées à la maladie. A cet effet, il supervise les prestataires des sites de prise en charge de la TB et les acteurs communautaires, au moins une fois par trimestre. Le rapport du district compile les données des centres de santé, des postes de santé et des organisations communautaires. Elles sont vérifiées, validées et analysées avant leur intégration et acheminement vers la région médicale.

#### 4.1.4 Les hôpitaux

Les hôpitaux sont classés en établissement public de santé selon une typologie (EPS 1, 2 et 3). Les stratégies dans les hôpitaux vont être renforcées pour une prise en charge adéquate de la tuberculose et une capitalisation des données. Les données hospitalières seront intégrées dans les rapports des districts et des régions.

#### 4.1.5 Le secteur privé

Les structures du privé renforceront leur participation au dépistage de la TB et à la prise en charge à travers un partenariat public-privé avec une pleine responsabilisation des districts sanitaires. Il en sera de même pour les pharmaciens d'officine dans le cadre de la détection des touseurs de plus de 15 jours et leur orientation vers les structures de prise en charge.

### 4.2 LES PRINCIPES DE GESTION

#### 4.2.1 La Contractualisation

Le PNT noue un partenariat avec les organisations de la société civile (ONG et OCB), les instituts de recherche, l'Université et le secteur privé pour leur confier la mise en œuvre de certaines activités. Les régions médicales et les districts sont chargés du suivi des activités techniques et des interventions communautaires sur le terrain.

#### **4.2.2 La Décentralisation**

La prise en charge de la tuberculose étant intégrée au système de soins au Sénégal, les services décentralisés seront mis à profit pour rapprocher les prestations des populations.

#### **4.2.3 La Surveillance intégrée**

Dans le cadre de l'amélioration de la collecte des données, un système intégré d'information sera mis en place avec la Division des statistiques et de l'Information Sanitaire (DSIS). Ce dispositif permettra de produire les données complémentaires aux indicateurs des différents programmes de lutte contre les maladies infectieuses. Le suivi de la LAT sera pris en compte dans les enquêtes périodiques (MICS, EDS...). La pharmacovigilance des antituberculeux et la collecte des données au niveau communautaire vont intégrer les systèmes existants.

### **4.3 MECANISMES DE COORDINATION AU PLAN ADMINISTRATIF**

Les cadres de coordination mis en place au niveau du système de santé seront utilisés pour la mise en œuvre de ce plan stratégique 2013-2017 avec un partage des informations issues de la lutte dans les réunions de coordination à tous les niveaux.

Le comité de pilotage technique (TB team technique) est un cadre technique de coordination et de concertation pour une meilleure intégration des interventions. C'est une structure de conseil de l'unité de coordination du PNT sur sa politique, ses nouvelles orientations, la recherche au sein du programme, de validation des documents stratégiques élaborés en matière de lutte contre la Tuberculose. Il est composé de commissions scientifique, communautaire, communication, laboratoire et recherche.

Le comité de pilotage communautaire (TB team communautaire) est une instance de coordination avec l'ensemble des intervenants communautaires pour une harmonisation des actions.

Des instances de coordination avec les autorités administratives (CLD, CDD, CRD,) et des conférences d'harmonisation seront également mises à profit pour suivre avec les autres secteurs l'évolution de la lutte contre cette maladie.

### **4.4 LES MECANISMES DE SUIVI**

Le PNT va s'appuyer sur des principes de suivi des interventions de prévention, de prise en charge et de soutien des patients de ce plan stratégique.

#### **4.4.1 La Collecte des données**

La collecte des données de routine s'effectue au niveau des laboratoires, des centres de traitement de la tuberculose et des unités décentralisées. Le système de gestion sera consolidé pour prendre en compte les nouveaux défis. Les responsables des centres de traitement utiliseront un logiciel de gestion des données de la TB pour faciliter l'analyse des résultats (Registre électronique)

#### **4.4.2 La supervision**

Les supervisions sont régulièrement effectuées à tous les niveaux pour s'assurer de l'exécution des activités selon les normes du programme. Les équipes cadres de districts superviseront au moins une fois par trimestre les responsables des unités de prise en charge de la TB (CDT, unité décentralisée, laboratoire, dépôt de district) et les acteurs communautaires.

#### **4.4.3 Revues**

Les revues sont organisées au niveau régional et central pour analyser, valider les données des activités de lutte contre la tuberculose et partager les expériences positives. Chaque semestre, le niveau central organisera la revue des activités TB et TB/VIH. Cette instance regroupe le SNIS, les régions médicales, les PRA, les laboratoires régionaux et les districts. Une revue de partage des données communautaires sera organisée annuellement avec les districts et les ONG pour l'évaluation de leurs activités. Les recommandations sont formulées dans le sens d'améliorer les performances et les nouvelles orientations sont définies.

#### **4.4.4 Réunions du Comité interne de suivi du MSAS et la RAC**

Les indicateurs choisis pour suivre la performance dans la mise en œuvre de ce plan feront l'objet de mesures périodiques à travers le comité interne de suivi et la revue annuelle conjointe qui sont des instances supérieures de suivi de la Direction de la planification et du suivi sanitaire. Ces indicateurs proviennent des districts et des régions médicales.

#### **4.4.5 Réunions du CCM**

Le PNT va également partager l'évolution des indicateurs au niveau de l'instance de coordination nationale chargée du suivi des subventions du Fonds mondial (CCM).

### **4.5 LES MECANISMES D'ÉVALUATION DU PLAN**

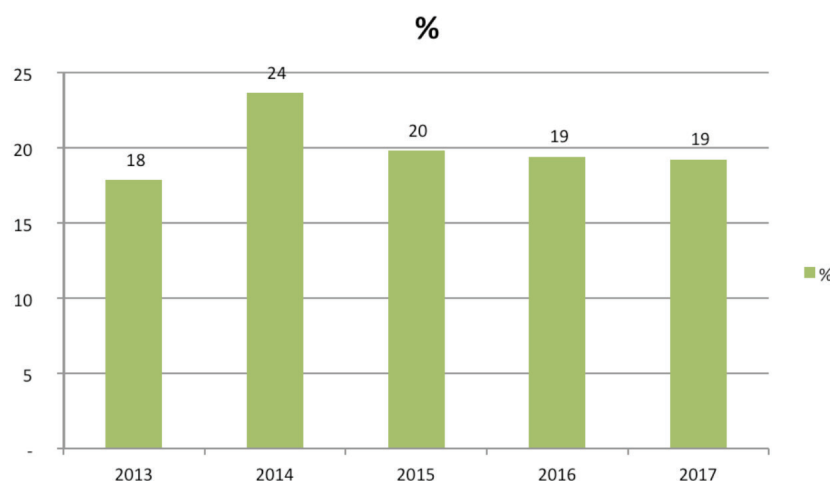
Des indicateurs pertinents d'effets, de résultats et d'impact mesurables définis dans le cadre du plan stratégique seront analysés périodiquement. A cet effet, une évaluation sera faite à mi-parcours et à terme en vue d'identifier les performances et les gaps. L'évaluation finale sera la base de la revue externe pour le démarrage d'un autre cycle de planification.

## **V. BUDGET DU PLAN**

## V. BUDGET DU PLAN

### 5.1 ANALYSE DU BUDGET

Le budget du Plan stratégique 2013-2017 du PNT est arrêté à la somme de trente deux milliards six cent millions trente cinq mille neuf cent quarante trois francs CFA (32 600 035 943 Frs), soit soixante trois millions neuf cent vingt-et- un mille six cent quarante dollars US (63 921 640 \$US) ou quarante neuf millions six cent quatre-vingt dix-huit mille quatre cent trente quatre Euros (49 698 434 €).



**Figure 8 : Répartition du budget en fonction des années**

En moyenne, le budget annuel tournerait par an autour de six milliards cinq cent vingt millions sept mille cent quatre-vingt neuf francs CFA (6 520 007 189 Frs).

Cependant, les deux premières années (2013 et 2014) présentent des variations sensiblement différentes. Leurs montants annuels s'élèvent à 5 828 860 927 Frs CFA (18%) et 7 717 476 622 Frs CFA (24%) tandis que les trois dernières années suivent la tendance moyenne (20% et 19%).

Ainsi, exception faite des années 2013 et 2017, cette répartition suit une tendance stable. En effet, la spécificité de ces deux premières années s'explique par deux raisons fondamentales :

- l'année 2013 marque le début de la mise en œuvre du PS 2013-2017 et les activités à réaliser ne relèvent que de financements acquis.

- 2014, l'année qui a le plus gros budget, regroupe les réalisations lourdes en termes d'investissement et d'équipement avec des financements souvent disponibles à travers le Fonds Mondial.

**Tableau 3 : Répartition du budget en fonction des orientations stratégiques**

Orientations stratégiques	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	TOTAUX	%
OS1	719 898 733	1 274 554 843	1 705 420 610	1 550 991 833	1 460 914 342	6 711 780 361	21
OS2	181 818 500	221 818 500	249 818 500	249 818 500	249 818 500	1 153 092 500	4
OS3	429 373 703	531 396 903	451 396 903	451 396 903	448 641 403	2 312 205 815	7
OS4	496 687 089	504 011 654	506 306 698	513 796 760	523 796 760	2 544 598 961	8
OS5	1 634 459 188	1 838 193 308	1 843 875 688	1 921 269 648	1 866 876 848	9 104 674 680	28
OS6	1 669 285 014	1 835 890 214	1 041 072 951	912 578 538	887 572 575	6 346 399 292	19
OS7	695 338 700	1 511 611 200	654 741 200	731 755 224	833 838 010	4 427 284 334	14
<b>TOTAUX</b>	<b>5 826 860 927</b>	<b>7 717 476 622</b>	<b>6 452 632 550</b>	<b>6 331 607 406</b>	<b>6 271 458 438</b>	<b>32 600 035 943</b>	<b>100</b>

Ce tableau montre l'importance accordée à la prévention, à la détection de la tuberculose et à l'implication des autres secteurs et de la communauté dans la LAT. Ainsi, les recommandations de la dernière revue externe du programme sont entièrement prises en compte. En effet, l'OS 5 «Promotion de la Santé» et l'OS 1 «Intensification de la détection des cas de tuberculose dans les services de santé » enregistrent les montants les plus importants, soit respectivement 28% et 21% du budget du plan stratégique. Ils sont suivis des OS 6 «Renforcement de la gestion du programme, en particulier du leadership et du partenariat» avec 19% et OS 7 «Renforcement du suivi, de l'évaluation du programme et promotion de la recherche » avec 14%.

## 5.2 SOURCES DE FINANCEMENT

**Tableau 4 : Répartition du budget en fonction des sources de financement**

Sources	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL CFA	TOTAL SUS	TOTAL €	%
ETAT	366 044 000	384 044 000	481 044 000	501 044 000	511 044 000	2 243 220 000	4486440	3 419 767	7
FM	2 538 237 419	2 005 046 532	1 841 382 375	1 888 038 563	0	8 272 704 889	16 545 410	12 611 657	25
USAID	36 750 000	0	0	0	0	36 750 000	73 500	56 025	0,1
FIND/ EXPAND	4 620 000	37 360 000	0	0	0	41 980 000	83 960	63 998	0,1
Secteur privé	50 000 000	10 000 000	15 000 000	20 000 000	20 000 000	115 000 000	230 000	175 316	0,4
A CHERCHER	4 302 652 688	6 190 478 058	4 942 497 626	4 760 543 389	5 760 414 438	25 956 586 199	51 913 172	39 570 561	67
TOTAUX	5 826860 927	7 717476 622	6452632550	6331 607 406	6 271 458 438	32 600 035 943	65 200 072	49 698 434	100
TOTAUX \$US	11 653 722	15 434 953	12 905 265	12 663 215	12 542 917				
TOTAUX €	8 882 992	11 765 217	9 836 975	9 652 473	9 560 777				

## **VI. FINANCEMENT DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE**





## VI. FINANCEMENT DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

### 6.1. LES FINANCEMENT DISPONIBLES

- **Le budget national**

Le financement étatique du PNT, appelé Contrepartie inscrite dans le budget national, est estimé, en moyenne annuellement, à près de 450 millions de francs CFA, soit 900 000 \$US ou 686 000 €. Il est réparti entre les coûts salariaux pour le personnel, le fonctionnement et l'achat de médicaments et représente en moyenne 7% du budget du Plan stratégique.

- **Le Fonds Mondial**

Dans le cadre du round 10, le FM mettra, entre 2013 et 2016, à la disposition du pays un montant de 82 727 048 89 soit 12 611 657 euros pour le financement des plans d'actions du PNT et de Plan/Sénégal qui porte la réponse communautaire. Le Round 10 prendra fin en 2016, l'année 2017 n'a pas été prise en compte dans l'analyse financière.

- **Usaid/FHI**

L'intervention de Usaid/FHI s'est arrêtée en 2012 pour le programme TB ; cependant les reliquats des années antérieures ont permis de financer 36 750 000 FCFA en 2013 pour faire face à la période de transition.

- **Expand TB/FIND**

Expand TB est un projet de renforcement du plateau technique du LNR pour faciliter l'introduction et l'utilisation des nouvelles technologies. Sa participation estimée à 41 980 000 concernent les réactifs et équipements de laboratoire et va se poursuivre jusqu'en 2014.

### 6.2. LES FINANCEMENTS À RECHERCHER

Les gaps à rechercher pour financer le plan stratégique sont énormes et représentent plus de 67% du budget. Cette situation est liée à la revue externe qui a fait une évaluation dans tous les domaines programmatiques et mis en place des recommandations permettant au pays d'atteindre les objectifs fixés. Il s'agira donc de développer des stratégies de mobilisation des fonds au niveau de plusieurs sources :

- **Les collectivités locales**

Dans le processus de décentralisation, les Collectivités locales ont la responsabilité de gérer la santé des populations. L'affectation des fonds alloués aux collectivités locales doit prendre en compte les aspects de promotion de la santé dans le cadre de la LAT.

- **Les Partenaires bi et multilatéraux**

L'existence de nouveaux défis et les OMD amènent le programme à accentuer son plaidoyer auprès de la tutelle pour un financement du plan stratégique. Les partenaires bi ou multilatéraux seront sollicités pour mobiliser des ressources en complément des financements de l'Etat et du Fonds Mondial. Un plaidoyer pour la poursuite des interventions de FHI/ USAID jusqu'en 2016 sera mené par la tutelle.

- **Le Secteur privé**

Les contributions du secteur privé concernent surtout la Caisse de Sécurité Sociale, la Société générale de banques dans le cadre de la sensibilisation, mobilisation et communication. La participation du secteur privé étant faible pour la lutte contre la tuberculose, des stratégies de mobilisation de ressources dans ce domaine seront une priorité pour les prochaines années. Les structures ciblées seront :

- La Caisse de Sécurité sociale à travers son programme de soutien à la population pour la prévention de la maladie et la réduction des coûts des soins ;
- Les Compagnies d'assurances, les mutuelles et le système de couverture universelle maladie ;
- Les entreprises sur la base de la responsabilité sociale et sociétale des entreprises (R
- Les fondations
- Les banques (SGBS, BOA, etc)

### 6.3 MESURES D'ACCOMPAGNEMENT

#### MSAS

- Développer des ressources humaines suffisantes et compétentes en LAT, à la fois, aux niveaux national et décentralisé (régional et départemental) afin d'influencer les politiques et la gestion des changements organisationnels favorables à la LAT ;
- Encourager les partenaires multilatéraux ou bilatéraux à apporter un appui multiforme dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des orientations stratégiques du Plan stratégique 2013-2017 en mobilisant les ressources complémentaires.

#### Autres secteurs

- S'impliquer dans les activités de promotion de la LAT par la mise en place d'un partenariat dynamique pour un développement national durable ;
- Faciliter toutes les étapes des programmes/projets de promotion de la LAT.

# **ANNEXES**





## ANNEXE 1 : BUDGET DU PLAN STRATEGIQUE

OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIVITES	COÛT TOTAL en CFA	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
	<b>TOTAUX</b>	<b>32 600 035 943</b>	<b>5 826 860 927</b>	<b>7 717 476 622</b>	<b>6 452 632 550</b>	<b>6 331 607 406</b>	<b>6 271 458 438</b>
Objectif stratégique 1.1	Procéder à l'extension des locaux du LNR (salle hybridation, bureaux adjoints, salle de conférence et une vestiaire)	70 000 000	-	-	70 000 000	-	-
Objectif stratégique 1.1	Renouveler les 2 hottes du LNR	20 000 000	-	-	20 000 000	-	-
Objectif stratégique 1.1	Assurer la fourniture en consommables et réactifs pour les cultures et tests de sensibilité y compris tests moléculaires du LNR	18 196 247	3 639 249	3 639 249	3 639 249	3 639 249	3 639 249
Objectif stratégique 1.1	Contractualiser pour la maintenance préventive et curative du matériel du LNR	100 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000
Objectif stratégique 1.1	Assurer la maintenance des équipements de biosécurité du LNR (2 fois par an)	70 669 527	14 133 905	14 133 905	14 133 905	14 133 905	14 133 905
Objectif stratégique 1.1	Assurer le contrôle de qualité externe pour la culture et tests moléculaires par l'envoi semestriel des échantillons au laboratoire supra national ( frais d'expédition et de séquençage )	26 262 717	5 252 543	5 252 543	5 252 543	5 252 543	5 252 543
Objectif stratégique 1.1	Organiser une session de formation / recyclage des 10 biologistes sur le Genexpert et les nouvelles technologies de diagnostic en 2 jours	2 972 500	2 972 500	2 972 500	2 972 500	2 972 500	-
Objectif stratégique 1.1	Mise en place d'un GeneXpert dans chacune des 14 régions et des cartouches et les étendre aux districts	1 125 880 000	7 000 000	241 080 000	292 600 000	292 600 000	292 600 000
Objectif stratégique 1.2	Réhabiliter 30 laboratoires de centres de santé selon les normes définies	120 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000	-	-
Objectif stratégique 1.2	Acheter l'équipement des 30 nouveaux laboratoires réhabilités	90 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	-	-
Objectif stratégique 1.2	Acheter des microscopes à fluorescence LED (Light Emitted Diode)	95 880 000	67 680 000	14 100 000	14 100 000	-	-
Objectif stratégique 1.2	Acheter les besoins du réseau de microscopie en réactifs (auramine, Zhiel) et consommables des laboratoires	138 155 040	24 992 618	26 450 810	27 675 482	28 862 108	30 174 022
Objectif stratégique 1.2	Assurer les frais de maintenance préventive et curative du réseau de microscopie	100 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000	20 000 000
Objectif stratégique 1.2	Organiser 5 sessions de formation/recyclage par an de 10 techniciens de laboratoire sur le diagnostic en incluant la technologie à fluorescence de la TB.	73 750 000	14 750 000	14 750 000	14 750 000	14 750 000	14 750 000
Objectif stratégique 1.2	Organiser un stage pratique de 15 jours au niveau national pour 10 microscopistes des régions par an	20 750 000	4 150 000	4 150 000	4 150 000	4 150 000	4 150 000

OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIVITES	COUT TOTAL en CFA	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Objectif stratégique 1.2	Assurer les frais pour le transport des crachats des Postes de santé vers les labo des centres de santé des régions de Louga, Matam, Fatick, Kédougou, Sédhiou, Tambacounda, Kaffrine et Kolda	180 000 000	36 000 000	36 000 000	36 000 000	36 000 000	36 000 000
Objectif stratégique 1.2	Appuyer la construction d'une unité de prise en charge (CDT+ LABO) pour renforcer la gestion de la TB dans un district de grande fréquentation	55 000 000	55 000 000				
Objectif stratégique 1.3	Organiser un atelier régional trimestriel de relecture des lames avec le réseau national de labo	189 924 536	37 984 907	37 984 907	37 984 907	37 984 907	37 984 907
Objectif stratégique 1.3	Acheter 152 tabliers de protection pour les manipulateurs par site de radio (2 manipulateurs par district)	22 800 000	22 800 000				
Objectif stratégique 1.3	Acheter 76 appareils de dosimétrie pour la sécurité	18 137 211	18 137 211				
Objectif stratégique 1.3	Former en 3 jours 152 manipulateurs sur la technologie de la radiographie	11 955 000	11 955 000	70 490 400	70 490 400	70 490 400	70 490 400
Objectif stratégique 1.3	Organiser 8 sessions de formation de 5 jours regroupant 25 participants (médecins et les responsables de centre de traitement) sur les stratégies d'intensification de dépistage et de prise en charge du patient, la gestion et S&E du programme	70 490 400	70 490 400	70 490 400	70 490 400	70 490 400	70 490 400
Objectif stratégique 1.3	Organiser une session de formation des formateurs de 30 prestataires pendant 3 jours sur l'APSR	6 528 500	6 528 500	6 528 500	6 528 500	6 528 500	6 528 500
Objectif stratégique 1.3	Former tous les 375 prestataires de soins des 76 districts et des 28 EPS sur l'APSR (3 par district et 5 par hôpital) en session de 25 participants	174 648 000		58 216 000	58 216 000	58 216 000	
Objectif stratégique 1.3	Organiser une journée de partage des résultats de la mise en œuvre de l'APSR	2 570 000	2 570 000		2 570 000		2 570 000
Objectif stratégique 1.3	Organiser chaque année une session de formation de 2 jours de 25 médecins de cabinets d'entreprises sur les normes de prise en charge de la tuberculose	8 812 500	1 762 500	1 762 500	1 762 500	1 762 500	1 762 500
Objectif stratégique 1.3	Organiser chaque année une session de formation de 2 jours de 25 médecins responsables de cabinets/cliniques médicaux privés sur les normes de prise en charge de la tuberculose	8 812 500	1 762 500	1 762 500	1 762 500	1 762 500	1 762 500
Objectif stratégique 1.3	Organiser chaque année deux sessions de formation de 3 jours de 25 responsables de cabinets paramédicaux privés sur les normes de prise en charge de la tuberculose	11 512 500	2 302 500	2 302 500	2 302 500	2 302 500	2 302 500
Objectif stratégique 1.3	Organiser chaque année 4 ateliers de renforcement de capacités de 25 prestataires des unités de consultation des structures publiques, para publiques et privées en techniques de counselling TB	122 140 000	24 428 000	24 428 000	24 428 000	24 428 000	24 428 000
Objectif stratégique 1.3	Organiser dans chaque région une session de formation de 2 jours des tradipraticiens sur la tuberculose	33 075 000	11 025 000		11 025 000	11 025 000	

OBJETIFS STRATEGIQUES	ACTIVITES	COUJT TOTAL en CFA	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Objectif stratégique 1.4	Assurer les frais de transport des crachats des malades suspects de MDR vers les labo régionaux et le LNR	20 800 000	4 160 000	4 160 000	4 160 000	4 160 000	4 160 000
Objectif stratégique 1.5	Tenir chaque année 2 ateliers de formations de 25 médecins (public et privé) pendant 2 jours sur la PEC de la TB de l'enfant.	33 175 000	6 635 000	6 635 000	6 635 000	6 635 000	6 635 000
Objectif stratégique 1.5	Tenir chaque année 4 ateliers de formations/recyclage de 25 responsables de consultation pédiatriques pendant 2 jours sur la PEC de la TB de l'enfant	86 050 000	17 210 000	17 210 000	17 210 000	17 210 000	17 210 000
Objectif stratégique 1.5	Doter les structures en tuberculine	32 846 686	6 237 000	6 539 028	6 614 624	6 690 219	6 765 815
Objectif stratégique 1.6	Organiser une réunion semestrielle du groupe de travail TB-VIH pour 15 personnes pendant une journée	3 575 000	715 000	715 000	715 000	715 000	715 000
Objectif stratégique 1.6	Organiser une réunion semestrielle du comité national de suivi TB-VIH pour 40 personnes pendant deux jours	20 825 000	4 165 000	4 165 000	4 165 000	4 165 000	4 165 000
Objectif stratégique 1.6	Organiser 2 journées d'orientation de 25 participants des associations de PVVIH sur le screening TB	18 065 000	3 613 000	3 613 000	3 613 000	3 613 000	3 613 000
Objectif stratégique 1.6	Organiser 3 sessions de formation de 5 jours pour 26 participants à l'intention des responsables des 78 CDT sur la prise en charge intégrée de la TB/VIH (PCIMAA, counseling VIH et en technique de dépistage rapide du VIH, screening TB chez les VIH)	107 377 000	21 475 400	21 475 400	21 475 400	21 475 400	21 475 400
Objectif stratégique 1.6	Organiser 1 atelier régional de plaidoyer de 30 personnes à l'endroit des associations des PVVIH sur le screening TB dans chacune des 14 régions	49 070 000	9 814 000	9 814 000	9 814 000	9 814 000	9 814 000
Objectif stratégique 1.6	Contractualiser avec les associations de PVVIH un paquet d'activités	11 200 000	2 240 000	2 240 000	2 240 000	2 240 000	2 240 000
Objectif stratégique 1.7	Tenir un atelier de 25 participants de 5 jours d'élaboration du plan de lutte contre la co-morbidité TB- Diabète	12 658 000	12 658 000				
Objectif stratégique 1.7	Organiser 1 atelier national de plaidoyer de 50 personnes en direction des leaders d'associations de diabétiques en collaboration avec le Centre MS	17 454 000	4 363 500		4 363 500		4 363 500
Objectif stratégique 1.7	Appuyer l'organisation de 1 causerie par trimestre au niveau du centre de traitement diabétique de Dakar	320 000 000	64 000 000	64 000 000	64 000 000	64 000 000	64 000 000
Objectif stratégique 1.7	Dépister le diabète chez les patients TB (Mettre en place des glucomètre pour le dépistage)	20 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000
Objectif stratégique 1.7	Dépister le diabète chez les patients TB (Prendre en charge l'examen de confirmation, hémoglobine glyquée)	1 971 200 000		215 600 000	585 200 000	585 200 000	585 200 000
Objectif stratégique 1.7	Organiser un atelier de planification de la mise en œuvre du plan TB Diabète	4 491 000	4 491 000				
Objectif stratégique 1.7	Appuyer le plan d'action TB diabète	400 000 000	100 000 000	100 000 000	100 000 000	100 000 000	100 000 000

OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIVITES	COÛT TOTAL en CFA	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Objectif stratégique 1.8	Acheter une plate forme « one stop TB services » pour le dépistage en stratégie avancée (camion, conteneur, Gex, RN, LED, une imprimante)	50 500 000	46 900 000	900 000	900 000	900 000	900 000
Objectif stratégique 1.8	Organiser un atelier d'orientation d'1 journée de 30 membres de l'encadrement des PS	7 630 000		3 815 000	3 815 000		
Objectif stratégique 1.8	Organiser une session d'orientation d'1 jour de 25 pairs éducateurs des PS dans chacune des 14 régions	45 878 000		22 939 000	22 939 000	22 939 000	
Objectif stratégique 1.8	Organiser des journées de sensibilisation en direction des populations déplacées par an	77 617 500	15 523 500	15 523 500	15 523 500	15 523 500	15 523 500
Objectif stratégique 1.8	Organiser 02 causeries par mois par district en direction des talibés	91 200 000		22 800 000	22 800 000	22 800 000	22 800 000
Objectif stratégique 1.8	Organiser un atelier d'orientation d'1 journée de 30 membres de l'encadrement des HSH	15 660 000		3 915 000	3 915 000	3 915 000	3 915 000
Objectif stratégique 1.8	Organiser une session d'orientation d'1 jour de 25 pairs éducateurs des HSH dans chacune des 14 régions	45 878 000		22 939 000	22 939 000	22 939 000	
Objectif stratégique 1.8	Organiser un atelier d'orientation d'1 journée de 30 membres de l'encadrement des CDI	5 630 000	2 815 000	2 815 000	2 815 000	2 815 000	2 815 000
Objectif stratégique 1.8	Organiser une session d'orientation d'1 jour de 25 pairs éducateurs des CDI dans chacune des 14 régions	41 678 000	20 839 000	20 839 000	20 839 000	20 839 000	20 839 000
Objectif stratégique 1.8	Organiser une journée d'information et de sensibilisation en direction de 25 leaders HSH et des PS dans les 14 régions chaque année.	48 125 000	9 625 000	9 625 000	9 625 000	9 625 000	9 625 000
Objectif stratégique 1.8	Contractualiser avec les Districts pour la mise en œuvre d'un paquet d'activités par an à l'endroit des talibés	17 375 000	3 475 000	3 475 000	3 475 000	3 475 000	3 475 000
Objectif stratégique 1.8	Organiser 02 journées d'orientation de 30 personnes chacune en direction des maîtres coraniques et des grands talibés dans chacun des 20 districts	146 900 000		36 725 000	36 725 000	36 725 000	36 725 000
Objectif stratégique 2.1	Appuyer les 37 MAC dans la mise en œuvre de leur plan de lutte contre l'infection	160 000 000		40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000
Objectif stratégique 2.1	Organiser une session d'orientation d'1 jour par an de 25 pairs éducateurs dans chacune des 37 MAC	317 552 500	63 510 500	63 510 500	63 510 500	63 510 500	63 510 500
Objectif stratégique 2.1	Contractualiser avec les 37 MAC un paquet d'activités	41 300 000	8 260 000	8 260 000	8 260 000	8 260 000	8 260 000
Objectif stratégique 2.2	Contractualiser avec 40 associations / amicales d'étudiants dans les universités publics pour dérouler un paquet d'activités d'information, de sensibilisation et de soins communautaires TB	394 000 000	62 000 000	62 000 000	90 000 000	90 000 000	90 000 000
Objectif stratégique 2.3	Participer à la couverture sanitaire d'événements spéciaux (Gamou, Magal, Popenguine, SISDAK, etc.)	58 350 000	11 670 000	11 670 000	11 670 000	11 670 000	11 670 000



OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIVITES	COÛT TOTAL en CFA	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Objectif stratégique 2.3	Organiser une sortie semestrielle de dépistage actif de la TB par la radiographie numérique avec les prestataires	181 890 000	36 378 000	36 378 000	36 378 000	36 378 000	36 378 000
Objectif stratégique 3.1	Donner un appui nutritionnel chaque année à 3.000 patients tuberculeux par trimestre pendant toute la durée du traitement à partir de l'an 2	900 000 000	180 000 000	180 000 000	180 000 000	180 000 000	180 000 000
Objectif stratégique 3.1	Organiser des sessions de formation régionale de 3 jours de 25 Infirmiers chefs de poste sur la prise en charge décentralisée des cas de TB chaque année	328 092 800	82 023 200	82 023 200	82 023 200	82 023 200	82 023 200
Objectif stratégique 3.2	Tenir une réunion mensuelle du comité national TB-MR	245 700 000	49 140 000	49 140 000	49 140 000	49 140 000	49 140 000
Objectif stratégique 3.2	Tenir chaque année 4 sessions de formation/recyclage de 3 jours de 30 prestataires sur la prise en charge de la tuberculose multirésistante	122 008 000	24 401 600	24 401 600	24 401 600	24 401 600	24 401 600
Objectif stratégique 3.2	Acquérir les seringues	2 790 000	558 000	558 000	558 000	558 000	558 000
Objectif stratégique 3.2	Assurer les frais des bilans d'inclusion et de suivi des patients MDR	300 000 000	60 000 000	60 000 000	60 000 000	60 000 000	60 000 000
Objectif stratégique 3.2	Assurer les frais d'hospitalisation des malades MDR;	45 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000	9 000 000
Objectif stratégique 3.2	Assurer un appui nutritionnel aux patients traités par médicaments de deuxième ligne pendant la phase intensive.	90 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000	18 000 000
Objectif stratégique 3.2	Contractualiser le suivi du programme de prise en charge des cas multi-résistants = forfait GLC	106 593 013	21 318 603	21 318 603	21 318 603	21 318 603	21 318 603
Objectif stratégique 3.2	Assurer le loyer pour les malades délocalisés	21 000 000	4 200 000	4 200 000	4 200 000	4 200 000	4 200 000
Objectif stratégique 3.3	Appuyer la réhabilitation des locaux de 35 centres de santé (centres de traitement, salles de consultation, salles d'hospitalisation) par an selon les normes de précautions standard (Contrôle de l'infection)	140 000 000	60 000 000	80 000 000			
Objectif stratégique 3.3	Organiser un atelier d'orientation de 25 participants regroupant les Equipes Cadres ( ECR, ECD) de 2 jours sur les précautions standard et complémentaires de type « AIR » et sur les directives du plan national de lutte contre l'infection TB dans les 14 régions	11 022 000	2 755 500	2 755 500	2 755 500	2 755 500	
Objectif stratégique 4.1	Acheter les médicaments de première ligne	1 719 512 500	343 902 500	343 902 500	343 902 500	343 902 500	343 902 500
Objectif stratégique 4.1	Organiser chaque année des missions de collecte et d'analyse des échantillons de médicaments anti-TB au niveau des 07 sites minilabs	33 407 500	6 681 500	6 681 500	6 681 500	6 681 500	6 681 500
Objectif stratégique 4.1	Effectuer une fois par an, les tests de confirmation des analyses des minilabs au LNCM	12 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000
Objectif stratégique 4.1	Apporter un appui au LNCM pour l'organisation d'un atelier de restitution des résultats des analyses des minilabs	5 246 300	1 049 260	1 049 260	1 049 260	1 049 260	1 049 260

OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIVITES	COUJT TOTAL en CFA	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Objectif stratégique 4.1	Effectuer une fois par an, les tests de confirmation des résultats encore non conformes auprès de laboratoires pré qualifiés	24 500 000	4 900 000	4 900 000	4 900 000	4 900 000	4 900 000
Objectif stratégique 4.1	Organiser un atelier national d'évaluation du plan de contrôle de qualité des médicaments de 1ère ligne de 02 jours pour 30 participants	23 817 500	4 763 500	4 763 500	4 763 500	4 763 500	4 763 500
Objectif stratégique 4.1	Organiser en l'an 3 ,un atelier de recyclage de 02 jours pour 25 techniciens devant assurer les missions de collecte et d'analyse au niveau des minilabs	4 113 000	4 113 000	4 113 000	4 113 000	4 113 000	4 113 000
Objectif stratégique 4.1	Acheter les médicaments de deuxième ligne	721 502 161	132 890 329	136 101 894	142 509 938	150 000 000	160 000 000
Objectif stratégique 5.1	Organiser un atelier de mise à niveau des ONG sélectionnées sur les normes de prise en charge de la TB au niveau communautaire et les outils de suivi-évaluation (24 participants)	3 478 000	1 739 000	1 739 000	1 739 000	1 739 000	1 739 000
Objectif stratégique 5.1	Contractualiser avec 524 OCB un paquet d'activités de plaidoyer, communication, mobilisation sociale et soins communautaire	2 178 000 000	399 600 000	417 600 000	435 600 000	453 600 000	471 600 000
Objectif stratégique 5.1	Contractualiser avec 10 associations de femmes de ménages à Dakar	35 600 000	7 120 000	7 120 000	7 120 000	7 120 000	7 120 000
Objectif stratégique 5.1	Contractualiser avec les associations oeuvrant dans la LAT (ASLUT, etc.) un paquet d'activités (PCMS)	6 997 500	1 399 500	1 399 500	1 399 500	1 399 500	1 399 500
Objectif stratégique 5.1	Organiser des sessions de 2 jours pour la formation et le recyclage des relais communautaires des OCB sélectionnées (14 relais par OCB)	786 500 000	144 300 000	150 800 000	157 300 000	163 800 000	170 300 000
Objectif stratégique 5.1	Contractualiser avec les associations de HSH et PS pour la prise en compte de la composante TB dans leurs activités	22 400 000	4 480 000	4 480 000	4 480 000	4 480 000	4 480 000
Objectif stratégique 5.1	Financer les plans d'action de l'association ASLUT	180 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000
Objectif stratégique 5.1	Financer les plans d'action de 5 associations nationales (FAFS, AFAO, Réseau des Imams, etc.)	900 000 000	225 000 000	225 000 000	225 000 000	225 000 000	225 000 000
Objectif stratégique 5.1	Assurer les frais de gestion et d'administration du programme communautaire TB par les ONG	585 989 347	117 197 869	117 197 869	117 197 869	117 197 869	117 197 869
Objectif stratégique 5.1	Assurer la prise en charge salariale du personnel des ONG impliqués dans la coordination et le management du programme communautaire TB	1 396 548 852	279 309 770	279 309 770	279 309 770	279 309 770	279 309 770
Objectif stratégique 5.1	Assurer le renforcement du système communautaire dans la lutte contre la tuberculose (gestion de projet, S&E, fundraising...)	49 455 840	9 891 168	9 891 168	9 891 168	9 891 168	9 891 168
Objectif stratégique 5.2	Organiser un atelier d'élaboration des référentiels de communication sur la TB regroupant 30 participants (guides et manuels)	21 515 000	21 515 000	21 515 000	21 515 000	21 515 000	21 515 000



OBJETIFS STRATEGIQUES	ACTIVITES	COUJT TOTAL en CFA	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Objectif stratégique 5.2	Organiser un atelier d'élaboration d'une boîte à image de la LAT	12 360 000	12 360 000				
Objectif stratégique 5.2	Doter les talibés de 5000 tee-shirts (enfants) et 1000 nattes pour chacune des 14 régions chaque année	41 556 000	20 778 000			20 778 000	
Objectif stratégique 5.2	Organiser chaque année 01 atelier national de plaider de 50 personnes par an en direction des leaders d'association des femmes de ménage.	5 490 000	1 098 000	1 098 000	1 098 000	1 098 000	1 098 000
Objectif stratégique 5.2	Organiser un atelier national de 3 jours de formation de 30 formateurs des responsables des 10 ONG de zone (3 par ONG) en IEC/CCC/Tb communautaire	8 658 000	4 329 000		4 329 000		
Objectif stratégique 5.2	Organiser 1 atelier national par an de sensibilisation avec les associations de consommateurs (25 participants)	4 208 000		2 104 000		2 104 000	
Objectif stratégique 5.2	Concevoir, produire et diffuser un CD Rom sur la LAT à l'intention des élèves	2 100 000	2 100 000				
Objectif stratégique 5.2	Organiser chaque année 10 sessions de formation de 2 jours chacune pour 30 responsables (capitaines) de pirogues sur la TB (Sombédioune, Kafountine, Kayar, Mbour, Goudomp, Guet Ndar, Joal, Yarakh...)	7 538 000	3 769 000		3 769 000		
Objectif stratégique 5.2	Organiser chaque année 2 causeries par trimestre pour les 12 districts côtiers	3 600 000	720 000	720 000	720 000	720 000	720 000
Objectif stratégique 5.2	Editer les supports et outils de communication (affiches, dépliants, cartes malades, carte MERC, cartes conseils, boîte à images, bande dessinées, guides communautaires, Tee-shirts, casquettes, cartables)	1 183 750 000	236 750 000	236 750 000	236 750 000	236 750 000	236 750 000
Objectif stratégique 5.2	Organiser 10 ateliers nationaux de plaider d'une journée par an en direction des leaders des organisations de femmes, de la jeunesse, des sports, de la culture de 50 participants chacun.	54 900 000	10 980 000	10 980 000	10 980 000	10 980 000	10 980 000
Objectif stratégique 5.2	Organiser une session de formation de 3 jours de 25 agents du SNEIPS et EPS de région sur la prise en charge des cas de TB en an 3 et 5	11 598 600		5 799 300		5 799 300	
Objectif stratégique 5.2	Organiser la journée mondiale de lutte contre la Tuberculose en collaboration avec tous les partenaires.	187 530 000	37 506 000	37 506 000	37 506 000	37 506 000	37 506 000
Objectif stratégique 5.2	Appuyer l'organisation de la semaine régionale de mobilisation dans les 14 régions	102 830 000	20 566 000	20 566 000	20 566 000	20 566 000	20 566 000
Objectif stratégique 5.2	Organiser chaque année un atelier national d'orientation à l'endroit des responsables administratifs des EPS pour leur implication dans la lutte contre la TB en milieu hospitalier	6 447 000	3 223 500			3 223 500	
Objectif stratégique 5.2	Organiser chaque année 14 ateliers régionaux de renforcement de capacités de 25 participants (travailleurs sociaux, agents des brigades d'hygiène et des préventionnistes) en techniques de counselling et de communication TB	110 707 500	22 141 500	22 141 500	22 141 500	22 141 500	22 141 500

OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIVITES	COÛT TOTAL en CFA	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Objetif stratégique 5.2	Organiser un atelier national de renforcement de capacités de 30 téléopérateurs des numéros verts sur la TB	1 296 000	648 000		648 000		
Objetif stratégique 5.2	Organiser 1 atelier de renforcement de capacités des agents du SNEIPS et des EPS de régions et de district en techniques de counselling et communication TB (25 participants par atelier)	3 433 000	3 433 000				
Objetif stratégique 5.2	Organiser une Journée d'information sur la TB dans 14 grands Districts par an de 25 participants pour le personnel de soutien des structures publiques, para publiques et privées (cabinets privés, pharmacies....)	27 545 000	5 509 000	5 509 000	5 509 000	5 509 000	5 509 000
Objetif stratégique 5.2	Organiser chaque année 3 journées nationales de plaidoyer sur la tuberculose avec les associations de religieux (30 participants par journée)	35 807 520	11 935 840		11 935 840		11 935 840
Objetif stratégique 5.2	Organiser 02 journées annuelles d'information sur la TB avec 30 représentants des travailleurs des entreprises parapubliques et privées	7 695 000	1 539 000	1 539 000	1 539 000	1 539 000	1 539 000
Objetif stratégique 5.2	Organiser 02 journées récréatives par an dans les districts en direction des talibés	17 375 000	3 475 000	3 475 000	3 475 000	3 475 000	3 475 000
Objetif stratégique 5.2	Organiser chaque année 2 caravanes de sensibilisation sur la tuberculose dans 2 régions	19 007 500	3 801 500	3 801 500	3 801 500	3 801 500	3 801 500
Objetif stratégique 5.2	Sponsoriser chaque année 2 randonnées pédestres	25 050 000	5 010 000	5 010 000	5 010 000	5 010 000	5 010 000
Objetif stratégique 5.2	Mettre en œuvre le Plan Média	637 407 500	127 481 500	127 481 500	127 481 500	127 481 500	127 481 500
Objetif stratégique 5.2	Contractualiser avec 30 stations de radios communautaires et stations de radios régionales pour la production et la diffusion d'émission trimestrielle sur la TB ;	30 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000
Objetif stratégique 5.2	Organiser les journées scientifiques du PNT tous les 2ans	80 000 000		40 000 000		40 000 000	
Objetif stratégique 5.2	Doter le PNT de matériel audio visuels (TV, lecteur DVD, Vidéo projecteur, camera, appareil photo numérique, matériel de sonorisation) .	9 435 000	9 435 000				
Objetif stratégique 5.2	Doter le PNT d'un camion ciné bus	35 000 000	35 000 000				
Objetif stratégique 5.2	Organiser une réunion trimestrielle TB TEAM de 30 participants (PNT, Partenaires et représentants régionaux)	39 476 000	7 895 200	7 895 200	7 895 200	7 895 200	7 895 200
Objetif stratégique 5.2	Organiser des rencontres annuelles avec les autorités administratives, religieuses, coutumières, les élus locaux et les représentants de la société civile (associations de femmes, de jeunes etc.) afin de les informer des activités menées sur la TB au niveau communautaire et de les impliquer dans la lutte contre la TB	139 650 000	27 930 000	27 930 000	27 930 000	27 930 000	27 930 000
Objetif stratégique 5.2	Organiser une session nationale de plaidoyer (30 participants) auprès de la Commission Santé de l'Assemblée nationale dans la LAT	12 835 000	2 567 000	2 567 000	2 567 000	2 567 000	2 567 000

OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIVITES	COUJT TOTAL en CFA	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Objectif stratégique 5.2	Organiser 3 ateliers nationaux annuels d'information sur la TB de 30 participants par axe avec les associations d'élus locaux (Maires, PCR, Pcr)	35 441 520	11 813 840		11 813 840	11 813 840	
Objectif stratégique 5.2	Organiser un forum des partenaires techniques et financiers par an (50 participants)	13 365 000	2 673 000	2 673 000	2 673 000	2 673 000	2 673 000
Objectif stratégique 5.2	Organiser 3 séances annuelles d'information et de sensibilisation sur la TB pour 450 participants de 15 associations de transporteurs	14 220 000		7 110 000		7 110 000	
Objectif stratégique 5.2	Organiser 1 séance annuelle d'information et de sensibilisation pour 50 responsables de commissions santé de 5 établissements bancaires et 5 institutions financières	10 878 000	5 439 000		5 439 000		
Objectif stratégique 6.1	Organiser tous les 2 ans 14 sessions régionales de 2 jours de renforcement des capacités des OCB en gestion administrative et financière, planification et suivi-évaluation ;	63 308 000	31 654 000		31 654 000		
Objectif stratégique 6.1	Acheter 3 véhicules pour l'équipe mobile de radiologie du PNT	52 200 000	52 200 000				
Objectif stratégique 6.1	Assurer la maintenance des équipements informatiques de l'unité de radiologie	20 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000	4 000 000
Objectif stratégique 6.1	Assurer la maintenance des équipements de de radiologie (2 fois par an)	40 000 000		10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000
Objectif stratégique 6.1	Tenir un atelier de révision du guide et du manuel de formation du PNT	20 322 500	20 322 500				
Objectif stratégique 6.1	Editer et diffuser les outils et supports du système d'information et IEC TB (500 boîtes à images, 5000 fiches de séances, 6000 cahiers de relais, 5000 fiches d'orientation à 3 volets, 1000 fiches de suivi de TD0)	56 000 000	11 200 000	11 200 000	11 200 000	11 200 000	11 200 000
Objectif stratégique 6.1	Renouveler le parc informatique de l'unité centrale du Programme (15)	26 450 000		8 325 000	4 900 000	8 325 000	4 900 000
Objectif stratégique 6.1	Acheter 2 véhicules de supervision pour le PNT	46 300 000			46 300 000		
Objectif stratégique 6.1	Construire un centre de documentation et 3 locaux supplémentaires à usage de bureau PNT	130 000 000		130 000 000			
Objectif stratégique 6.1	Organiser un atelier de 30 participants pendant 5 jours pour l'élaboration du plan stratégique du PNT à la suite de la revue externe	8 328 800					8 328 800
Objectif stratégique 6.1	Organiser un atelier de révision des guides techniques du PNT (Politique, Normes et protocoles) de 20 participants pendant 5 jours en l'an 4 du projet	10 162 600	5 081 300			5 081 300	
Objectif stratégique 6.1	Editer et diffuser les guides techniques de Politiques normes et protocoles en 4000 exemplaires	24 000 000	24 000 000			24 000 000	24 000 000

OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIVITES	COUJT TOTAL en CFA	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Objectif stratégique 6.1	Editer et diffuser les guides APSR élaborés dans le cadre du R 7 en 5 000 exemplaires dans toutes les structures	30 000 000	30 000 000				
Objectif stratégique 6.1	Organiser un atelier d'élaboration du manuel du PNT	4 382 800	4 382 800				
Objectif stratégique 6.1	Editer le manuel du PNT 5000 exemplaires	50 000 000	50 000 000				
Objectif stratégique 6.1	Assurer le salaire du personnel étatique du PNT	150 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000
Objectif stratégique 6.1	Assurer le salaire du personnel contractuel du PNT (5 chauffeurs, 3 agents financiers, 1auditeur interne, 1assistant en passation des marchés, 1biologiste et 1 secrétaire, un aide laborantin, un agent d'approvisionnement, 2 coursiers)	551 936 520	110 387 304	110 387 304	110 387 304	110 387 304	110 387 304
Objectif stratégique 6.1	Payer les indemnités des membres de l'unité centrale du PNT impliqués dans le projet	409 999 663	81 982 488	81 982 488	81 997 025	82 011 562	82 026 099
Objectif stratégique 6.1	Assurer des indemnités aux prestataires chargés du suivi des malades MDR	240 000 000	48 000 000	48 000 000	48 000 000	48 000 000	48 000 000
Objectif stratégique 6.1	Assurer la prise en charge de 8 personnes à la conférence internationale de l'Union sur la TB et sur les maladies respiratoires	93 840 955	18 768 191	18 768 191	18 768 191	18 768 191	18 768 191
Objectif stratégique 6.1	Assurer la prise en charge de 8 personnes à la conférence de la région africaine de l'Union sur la TB et sur les maladies respiratoires	85 840 955	17 168 191	17 168 191	17 168 191	17 168 191	17 168 191
Objectif stratégique 6.1	Assurer les frais d'Assistance technique externe pour toutes les composantes du programme	150 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000	30 000 000
Objectif stratégique 6.1	Organiser des ateliers d'élaboration de la Proposition du PNT au Round du Fonds du Fonds mondial	26 000 000	-	6 500 000	6 500 000	6 500 000	6 500 000
Objectif stratégique 6.1	Appuyer le fonctionnement de l'unité centrale	507 306 828	104 960 066	99 960 066	100 575 066	100 905 816	100 905 816
Objectif stratégique 6.1	Organiser chaque année une mission d'inventaire des immobilisations acquises sur financement FM	51 225 000	10 245 000	10 245 000	10 245 000	10 245 000	10 245 000
Objectif stratégique 6.1	Assurer tous les semestres des missions de collecte et de validation des pièces justificatifs de dépenses des activités décentralisées	92 625 000	18 525 000	18 525 000	18 525 000	18 525 000	18 525 000
Objectif stratégique 6.1	Assurer l'audit externe du PNT et de ses sous récipiendaires	44 277 098	8 855 420	8 855 420	8 855 420	8 855 420	8 855 420
Objectif stratégique 6.2	Equiper les laboratoires périphériques en outils informatiques (ordinateur, imprimante, Logiciel et antivirus) pour la gestion des données	44 000 000	44 000 000	-	-	-	-
Objectif stratégique 6.2	Renouveler le parc informatique des CDT pour la gestion des données TB des districts	44 000 000			44 000 000		
Objectif stratégique 6.2	Acheter et installer 30 appareils de radiographie simple pour la couverture de 30 districts	1 120 000 000	560 000 000	560 000 000			

OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIVITES	COÛT TOTAL en CFA	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Objectif stratégique 6.2	Doter 15 districts excentrés de véhicules de supervision	225 000 000		225 000 000			
Objectif stratégique 6.2	Assurer la prise en charge de 2 membres de l'unité Centrale ou des régions médicales par an au Cours International de promotion de la santé d'Ouidah, Bénin	24 927 441	4 985 488	4 985 488	4 985 488	4 985 488	4 985 488
Objectif stratégique 6.2	Assurer la prise en charge de 2 membres de l'unité Centrale ou des régions médicales par an au Cours International sur TB/VIH à Ouidah, Bénin	36 078 710	7 215 742	7 215 742	7 215 742	7 215 742	7 215 742
Objectif stratégique 6.2	Assurer la prise en charge de 2 membres de l'unité Centrale ou des régions médicales par an au Cours International sur le VIH de ouagadougou	24 927 441	4 985 488	4 985 488	4 985 488	4 985 488	4 985 488
Objectif stratégique 6.2	Assurer la prise en charge de 1 membre de l'unité Centrale au Cours suivi -évaluation du CESAG	6 000 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000	1 200 000
Objectif stratégique 6.2	Assurer la prise en charge de 1 membre de l'unité Centrale au Cours de management du laboratoire aux Pays- Bas	25 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000
Objectif stratégique 6.2	Assurer la formation continue du personnel de l'unité centrale du PNT( planification opérationnelle et contrôle de projet, gestions)	77 854 882	15 570 976	15 570 976	15 570 976	15 570 976	15 570 976
Objectif stratégique 6.2	Appuyer une réunion de coordination annuelle du réseau national des laboratoires regroupant 30 participants pendant 2 jours	16 920 000	3 384 000	3 384 000	3 384 000	3 384 000	3 384 000
Objectif stratégique 6.2	Appuyer une réunion de coordination régionale par an dans chacune des 14 régions	30 875 000	6 175 000	6 175 000	6 175 000	6 175 000	6 175 000
Objectif stratégique 6.2	Appuyer une réunion de coordination semestrielle par district sur la coinfection TB/VIH	106 400 000	21 280 000	21 280 000	21 280 000	21 280 000	21 280 000
Objectif stratégique 6.3	Appuyer chaque année avec une association professionnelle de santé sur la sensibilisation de ses membres sur la LAT (Ordres des médecins, des pharmaciens, dentistes, associations des sages-femmes, associations d'infirmiers, assistants sociaux)	8 400 000	1 680 000	1 680 000	1 680 000	1 680 000	1 680 000
Objectif stratégique 6.3	Organiser chaque année une journée de partage et d'information avec chaque association professionnelle de santé sur les infections nosocomiales liés à la TB (Ordres des médecins, des pharmaciens, dentistes, associations des sages-femmes, associations d'infirmiers, assistants sociales)	10 062 000	5 031 000			5 031 000	
Objectif stratégique 6.3	Organiser 01 journée annuelle de plaidoyer (50 participants) auprès du patronat et de l'Association des Médecins d'entreprise du Sénégal (AMES) sur la TB en milieu de travail	3 294 000	1 098 000		1 098 000		1 098 000

OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIVITES	COUJT TOTAL en CFA	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Objectif stratégique 6.3	Contractualiser avec collectifs de pharmaciens d'officine pour l'exécution d'un paquet d'activités de soins TB (référence des toussseurs de plus de 15 jours, promotion des comportements favorables à la réduction de la propagation des germes en cas de toux, suivi des patients TB sous traitement)	240 000 000		60 000 000	60 000 000	60 000 000	60 000 000
Objectif stratégique 6.3	Contractualiser chaque année avec 4 réseaux de tradipraticiens pour le déroulement d'un paquet d'activités axé sur la référence précoce des toussseurs de plus de 15 jours	40 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000	8 000 000
Objectif stratégique 6.4	Appuyer l'exécution des plans d'action d'information et de sensibilisation menés par les élèves sur la tuberculose au niveau des écoles élémentaires (child to child)	50 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000
Objectif stratégique 6.4	Appuyer l'élaboration des plans de lutte contre l'infection des structures de santé et des 37 MAC en référence au Plan national	19 489 800		19 489 800			
Objectif stratégique 6.4	Organiser 5 ateliers de planification d'activités d'information et de sensibilisation sur la TB en milieu scolaire ciblant les élèves de l'élémentaire (child to child)	20 887 800	4 177 560	4 177 560	4 177 560	4 177 560	4 177 560
Objectif stratégique 6.4	4.2.4.Organiser 10 sessions de formations décentralisées de 2 jours à l'intention des 25 enseignants des écoles secondaires publiques et privées sur la lutte contre la tuberculose dans chacune des 14 régions	115 125 000	23 025 000	23 025 000	23 025 000	23 025 000	23 025 000
Objectif stratégique 6.4	Organiser une session nationale de plaidoyer (50 participants) auprès des responsables des différents secteurs (Education, Habitat, Justice, Collectivités locales, Environnement, Famille, PNDL, CAEL, Culture,) dans la LAT	41 205 000		13 735 000	13 735 000	13 735 000	
Objectif stratégique 6.4	Financer les plans d'action du secteur famille	200 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000
Objectif stratégique 6.4	Organiser une session de plaidoyer annuelle auprès de l'Unité de Coordination et de Suivi de la Politique économique du Sénégal (UCSPE- SNDES)	3 075 000	615 000	615 000	615 000	615 000	615 000
Objectif stratégique 6.4	Appuyer le plan d'action du secteur du transport	175 000 000	35 000 000	35 000 000	35 000 000	35 000 000	35 000 000
Objectif stratégique 6.4	Organiser un atelier national de plaidoyer en direction des acteurs de l'éducation nationale y compris révision curricula de formation (cabinet ministre, directeurs des structures, IA, IEMS, IEF,...)	14 350 000	7 175 000			7 175 000	
Objectif stratégique 6.4	Appuyer la mise en œuvre de 25 plans d'action des écoles et 53 IEF de sensibilisation sur la LAT en milieu scolaire	200 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000
Objectif stratégique 6.4	Organiser une journée annuelle de réflexion avec les responsables du Service de Santé des Armées sur la TB	4 104 000	2 052 000	2 052 000			
Objectif stratégique 6.4	Appuyer le plan d'action de l'armée	175 000 000	35 000 000	35 000 000	35 000 000	35 000 000	35 000 000



OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIVITES	COÛT TOTAL en CFA	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Objectif stratégique 6.4	Organiser 3 séances annuelles d'information et de sensibilisation pour 90 participants du Ministère de la jeunesse à travers les CDEPS et l'ONCAV	196 852 500	39 370 500	39 370 500	39 370 500	39 370 500	39 370 500
Objectif stratégique 6.4	Organiser un atelier national de plaidoyer de 30 participants en direction des acteurs de l'enseignement supérieur (Ministère, cabinet,...)	1 985 000	992 500	992 500			
Objectif stratégique 6.4	Organiser 1 atelier de plaidoyer national de 50 personnes à l'endroit des leaders du secteur de l'élevage (foras, zones sylvo-pastorales)	3 972 000	1 986 000		1 986 000		
Objectif stratégique 6.4	Organiser 03 causeries par semestre pour chaque région en direction du professionnel de l'élevage	11 200 000	5 600 000		5 600 000		
Objectif stratégique 6.4	Organiser 1 atelier de plaidoyer national à l'endroit des leaders du secteur de transports (gares routières,...)	8 079 000	4 039 500	4 039 500			
Objectif stratégique 6.4	Organiser 1 atelier de sensibilisation et d'information (30 participants) par région à l'endroit des acteurs du secteur de transports (gares routières,...) par an	37 828 000	18 914 000		18 914 000		
Objectif stratégique 7.1	Organiser un atelier de 25 participants de 5 jours de révision des outils du système d'information de la LAT	14 165 000	7 082 500			7 082 500	
Objectif stratégique 7.1	Multiplier les supports de prise en charge tous les deux ans	99 860 000		49 930 000		49 930 000	
Objectif stratégique 7.2	Réaliser une supervision semestrielle TB-MR	103 341 000	20 668 200	20 668 200	20 668 200	20 668 200	20 668 200
Objectif stratégique 7.2	Assurer les frais de déplacement du biologiste et d'un chauffeur pour la supervision des unités de microscopie pour une durée de 7 jours dans les 14 régions,	26 676 000	5 335 200	5 335 200	5 335 200	5 335 200	5 335 200
Objectif stratégique 7.2	Effectuer une supervision conjointe semestrielle PNT/DLSI/ Direction des Laboratoires vers les labos régionaux	26 720 000	5 344 000	5 344 000	5 344 000	5 344 000	5 344 000
Objectif stratégique 7.2	Appuyer 4 supervisions conjointes par An PNT des différents points de prestation des districts par le niveau national	716 240 000	143 248 000	143 248 000	143 248 000	143 248 000	143 248 000
Objectif stratégique 7.2	Appuyer une supervision annuelle conjointe DSISS/ PNT / Lèpre dans les 14 régions	13 330 000	2 666 000	2 666 000	2 666 000	2 666 000	2 666 000
Objectif stratégique 7.2	Appuyer une supervision semestrielle des régions Médicales	81 564 000	16 312 800	16 312 800	16 312 800	16 312 800	16 312 800
Objectif stratégique 7.2	Appuyer 2 supervisions de 76 districts sur les activités de la LAT et les interventions communautaires (soit 260 supervisions par an)	244 188 000	48 837 600	48 837 600	48 837 600	48 837 600	48 837 600
Objectif stratégique 7.2	Assurer la supervision à tous les niveaux (ONG, OCB) des acteurs communautaires intervenant dans la lutte contre la tuberculose	422 948 000	84 589 600	84 589 600	84 589 600	84 589 600	84 589 600

OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIVITES	COUIT TOTAL en CFA	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Objectif stratégique 7.3	Organiser une revue annuelle de la mise en œuvre des activités de la société civile regroupant 240 participants répartis en 5 axes géographiques pendant 5 ans.	137 100 000	27 420 000	27 420 000	27 420 000	27 420 000	27 420 000
Objectif stratégique 7.3	Organiser dans chaque district une journée tous les mois de coordination, de planification et de suivi-évaluation des activités communautaires TB regroupant 30 participants	558 600 000	111 720 000	111 720 000	111 720 000	111 720 000	111 720 000
Objectif stratégique 7.3	Appuyer une revue par semestre conjointe PNT/ DLSI/ Lèpre par région par année de 30 participants pour 14 régions	295 624 000	59 124 800	59 124 800	59 124 800	59 124 800	59 124 800
Objectif stratégique 7.3	Organiser une revue annuelle CDT et responsables labo sur 5 axes	89 916 000	17 983 200	17 983 200	17 983 200	17 983 200	17 983 200
Objectif stratégique 7.3	Organiser une revue annuelle de 30 participants de 2 jours de partage des données du SNIS en rapport avec la TB avec les Régions médicales et les partenaires	24 519 000	4 903 800	4 903 800	4 903 800	4 903 800	4 903 800
Objectif stratégique 7.3	Organiser chaque année dans les 76 districts une enquête selon la méthodologie LDAS pour apprécier le niveau de connaissances des populations sur la TB et le degré des couvertures des interventions du programme	148 200 000	29 640 000	29 640 000	29 640 000	29 640 000	29 640 000
Objectif stratégique 7.3	Organiser la revue externe du programme	157 821 810					157 821 810
Objectif stratégique 7.3	Assistance technique pour la revue externe quinquennale du PNT pendant 15 jours	6 750 000					6 750 000
Objectif stratégique 7.3	Effectuer une enquête CAP finale sur la tuberculose auprès de la communauté	35 010 000					35 010 000
Objectif stratégique 7.3	Etude des cas de rechute survenant dans le pays depuis le remplacement de l'association (EH) par (RH) en phase de continuation	21 485 000		21 485 000			
Objectif stratégique 7.3	Etude évaluative de l'impact de la décentralisation du traitement aux Postes de santé de 1996 à 2012	20 485 000			20 485 000		
Objectif stratégique 7.3	Etude de prévalence de la Tuberculose chez les diabétiques suivis	20 486 524				20 486 524	
Objectif stratégique 7.3	Mener une enquête nationale de prévalence de la TB au Sénégal	700 000 000		700 000 000			
Objectif stratégique 7.3	Réaliser une étude sur la résistance aux antituberculeux de 1ère et 2ème ligne	54 000 000	54 000 000				
Objectif stratégique 7.3	Etude évaluative de l'impact de la chimio prophylaxie à l'isoniazide chez les enfants contacts	21 485 000		21 485 000			
Objectif stratégique 7.3	Etude de prévalence de la Tuberculose chez le personnel de santé (CDT, soins, laboratoire, hospitalisation) et les étudiants de médecine	21 485 000		21 485 000			

OBJECTIFS STRATEGIQUES	ACTIVITES	COUIT TOTAL en CFA	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Objectif stratégique 7.3	Assurer la participation de 2 membres du PNT aux réunions de coordination par région	42 315 000	8 463 000	8 463 000	8 463 000	8 463 000	8 463 000
Objectif stratégique 7.4	Effectuer une méta analyse sur les études menées sur la TB tous les 2 ans	40 000 000		20 000 000		20 000 000	
Objectif stratégique 7.4	Organiser un Forum annuel de partage des résultats de recherche sur la TB	15 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000
Objectif stratégique 7.4	Appuyer 3 projets d'études opérationnelles retenus sur la TB	225 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000	45 000 000
Objectif stratégique 7.4	Etude des causes de stagnation du taux de détection de la tuberculose	21 485 000		21 485 000			
Objectif stratégique 7.4	Mener une étude sur les schémas courts de 9 ou 12 mois pour le traitement des tuberculoses multi-résistantes ;	21 485 000		21 485 000			

## ANNEXE 2 : CADRE DE PERFORMANCE DU PLAN STRATEGIQUE

Buts et objectifs	Indicateurs	Sources	Baseline 2012	Cible 2017	Fréquence de collecte	Responsable	Partenaires de mise en œuvre
But : Améliorer la santé de la population par la réduction significative du poids de la tuberculose	Indicateurs d'impact						
	Taux d'incidence	OMS	136 cas/ 100000 hbts	110/100 000 hbts	annuelle	PNT, OMS	PNT, OMS
Réduire la morbidité liée à la tuberculose, d'ici 2017.	Nombre de décès liés à la TB	OMS	19/100000 hbts	9/100 000 hbts	annuelle	PNT, OMS	PNT, OMS

Objectif	Indicateurs d'effets ou de résultats										
	Indicateurs	Sources	Fréquence	Baseline 2012	Cible 2013	Cible 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017	Responsable	Part Mise en œuvre
Diagnostiquer les cas attendus de tuberculose toutes formes	Taux de détection toutes formes diagnostiqués	Rapports trimestriels des cas dépistés	Annuel	69%	69%	70%	72%	75%	75%	PNT	RM/DS/PLAN
Traiter avec succès les nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués	Taux de notification pour 100.000 habitants	Rapports trimestriels des cas dépistés,	Annuel	93,5	96,6	99	102	103	103	PNT	RM/DS/PLAN
Dépister l'infection à VIH chez les tuberculeux	Taux de succès de traitement (TPM+)	Rapports trimestriels sur les résultats de traitement, Registre de la TB	Annuel	85%	85%	86%	88%	90%	90%	PNT	RM/DS/
Prendre en charge les patients co infectés TB/VIH;	Proportion de tuberculeux ayant eu un test VIH	Rapport trimestriel, annuel	annuel	79%	90%	90%	95%	95%	95%	PNT	RM/DS/
Dépister au moins 50% des cas attendus de TB-MR	Proportion de patients mis sous cotrimosazole	Rapport trimestriel, annuel	annuel	90%	95%	97%	99%	100%	100%	PNT	RM/DS/
Guérir les patients atteints de TBMR mis sous traitement ;	Proportion de patients mis sous ARV	Rapport trimestriel, annuel	annuel	64%	70%	80%	90%	95%	95%	PNT/	RM/DS
	Nombre de cas de TBMR attendus	Rapport trimestriel, annuel	Annuel	-	-	Enquête résistance en 2014	50%	50%	50%	PNT	RM/DS
	Taux de guérison de la TB MR	Rapport trimestriel, annuel	Annuel	75%	75%	75%	75%	75%	75%	PNT	RM/DS

## ANNEXE 3 : CADRE TRIENNAL DU PLAN STRATEGIQUE

Objectifs du programme	Orientations stratégiques	Indicateurs	Cibles		
			2013	2014	2015
Réduire la morbidité liée à la tuberculose, d'ici 2017.	DETECTION DES CAS DE TUBERCULOSE DANS LES SERVICES DE SANTE	Nombre d'unité de microscopie pour 100 000 habitants par district	1	1	1
		Nombre de microscopistes formés ou recyclés	50	50	50
		Nombre et % de laboratoire du réseau qui participent au contrôle de qualité de la microscopie	97%	97%	97%
		Nombre et % de laboratoire du réseau performant au contrôle de qualité de la microscopie	95%	95%	95%
		Taux de détection de toutes formes sont notifiés par an	69%	70%	72%
		% de cas de tuberculose chez l'enfant par rapport à l'ensemble des cas	6,5%	7%	7,5%
		% des adultes et enfants vivant avec le VIH bénéficiant d'une évaluation documentée de leur statut TB à chaque contact	50%	60%	70%
		% des cas de TB enregistrés qui ont accepté et réalisé le test VIH	90%	90%	95%
		% des patients tuberculeux de plus de 35 ans dépistés au diabète	40%	50%	70%
		% des établissements pénitentiaires appliquant les mesures de contrôle de l'infection Tuberculeuse	(20/36) 56%	(25/36) 69%	(29/36) 80%
Réduire la mortalité liée à la tuberculose, d'ici 2017.	PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE DANS LES GROUPES VULNERABLES, LES COLLECTIVITES ET DANS LA COMMUNAUTE	Taux de succès thérapeutique chez les nouveaux cas de tuberculose à frottis positifs	85%	86%	88%
		Taux de perdus de vue	6%	5%	4%
		% des patients Co infectés TB/VIH qui bénéficient d'une chimio prophylaxie au cotrimoxazole	95%	97%	99%
		% des patients coinfecteds TB/VIH mis sous ARV	70%	80%	90%
		% de régions avec une prise en charge locale effective de la TB-MDR	5	9	14
		% des centres de santé et hôpitaux y compris les centres de référence appliquant les mesures de prévention de la tuberculose.	45%	60%	75%
		% des achats de médicaments et autres intrants faits conformément au manuel de procédures et à la réglementation nationale en vigueur	100%	100%	100%
		% de structures ayant une disponibilité permanente en médicaments et produits de laboratoire	100%	100%	100%
		% de cas de TB déclarés par le pays et qui sont orientés par les acteurs communautaires	6%	7%	8%
		% des personnes présentant une toux et qui sont informées et sensibilisées sur la nécessité de se faire consulter à la structure de santé la plus proche	50%	55%	60%
PROMOTION DE LA SANTE	SYSTEME EFFICACE D'APPROVISIONNEMENT ET DE GESTION DES MEDICAMENTS ET INTRANTS DE LABORATOIRE	% des cas notifiés et sont sensibilisés et suivent le traitement jusqu'à guérison	85%	86%	88%
		% d'OCB ciblées participant à l'amélioration de la communication à travers le paquet de services communautaires	98%	100%	100%
		Nombre de districts bénéficiant du paquet renforcé de services	55	76	76
		% des décideurs ciblés (élus, parlementaires, leaders locaux) s'impliquant dans la lutte contre la tuberculose	30%	40%	50%
		% des activités média planifiées mises en œuvre chaque année	60%	70%	80%

Objectifs du programme	Orientations stratégiques	Indicateurs	Cibles		
			2013	2014	2015
RENFORCEMENT DE LA GESTION DU PROGRAMME, PARTENARIAT ET LEADERSHIP		% du personnel intervenant dans la LAT et qui ont bénéficié de renforcement de capacités	70%	80%	90%
		% des structures disposant des référentiels	70%	90%	100%
		Nombre de laboratoires des districts réhabilités selon les normes	5	5	5
		Nombre de personnel de santé bénéficiant chaque année de formations internationales financées par le PNT	6	6	6
		% des EPS ayant un point focal TB formé	50%	70%	100%
		% de Ministères et secteurs ciblés possédant un microplan annuel de lutte contre la TB suivi et évalué	30%	40%	60%
		Taux de complétude des rapports attendus	100%	100%	100%
		Taux de promptitude des rapports attendus	70%	80%	90%
		% des districts qui continuent à collecter, analyser et transmettre à temps les données	100%	100%	100%
		Nombre de supervision TB reçues par an a chaque niveau de la pyramide sanitaire	2	2	2
RENFORCEMENT DU SUIVI, DE L'EVALUATION DU PROGRAMME ET PROMOTION DE LA RECHERCHE		Nbre de contrôle de qualité trimestriel effectué dans chaque unité microscopie	4	4	4
		%des rapports annuels d'activités et statistiques élaborés et diffusés au niveau opérationnel, auprès des décideurs et des partenaires	80%	90%	100%
		% des activités des plans d'opérations annuels évaluées périodiquement	100%	100%	100%



## ANNEXE 4 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE

DOMAINES ou ORIENTATION STRATEGIQUE	PRINCIPALES ACTIVITES	RESPONSABLES	2013	2014	2015	Budget pour 3 ans
1. DETECTION DES CAS DE TUBERCULOSE DANS LES SERVICES DE SANTE	Extension des locaux du LNR	CN-LNR			70 000 000	70 000 000
	Renouvellement des 2 hottes du LNR	CN-LNR			20 000 000	20 000 000
	Fourniture en consommables et réactifs pour les cultures et tests de sensibilité	CN-LNR	3 639 249	3 639 249	3 639 249	10 917 747
	Contractualisation pour la maintenance préventive et curative du matériel du LNR	CN-LNR	20 000 000	20 000 000	20 000 000	60 000 000
	Maintenance des équipements de biosécurité du LNR	CN-LNR	14 103 905	14 103 905	14 103 905	42 311 715
	Contrôle de qualité externe pour la culture et tests moléculaires p	CN-LNR	5 252 543	5 252 543	5 252 543	15 757 629
	Formation / recyclage des 10 biologistes sur le Genexpert	CN-LNR	2 972 500			2 972 500
	Mise en place d'un GeneXpert dans chaque région	CN-LNR	7 000 000	241 080 000	292 600 000	540 680 000
	Réhabilitation de 30 laboratoires de centres de santé	CN-LNR	40 000 000	40 000 000	40 000 000	120 000 000
	Achat de l'équipement des nouveaux laboratoires réhabilités, des microscopes à fluorescence LED, les besoins du réseau de microscopie en réactifs	CN-LNR	122 672 618	70 550 810	71 775 482	264 998 910
	Formation/recyclage par an de 10 techniciens de laboratoire e diagnostic en incluant la technologie à fluorescence	CN-LNR	14 750 000	14 750 000	14 750 000	44 250 000
	Stage pratique au niveau national pour microscopistes des régions par an	CN-LNR	4 150 000	4 150 000	4 150 000	12 450 000
	Transport des crachats des Postes de santé vers les labos des centres de santé	CN-LNR-BAF	36 000 000	36 000 000	36 000 000	108 000 000
	Construction d'une unité de prise en charge	CN-LNR		55 000 000		55 000 000
	Atelier régional trimestriel de relecture des lames avec le réseau national de labo	CN-LNR	37 984 907	37 984 907	37 984 907	113 954 721
	Acheter 152 tabliers de protection et 76 appareils de dosimétrie pour la sécurité	CN-LNR	40 937 211			40 937 211
	Formation manipulateurs sur la technologie de la radiographie	CN-LNR-Radiologie	11 955 000			11 955 000
	Formation sur les stratégies d'intensification de dépistage, PEC, Gestion et S&E	CN-LNR-PEC-S&E-BFR	70 490 000			70 490 000
	Formation des formateurs sur l'APSR	CN-PEC-BFR	6 528 500			6 528 500
	Formation des prestataires de soins des districts et des EPS sur l'APSR	CN-PEC-BFR		58 216 000	58 216 000	116 432 000
Journée de partage des résultats de la mise en œuvre de l'APSR	CN-PEC-BFR		2 570 000		2 570 000	
Formation de médecins de cabinets d'entreprises sur les normes de prise en charge de la tuberculose	CN-PEC-BFR	1 762 500	1 762 500	1 762 500	5 287 500	
Formation de médecins responsables de cabinets/cliniques médicaux privés sur les normes de prise en charge de la tuberculose	CN-PEC-BFR	1 762 500	1 762 500	1 762 500	5 287 500	
Formation de responsables de cabinets paramédicaux privés sur les normes de prise en charge de la tuberculose	CN-PEC-BFR	2 302 500	2 302 500	2 302 500	6 907 500	
Ateliers de renforcement de capacités de prestataires des unités de consultation des structures publiques, para publiques et privées en techniques de counseling TB	CN-PEC-BFR	24 428 000	24 428 000	24 428 000	73 284 000	

DOMAINES ou ORIENTATION STRATEGIQUE	PRINCIPALES ACTIVITES	RESPONSABLES	2013	2014	2015	Budget pour 3 ans
	Formation de tradipraticiens sur la tuberculose	CN-PEC-BFR-BCP	11 025 000		11 025 000	22 050 000
	Frais de transport des crachats des malades suspects de MDR vers les labos régionaux et le LNR	CN-PEC-BAF	4 160 000	4 160 000	4 160 000	12 480 000
	Ateliers de formations de médecins (public et privé) sur la PEC de la TB de l'enfant.	CN-PEC-BFR	6 635 000	6 635 000	6 635 000	19 905 000
	Ateliers de formations/recyclage de responsables de consultation pédiatriques sur la PEC de la TB de l'enfant	CN-PEC-BFR	17 210 000	17 210 000	17 210 000	51 630 000
	Dotation les structures en tuberculose	CN-PEC-BGAS	6 237 000	6 539 028	6 614 624	19 692 680
	Réunion semestrielle du groupe de travail TB-VIH	CN-S&E-PEC	715 000	715 000	715 000	2 145 000
	Réunion semestrielle du comité national de suivi TB-VIH	CN-S&E-PEC	4 165 000	4 165 000	4 165 000	12 495 000
	Journées d'orientation des associations de PVVIH sur le screening TB	CN-PEC-BFR	3 613 000	3 613 000	3 613 000	10 839 000
	Formation des responsables des CDT sur la prise en charge intégrée de la TB/VIH (PCIMAA, counseling VIH et en technique de dépistage rapide du VIH, screening TB chez les VIH)	CN-PEC-BFR-LNR-S&E	21 475 400	21 475 400	21 475 400	64 425 000
	Atelier régional de plaidoyer à l'endroit des associations des PVVIH sur le screening TB dans chacune des régions	CN-PEC-BFR	9 814 000	9 814 000	9 814 000	29 442 000
	Contractualisation avec les associations de PVVIH de paquet d'activités	CN	2 240 000	2 240 000	2 240 000	6 720 000
	Atelier d'élaboration du plan de lutte contre la co-morbidité TB-Diabète	CN-PEC		12 658 000		12 658 000
	Atelier national de plaidoyer en direction des leaders d'associations de diabétiques en collaboration avec le Centre MS	CN-PEC-BCP	4 363 500		4 363 500	8 727 000
	Causerie par trimestre au niveau du centre de traitement diabétique de Dakar	CN-PEC-BCP	64 000 000	64 000 000	64 000 000	192 000 000
	Dépistage du diabète chez les patients TB (Mise en place des glucomètres)	CN-PEC-LNR-BGAS		5 000 000	5 000 000	10 000 000
	Dépistage du diabète chez les patients TB (Prise en charge de la confirmation, hémoglobine, glycémie)	CN-PEC		215 600 000	585 200 000	800 800 000
	Atelier de planification de la mise en œuvre du plan TB Diabète	CN-PEC-S&E		4 491 000		4 491 000
	Appui du plan d'action TB diabète	CN		100 000 000	100 000 000	200 000 000
	Achat d'une plate-forme « one stop TB services » pour le dépistage en stratégie avancée (camion, conteneur, Gex, RN, LED, une imprimante)	CN	46 900 000	900 000	900 000	48 700 000
	Atelier d'orientation de membres de l'encadrement des PS	CN-PEC-BFR-BCP		3 815 000	3 815 000	7 630 000
	Session d'orientation de pairs éducateurs des PS dans les régions	CN-PEC-BFR-BCP		22 939 000		22 939 000
	Journées de sensibilisation en direction des populations déplacées par an	CN-PEC-BCP	15 523 500	15 523 500	15 523 500	46 570 500
	Causeries mensuelles par district en direction des talibés			22 800 000	22 800 000	45 600 000
	Atelier d'orientation d'1 journée de 30 membres de l'encadrement des HSH	CN-PEC-BFR-BCP		3 915 000	3 915 000	7 830 000
	Session d'orientation de pairs éducateurs des HSH dans chacune des régions	CN-PEC-BFR-BCP		22 939 000		22 939 000
	Atelier d'orientation d'1 journée de 30 membres de l'encadrement des CDI	CN-PEC-BFR-BCP			2 815 000	2 815 000



DOMAINES ou ORIENTATION STRATEGIQUE	PRINCIPALES ACTIVITES	RESPONSABLES	2013	2014	2015	Budget pour 3 ans
TOTAL BUDGET DETECTION DES CAS	Session d'orientation de pairs éducateurs des CDI dans régions	CN-PEC-BFR-BCP			20 839 000	20 839 000
	Journée d'information et de sensibilisation en direction de leaders HSH et des PS dans les régions chaque année.	CN-PEC-BFR-BCP	9 625 000	9 625 000	9 625 000	28 875 000
	Contractualisation avec les Districts pour la mise en œuvre d'un paquet d'activités par an à l'endroit des talibés	CN-BCP	3 475 000	3 475 000	3 475 000	10 425 000
	Journées d'orientation en direction des maîtres coraniques et des grands talibés dans 20 districts	CN-PEC-BFR-BCP		36 725 000	36 725 000	73 450 000
	699 868 333	1254524842	1 685 390 610	3 640 085 813		
	Appui des 37MAC dans la mise en œuvre de leur plan de lutte contre l'infection	CN-BCP		40 000 000	40 000 000	80 000 000
2. INTENSIFICATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE DANS LES GROUPES VULNERABLES, LES COLLECTIVITES ET DANS LA COMMUNAUTE	Session d'orientation de pairs éducateurs dans chacune des MAC	CN-PEC-BFR-BCP	63 510 500	63 510 500	63 510 500	190 531 000
	Contractualisation avec les 37 MAC d'un paquet d'activités	CN-BCP	8 260 000	8 260 000	8 260 000	24 780 000
	Contractualisation avec 40 associations / amicales d'étudiants dans les universités publics d'un paquet d'activités d'information, de sensibilisation et de soins communautaires	CN-BCP	62 000 000	62 000 000	90 000 000	214 000 000
	Couverture sanitaire d'événements spéciaux (Gamou, Magal, Popenquine, SISDAK, etc.)	CN-BCP	11 670 000	11 670 000	11 670 000	35 010 000
	Sorties semestrielles de dépistage actif de la TB par la radiographie numérique au profit des prestataires	CN-UMRN-BCP	36 378 000	36 378 000	36 378 000	109 134 000
	181 818 500	221 818 500	249 818 500	653 454 000		
TOTAL BUDGET PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE DANS LES GROUPES VULNERABLES	Appui nutritionnel chaque année à des patients tuberculeux par trimestre pendant toute la durée du traitement à partir de l'an 2	CN-PEC	180 000 000	180 000 000	180 000 000	540 000 000
	Session de formation régionale d'Infirmiers chefs de poste sur la prise en charge des cas de TB	CN-PEC-BFR		82 023 200	82 023 200	164 046 400
	Réunion mensuelle du comité national TB-MR	CN-PEC	49 140 000	49 140 000	49 140 000	147 420 000
	Sessions de formation/recyclage de prestataires sur la prise en charge de la TB-MR	CN-PEC-BFR	24 401 600	24 401 600	24 401 600	73 204 800
	Acquisition de seringues	CN-PEC-BGAS	558 000	558 000	558 000	1 674 000
	Frais des bilans d'inclusion et de suivi des patients MDR	CN-PEC-BAF	60 000 000	60 000 000	60 000 000	180 000 000
	Frais d'hospitalisation des malades MDR;	CN-PEC-BAF	9 000 000	9 000 000	9 000 000	27 000 000
	Appui nutritionnel aux patients traités par médicaments de deuxième ligne pendant la phase intensive.	CN-PEC-BAF	18 000 000	18 000 000	18 000 000	54 000 000
	Contractualisation du suivi du programme de PEC des cas multi résistants = forfait GLC	CN-PEC-BAF	21 318 603	21 318 603	21 318 603	63 955 809
	Appui pour loyer pour les malades délocalisées	CN-PEC-BAF	4 200 000	4 200 000	4 200 000	12 600 000
3. ADMINISTRATION D'UN TRAITEMENT ANTI TUBERCULEUX DE QUALITE						

DOMAINES ou ORIENTATION STRATEGIQUE	PRINCIPALES ACTIVITES	RESPONSABLES	2013	2014	2015	Budget pour 3 ans
	Appui pour la réhabilitation des locaux des centres de santé (centres de traitement, salles de consultation, salles d'hospitalisation) par an	CN-PEC-S&E-BAF	60 000 000	80 000 000		140 000 000
	Atelier d'orientation des Equipes Cadres (ECR, ECD) sur les précautions standard et complémentaires de type « AIR » et sur les directives du plan national de lutte contre l'infection TB dans les régions	CN-PEC-BFR-S&E	2 755 500	2 755 500	2 755 500	8 266 500
TOTAL BUDGET TRAITEMENT ANTI TUBERCULEUX DE QUALITE	429 373 703	531 396 903	451 396 903	1 412 167 509		
	Achat des médicaments de première ligne	CN-BGAS-BAF	343 902 500	343 902 500	343 902 500	1 031 707 500
	Achat des médicaments de deuxième ligne	CN-BGAS-BAF	132 890 329	136 101 894	142 509 938	411 502 161
	Missions de collecte et d'analyse des échantillons de médicaments antiTB au niveau des sites à l'aide de minilabs	CN-PEC-BGAS-BAF	6 681 500	6 681 500	6 681 500	20 044 500
	Tests annuels de confirmation des analyses des minilabs au LNCM	CN-PEC-BGAS-BAF	2 500 000	2 500 000	2 500 000	7 500 000
4. SYSTEME EFFICACE D'APPROVISIONNEMENT ET DE GESTION DES MEDICAMENTS ET INTRANTS DE LABORATOIRE	Appui au LNCM pour l'organisation d'un atelier de restitution des résultats des analyses des minilabs	CN-BGAS-S&E-BAF	1 049 260	1 049 260	1 049 260	3 147 780
	Tests annuels de confirmation des résultats non conformes auprès de laboratoires pré qualifiés	CN-BGAS-S&E-BAF	4 900 000	4 900 000	4 900 000	14 700 000
	Atelier national d'évaluation du plan de contrôle de qualité des médicaments de 1ère ligne	CN-BGAS-S&E-BAF	4 763 500	4 763 500	4 763 500	14 290 500
TOTAL BUDGET APPROVISIONNEMENT ET GESTION DES MEDICAMENTS	496 687 089	499 898 654	506 306 698	1 502 892 441		
5. PROMOTION DE LA SANTE						
	Atelier An3 de recyclage de techniciens devant assurer les missions de collecte et d'analyse au niveau des minilabs	CN-BGAS-BAF			4 113 000	4 113 000
	Atelier de mise à niveau des ONG sélectionnées sur les normes de PEC de la TB au niveau communautaire et les outils de suivi-évaluation	PNT-Plan	1 739 000	1 739 000		3 478 000
	Contractualisation avec des OCB d'un paquet d'activités de plaidoyer, communication, mobilisation sociale et soins communautaire	Plan	399 600 000	417 600 000	435 600 000	1 252 800 000
	Contractualisation avec associations de femmes de ménages à Dakar	PNT-Plan	7 120 000	7 120 000	7 120 000	21 360 000
	Contractualisation avec les associations œuvrant dans la LAT (ASLUT, etc.) d'un paquet d'activités (PCMS)	PNT-Plan	1 399 500	1 399 500	1 399 500	4 198 500
	Sessions de formation et recyclage des relais communautaires des OCB sélectionnées	PNT-Plan	144 300 000	150 800 000	157 300 000	452 400 000
	Contractualisation avec les associations de HSH et PS pour la prise en compte de la composante TB dans leurs activités	PNT-Plan	4 480 000	4 480 000	4 480 000	13 440 000
	Financement des plans d'action de l'association ASLUT	PNT-Plan		45 000 000	45 000 000	90 000 000

DOMAINES ou ORIENTATION STRATEGIQUE	PRINCIPALES ACTIVITES	RESPONSABLES	2013	2014	2015	Budget pour 3 ans
	Financement des plans d'action des associations nationales (FAFS, AFAO, Réseau des Imams, etc.)	PNT-Plan		225 000 000	225 000 000	450 000 000
	Frais de gestion et d'administration du programme communautaire TB par les ONG	Plan	117 197 869	117 197 869	117 197 869	351 593 607
	Prise en charge salariale du personnel des ONG impliqués dans la coordination et le management du programme communautaire TB	Plan	279 309 770	279 309 770	279 309 770	837 929 310
	Renforcement du système communautaire dans la lutte contre la tuberculose (gestion de projet, S&E, fundraising...)	PNT-Plan	9 891 168	9 891 168	9 891 168	29 673 504
	Atelier d'élaboration des référentiels de communication sur la TB regroupant (guides et manuels)	CN-PEC-BCP-S&E-BAF	21 515 000			21 515 000
	Atelier d'élaboration d'une boîte à image de la LAT	CN-PEC-BCP-S&E-BFR-BAF	12 360 000			12 360 000
	Dotation aux talibés de tee-shirts (enfants) et nattes pour chacune des régions chaque année	CN-BCP-BAF	20 778 000			20 778 000
	Atelier national de plaidoyer par an en direction des leaders d'association des femmes de ménage.	CN-PEC-BCP-BAF	1 098 000	1 098 000	1 098 000	3 294 000
	Atelier national de formation de formateurs des responsables des ONG de zone en IEC / CCC / Tb communautaire	PNT-Plan	4 329 000		4 329 000	8 658 000
	Atelier national de sensibilisation avec les associations de consommateurs	CN-PEC-BCP-S&E-BFR		2 104 000		2 104 000
	Conception, production et diffusion d'un CD Rom sur la LAT à l'intention des élèves	CN-PEC-BCP-S&E-BFR	2 100 000			2 100 000
	Sessions de formation pour des responsables (capitaines) de pirogues sur la TB (Sombédioune, Kafountine, Kayar, Mbour, Goudomp, Guet Ndar, Joal, Yarakh,...)	CN-PEC-BCP-S&E-BFR	3 769 000		3 769 000	7 538 000
	Causeries par trimestre pour les districts côtiers	PNT-Plan-Districts	720 000	720 000	720 000	2 160 000
	Edition de supports et outils de communication (affiches, dépliants, cartes malades, carte MERCI, cartes conseils, boîte à images, bande dessinées, guides communautaires, Tee-shirts, casquettes, cartables)	CN-BCP-BAF	236 750 000	236 750 000	236 750 000	710 250 000
	Ateliers nationaux de plaidoyer en direction des leaders des organisations de femmes, de la jeunesse, des sports, de la culture	CN-PEC-BCP-S&E-BFR	10 980 000	10 980 000	10 980 000	32 940 000
	Session de formation des agents du SNEIPS et EPS de région sur la PEC	CN-PEC-BCP-S&E-BFR		5 799 300		5 799 300
	Journée mondiale de lutte contre la TB en collaboration avec tous les partenaires.	CN-BCP-BAF	37 506 000	37 506 000	37 506 000	112 518 000
	Appui à la semaine régionale de mobilisation dans les régions	CN-BCP-BAF	20 566 000	20 566 000	20 566 000	61 698 000
	Atelier national d'orientation à l'endroit des responsables administratifs des EPS pour leur implication dans la lutte contre la TB en milieu hospitalier	CN-PEC-BCP-S&E-BFR	3 223 500			3 223 500

DOMAINES ou ORIENTATION STRATEGIQUE	PRINCIPALES ACTIVITES	RESPONSABLES	2013	2014	2015	Budget pour 3 ans
	Ateliers régionaux de renforcement de capacités des travailleurs sociaux, agents des brigades d'hygiène et des préventionnistes, en techniques de counseling et de communication	CN-PEC-BCP-S&E-BFR	22 141 500	22 141 500	22 141 500	66 424 500
	Atelier national de renforcement de capacités de téléopérateurs des numéros verts sur la TB	CN-PEC-BCP-S&E-BFR	648 000	648 000	648 000	1 296 000
	Atelier de renforcement de capacités des agents du SNEIPS et des EPS de régions et de district en techniques de counseling et communication TB	CN-PEC-BCP-S&E-BFR	3 433 000	3 433 000	3 433 000	3 433 000
	Journée d'information sur la TB dans 14 grands Districts par an pour le personnel de soutien des structures publiques, para publiques et privées (cabinets privés, pharmacies...)	CN-PEC-BCP-S&E-BFR	5 509 000	5 509 000	5 509 000	16 527 000
	Journées nationales de plaidoyer sur la tuberculose avec les associations de religieux	CN-PEC-BCP-S&E-BFR	11 935 840	11 935 840	11 935 840	23 871 680
	Journées annuelles d'information sur la TB avec les travailleurs des entreprises parapubliques et privées	CN-PEC-BCP-S&E-BFR	1 539 000	1 539 000	1 539 000	4 617 000
	Journées récréatives dans les districts en direction des talibés	CN-PEC-BCP-S&E-BFR	3 475 000	3 475 000	3 475 000	10 425 000
	caravanes de sensibilisation sur la tuberculose dans 2 régions	CN-PEC-BCP-S&E-BFR-BAF	3 801 500	3 801 500	3 801 500	11 404 500
	Sponsoration randonnées pédestres	CN-BCP-BAF	5 010 000	5 010 000	5 010 000	15 030 000
	Mettre en œuvre le Plan Média	CN-BCP-BAF	127 481 500	127 481 500	127 481 500	382 444 500
	Contractualisation avec 30 stations de radios communautaires et stations de radios régionales pour la production et la diffusion d'émission trimestrielle sur la TB ;	CN-BCP-BAF	6 000 000	6 000 000	6 000 000	18 000 000
	Journées scientifiques du PNT tous les 2ans	CN-S&E	40 000 000	40 000 000	40 000 000	40 000 000
	Dotation du PNT de matériel audio visuels (TV, lecteur DVD, Vidéo projecteur, camera, appareil photo numérique, matériel de sonorisation) .	CN-BCP-BAF	9 435 000	9 435 000	9 435 000	9 435 000
	Dotation du PNT d'un camion ciné bus	CN-BCP-BAF	35 000 000	35 000 000	35 000 000	35 000 000
	Organisation d'une réunion trimestrielle TB TEAM (PNT, Partenaires et représentants régionaux)	CN-S&E	7 895 200	7 895 200	7 895 200	23 685 600
	Rencontres annuelles avec les autorités administratives, religieuses, coutumières, les élus locaux et les représentants de la société civile (associations de femmes, de jeunes etc.)	CN-BCP-BAF	27 930 000	27 930 000	27 930 000	83 790 000
	Session nationale de plaidoyer auprès de la Commission Santé de l'Assemblée nationale dans la LAT	CN-BCP	2 567 000	2 567 000	2 567 000	7 701 000
	Ateliers nationaux annuels d'information sur la TB avec les associations d'élus locaux (Maires, PCR, Pcr)	CN-BCP	11 813 840	11 813 840	11 813 840	23 627 680
	Forum des partenaires techniques et financiers par an	CN-PEC-BCP-S&E-BFR-LNR-UMRN	2 673 000	2 673 000	2 673 000	8 019 000

DOMAINES ou ORIENTATION STRATEGIQUE	PRINCIPALES ACTIVITES	RESPONSABLES	2013	2014	2015	Budget pour 3 ans
TOTAL BUDGET PROMOTION DE LA SANTE	Séances annuelles d'information et de sensibilisation sur la TB pour les associations de transporteurs	CN-PEC-BCP-BFR		7 110 000		7 110 000
	Séance annuelle d'information et de sensibilisation pour responsables de commissions santé des établissements bancaires et institutions financières	CN-PEC-BCP-BFR	5 439 000		5 439 000	10 878 000
	1 634 459 187	1838193307	1 847 988 687	5320641181		
	Sessions régionales de renforcement des capacités des OCB en gestion administrative et financière, planification et suivi-évaluation ;	PNT-Plan	31 654 000		31 654 000	63 308 000
	Achat de véhicules pour l'équipe mobile de radiologie du PNT	CN-UMIRN-BAF	52 200 000			52 200 000
	Maintenance des équipements informatiques de l'unité de radiologie	CN-UMIRN-BAF	4 000 000	4 000 000	4 000 000	12 000 000
	Maintenance des équipements de radiologie	CN-UMIRN-BAF		10 000 000	10 000 000	20 000 000
	Atelier de révision du guide et du manuel de formation du PNT	CN-PEC-BFR-S&E	20 322 500			20 322 500
	Edition et diffusion des outils et supports du système d'information et IEC TB (500 boîtes à images, 5000 fiches de séances, 6000 cahiers de relais, 5000 fiches d'orientation à 3 volets, 1000 fiches de suivi de TDO)	CN-S&E-BAF	11 200 000	11 200 000	11 200 000	33 600 000
	Renouvellement du parc informatique de l'unité centrale du Programme	CN-BAF		8 325 000	4 900 000	13 225 000
	Achat véhicules de supervision pour le PNT	CN-BAF			46 300 000	46 300 000
	Construction d'un centre de documentation et de locaux supplémentaires à usage de bureau au PNT	CN-BAF		130 000 000		130 000 000
6. RENFORCEMENT DE LA GESTION DU PROGRAMME	Atelier pour l'élaboration du plan stratégique du PNT à la suite de la revue externe	PNT-Plan	-	-	-	-
	Atelier de révision des guides techniques du PNT (Politique, Normes et protocoles)	CN-S&E	5 081 300			5 081 300
	Edition et diffusion des guides techniques de Politiques, normes et protocoles	CN-S&E-BAF	24 000 000			24 000 000
	Edition et diffusion de guides APSR dans toutes les structures	CN-PEC-S&E-BAF	30 000 000			30 000 000
	Atelier d'élaboration du manuel du PNT	CN-S&E	4 382 800			4 382 800
	Edition de manuel du PNT	CN-S&E-BAF	50 000 000			50 000 000
	Salaires du personnel étatique du PNT		30 000 000	30 000 000	30 000 000	811 109 376
	Salaires du personnel contractuel du PNT (5 chauffeurs, 3 agents financiers, 1 auditeur interne, 1 assistant en passation des marchés, 1 biologiste et 1 secrétaire, un aide laborantin, un agent d'approvisionnement, 2 coursiers)	CN	110 387 304	110 387 304	110 387 304	
	Indemnités des membres de l'unité centrale du PNT impliqués dans le projet	CN	81 982 488	81 982 488	81 982 488	
	Indemnités aux prestataires chargés du suivi des malades MDR	CN	48 000 000	48 000 000	48 000 000	
Participation à la conférence internationale de l'Union sur la TB et sur les maladies respiratoires	CN-BAF	18 768 191	18 768 191	18 768 191	56 304 573	
Participation à la conférence de la région africaine de l'Union sur la TB et sur les maladies respiratoires	CN-BAF	17 168 191	17 168 191	17 168 191	51 504 573	

DOMAINES ou ORIENTATION STRATEGIQUE	PRINCIPALES ACTIVITES	RESPONSABLES	2013	2014	2015	Budget pour 3 ans
	Frais d'Assistance technique externe pour toutes les composantes du programme	CN	30 000 000	30 000 000	30 000 000	90 000 000
	Ateliers d'élaboration de document pour la recherche de financement (Proposition du PNT au Round du Fonds mondial)	PNT-Plan		6 500 000	6 500 000	13 000 000
	Appui au fonctionnement de l'unité centrale	CN-BAF	104 960 066	99 960 066	100 575 066	305 495 198
	Mission d'inventaire des immobilisations acquises sur financement FM	CN-BAF-Audit interne	10 245 000	10 245 000	10 245 000	30 735 000
	Missions de collecte et de validation des pièces justificatives de dépenses des activités décentralisées	CN-BAF-Audit interne	18 525 000	18 525 000	18 525 000	55 575 000
	Audit externe du PNT et de ses sous récipiendaires	CN	8 855 420	8 855 420	8 855 420	26 566 260
	Equipement des laboratoires périphériques en outils informatiques (ordinateur, imprimante, Logiciel et antivirus) pour la gestion des données	CN-LNR-BAF	44 000 000			44 000 000
	Renouveler le parc informatique des CDT pour la gestion des données TB des districts	CN-S&E-BAF			44 000 000	44 000 000
	Achat et installation des appareils de radiographie simple au niveau des districts	CN-UJMRN-S&E-BAF	560 000 000	560 000 000		11 200 000 000
	Dotation de véhicules de supervision pour 15 districts excentrés	CN-S&E-BAF		225 000 000		225 000 000
	Participation de nationaux au Cours International de promotion de la santé d'Ouidah, Bénin	CN	4 985 488	4 985 488	4 985 488	14 956 464
	Participation de nationaux au Cours International sur TB/VIH à Ouidah, Bénin	CN	7 215 742	7 215 742	7 215 742	21 647 226
	Participation de nationaux au Cours International sur le VIH de Ouagadougou	CN	4 985 488	4 985 488	4 985 488	14 956 464
	Participation de nationaux au Cours suivi -évaluation du CESAG	CN	1 200 000	1 200 000	1 200 000	3 600 000
	Participation de nationaux au Cours de management du laboratoire aux Pays- Bas	CN	5 000 000	5 000 000	5 000 000	15 000 000
	Formation continue du personnel de l'unité centrale du PNT( planification opérationnelle et contrôle de projet,, gestions)	CN	15 570 976	15 570 976	15 570 976	46 712 928
	Réunion de coordination annuelle du réseau national des laboratoires	CN-LNR-BAF	3 384 000	3 384 000	3 384 000	10 152 000
	Réunion de coordination régionale par an dans chaque région	CN-S&E-BAF	6 175 000	6 175 000	6 175 000	18 525 000
	Réunion de coordination semestrielle par district sur la coinfection TB/VIH	CN-S&E-BAF	21 280 000	21 280 000	21 280 000	63 840 000
	Appui à une association professionnelle de santé sur la sensibilisation de ses membres sur la LAT	CN	1 680 000	1 680 000	1 680 000	5 040 000
	Journée de partage et d'information avec chaque association professionnelle de santé sur les infections nosocomiales liés à la TB	CN	5 031 000			5 031 000
	Journée annuelle de plaidoyer auprès du patronat et de l'Association des Médecins d'entreprise du Sénégal (AMIES)	CN-PEC-BCP-BFR-S&E	1 098 000		1 098 000	2 196 000
	Contractualisation avec les collectifs de pharmaciens d'officine pour l'exécution d'un paquet d'activités de soins TB	CN-S&E-BAF		60 000 000	60 000 000	120 000 000
	Contractualisation 4 réseaux de tradipraticiens pour le déroulement d'un paquet d'activités axé sur la référence précoce des tousseurs chroniques	CN-BCP-S&E-BAF	8 000 000	8 000 000	8 000 000	24 000 000
	Appui à l'exécution des plans d'actions d'information et de sensibilisation menés par les élèves sur la tuberculose au niveau des écoles élémentaires (child to child)	CN-BFR-BCP-S&E-BAF	10 000 000	10 000 000	10 000 000	30 000 000

DOMAINES ou ORIENTATION STRATEGIQUE	PRINCIPALES ACTIVITES	RESPONSABLES	2013	2014	2015	Budget pour 3 ans
	Elaboration des plans de lutte contre l'infection dans les structures de santé et les 37 MAC en référence au Plan national	PNT-PRONALIN		19 489 800		19 489 800
	Ateliers de planification d'activités d'information et de sensibilisation sur la TB en milieu scolaire ciblant les élèves de l'élémentaire (child to child)	CN-BCP-BFR-S&E-BAF	4 177 560	4 177 560	4 177 560	12 532 680
	Sessions de formations décentralisées de 2 jours à l'intention des enseignants des écoles secondaires publiques et privées	CN-PEC-BCP-BFR-S&E-BAF	23 025 000	23 025 000	23 025 000	69 075 000
	Session nationale de plaidoyer auprès des responsables des différents secteurs (Education, Habitat, Justice, Collectivités locales, Environnement, Famille, PNDL, CAEL, Culture,) dans la LAT	CN-PEC-BCP-BFR-S&E-BAF		13 735 000	13 735 000	27 470 000
	Financement des plans d'action du secteur famille	CN-BCP-BAF	40 000 000	40 000 000	40 000 000	120 000 000
	Session de plaidoyer annuelle auprès de l'Unité de Coordination et de Suivi de la Politique économique du Sénégal (UCSPE- SNUDES)	CN-BCP	615 000	615 000	615 000	1 845 000
	Appui du plan d'action du secteur du transport	CN-BCP-BAF	35 000 000	35 000 000	35 000 000	105 000 000
	Atelier national de plaidoyer en direction des acteurs de l'éducation nationale y compris révision curricula de formation	CN-PEC-BCP-BFR-S&E	7 175 000			7 175 000
	Appui à la mise en œuvre de plans d'action des écoles et IEF de sensibilisation sur la LAT en milieu scolaire	CN-BCP-BAF	40 000 000	40 000 000	40 000 000	120 000 000
	Journée annuelle de réflexion avec les responsables du Service de Santé des Armées sur la TB	CN-PEC-BCP-BFR	2 052 000	2 052 000		4 104 000
	Appui Mise en œuvre du plan d'action de l'armée	CN-BAF	35 000 000	35 000 000	35 000 000	105 000 000
	Séances annuelles d'information et de sensibilisation pour agents du Ministère de la jeunesse à travers les CDEPS et l'ONCAV	CN-PEC-BCP-BAF	39 370 500	39 370 500	39 370 500	118 111 500
	Atelier national de plaidoyer en direction des acteurs de l'enseignement supérieur	CN-PEC-BFR-BCP	992 500	992 500		1 985 000
	Atelier de plaidoyer national à l'endroit des leaders du secteur de l'élevage	CN-PEC-BFR-BCP	1 968 000		1 968 000	3 936 000
	Causeries semestrielles pour chaque région en direction du professionnel de l'élevage	CN-BCP	5 600 000		5 600 000	11 200 000
	Atelier de plaidoyer national à l'endroit des leaders du secteur de transports (gares routières,...)	CN-PEC-BFR-BCP	4 039 500	4 039 500		8 079 000
	Atelier de sensibilisation et d'information à l'endroit des acteurs du secteur de transports (gares routières,...) par an	CN-PEC-BFR-BCP	18 914 000		18 914 000	37 828 000
TOTAL BUDGET GESTION DU PROGRAMME	1669267014	1835890214	1 041 040 414	4546197642		
7. RENFORCEMENT DU SUIVI, DE L'EVALUATION DU PROGRAMME ET PROMOTION DE LA RECHERCHE	Atelier de révision des outils du système d'information de la LAT	PNT-Plan	7 082 500			7 082 500
	Multiplication des supports de prise en charge tous les deux ans	CN-PEC-S&E-BAF		49 930 000		49 930 000
	Supervision semestrielle TB-MR	CN-S&E-BAF	20 668 200	20 668 200	20 668 200	62 004 600
	Frais de déplacement du biologiste et d'un chauffeur pour la supervision des unités de microscopie pour une durée de 7 jours dans les 14 régions,	CN-LNR-BAF	5 335 200	5 335 200	5 335 200	16 005 600



DOMAINES ou ORIENTATION STRATEGIQUE	PRINCIPALES ACTIVITES	RESPONSABLES	2013	2014	2015	Budget pour 3 ans
	Supervision conjointe semestrielle PNT/ DLSI/ Direction des Laboratoires vers les labos régionaux	PNT-DLSI-DL	5 344 000	5 344 000	5 344 000	16 032 000
	Appui aux supervisions conjointes par An PNT des différents points de prestation des districts par le niveau national	CN-S&E-BAF	143 248 000	143 248 000	143 248 000	429 744 000
	Appui à la supervision annuelle conjointe DSISS/ PNT / Lèpre dans les 14 régions	PNT-DSISS-Lèpre	2 666 000	2 666 000	2 666 000	7 998 000
	Supervision semestrielle des Régions médicales	CN-S&E-BAF	16 312 800	16 312 800	16 312 800	48 938 400
	Appui aux supervisions des districts sur les activités de la LAT et les interventions communautaires	CN-S&E-BAF	48 837 600	48 837 600	48 837 600	146 512 800
	Supervision à tous les niveaux (ONG, OCB) des acteurs communautaires	PNT-Plan	84 589 600	84 589 600	84 589 600	253 768 800
	Revue annuelle de mise en œuvre des activités de la société civile	PNT-Plan	27 420 000	27 420 000	27 420 000	82 260 000
	Journée dans chaque district tous les mois de coordination, de planification et de suivi-évaluation des activités communautaires TB	PNT-Plan	111 720 000	111 720 000	111 720 000	335 160 000
	Revue par semestre conjointe PNT/ DLSI/ Lèpre par région	PNT-DLSI-Lèpre	59 124 800	59 124 800	59 124 800	177 374 400
	Revue annuelle CDT et responsables labo sur 5 axes	CN-S&E-LNR-BAF	17 938 200	17 938 200	17 938 200	53 814 600
	Revue annuelle des données du SNIS en rapport avec la TB avec les Régions médicales et les partenaires	PNT-SNIS-RM	4 903 800	4 903 800	4 903 800	14 711 400
	Enquête annuelle dans les districts selon la méthodologie LOAS	CN-BFR-BCP-BAF	29 640 000	29 640 000	29 640 000	88 920 000
	Revue externe du programme	CN	-	-	-	-
	Assistance technique pour la revue externe quinquennale du PNT	CN	-	-	-	-
	Enquête CAP finale sur la tuberculose auprès de la communauté	CN	-	-	-	-
	Etude des cas de rechute survenant dans le pays depuis le remplacement de l'association (EH) par (RH) en phase de continuation	CN-BFR-PEC-S&E-LNR-UMRN	21 485 000	21 485 000	21 485 000	64 455 000
	Etude évaluative de l'impact de la décentralisation du traitement aux Postes de santé de 1996 à 2012	CN-PEC-S&E			20 485 000	20 485 000
	Etude de prévalence de la Tuberculose chez les diabétiques suivis	CN-PEC-S&E-LNR-UMRN	-	-	-	-
	Enquête nationale de prévalence de la TB au Sénégal	CN-BFR-S&E		700 000 000		700 000 000
	Etude sur la résistance aux antituberculeux de 1ère et 2ème ligne	CN-PEC-BFR-LNR-S&E-UMRN	54 000 000			54 000 000
	Etude évaluative de l'impact de la chimio prophylaxie à l'isoniazide chez les enfants contacts	CN-PEC-BFR-LNR-S&E		21 485 000		21 485 000
	Etude de la prévalence de la Tuberculose chez le personnel de santé	CN-PEC-BFR-LNR-S&E-UMRN		21 485 000		21 485 000
	Méta analyse sur les études menées sur la TB tous les 2 ans	CN-BFR-S&E		20 000 000		20 000 000
	Forum annuel de partage des résultats de recherche sur la TB	CN-BFR-S&E	3 000 000	3 000 000	3 000 000	9 000 000



DOMAINES ou ORIENTATION STRATEGIQUE	PRINCIPALES ACTIVITES	RESPONSABLES	2013	2014	2015	Budget pour 3 ans
	Appui à 3 projets d'études opérationnelles retenus sur la TB	CN-BFR-S&E-BAF	45 000 000	45 000 000	45 000 000	135 000 000
	Etude des causes de stagnation du taux de détection de la tuberculose	CN-PEC-BFR-LNR-S&E-UMRN		21 485 000		21 485 000
	Etude sur les schémas courts de 9 ou 12 mois pour le traitement des tuberculoses multi-résistantes ;	CN-PEC-BFR-LNR-S&E-UMRN		21 485 000		21 485 000
TOTAL BUDGET SUIVI, DE L'EVALUATION DU PROGRAMME ET PROMOTION DE LA RECHERCHE	686 830 700	1503103200	646 233 200	2836167100		
<b>TOTAL BUDGET GENERAL</b>			<b>5 616 304 026</b>	<b>7 463 007 120</b>	<b>6 178 356 512</b>	<b>19 257 667 658</b>

## ANNEXE 5 : Liste des Personnes ayant participé à l'élaboration du Plan stratégique

N°	Noms et prénoms	Structures
1.	Dr Bacary Sambou	OMS/Sénégal
2.	Dr Marie Sarr Diouf	PNT
3.	Dr Awa Hélène Diop	Consultant Local
4.	Dr Leopold Blanc	Consultant international
5.	Dr Abdoulaye Diaw	PNT
6.	Dr Ramatoulaye Sall	PNT
7.	Dr Fatoumata Ba	PNT
8.	Dr Abdoulaye Ly	FHI 360
9.	Pr Nafissatou Touré	Service Pneumologie de Fann
10.	Pr Cheikh Tidiane Ndour	Service maladies infectieuses
11.	Dr Fatou Niass	DLSI
12.	Dr Seyni Ndoye	CNLS
13.	Dr Madou Kane	PNT
14.	Dr Ndongo Sangharé	PNL
15.	Dr Papa Chimère Diaw	MCD Thies
16.	Dr Mame Demba SY	MCR de fatick
17.	Khalifa Séne	DLM
18.	Ndiaga Faye	PNT
19.	Amadou Djigal	PNT
20.	Birane Cissé	PNT

## ANNEXE 6 : BIBLIOGRAPHIE

1. ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ À INDICATEURS MULTIPLES EDSV-MICS, 2010-2011, Rapport Préliminaire ; Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Dakar, Sénégal : MEASURE DHS ICF Macro, Calverton, Maryland, USA
2. REVUE EXTERNE PNT 2012 ; Rapport final ; Programme National de Lutte contre la Tuberculose, Dakar, Sénégal
3. PLAN DE COMMUNICATION DU PNT 2013-2017 ; Programme National de Lutte contre la Tuberculose, Dakar, Sénégal





Organisation  
Mondiale de la Santé



Investissons dans notre avenir  
**Le Fonds Mondial**  
De lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

