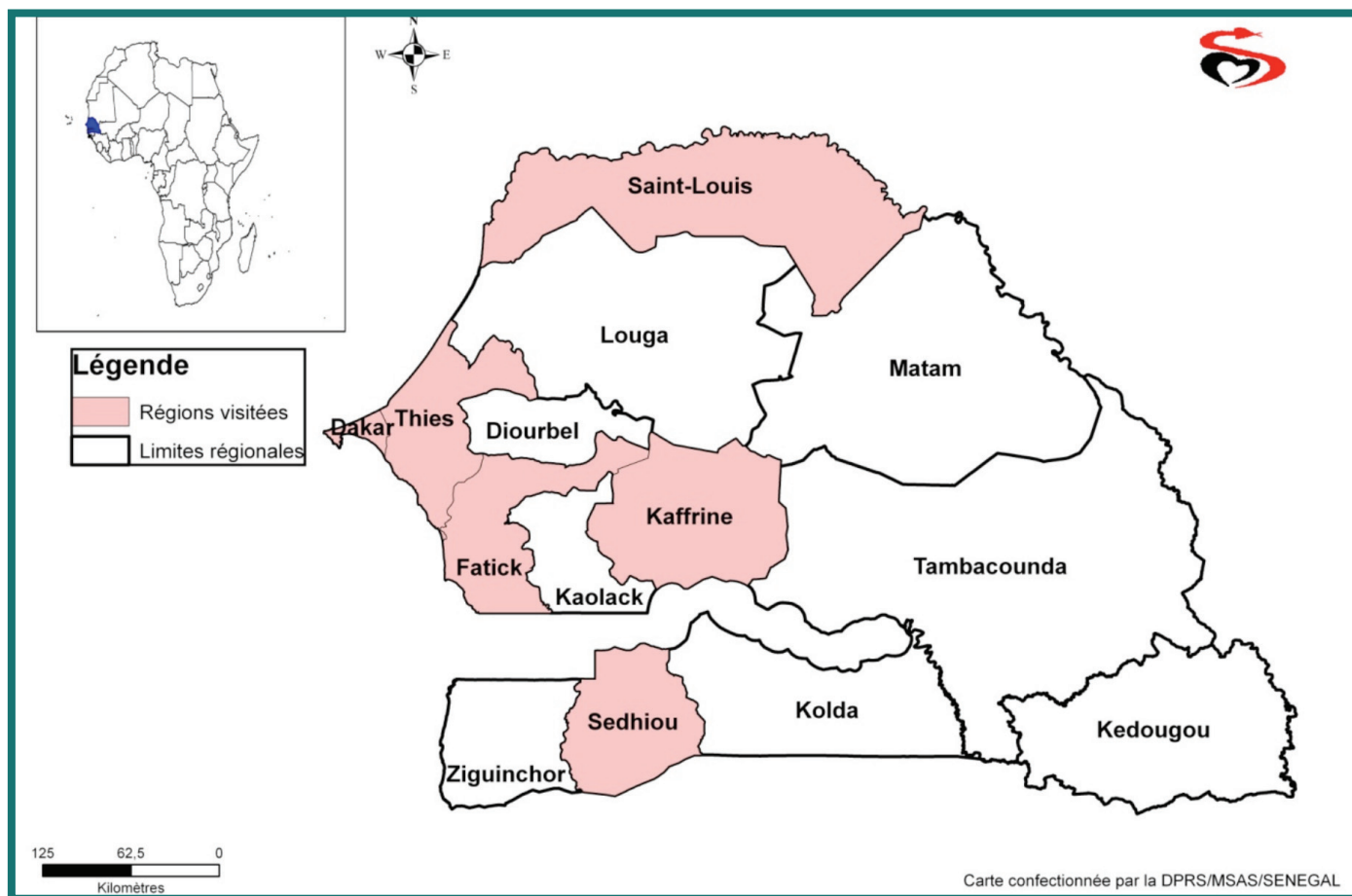




REVUE EXTERNE DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE DU SENEGAL 2012

PNT SENEGAL





RAPPORT DE LA REVUE EXTERNE DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE DU SENEGAL

Sommaire

Liste des abréviations

Résumé

Introduction

Termes de référence et méthodologie de travail

I. Informations générales

- 1.1 Présentation du Sénégal
- 1.2 Politique de santé
- 1.3 Organisation sanitaire

II. Situation épidémiologique de la tuberculose

- 2.1 Estimation de la charge de la tuberculose
- 2.2 La coinfection TB-VIH
- 2.3 La tuberculose multi résistante TBMR
- 2.4 Les OMD et cibles du Partenariat halte à la TB
- 2.5 Objectifs du cadre de performance du Fonds Mondial

III. Organisation et gestion du PNT

- 3.1. Les ressources humaines
- 3.2. Le financement de la LAT
- 3.3. La gestion
- 3.4. L'organisation fonctionnelle du PNT et le système d'information

IV. Expansion et renforcement de la DOTS

- 4.1. Un engagement politique et financement consistant et durable
- 4.2. Un dépistage des cas par des examens bactériologiques de qualité assurée
- 4.3. Un traitement normalisé avec surveillance et soutien des patients
- 4.4. Un système efficace d'approvisionnement en médicaments et de gestion

V. Co-infection TB-VIH, - TBMR et autres défis

- 5.1. Co-infection TB-VIH
- 5.2. Prévention et contrôle de la MDR-TB
- 5.3. TB de l'enfant
- 5.4. Lutte contre la co-morbidité Tuberculose et Diabète

VI. Contribution au renforcement du système de santé

- 6.1 Constats
- 6.2 Recommandations

VII. Engager tous les prestataires

- 7.1. Constats
- 7.2. Recommandations

VIII. Renforcer les capacités des patients et des communautés sur la tuberculose

- 8.1. Constat
- 8.2. Soins communautaires dans la LAT

IX. Promouvoir et favoriser la recherche

- 9.1. Constats
- 9.2. Recommandations

X. Activités du PNT au niveau périphérique

- 10.1. Activités principales au niveau régional
- 10.2. Activités principales au niveau District

XI. Recommandations générales de la revue et orientations stratégiques 2013-2017

- 11.1. Recommandations
 - A l'endroit de l'Etat
 - A l'endroit des partenaires techniques et financiers
 - A l'endroit du Programme National de lutte contre la Tuberculose
 - A l'endroit de la PNA/ LNCM/ DPM
 - A l'endroit des Regions médicales
 - A l'endroit des autorités administratives et politiques
- 11.2. Orientations stratégiques

Conclusion

ANNEXES

- 1. La lettre-circulaire du MSAS;
- 2. La liste des participants de la revue externe 2012 du PNT;
- 3. Les sites à visiter;
- 4. L'agenda des activités de la revue;
- 5. La liste des rédacteurs du rapport;
- 6. Le planning de visite des sites de la revue externe;
- 7. Le format du rapport des équipes de la revue externe;
- 8. L'agenda de restitution et de validation de la revue

LISTE DES ABREVIATIONS

APSR	Approche pratique de Santé respiratoire
ARV :	antirétroviral (médicament)
BAAR :	Bacille acido-alcool-résistant
BK :	Bacille de Koch
CCC :	Communication pour le Changement de Comportement
CEDEAO :	Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CDD :	Comité départemental de développement
CDSMT :	Cadre de Dépense sectoriel à moyen Terme
CDT :	Centre de Traitement
COUD :	Centre des Œuvres universitaires de Dakar
CPT :	Chimio prophylaxie
CRD :	Comité régional de Développement
CRLS :	Comité régional de Lutte contre le Sida
CROUS :	Centre régional des Œuvres universitaires de St-Louis
CS :	Centre de Santé
CSS :	Compagnie sucrière sénégalaise
CTM :	Cotrimoxazole
CTA :	Centre de Traitement ambulatoire
DAO :	Dossier d'Appel d'Offres
DCMP :	Direction centrale des Marchés publics
DOTS :	Directly Observed Therapy of Short Course
DLM :	Direction de la Lutte contre la Maladie
DPM :	Direction de la Pharmacie et des Médicaments
DRH :	Direction des Ressources humaines
DSISS :	Division du Système d'Information sanitaire et sociale
DSRP :	Document stratégique de Réduction de la Pauvreté
ECR :	Equipe Cadre de Région
ENDSS :	Ecole nationale de Développement sanitaire et social
EPS :	Etablissement public de Santé
EXPAND TB :	Expanding Access to New Diagnostics for TB
FHI 360 :	Family Health international 360
FM :	Fonds Mondial
GDF :	global drug facility
GFATM :	Fonds mondial pour le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
HALD :	Hôpital Aristide le Dantec
HEAR :	Hôpital d'Enfants Albert Royer
HPD :	Hôpital principal de Dakar
ICP :	Infirmier-Chef de Poste
IEC :	Information Education Communication
IMT :	Institut de Médecine tropicale
INH :	Isoniazide
IPD :	Institut Pasteur de Dakar
IRD :	Institut de Recherche et Développement
ISED :	Institut de Santé et Développement

LAT :	Lutte antituberculeuse
LED :	Light emitting diode
LNCM :	Laboratoire national de Contrôle des Médicaments
LHL :	Landsforeningen for Hyerte und Lungesike
LNR :	Laboratoire national de Référence
LPA :	Line Probe Assay
LR :	Laboratoire régional
MAC :	Maison d'Arrêt et de Correction
MDR :	Multi Drug Resistant (multi résistant aux médicaments)
MSAS :	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
OCB :	Organisation communautaire de Base
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG :	Organisation non gouvernementale
PCIMAA :	Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Adulte et de l'Adolescent
PCR :	Polymerase Chain Reaction
PEC :	Prise en Charge
PNA :	Pharmacie nationale d'Approvisionnement
PNDS :	Plan national de Développement sanitaire
PNT :	Programme national de Lutte contre la Tuberculose
PPP :	Partenariat Public - Privé
PRA :	Pharmacie régionale de d'Approvisionnement
PVVIH :	Personne vivant avec le VIH
RAFA :	Rifampicin or early ARV for West Africa
RHZE :	Rifampicine, Isoniazide, Pirazinamide, Ethambutol
RSS :	Renforcement du Système de Santé
SCA :	Stratégie de Croissance accélérée
SDE :	Sénégalaise des Eaux
SGBS :	Société générale de Banques au Sénégal
SNEIPS :	Service national de l'Education et de l'Information pour la Santé
SNIS :	Service national d'Information sanitaire
SONATEL :	Société nationale des Télécommunications
SR :	Santé de la Reproduction
SSP :	Soins de Santé primaires
TB :	Tuberculose
TB-MR :	Tuberculose à bacilles multi résistants
TB /VIH :	Tuberculose/Virus de l'Immunodéficience humaine (co-infection)
TDO :	Traitement directement observé
TPM :	Tuberculose pulmonaire à Microscopie (positive ou négative)
UDT :	Unité de Traitement
UEMOA :	Union économique et monétaire ouest africaine
UGB :	Université Gaston Berger
USAID :	United States Agency for international Développement
USP/DQ/USAID :	VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience humaine/Syndrome d'Immunodéficience acquise
WHO :	World Health Organization (Organisation mondiale de la santé)

RÉSUMÉ

La revue du programme fait partie du cycle de suivi et d'évaluation de la lutte contre la tuberculose dans le pays. La deuxième revue du Programme national de Lutte contre la Tuberculose au Sénégal a eu lieu en 2006 dans un contexte du retrait imminent du partenaire financier historique du PNT, l'ONG norvégienne LHL. Cette revue avait permis de mesurer l'impact de l'intervention de la LHL sur le système de santé depuis le milieu des années 70. Ce partenariat a ainsi permis la mise en œuvre de la stratégie DOTS, les constructions de deux Centres de Santé, du Laboratoire national de Référence et des locaux de l'unité centrale de coordination.

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 anti-tuberculeuse, 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.

Les objectifs de la revue 2012 étaient centrés sur l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie « Halte à la tuberculose », de l'organisation et des performances du programme, des progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs nationaux bénéficiant du support du Fonds Mondial.

Huit équipes ont visité Hôpitaux, Centres de Santé et Postes de Santé publics et privés dans 6 régions du Sénégal, y compris la région de Dakar. Les domaines thématiques investigués concernaient la gestion du programme aux différents niveaux, la mise en œuvre de la stratégie Dots, la prise en charge de la Tuberculose multi-résistante, la coinfection TB-VIH, le contrôle de l'infection tuberculeuse, les interventions communautaires, l'implication du secteur privé, les contributions du PNT dans le renforcement du système de santé et la recherche. Les 6 composantes de la stratégie halte à la tuberculose ont été revues aux niveaux central, intermédiaire et périphérique. Les données épidémiologiques montrent une augmentation du nombre de nouveaux cas de tuberculose notifiés, mais le taux de notification reste encore stationnaire depuis près de 10 ans autour de 90 cas pour 100 000 habitants avec une très légère baisse depuis 2009. Le taux de succès thérapeutique s'est maintenu entre 84 et 85% de 2008 à 2010 mais la proportion des cas chez les jeunes de 15 à 34 ans est en augmentation, évoquant une transmission toujours importante.

Les estimations des taux de mortalité, prévalence et incidence ne montrent qu'une baisse très faible entre 1990 et 2011, passant respectivement de 24 à 19, de 231 à 200 et de 138 à 136 pour 100 000 habitants. Toutes les structures visitées sont fonctionnelles et assurent en général une bonne prise en charge décentralisée des malades sans rupture de médicaments et un traitement directement observé de tous les malades avec la participation communautaire dans certains Districts.

La collaboration TB-VIH progresse avec une augmentation des tests de dépistage du VIH chez les malades tuberculeux, passant de 28% en 2007 à 71% en 2011, une couverture par la pro-

phylaxie au Cotrimoxazole de 87% et des antirétroviraux de 49% en 2011. La prise en charge des malades n'est cependant que partiellement intégrée au niveau des Centres de Santé. Les récentes recommandations concernant le traitement ARV chez les tuberculeux ne sont que partiellement suivies et la recherche de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH n'est pas suffisamment documentée et partagée entre les deux programmes.

Le programme a assuré le traitement de 62 malades TB-MR depuis 2010 avec une prise en charge ambulatoire au niveau du District. Le suivi des malades reste cependant centralisé au niveau de Dakar, obligeant les malades à se déplacer tous les mois vers la capitale. L'approvisionnement en médicaments de deuxième ligne est entièrement dépendant de financements extérieurs.

Parmi les groupes à risque, le diagnostic et la prise en charge des enfants tuberculeux sont réalisés essentiellement par les services pédiatriques des Hôpitaux et seuls 424 cas ont été notifiés en 2011 malgré la présence de formes pédiatriques de médicaments antituberculeux pour le traitement dans la plupart des Centres de Santé. En général, les personnels des Centres de Santé n'ont pas toutes les aptitudes pour le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant. Le diabète est un facteur de risque de mieux en mieux connu pour la tuberculose. Une prévalence élevée du diabète chez les tuberculeux est un point d'appel pour une exploration plus approfondie sur les relations tuberculose et diabète au Sénégal.

Le réseau de laboratoire pour la tuberculose est formé d'un Laboratoire de Référence à Dakar réalisant des cultures sur milieux solide et liquide et des tests moléculaires, et de 98 Laboratoires de microscopie couvrant tout le pays. Au niveau du Laboratoire de Référence, un taux de positivité des cultures faible avec 56% des échantillons à frottis positifs ayant une culture positive mérite une investigation pour en déterminer les causes. Des technologies de haute portée diagnostic ont été introduites au Laboratoire national de Référence avec la mise en place de GeneXperts, milieux liquides de culture, LPA. Ces nouvelles technologies sont plus sensibles et plus rapides pour le diagnostic de la TBMR, TB de l'enfant et TB des PVVIH. Les unités de microscopie sont encore insuffisantes car les malades doivent parfois se déplacer loin de leur domicile pour effectuer les examens de crachats au Centre de Santé. Les 70 Laboratoires, qui participent au contrôle de qualité, réalisent en général de bonnes performances, mais certains présentent de sérieuses défaillances dans la qualité des examens.

La lutte contre la tuberculose est entièrement intégrée dans le système de santé et bénéficie ainsi de toutes les structures décentralisées du système. Du personnel compétant pour le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose est présent dans la plupart des Centres et Postes de Santé. On constate cependant que leur nombre est parfois insuffisant et certains Hôpitaux n'ont pas de « Point focal tuberculose » pour assurer le suivi des malades.

Les règles élémentaires du contrôle de l'infection sont bien souvent ignorées des personnels soignants et les infrastructures sont insuffisamment organisées pour la destruction des déchets biologiques.

De nombreuses institutions de soins publiques et privées participent à la lutte contre la tuberculose. Pour le cas particulier de l'administration pénitentiaire, il existe une convention entre elle et le programme pour le diagnostic et le traitement des détenus par les infirmeries des Maisons d'Arrêt et de Correction. Une autre initiative innovante implique un groupe de pharmacies privées pour orienter les malades. Il n'existe cependant pas encore de cartographie des institutions de soins pouvant contribuer à la prise en charge des malades et la contribution de celles déjà engagées n'est pas quantifiée.

Les interventions communautaires sur la TB ont démarré par l'implication des organisations communautaires de base dans la lutte antituberculeuse de façon active dans un nombre encore restreint de Districts avec des activités qui font l'objet d'un rapport de synthèse spécifique à ce niveau. Par la suite, ces interventions ont été mises à l'échelle avec des ONGs partenaires regroupées en consortium autour de Plan international et Child Fund. Cependant, un déficit d'informations est observé à l'endroit des autorités administratives, des élus locaux, des tradipraticiens et des communicateurs traditionnels.

La communication sur la tuberculose par le programme est très en dessous des besoins. Il n'existe que peu d'outils de communication et les communicateurs traditionnels ne sont que très peu impliqués. Une des conséquences est la méconnaissance presque totale de la tuberculose par une grande partie de la population et des décideurs locaux. Un plan de communication est en voie de finalisation et sa mise en œuvre devrait corriger le vide actuel. La recherche n'a pas été particulièrement développée par le programme. Mais, elle est conduite par certaines équipes universitaires qui n'ont pas de liens forts avec le programme qui pourrait mieux exprimer ses besoins et tirer tous les bénéfices de ces recherches opérationnelles.

L'Etat sénégalais assure en grande partie l'achat des médicaments de première ligne, les dépenses de fonctionnement et les salaires des personnels du PNT. Le programme dépend cependant à plus de 80% de ressources extérieures qui vont décroître avec le désengagement d'un partenaire financier important qui est l'USAID à travers FHI360.

En conclusion, il existe un engagement politique fort avec une participation financière à la lutte contre la tuberculose non négligeable permettant le traitement gratuit sur tout le territoire. Le diagnostic et la prise en charge des malades sont décentralisés au niveau des Centres et Postes de Santé. Le taux de succès thérapeutique est élevé (85%). La gestion de la tuberculose multi-résistante est entamée et les organisations communautaires sont impliquées dans beaucoup de Districts. Toutefois, à 3 ans de l'échéance de 2015, malgré les progrès réalisés depuis 2006, la détection présente une tendance stationnaire pendant que les nouveaux défis rendent la lutte plus compliquée. Les acquis devront être renforcés et les insuffisances ont fait l'objet de recommandations fortes qui devront être le cadrage du Plan stratégique 2013-2017.

A. Les forces

- Mise en œuvre des recommandations de la dernière revue du PNT ;
- Acquisition d'une subvention du FM depuis 2007 à travers le round 7 ;
- Démarrage des interventions communautaires à l'échelle nationale ;
- Système d'information programmatique assez satisfaisant ;
- Introduction de nouvelles technologies diagnostiques au LNR à travers le Fonds Mondial, Expand TB et USAID/FHI360 ;
- Prise en charge de la tuberculose multi résistante avec des perspectives de décentralisation au niveau périphérique ;
- Organisation de la gestion financière du programme par la mise en place d'une équipe compétente ;
- Renforcement des ressources humaines et des équipements du programme ;
- Existence d'une centrale d'achat dotée de l'autonomie financière lui permettant d'anticiper sur les futures commandes de ses clients (PNA) ;
- Acquisition des antituberculeux par appel d'offres international auprès de fournisseurs pré qualifiés par l'OMS.

B. Les faiblesses

- Taux de détection des cas quasi stationnaire depuis 2006 ;
- Insuffisance du budget de l'Etat alloué au PNT ;
- Retrait de deux partenaires techniques et financiers (USAID, LHL) ;
- Lourdeur des procédures de passation de marchés publics pour l'achat des antituberculeux ;
- Absence de contrôle par le LNCM de la qualité des commandes réceptionnées au niveau central ;
- Financement des médicaments de deuxième ligne totalement dépendant de l'extérieur ;
- Insuffisance des mécanismes de collaboration TB-VIH ;
- Stratégies de communication peu ambitieuses ;

- Faible communication du programme à l'endroit des leaders politiques, administratifs et communautaires ;
- Insuffisance de mise à jour des guides techniques du programme ;
- Déficit de ressources humaines pour la prise en charge des nouveaux volets programmatiques ;
- Perturbation du suivi de la performance en raison de la rétention des informations par les syndicats ;
- Insuffisance de la contribution du secteur privé dans la prise en charge de la tuberculose y compris la capitalisation des données ;
- Faible mise en œuvre de l'Approche pratique de Santé respiratoire et de la supervision dans les structures périphériques.

C. Les défis

- Accroissement du budget de l'Etat pour la lutte contre la tuberculose pour assurer la pérennité des activités ;
- Augmentation de la détection des cas de tuberculose en développant des mécanismes innovants y compris l'implication des acteurs communautaires et du secteur privé ;
- Recherche de partenaires financiers pour compenser le gap entraîné par les retraits de l'USAID et de la LHL du programme TB ;
- Renforcement de la capacité du LNR et du réseau de Laboratoires ;
- Amélioration de la prise en charge de la TB-MR et de l'intégration des services TB-VIH ;
- Développement de l'APSR et des mécanismes de contrôle de l'infection ;
- Développement de stratégies ambitieuses de communication sur la tuberculose.

D. Les opportunités

- La volonté politique de l'Etat à lutter contre l'endémie tuberculeuse est réelle ;
- La tuberculose est un Objectif du Millénaire pour le Développement ;
- Le PNT est bénéficiaire du round 10 du Fond Mondial pour la période 2012-2016 ;

- Le laboratoire national de référence est renforcé par Expand TB, USAID/FHI360 et le Fonds mondial
- Le programme est structuré avec un engagement des équipes dans la mise en œuvre des interventions ;
- Les niveaux intermédiaire et périphérique sont conscients de leurs rôles et responsabilités dans la lutte contre la tuberculose ;
- Des paquets intégrés de services et des cadres d'échanges multisectoriels existent dans la politique nationale.

E. Les recommandations générales

1. Renforcer la détection des cas par des stratégies plus agressives pour l'investigation des contacts des malades à microscopies positive, le dépistage chez les prisonniers et autres groupes à risque, l'implication de tous les prestataires de soins ;
2. Mener une étude sur les causes de la stagnation du taux de notification des cas depuis de nombreuses années ;
3. Assurer la mise à jour des guides techniques du programme et les partager avec les structures ;
4. Former le personnel de consultation et renforcer la supervision des Centres et Postes de Santé sur les pratiques d'identification des personnes présentant des symptômes de tuberculose ;
5. Intensifier le dépistage de la tuberculose chez les PVVIH et généraliser l'application des recommandations OMS sur la mise sous traitement ARV des patients co-infectés TB/VIH;
6. Etudier une intégration plus poussée de la prise en charge de la co-infection TB-VIH ;
7. Rendre fonctionnel les trois laboratoires de culture de Kaolack, Saint Louis et Kolda et renforcer les capacités pour le contrôle de qualité externe et la supervision des centres de microscopie ;
8. Mener une étude sur les schémas courts de 9 ou 12 mois pour le traitement des tuberculoses multi-résistantes ;
9. Elaborer, disséminer un guide pour le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose de l'enfant et former les prestataires de soins ;
10. Contribuer à l'élaboration et la dissémination d'un guide pratique pour le contrôle de l'infection et contribuer à la formation du personnel des Centres de Santé ;

- 11.** Faire la cartographie des agents en charge de la prise en charge de la tuberculose et combler les manques ;
- 12.** Faire l'inventaire par District sanitaire des Etablissements de soins et Laboratoires publics et privés pouvant contribuer à la prise en charge des malades tuberculeux et établir un cadre de concertation public-privé dans chaque région ;
- 13.** Renforcer la supervision et la documentation de la contribution des différents prestataires de soins ;
- 14.** Développer, documenter et étendre les initiatives innovantes ;
- 15.** Identifier des thèmes prioritaires de recherche opérationnelle, en particulier pour augmenter la détection des cas ;
- 16.** Mener un plaidoyer auprès des collectivités et des élus locaux et nationaux, intégrer la tuberculose au sein des cadres de coordination et impliquer les acteurs communautaires traditionnels pour délivrer des messages sur la tuberculose ;
- 17.** Atteindre le seuil de financement de 20% de la lutte contre la tuberculose par l'Etat dans le cadre du partenariat avec le FM ;
- 18.** Renforcer le budget étatique du PNT et y intégrer l'achat des médicaments de 2ème ligne pour assurer la pérennité des interventions après le retrait de FHI 360 et de la LHL ;
- 19.** Renforcer les ressources humaines, les équipements et les infrastructures du PNT pour faire face aux nouveaux défis;
- 20.** Partager les expériences et créer des liens forts avec l'université dans le cadre de la recherche.

INTRODUCTION

En 2006 intervenait la deuxième revue du Programme national de Lutte contre la Tuberculose dans un contexte de retrait imminent de son partenaire stratégique financier, la LHL. Cette revue avait permis de mesurer l'impact de la coopération avec ce partenaire sur le système de santé depuis le milieu des années 70. En effet, beaucoup de réalisations étaient issues de cette fructueuse coopération. Les indicateurs programmatiques du PNT ont favorablement évolué durant ce partenariat en sus de la construction de deux Centres de Santé, du Laboratoire national de Référence et des locaux de l'Unité centrale de Coordination.

Cependant, la tuberculose reste un problème de santé publique au Sénégal. La transmission de la maladie y est toujours intense et la prévalence élevée. Le taux d'incidence de la tuberculose à microscopie positive était estimé à 110/100 000 habitants (WHO Report 2006, Global Tuberculosis Control). L'épidémie de VIH/SIDA et la pauvreté constituent des facteurs aggravants de la recrudescence de cette maladie.

Le Programme national de Lutte contre la Tuberculose constitue, depuis 1985, la réponse de l'Etat du Sénégal à l'endémie tuberculeuse. Il occupe une place de choix dans les priorités sanitaires. Il est sous la tutelle administrative de la Direction de la Lutte contre la Maladie relevant de la Direction Générale de la Santé.

Le but visé par le programme est de réduire la morbidité et la mortalité dues à la Tuberculose au sein des populations sénégalaises conformément à l'objectif sectoriel consistant à accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie. Il pose comme principaux objectifs de détecter dans le cadre de la stratégie DOTS, au moins 70% des cas incidents attendus de tuberculose à microscopie positive et de traiter avec succès au moins 85% d'entre eux. Ces deux objectifs constituent des conditions minimales pour une lutte antituberculeuse efficace.

TERMES DE REFERENCE ET METHODOLOGIE DE TRAVAIL

Cette revue a pour finalité d'évaluer les stratégies d'intervention, la mise en œuvre des activités visant à renforcer les performances du programme et l'efficacité des interventions. Elle permet également d'identifier les forces, faiblesses, menaces, opportunités et les principaux défis et barrières à la mise en œuvre du programme. La revue offre ainsi l'opportunité d'une meilleure planification et la mobilisation des ressources nécessaires.

Les objectifs de la revue étaient les suivants :

1. Analyser la situation épidémiologique de la tuberculose au Sénégal

- Etudier le profil épidémiologique de la tuberculose au Sénégal ;
- Analyser les résultats du traitement à l'échelon national.

2. Passer en revue la structure, l'organisation et la gestion du programme, des directives politiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

- Analyser le fonctionnement administratif et financier du programme à l'échelon central ;
- Analyser la qualité des ressources humaines intervenant dans la gestion du programme à tous les niveaux ;
- Analyser les mécanismes de financement du PNT.

3. Evaluer la situation actuelle de la mise en œuvre de la stratégie DOTS au Sénégal ainsi que les perspectives d'amélioration

- Evaluer l'engagement des autorités politiques et sanitaires dans la lutte contre la tuberculose ;
- Analyser les stratégies de dépistage et de diagnostic des cas aux niveaux central, intermédiaire et périphérique ;
- Evaluer la qualité de la prise en charge des malades à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Analyser le système d'approvisionnement en médicaments, matériels et consommables de laboratoire au niveau central, intermédiaire et périphérique ;
- Evaluer le système de suivi, évaluation du programme tuberculose.

4. Effectuer la revue de la performance du programme par domaine thématique et à tous les niveaux du système de santé

- Analyser la mise en œuvre de la gestion programmatique de la Tuberculose, de son association avec l'infection au VIH et de la TB-MR aux différents niveaux du système de santé ;
- Evaluer la contribution du PNT au renforcement du système de santé à travers l'APSR et le contrôle de l'infection ;
- Analyser les interventions communautaires et d'IEC réalisées dans le cadre de la mise en œuvre des activités promotionnelles du PNT ;

- Evaluer les mécanismes de collaboration public/privé dans le dispositif de soins des patients tuberculeux ;
- Evaluer l'impact de la recherche opérationnelle sur le programme.

5. Evaluer les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs nationaux dans le domaine de la lutte contre la tuberculose au Sénégal au regard de l'appui du Fonds Mondial

- Evaluer le degré d'application des recommandations de la dernière revue de 2006 ;
- Analyser la progression des indicateurs OMD depuis la revue de 2006 ;
- Analyser les effets de l'appui du FM dans la lutte contre la tuberculose.

6. Dégager la vision stratégique y compris la révision des politiques et directives de lutte contre la tuberculose adaptées au contexte épidémiologique

- Définir les prochaines étapes pour l'amélioration de la performance du programme en rapport avec la vision stratégique ;
- Rédiger un rapport final avec des recommandations pertinentes.

Méthode de travail :

Chaque équipe disposait d'une documentation spécifique sur la région à visiter :

- Carte administrative avec agglomération et routes;
- Répartition des structures de santé dans la région;
- Données démographiques et répartition de la population par commune dans la région.

Au cours de la visite, après consultation des documents disponibles (registres, fiches de traitements, rapports antérieurs) et les entretiens avec les personnes ressources, les patients et le personnel de santé concerné, les équipes ont fait des observations sur les points suivants:

- L'engagement des autorités sanitaires de la région;
- Les ressources engagées pour le programme (personnel, structures budget) au niveau de la région;
- Les filières d'accès au diagnostic (la sélection de personnes suspectes de tuberculose, l'envoi des échantillons de crachats au laboratoire, l'utilisation du laboratoire et les problèmes rencontrés, la place de la radiologie dans le diagnostic);
- La prise en charge des cas de tuberculose : enregistrement, fiche de traitement, suivi du traitement, application des régimes thérapeutiques, supervision directe pendant le traitement (phase initiale et/ou phase d'entretien), enregistrement des résultats du traitement, méthodes de relance des malades absents ou perdus de vue, éducation sanitaire des malades et de leur famille (dépistage des sujets contacts); résultats du traitement, prise en charge des malades tuberculeux séropositifs au VIH et tuberculeux à bacilles multirésistants.
- Le système d'approvisionnement en médicaments antituberculeux : qui prévoit ? Qui commande ? Qui envoie ? Qui contrôle ? Qui paie ? Les visites de supervision : le nombre de super-

visions effectuées en 2011 par la coordination centrale vers les régions, le nombre de supervisions effectuées par les régions vers les districts ? le contenu de ces visites : aspects de laboratoire, prise en charge des cas au niveau des hôpitaux, des centres de santé et des postes de santé

- La place (volume horaire, théorique et pratique) de la tuberculose et des activités du PNT dans le programme de l'enseignement universitaire et paramédical (école d'infirmier (e)s, recyclage en cours d'emploi).

- La place et rôle du secteur privé et communautaire : diagnostic et prescription (médecin), soins infirmiers, coût des actes en pratique privée (montant payé par les malades).

Toutes les équipes engagées dans les visites sur le terrain ont dès le premier jour rencontré les autorités administratives, le Médecin-Chef de Région, les responsables des services sanitaires des différents niveaux. Ensuite, elles ont visité les différents points de prestation et effectué des entretiens avec des malades.

A la fin de la visite sur le terrain dans chaque région, un compte rendu a été fait par l'équipe visitée au médecin chef de région pour recueillir son avis sur les recommandations formulées dans la gestion de cette maladie au niveau régionale.

L'appréciation des autorités sanitaires régionales constitue un élément important du rapport de visite sur le terrain.

I.INFORMATIONS GENERALES

1.1 Présentation du Sénégal

Le Sénégal a une superficie de 196.722 km². Il est situé entre 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude ouest. Il est limité au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la République Guinée et la Guinée Bissau, à l'Ouest par la Gambie, et par l'Océan Atlantique sur une façade de 700 km.

Situé à l'extrême du continent africain, dans la dépression sénégal-mauritanienne, le Sénégal présente en général un relief plat. 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. Celle-ci est plus longue en Casamance au sud du pays où les précipitations annuelles sont les plus importantes, avec une moyenne de 1.400 mm.

Le Sénégal est composé de 14 régions, 45 départements, 121 arrondissements, 113 Communes, 46 Communes d'Arrondissement et 370 Communautés rurales. Depuis l'adoption de la loi 96-06 du 22 mars 1996 portant code des collectivités locales, le Sénégal compte désormais trois ordres de collectivités locales : Régions, Communes et Communautés rurales. A leur tête siègent des conseils élus investis de compétences dans neuf domaines dont la santé. La population est estimée à 12.862.577 habitants avec une densité de plus de 58 habitants au km².

Cette densité moyenne cache quelques disparités régionales avec une opposition entre le sous-peuplement de l'Est et une forte concentration sur la Côte ainsi qu'au Centre. En outre, la ville de Dakar abrite 22,4% de la population totale alors qu'elle ne couvre que 0,3 % de la superficie nationale. Les régions les moins peuplées sont celles de Kédougou, Kaffrine, Sédhiou, Tambacounda, Matam. Les villes de Dakar, Thiès, Diourbel sont de loin les plus peuplées. L'exode rural constitue le mouvement le plus important et il concerne particulièrement les jeunes.

En 2012, le nombre de femmes en âge de reproduction (15-49 ans) est estimé à 5 .976.790. Le Sénégal possède l'un des taux d'urbanisation les plus élevés d'Afrique noire (41,5% selon DPS 2005). Cette urbanisation galopante est principalement due à l'accroissement naturel de la population (2,3% en 2006), résultant à la fois du recul de la mortalité (9,4 p. 1 000 en 2006) et d'une vigoureuse natalité (32,8 p. 1 000 en 2006). En 2005, on notait que 54% de la population avaient moins de 20 ans et les plus de 65 ans représentaient 4%.

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 de l'essence, des produits alimentaires, aux effets de la crise financière mondiale. Afin de lever ces difficultés, le Sénégal a mis en place des stratégies de croissance et de réduction de la pauvreté (DSRP 1 et 2), la Stratégie de Croissance Accélérée (SCA), le programme de réforme des finances publiques, la réduction du train de vie de l'Etat, la transparence et la bonne gouvernance. La mise en place de ces politiques a abouti à des résultats positifs. Ainsi la proportion des mé-

nages vivant en dessous du seuil de pauvreté est passée de 48,8% en 2002 à 42,6% en 2005 (Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal, ESPS 2005-2006, août 2007). La croissance économique réelle s'est située en moyenne autour de 5% par an (entre 2000 et 2006)

1.2 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 objectifs du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), des OMD et aujourd'hui de la Stratégie nationale de Développement économique et Social (SNDES) 2013-2017.

Il s'agit plus spécifiquement de : (1) Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et Infanto juvéniles, (2) accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie, (3) renforcer durablement le système de santé et (4) 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) qui est un plan d'action élaboré annuellement par tous les centres de responsabilité.

1.3 L' Organisation sanitaire

1.3.1 Le système de santé

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale qui comprend un niveau central, un niveau intermédiaire constitué par les Régions Médicales et un niveau périphérique appelé district sanitaire.

• 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.

- **La Région médicale**

Le Sénégal compte 14 régions médicales. La région médicale, dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative, 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 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. Des directions sont rattachées aux directions générales.

1.3.2 La carte sanitaire

- **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.

- **La densité des structures sanitaires (ratio)**

La dernière mise à jour de la carte sanitaire du Sénégal de 2011 montre une évolution dans le nombre de structures sanitaires actuelles. Au total, 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 9604 habitants.

Pour cette même année 2011, les 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. La région de Diourbel montre le ratio le plus faible avec 1CS pour 279.844 habitants.

Quant aux hôpitaux, ils sont au nombre de 34 publics et privés confondus. Classés en établissements publics de santé (EPS), on peut noter que seule la région de Diourbel comporte des EPS des trois niveaux (1,2 et 3). Kédougou n'en a aucun.

- **L'accessibilité géographique des structures de santé**

La carte obtenue permet de constater certaines évidences pour la région de Tambacounda du fait de sa grande superficie (42706 km²). Les autres grandes régions comme Kédougou et Matam présentent des problèmes d'accessibilité du fait soit de la faible concentration des structures dans une partie du territoire, soit du fait de l'orographie accidentée qui rend difficile l'accessibilité.

En période d'hivernage, certaines structures de santé sont coupées du reste de la région. Pour les régions de taille modeste comme Sedhiou (7293 km²) et Kaffrine (9234 km²), les problèmes d'accessibilité sont liés au gap en structures sanitaires.

II. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE

2.1. Estimation de la charge de la tuberculose

Le niveau de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité s'appuie uniquement sur les estimations de l'OMS publiées dans le rapport mondial OMS 2012. L'incidence est estimée à 136 cas tuberculose toutes formes pour 100.000 habitants (112-162) avec un taux de détection de 63% (53-77) des tuberculoses toutes formes constituées des nouveaux cas TPM+, TPM-, TEP et des cas de rechute). La prévalence a été estimée à 200 et la mortalité à 19 pour 100.000 habitants.

Tableau1 : Estimations de la charge de TB * 2011	Nombre (en milliers)		Taux (pour 100 000 habitants)	
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 du 2012 global TB report

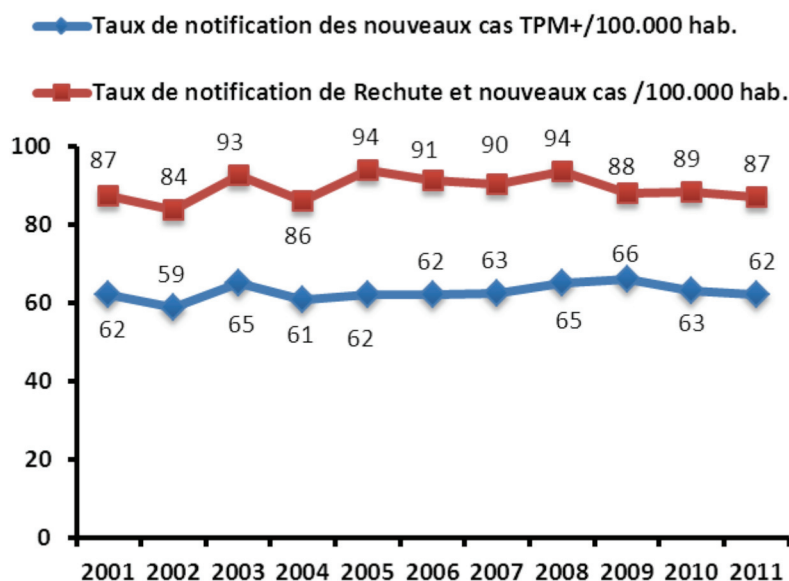
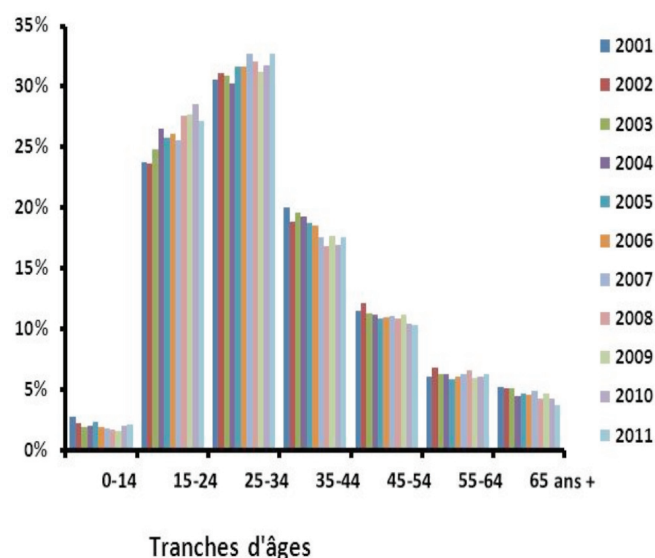


Figure 1 : Evolution du taux de notification des nouveaux cas TPM+ et toutes formes de 2001 à 2011

Le taux de notification toutes formes est resté stationnaire à 87 pour 100.000 habitants de 2001 à 2011 avec des pics de 94 en 2005 et 2008. Celui des nouveaux cas 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 a stagné et a tendu vers la baisse.

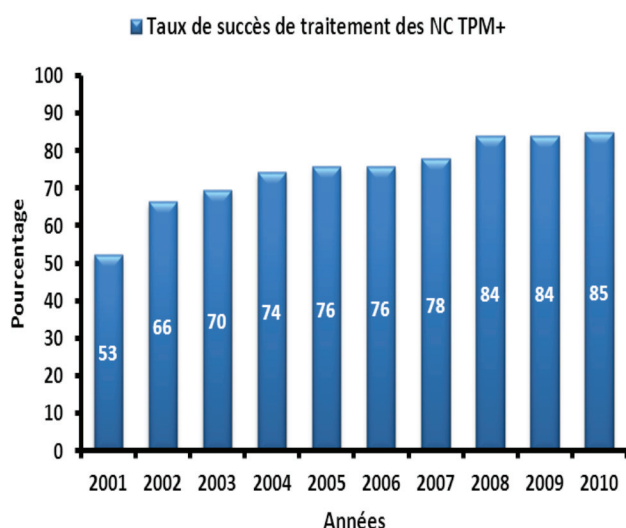
En ce qui concerne la déclaration des cas, un taux d'accroissement de 2% a été noté pour les nouveaux cas durant les 5 dernières années.



La tendance du maintien des proportions de cas de TPM+ notifiés par groupe d'âge entre 2001 et 2011 a été observée. Le graphique semble montrer une baisse des proportions parmi les groupes d'âge supérieurs à 44 ans et une augmentation dans les groupes d'âge de 15 à 34 ans.

Ce glissement des cas notifiés vers les groupes d'âge plus jeunes laisse envisager une augmentation de la transmission de la tuberculose dans ces groupes d'âge.

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



En suivant l'évolution des résultats de traitement depuis 2001, d'importants changements ont été enregistrés. Le succès de traitement est passé de 53 à 85% en 10 ans (2001 à 2010).

Des efforts ont été consentis pour faire baisser le taux de perdus de vue. Ainsi, ce taux est passé de 10 à 5% de 2007 à 2009. Ce taux a enregistré une légère hausse de 1% en 2010.

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

2.2. La coinfection TB-VIH

La TB est la première infection opportuniste chez les PVVIH et la prévalence d'infection à VIH chez les patients TB est de 10%. En 2011, le pourcentage de nouveaux cas estimés de tuberculose lié au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH est à 49% (Objectif de 80%).

Tableau 2 : Evolution des indicateurs TB/VIH entre 2008 et 2011

Source : Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie de VIH/sida, Sénégal : 2010-2011

ANNEE	Nb de TB toutes Formes	Total sérologie HIV chez TB	Total patients TB testés positifs	Total patients TB co-infectés VIH sous Cotrim	Total patients TB sous ARV	Nb patients PVVIH co-infectés TB	Nb patients PVVIH co-infectés TB sous Cotrimoxazole	Nb patients PVVIH co-infectés TB sous ARV	Nb patients dont la sérologie est connue avant ou au cours du traitement TB	Nb total coinfectés TB VIH	Nb total coinfecté sous cotrimox	Nb total coinfecté sous ARV
2008	11591	5774	412	284	129	189	140	77	5963	601	424	206
		50%	7%	69%	31%	0%	74%	41%	51%	10,10%	71%	34%
2009	11732	6906	455	386	123	349	286	136	7255	804	672	259
		59%	7%	85%	27%	0%	82%	39%	63%	11,10%	84%	32%
2010	11590	7181	350	286	117	361	308	151	7542	711	594	268
		66%	5%	82%	33%	0%	85%	42%	66%	9,40%	84%	38%
2011	11408	8050	394	346	174	424	367	228	8474	818	713	402
		71%	5%	88%	44%	0	87%	54%	74%	10%	87%	49%

Le nombre de patients tuberculeux connaissant leur statut sérologique au VIH a connu des progrès importants de 2008 à 2011 en passant de 50 à 71 % des tuberculeux testés pendant la même période. Des efforts devront être faits pour améliorer l'offre de test VIH. Le pourcentage de patients Co-infectés TB/VIH ayant bénéficié de la CPT a atteint 88% en fin 2011 et ceux mis sous ARV de 49%.

Source : Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie de VIH/sida, Sénégal : 2010-2011

2.3. La tuberculose multi résistante (TBMR)

L'enquête sur la pharmaco-résistance a été réalisée en 2006. Etant donné que la tuberculose à bacilles multirésistants est recherchée dans les groupes des patients qui présentent des risques élevés de TB-MR, le PNT dispose des directives pour le dépistage des cas. Il cible essentiellement les patients en retraitement.

Selon le rapport annuel PNT de 2011, 830 cas de retraitement avaient été évalués pour la cohorte 2010. Depuis janvier 2012, 439 cultures ont été faites, ce qui représente presque la moitié des suspects.

2.4 Les Objectifs du Millénaire pour le Développement et cibles du Partenariat Halte à la TB

Tableau 3 : Evolution du taux de détection

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

Les efforts de dépistage ont permis d'améliorer le taux de détection, de 50% en 1990 à 63% en 2011 (tableau 3).

L'indicateur 6.10 de l'Objectif du Millénaire pour le Développement et la cible du Partenariat « Halte à la Tuberculose » et du Plan mondial « Halte à la Tuberculose » sur l'amélioration du taux de détection à au moins 70% et du taux de succès à au moins 90% d'ici 2015 ne seront probablement pas atteints.

De 1990 à 2011, le taux de mortalité a baissé de 24 à 19/100.000 habitants, la prévalence de 231 à 200/100.000 hab. et l'incidence de 138 à 136/100.000 hab.

Avec le niveau atteint par ces indicateurs, le Sénégal ne pourra pas atteindre les cibles du Partenariat Halte à la tuberculose consistant à baisser de moitié la mortalité et la prévalence entre 1990 et 2015, et atteindra probablement la cible des objectifs du millénaire consistant à diminuer l'incidence d'ici 2015.

2.5 Les objectifs du cadre de performance du Fonds Mondial

Tableau 4 : Résultats obtenus par le PNT durant les 3 premiers trimestres de 2012

Indicateurs	Cible au 30 septembre 2012	Niveau atteint au 30 septembre 2012	Commentaires
Nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif déclarés	7060	5849	Objectif atteint à 83%

La cible atteinte à 83% est en rapport avec la faible complétude des données du 3ème trimestre de 2012. Près du cinquième des CDT est silencieux (15 CDT/ 77) pendant cette période dont 3 sites pour les régions de Kolda et de Ziguinchor. Même si tous les CDT avaient rapporté, il serait difficile d'atteindre le niveau souhaité qui est proche de la cible annuelle (7765 en 2011). Compte tenu du taux faible d'accroissement du nombre de patients (2% en moyenne), il serait difficile d'atteindre la cible annuelle de la première année (9.413) du cadre de performance. L'accroissement de la détection de 2% par rapport à 2011 donne 7920 nouveaux cas à frottis positifs.

Pour les mêmes raisons, le nombre de cas de tuberculose toutes formes déclarés prévu dans le cadre de performance a été surestimé.

Indicateurs	Cible au 30 septembre 2012	Niveau atteint au 30 septembre 2012	Commentaires
Nombre de cas de tuberculose toutes formes notifié chez les enfants de moins de 15 ans	843	523	Objectif atteint à 62%

Le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant s'est amélioré durant cette période (193 cas notifiés) en relation avec la notification des cas des prestataires des districts chargés de la consultation pédiatrique.

Indicateurs	Cible au 30 septembre 2012	Niveau atteint au 30 septembre 2012	Commentaires
Nombre de nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive traités avec succès	5 598	4 692	Objectif atteint à 84%

Indicateurs	Cible au 30 septembre 2012	Niveau atteint au 30 septembre 2012	Commentaires
Nombre de patients tuberculeux testés au VIH après counselling	8450	7020	83%

Nette amélioration de la réalisation du dépistage VIH chez les tuberculeux au niveau opérationnel durant cette période. Les données de la région de Kolda et celles d'une partie de la région de Ziguinchor ne sont pas remontées.

Indicateurs	Cible au 30 septembre 2012	Niveau atteint au 30 septembre 2012	Commentaires
Nombre de patients co-infectés TB/VIH qui bénéficient du cotrimoxazole	882	565	64%

La cible chiffrée de cette période est atteinte à 64%. Cependant, en rapportant le nombre de patients co infectés TB/ VIH ayant reçu du cotrimoxazole (565) au nombre total de cas de coinfectés (622) de cette période nous atteignons une couverture de chimioprophylaxie au CTM de 90%. Il existe une légère amélioration dans l'application de cette directive du Programme par les prestataires de soins durant cette période.

Indicateurs	Cible au 30 septembre 2012	Niveau atteint au 30 septembre 2012	Commentaires
Nombre de patients TB/MDR mis sous traitement de 2ème ligne.	25	32	

Il y a eu une rupture de stock des médicaments de 2^{ème} ligne de Janvier à Septembre 2012. Ce gap a été comblé au début du 4^{ème} trimestre de 2012 avec la réception des médicaments de 2^{ème} ligne en fin septembre 2012. Le comité de pilotage a mis sous traitement de 2^{ème} ligne, à la date du 30 novembre 2012, un total de 32 patients TBMR.

III. ORGANISATION ET GESTION DU PNT

3.1. Les ressources humaines

3.1.1. Constats

La Direction des ressources humaines est frappée par le déficit en personnels malgré les efforts consentis dans la contractualisation des agents et le recrutement par la fonction publique. Une masse d'agents de santé est formée annuellement mais il y'a véritablement discordance entre les besoins exprimés par les techniciens du MSAS et les réalités des gouvernants. 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) pouvant être la source d'une démotivation ;
- Une absence de Points focaux TB au niveau des EPS ;
- Une nomination tardive d'un Point focal TB au SNEIPS.

Cependant, on note dans les structures un personnel engagé et plein d'initiatives. Le personnel de l'unité de coordination du PNT est composé de 5 Médecins, 2 Infirmiers spécialisés, 1 Sage-femme gestionnaire de données, 2 Pharmaciens biologistes, 4 Techniciens supérieurs biologistes, 1 Pharmacien, un Responsable administratif et financier pour l'Etat et les partenaires autres que le FM, un Aide au Bureau d'Approvisionnement, 1 Enseignant, 2 Assistantes sociales pour la communication et du personnel d'appui (3 contractuels de l'Etat et 2 de l'USAID).

Le FM a mis en place une équipe de gestion composée d'un Responsable administratif et financier, de 2 Comptables et d'un Auditeur interne. Il faut souligner le déficit en personnels dans les Bureaux de Prise en Charge et de la Formation. A cet effet, il s'avère nécessaire de renforcer les 2 Bureaux si le PNT veut atteindre les objectifs liés à la TBMR et TB-VIH. Le retrait de l'USAID/FHI 360 mettra au chômage deux agents du PNT jusque là salariés de ce partenaire et qui occupaient des postes de techniciens au Laboratoire et à la Pharmacie.

3.1.2. Recommandations

- Faire la cartographie des agents ayant en charge la gestion de la tuberculose et la transmettre à la DRH pour régularisation ;
- Valoriser et motiver les agents ayant en charge la gestion de la tuberculose ;
- Mettre en place des Points focaux au niveau des EPS pour coordonner avec le programme ;
- Renforcer les compétences en plaidoyer des agents du PNT ;
- Affecter des Médecins au PNT pour renforcer la PEC et la formation ;
- Rechercher un financement pour la prise en charge des salaires des 2 agents d'appui.

3.2. Financement de la Lutte antituberculeuse

3.2.1. Constats

• *Etat*

Le budget du Ministère de la Santé a connu une évolution en passant de 36 milliards en 1998 à 90,5 milliards de FCFA en 2008 ; de 105,935 milliards en 2011 à 110,505 milliards de FCFA en 2012. Le ratio budget Santé / budget Etat a atteint 11% en 2011, ce qui est en deçà des 15 % conformément à l'engagement pris par les Chefs d'Etat africains à Abuja en 2001. Le budget Etat, alloué à la tuberculose, n'a pas diminué dans son volet « Médicaments ». En effet, l'Etat donne une subvention annuelle de 260 millions pour les médicaments de première ligne, réactifs et consommables. Ce budget ne prend pas en compte les médicaments de 2ème ligne.

Les médicaments de 2ème ligne sont financés par le Fonds mondial. En même temps, depuis 2011, ce partenaire contribue à l'achat des médicaments de 1ère ligne pour permettre au programme de faire face aux situations de rupture. FHI 360 et UNITAID ont également appuyé, en 2012, l'achat de médicaments de 2ème ligne en complément de la dotation du FM. Concernant la partie du budget « Fonctionnement », il était de 36 millions jusqu'en 2010 avant de baisser en 2012 à 9 millions et 15 millions en 2013. Le PNT n'a pas reçu de budget « Fonctionnement » en 2011. Le financement de la lutte antituberculeuse au Sénégal est fortement dépendante de l'aide extérieure malgré le maintien d'une ligne budgétaire « Médicaments » et une baisse significative de son budget de fonctionnement. Cette situation est inquiétante au vu de la baisse de la contribution des partenaires.

• *USAID*

L'USAID a soutenu le PNT depuis 2002 et va se retirer de la partie TB dans le plan d'action 2012-2016. Il ne s'intéressera qu'aux activités communautaires mises en œuvre par le consortium CHILD FUND, et relatives au paquet de services intégrés TB/VIH pour améliorer la détection des cas et le suivi des malades sous traitement.

• *Fonds mondial*

La LAT a bénéficié de la subvention du fonds mondial pour la première fois en 2008 à travers le Round 7 pour une enveloppe de 6.000.000 euros couvrant la période 2008-2010 consolidée par le Round 10 avec une enveloppe de 9.636 854 euros sur la période 2012-2016 avec comme bénéficiaires principaux le PNT et Plan Sénégal. Depuis le 1er janvier 2012, le Sénégal étant classé pays à revenu intermédiaire du bas de la tranche inférieure, l'Etat doit contribuer à hauteur de 20% du budget de la reconduction à la phase 2 du Round 10. Il s'agit des exigences relatives au financement de la contrepartie.

• *OMS*

Elle apporte une assistance technique sous forme de mise à disposition d'experts ou de formation du personnel dans le domaine de la tuberculose.

• **Expand TB**

Le partenariat avec Expand TB a permis l'introduction de la biologie moléculaire LPA, l'acquisition de consommables et de réactifs pour les milieux liquides. Expand TB a contribué au renforcement des capacités du personnel du LNR, en plus de la mise à disposition d'une assistance technique continue. Les partenaires ont apprécié l'organisation de la gestion financière du programme par la mise en place d'une équipe compétente mais soulignent l'insuffisance du budget de l'Etat alloué au PNT ainsi que la forte dépendance au financement extérieur pour les médicaments de 2ème ligne.

3.2.2. Recommandations

- Trouver les ressources nécessaires à l'inclusion des patients TB/MR ;
- Appuyer le PNT à développer des stratégies de mobilisation de ressources complémentaires par le partenariat public-privé (PPP) ;
- Faire un plaidoyer auprès du MSAS pour l'augmentation du budget du PNT ;
- Matérialiser les 20% du budget supportés par l'Etat dans le cadre du Partenariat avec le FM.

3.3. La gestion du programme

3.3.1. Constats

Le programme a été réorganisé en 1985 et constitue la réponse de l'Etat du Sénégal à l'endémie tuberculeuse. Le PNT est visible dans l'organigramme du MSAS ainsi que dans celle de la Direction de la Lutte contre la Maladie dont il relève. Sur le plan institutionnel, le PNT a été élevé dans l'architecture administrative du ministère par rattachant directement à la DLM dans le décret portant organisation des services du MSAS signé récemment. Le gouvernement du Sénégal, par les missions du 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.

Au point de vue organigramme, le programme comprend :

- La Direction avec le Coordonnateur et les Responsables administratifs et financiers ;
- Le Bureau Formation et Recherche dirigé par un médecin de Santé publique et disposant en son sein d'un Point focal Formation ;
- Le Bureau Prise en Charge dirigé par un Médecin spécialiste en Maladies infectieuses ;
- Le Bureau Suivi-Evaluation et Planification dirigé par un Médecin spécialiste en Santé publique et disposant d'un point focal Gestion des données et d'un point focal Planification ;
- Le Bureau Communication et Partenariat dirigé par un spécialiste en Communication et disposant d'un point focal Communication ;
- Le Bureau Approvisionnement et Gestion des stocks est dirigé par un pharmacien ;

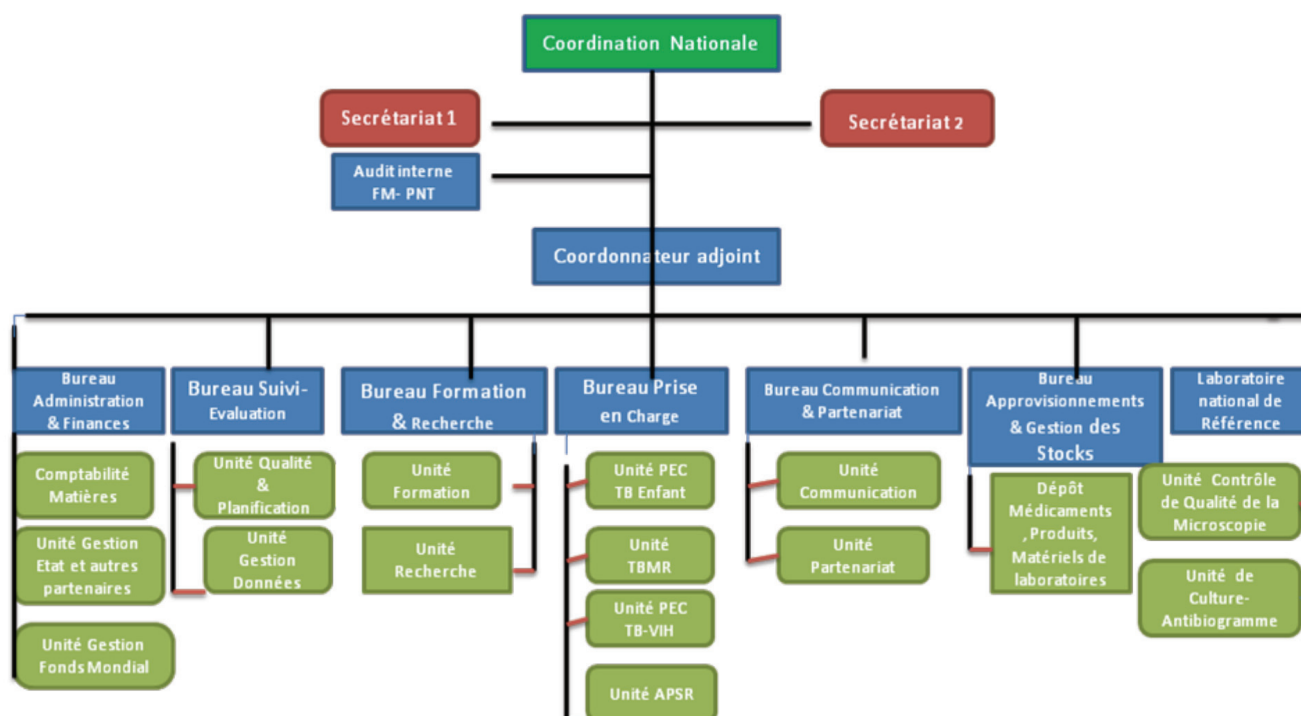


Figure 4 : Organigramme du Programme National de Lutte contre la Tuberculose

- Le Laboratoire National de référence dirigé par une pharmacienne biologiste et disposant de deux points focaux (Culture – Antibiogramme et Contrôle de qualité de la microscopie)
- Dans le cadre du Fonds mondial, le programme s'est renforcé d'une équipe de financiers avec un Responsable administratif et financier, deux Comptables et un Auditeur interne ;
- Le secrétariat a été renforcé dans le but de s'adapter aux nouvelles exigences du Fonds mondial avec un personnel d'appui composé de chauffeurs, d'un caissier, d'un magasinier.

Il faut cependant noter au niveau de la structure une insuffisance de locaux pour abriter de nouvelles unités. En conséquence, le laboratoire est devenu trop exigu ainsi que les Bureaux pour accueillir un nouveau personnel. La structure manque également de bibliothèque pour une meilleure conservation des archives en vue de capitaliser toutes les études faites sur la tuberculose. Le programme abrite en son sein un personnel au nombre de cinq relevant du projet de recherche (RAFA) dont le siège principal est le PNT. Il faudra toutefois renforcer les infrastructures du programme en assurant l'extension des locaux pour combler ce gap d'espace constaté et qui rend les conditions de travail et d'archivage plus difficiles.

Les réunions de coordination sont tenues toutes les semaines avec les Chefs de Bureaux et les Points focaux pour partager l'état de mise en œuvre des activités. Elles constituent aussi des cadres de réflexion sur les politiques et stratégies mises en œuvre. Le PNT a mis en place un certain nombre de comités et commissions. C'est le cas notamment du :

- Comité technique national de Pilotage de la Lutte contre la Tuberculose qui est fonctionnel avec des Commissions et Termes de Référence précis ;
- Comité de Pilotage MDR dont les rencontres sont mensuelles ;
- Comité de Pilotage des Interventions communautaires TB Team communautaire avec des rencontres trimestrielles.

La coordination des ONG partenaires du PNT est encore insuffisante. Il en est de même de la coordination avec les partenaires des autres Ministères. Au niveau de chaque région médicale, se trouve un Point focal TB chargé de la coordination des activités en appui au Médecin-Chef de Région. Les activités de lutte contre la tuberculose sont intégrées au paquet d'activités de chaque District du pays (consultation de tri, laboratoire, CDT, pharmacie, IEC, formation, supervision...). Ces Districts comprennent 77 CDT et 102 unités de microscopie sont dans le réseau de microscopie. Un nombre de 333 Postes de Santé (sur un total de 1257) effectuent la politique de décentralisation en matière de prise en charge de la tuberculose, facilitant ainsi l'accès aux soins des populations périphériques.

3.3.2. Recommandations

- Développer davantage l'approche multisectorielle à travers des cadres de concertation ;
- Assurer l'extension des locaux du PNT pour faire face aux besoins d'espace du Laboratoire et des différentes unités ;
- Mettre en place une bibliothèque et une salle d'archivage au PNT.

3.4. l'Organisation fonctionnelle du PNT et le système d'information

3.4.1. Le Laboratoire national de Référence

• Constats

Le PNT dispose d'un Laboratoire capable d'effectuer des diagnostics par la biologie moléculaire (PCR). Depuis 2006, les techniques classiques y étaient utilisées. Mais en 2012, les technologies de haute portée diagnostic y sont introduites avec la mise en place de Gen experts, milieux liquides de culture, LPA. Avec le Gen expert, il a été réalisé 270 tests et 19 cas de résistance à la rifampicine ont été détectés. Ces nouvelles technologies sont plus sensibles et plus rapides pour le diagnostic de la TBMR, TB de l'enfant et TB des PVVIH. Le Laboratoire bénéficie régulièrement d'une assistance technique et d'un contrôle de qualité externe de la microscopie.

Les dispositions de biosécurité sont prises et les hottes sont périodiquement certifiées. L'évaluation externe de la microscopie en 2011 a utilisé la relecture en aveugle. Sur 98 Laboratoires, 70 ont participé donnant ainsi 1,6% de taux de faux négatifs et 1,6% de taux de faux positifs. Il existe un algorithme biologique de diagnostic de la TB-MDR. Le nombre moyen d'échantillons mis en culture par jour est de 10.

Le LNR a des liens avec l'IMT D'Anvers. Les derniers résultats donnent 100% de concordance. Il existe des procédures écrites mais elles ne sont pas complètes. Le management de la qualité est à améliorer. Des équipements de protection personnelle sont disponibles. Il en est de même des équipements de protection respiratoire. Le Laboratoire dispose d'un incinérateur, les déchets sont décontaminés avant l'incinération. Le LNR est équipé de hottes qui sont régulièrement contrôlées (tous les 6 mois). Il existe un programme de maintenance des autres équipements du LNR. Le Laboratoire est souvent confronté à des insuffisances du circuit électrique et les difficul-

tés d'autonomie énergétique en cas de coupure d'électricité. La gestion des données est électronique. Il n'a pas été noté de rupture de produits et de matériel au niveau du Laboratoire.

Le Laboratoire collabore avec les laboratoires du secteur privé, mais pas avec les institutions de recherche. Il ne dispose pas d'un budget propre pour son fonctionnement ; les prestations ne sont pas payantes. Ses partenaires techniques sont l'IMT d'Anvers, EXPAND TB, le RNL. Les partenaires financiers sont le Fonds Mondial et FHI360.

• **Recommandations**

- Renforcer le personnel du Laboratoire en qualitiiciens (secrétaire, référent qualité, préparateur et microscopiste) ;
- Etendre les locaux du laboratoire ;
- Renforcer les capacités en management du responsable du LNR ;
- Développer la recherche opérationnelle
- Renforcer le budget de fonctionnement du LNR ;
- Assurer l'autonomie énergétique du Laboratoire par la mise en place d'un groupe électrogène indépendant ;
- Refaire le circuit électrique du Laboratoire ;
- Mettre en place un cadre de collaboration avec les institutions de recherche.

3.4.2. Le Réseau de Laboratoires



Figure 5 : Organisation du réseau de laboratoires TB

• **Constats**

Le réseau de laboratoires pour le contrôle de la tuberculose est intégré au système de santé et son organisation épouse les contours de la pyramide sanitaire. Le réseau de laboratoires comprend 3 niveaux :

- Le Laboratoire national de Référence chargé de coordonner les activités de Laboratoires, d'assurer la surveillance de la résistance primaire et acquise, la formation du personnel travaillant à tous les niveaux du réseau, la supervision du niveau régional, d'élaborer des directives standardisées et de mener la recherche opérationnelle. L'OMS recommande 1 LNR pour au moins 5 millions d'habitants. Le Laboratoire régional qui couvre en moyenne une population de 500 000 habitants constitue un Laboratoire de relais pour le niveau national. Il réalise en plus de la microscopie, la supervision des unités de microscopie de la région, participe au contrôle de qualité de la microscopie en procédant au premier niveau de contrôle.
- Le Laboratoire périphérique couvre une population de 100 000 à 200 000 habitants selon les normes de l'OMS. Il est situé au niveau du Centre de Santé du District et réalise la recherche de BAAR pour les malades suspects et les malades en traitement. Les lames sont conservées pour le contrôle de qualité externe.

De 86 en 2006, le nombre d'unités de microscopie est passé à 108 en 2012. Ce qui correspond à une couverture en offre de service de diagnostic de 85%. Il faut noter que la plupart des Laboratoires d'Hôpitaux nationaux ne sont pas intégrés au réseau de Laboratoires du fait d'une non-participation à l'évaluation externe de la qualité de la microscopie même s'ils bénéficient de l'approvisionnement en intrants du PNT.

Le niveau régional constitue le maillon faible du réseau de Laboratoires pour le contrôle de la TB. En effet, il s'agit de Laboratoires polyvalents dont la majorité est située dans des Hôpitaux rendant difficile la mobilisation de leurs responsables pour les activités de terrain.

La supervision des unités de microscopie par le LNR est irrégulière sinon, elle est faite par le superviseur régional qui s'occupe des aspects administratifs (collecte des lames du contrôle de qualité, mise en place d'outils de gestion). Globalement, au niveau du réseau, on constate :

- Une standardisation de la microscopie et du système d'information ;
- Une formation-recyclage régulière des techniciens de laboratoire ;
- Un taux de participation au contrôle de qualité en augmentation ;
- Une augmentation du taux de couverture en centres de diagnostic ;
- Des responsables des Laboratoires régionaux formés sur le contrôle de qualité et la supervision ;
- Une présence de microscopes fonctionnels ;
- Une présence de réactifs et de consommables de qualité à tous les niveaux ;
- Une présence de registres et confection des rapports réguliers.

• **Recommandations**

- Intégrer les biologistes du LR dans les ECR ;
- Renforcer le personnel qualifié à tous les niveaux ;
- Rendre effective la Fluorescence au niveau de tous les laboratoires ;
- Mettre en place des techniques de dépistage rapides de la TB-MR au niveau décentralisé ;
- Systématiser le contrôle de qualité interne des Laboratoires périphériques ;
- Renforcer la collaboration des Laboratoires des Hôpitaux avec le PNT ;
- Augmenter le budget des Laboratoires régionaux ;
- Veiller à la transmission régulière des rapports d'activités des unités de microscopie à la Région médicale en même temps que les autres rapports des Districts ;
- Accélérer la mise en place de microscopes à fluorescence LED ;
- Assurer un approvisionnement adéquat en intrants pour la microscopie (Ziehl, Fluorescence) ;
- Tenir en compte les besoins des Hôpitaux de niveau 3 dans la commande des intrants de Laboratoire ;
- Impliquer les Laboratoires des Hôpitaux dans le système de contrôle de qualité de la microscopie et la supervision ;
- Renforcer la supervision à tous les niveaux.

3.4.3. Le Bureau de Formation et Recherche

• **Constats**

Le PNT dispose d'un programme de formation à la prise en charge de la tuberculose. Il comprend une formation initiale et une formation continue. Des manuels, des directives de formation à la PEC et des formateurs sont disponibles. Les universitaires sont rarement impliqués dans la facilitation des ateliers à l'endroit des Médecins. Le renouvellement et les mouvements du personnel sont à l'origine d'un gap permanent en matière de formation surtout au niveau périphérique. Les équipes de région ont préféré les formations intra-régionales plutôt que celles organisées par axe qui ne facilitent pas l'appropriation. Il n'existe pas encore un Point Focal « Recherche », mais des activités de recherche sont en cours.

- **Recommandations**

- Prendre en compte l'aspect Recherche du Bureau ; dans le chargé de cette question.
- Nommer un Point focal Recherche ;
- Privilégier les formations en cascade dans les régions plutôt que celles par axes ;
- Identifier des ressources pour compenser les gaps de formation ;
- Utiliser les experts universitaires dans les formations des formateurs destinées aux Médecins.

3.4.4 Le Bureau de Prise en charge

- **Constats**

Le Bureau de PEC est un Bureau stratégique chargé d'adapter les directives internationales en matière de lutte contre la tuberculose. Il a également pour rôle d'assurer la mise à jour de l'élaboration des documents du programme en adéquation avec le Partenariat stop TB. Au niveau du PNT, il est chargé d'assurer la coordination des activités TB-VIH-MDR-APSR et Enfant.

Concernant la prise en charge des MDR, cinq régions ont démarré les activités à savoir Dakar, Thiès, Louga, Kaolack, et Diourbel. A ce jour, 15 Districts sont couverts. La prise en charge de la TB pédiatrique est effective au niveau des Services de l'Hôpital A. Le Dantec, HEAR, Hôpital de Pikine, Hôpital Principal de Dakar et dans tous les districts.

Il faut remarquer que le Guide national de Prise en Charge de la tuberculose, élaboré en 1999, n'est pas réactualisé. L'aide mémoire « Approche pratique de Santé respiratoire » et le Plan national de Contrôle de l'Infection tuberculeuse sont en voie de finalisation. Le Bureau est pauvre en personnel et doit être renforcé pour faire face à la charge de travail.

Toutefois, à l'image de la TB-MR, il n'y a pas de comité désigné pour la gestion de la TB- pédiatrique au niveau du PNT.

- **Recommandations**

- Affecter au Bureau de PEC des Médecins pour son animation ;
- Réactualiser le Guide national de Prise en Charge ;
- Finaliser les documents stratégiques APSR, PEC enfant, TBMR.

3.4.5 Le Bureau de Suivi-Evaluation

- **Constats**

Le PNT dispose d'une unité de suivi-évaluation avec un personnel composé d'un médecin, une sage femme et un agent sanitaire avec des descriptions de tâches précises. Il dispose de plan de suivi-évaluation bien structuré et budgétisé. Le budget du suivi évaluation représente 7% des ressources financières allouées par le FM. Les données qui arrivent au PNT sont analysées à tous les échelons de la pyramide sanitaire, facilitant ainsi la synthèse.

La complétude des rapports est de 92%. Cette situation paradoxale au phénomène de la rétention d'informations s'explique par le fait que le PNT fait une collecte active des données. On peut noter cependant l'absence de commissions de suivi évaluation. Ce gap a pour conséquence l'absence de lien formalisé entre l'unité de suivi évaluation avec les autres acteurs qui interviennent dans la LAT. Les outils de gestion devront être révisés pour prendre en compte les nouvelles préoccupations.

Dans le cadre du partage de l'information, le PNT fait un feed back régulier aux Régions, aux Districts et aux EPS. Il existe une base de données électronique fonctionnelle avec un système de sauvegarde informatisée. Cette base de données sert à produire des rapports pour le PNT et les partenaires. Les technologies de l'information et de la communication (téléphone, internet) sont utilisées pour la diffusion des informations.

• **Recommandations**

- Faire un plaidoyer pour la levée de la rétention d'informations ;
- Intégrer les nouveaux défis dans les outils de gestion du PNT ;
- Rétablir les prérogatives du niveau intermédiaire dans le circuit de l'information.

3.4.6 Le Bureau de Partenariat et Communication

• **Constats**

Ce Bureau est composé d'un Chef de Bureau, Enseignant de profession, et de deux Assistantes sociales respectivement Points focaux Partenariat et Communication. Il est peu outillé en logistique de communication. En effet, les supports PNT sont souvent insuffisants et le budget communication dans les média n'est pas à la hauteur des défis qui l'interpellent. En dehors des MAC et des lycées des Chefs-lieux de Région, l'information et la sensibilisation sur la tuberculose est encore très timide dans les autres secteurs.

Le partenariat avec l'Armée, les Collectivités locales, les Parlementaires les autres Ministères est un défi pour les prochaines années. Des efforts consistants devront être faits dans la communication institutionnelle et le partenariat pour rendre visible le programme, vulgariser les messages de la TB en vue de réduire le stigmatisation.

• **Recommandations**

- Doter le Bureau de Communication en logistique adéquate pour l'animation des séances d'information (Ciné-bus, vidéos, écrans géants, supports) ;
- Renforcer le budget Communication du PNT pour l'aider à faire face aux nouveau défis ;
- Elaborer et mettre en œuvre le Plan de Communication et le Plan Média de la structure ;
- Renforcer la collaboration avec le SNEIPS pour un accompagnement durable sur les défis de communication.

3.4.7 Le Système d'information sanitaire et PNT

• **Constats**

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 bailleurs. La DSISS participe à la révision des outils de collecte des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cependant les responsables de structures des régions ont toujours posé le calcul de l'indicateur de détection qui selon eux doit nettement varier en fonction des conditions environnementales (taille de la population, dispersion de l'habitat,...).

On note souvent une discordance entre les données de la DSISS et des programmes à cause du système parallèle de recueil. Cette situation est à l'origine d'organisation annuelle d'ateliers de concertation pour l'harmonisation de la gestion des données. La DSISS, dans beaucoup d'activités, est appuyée par les programmes en raison du déficit de moyens alloués à la structure.

Pour la DSISS, le PNT est une structure très coopérante qui transmet ses données malgré le mot d'ordre de rétention des informations et l'appuie aussi dans certaines activités de collecte des données. Il faut signaler que les données du secteur privé échappent au système d'information.

• **Recommandations**

- Œuvrer pour la mise en place d'un système unique et fort de l'information sanitaire ;
- Harmoniser les données du PNT avec celles de la DSISS ;
- Utiliser les informations recueillies pour relever les défis ;
- Rendre disponible une partie des ressources des programmes allouées au Suivi-Evaluation au niveau de la DSISS ;
- Etablir une bonne cartographie des structures privées et services de santé des entreprises en vue d'un recueil des données TB ;
- Revoir le calcul des nombres de cas attendus en tenant compte des spécificités des régions pour une bonne analyse des taux de dépistage.

IV. EXPANSION ET RENFORCEMENT DE LA DOTS

4.1. Constats

4.1.1 Un engagement politique et un financement consistant et durable

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. Malgré la situation de rareté des ressources, l'Etat maintient sa subvention en faveur de la lutte antituberculeuse par le financement de l'achat des antituberculeux et des produits de laboratoire. Cependant depuis 2010, le budget « Fonctionnement » du PNT diminue considérablement et tend à devenir la plus petite enveloppe des programmes nationaux (36 à 15 millions en 2012).

4.1.2 Un dépistage des cas par des examens bactériologiques de qualité assurée

La détection des cas reste un maillon faible de la lutte antituberculeuse car la notification des cas de tuberculose est restée en plateau depuis 5 années.

En outre, la courbe des âges des patients révèle une augmentation de la proportion des cas de tuberculose chez les populations jeunes de 15 à 34 ans. Ceci est le signe d'une transmission intense de la tuberculose dans la communauté jeune.

Par ailleurs l'accès aux soins reste faible pour une majorité de la population suite à des barrières géographiques et financières qui retardent les initiatives de recours aux soins. Quand le patient accède aux structures de soins, des risques persistent pour que les signes ou symptômes compatibles avec une tuberculose ne soient pas reconnus, car le dépistage est encore basé sur l'investigation d'une toux chronique qui pourrait ne pas être présente ou perçue par le patient.

Le réseau de microscopie est encore constitué de microscopes optiques dont la faible performance a été reconnue. La radiologie reste un matériel peu accessible à cause du faible plateau technique des structures du système de santé.

Aussi, pour un diagnostic précoce de tous les cas de tuberculose, d'ici 2015, un plus grand nombre de patients devraient être correctement diagnostiqués et mis en traitement effectivement par rapport aux années passées.

Pour augmenter la détection des cas de tuberculose, les services de diagnostic doivent être accessibles, sans barrière financière ou géographique. Le pays doit atteindre une couverture en Laboratoires d'au moins une unité de microscopie pour 100000 habitants et l'accès aux soins doit être développé à travers le renforcement et l'élargissement des services du système de santé de base.

Le dépistage passif des cas de tuberculose pulmonaire à travers la consultation a été longtemps recommandé avec la sélection des patients présentant une toux persistante de plus de 15 jours. Cependant, cette stratégie a montré ses limites. Les prestataires ne développent pas de stratégies pour le dépistage actif de la tuberculose chez les groupes à risque (enfants, femmes enceintes, diabétiques, détenus, fumeurs, toxicomanes). Un effort particulier incluant le

développement des activités et le choix d'une stratégie de dépistage actif sont nécessaires pour détecter la tuberculose dans les groupes vulnérables.

4.1.3 Un traitement normalisé avec surveillance et soutien des patients

Le PNT, dans un souci d'équité, met en place les 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. Ce traitement est gratuit. La prescription de schémas courts et l'utilisation de médicaments combinés en facilitent l'observance dans le respect des recommandations de l'OMS.

Le traitement recommandé pour la TB pharmaco-sensible est un régime court (six mois) comprenant quatre molécules : l'isoniazide et la rifampicine, deux principaux médicaments antituberculeux les plus puissants, plus le pyrazinamide et l'ethambutol. Ce traitement peut être fourni en ambulatoire, sans hospitalisation, au sein des services généraux de soins de santé primaires.

La prise en charge de la tuberculose (diagnostic et de traitement) est intégrée au système général de soins (Centres de Santé et Hôpitaux). Le traitement standardisé est appliqué selon les recommandations. Il faut cependant noter que la dynamique communautaire existante ne permet pas encore de renforcer l'accès au traitement directement observé.

4.1.4 Un système efficace d'approvisionnement en médicaments et de gestion pharmaceutique

Un système efficace, d'approvisionnement en médicaments et de gestion pharmaceutique de médicaments de première ligne de qualité assurée est fondamental pour un traitement performant. Les médicaments de deuxième ligne dépendent totalement d'un financement extérieur. Les exigences des bailleurs sont parfois à l'origine des lenteurs dans les procédures d'achat de ces molécules.

Le Gouvernement du Sénégal participe financièrement à l'achat et la mise en place des produits. Mais, l'approvisionnement en médicaments de qualité manque d'une gestion cohérente avec l'application des normes de gestion pharmaceutique. Même si les structures existent, le contrôle de qualité ne se fait pas à la réception des produits. Aussi est-il difficile quelques fois de statuer sur des résultats de non qualité au contrôle.

4.1.4.1 Le système d'approvisionnement

Le système d'approvisionnement en antituberculeux et intrants de laboratoire se présente comme suit :

- **La sélection des produits utilisés par le PNT**

Les médicaments antituberculeux utilisés par le PNT sont inscrits sur la liste nationale des médicaments et produits essentiels du Sénégal révisée en 2012.

- **La quantification des besoins du PNT**

Les besoins annuels sont estimés par l'unité centrale du PNT sur la base des stocks disponibles et utilisables, des besoins courants selon les catégories de patients et des stocks de réserve. Ces besoins couvrent 12 mois de stocks courants et 12 mois de stocks de sécurité.

- **Le mécanisme de commande**

Le PNT exprime ses besoins de deux ans à la PNA pour permettre à celle-ci de les prendre en compte dans ses Appels d'Offre internationaux qui couvrent la même période. Cependant, la PNA n'assure la disponibilité du stock que sur la base du plan d'approvisionnement annuel en médicaments, consommables et réactifs fourni par le PNT.

- **Les procédures d'achat**

Une fois les besoins du PNT connus, la PNA élabore un Dossier d'Appel d'Offres (DAO) et le soumet à la DCMP pour avis et validation. Il faut par ailleurs signaler que ce DAO prend en compte une préoccupation du Fonds Mondial comme la pré-qualification par l'OMS des fabricants de médicaments antituberculeux qui seront choisis à l'issue des consultations.

Dès l'obtention de l'avis de non objection auprès de la DCMP, la PNA lance sa consultation et procède à la sélection des fournisseurs conformément au Code des Marchés publics du Sénégal. Le fournisseur retenu devra alors solliciter et obtenir le visa délivré par le Ministère de la Santé pour ses médicaments et signer un contrat avec la PNA.

A la suite de la signature des contrats avec les fournisseurs, la PNA lance ses bons de commande en fonction des besoins annuels du PNT et des crédits mis à sa disposition par celui-ci. Cette procédure dure entre 6 et 8 mois et peut parfois être retardée davantage en cas de recours d'un soumissionnaire non sélectionné à l'issue de la consultation.

La PNA réceptionne les antituberculeux commandés en présence du logisticien du PNT et les stocke dans ces magasins. La voie maritime est le mode de transport utilisé par la PNA avec l'incoterm DDU ou rendu magasin PNA. Toutefois, la voie aérienne peut être sollicitée en cas de nécessité.

Les médicaments sont exonérés des droits de douanes sauf pour le TEC (tarif extérieur commun) destiné à la CEDEAO, l'UEMOA et les redevances statistiques jusqu'à hauteur de 2,5% de la valeur des importations. Théoriquement, le délai entre la commande et l'arrivée des produits au port de Dakar est de 02 mois, mais en 2012, ce délai a atteint 09 mois.

Le délai pour le dédouanement et le transport des produits jusqu'au magasin de la PNA est de 15 jours par voie maritime et de 02 jours au maximum par voie aérienne.

La commande du PNT pour l'année 2012 a été exécutée et les produits sont disponibles sauf la streptomycine 1g à cause du désistement du fournisseur retenu par l'Appel d'Offres. Le PNT a du faire appel à la Centrale d'Achat de la République islamique de Mauritanie pour couvrir ses besoins en streptomycine 1g pour 2012 en attendant que la PNA trouve une solution définitive pour l'année 2013.

La procédure d'achat, imposée par le Code des Marchés publics pour des soucis de transparence et d'égalité, ne milite pas en faveur d'un approvisionnement ininterrompu conformément à la stratégie DOTS. Des dispositions spéciales devraient être prises pour faciliter l'approvisionnement en antituberculeux en cas de rupture puisque les conséquences peuvent conduire à des phénomènes de résistance au coût insupportable pour le pays.

Dans le cas des médicaments de 2ème ligne, le PNT achète directement auprès du GDF sur financement FM, la PNA réceptionne et livre les produits au PNT qui se charge de les distribuer aux sites de dispensation retenus. Actuellement, le PNT dispose de 90 kits de traitements pour 2012-2013 provenant du FM, de FHI360 et UNITAID. Il faut noter que le recrutement avait été bloqué à cause d'une rupture de stock de ces médicaments de 2ème ligne.

- ***Le contrôle de qualité des stocks de médicaments***

- ***A l'importation***

La PNA est l'agent d'approvisionnement du PNT dans le cadre des financements du Fonds Mondial et du budget de l'Etat. Elle a mis en place un système d'assurance qualité prévu dans son Dossier d'Appel d'Offres et qui lui permet d'évaluer à travers les dossiers administratifs et techniques, le produit et le fournisseur qui peut être fabricant ou revendeur. Cette évaluation est effectuée par une commission technique comprenant, entre autres, les Pharmaciens de la PNA, du PNT, de certains Hôpitaux et Districts sanitaires, du Laboratoire national de Contrôle des Médicaments (LNCM) et de la Direction de la Pharmacie et des Médicaments (DPM) durant le dépouillement des offres des soumissionnaires pour la sélection des fournisseurs.

Ainsi l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché sénégalais délivrée par le Ministère de la Santé est une condition avant l'émission de tout bon de commande par la PNA, ce qui n'est pas encore le cas pour tous les antituberculeux. De même, tous les produits livrés devront être conformes à l'échantillon retenu durant le dépouillement des dossiers soumis à l'appel d'offres et constatés par une commission interne de la PNA incluant le logisticien du PNT. A ce stade, le Laboratoire national de Contrôle des Médicaments n'est pas mis à contribution pour le contrôle de qualité des commandes réceptionnées.

La DPM délivre en général des autorisations temporaires d'utilisation pour des dons destinés au Ministère de la Santé et fournis par des partenaires crédibles comme GDF, FHI360 ou UNITAID qui les ont acquis auprès de fournisseurs pré-qualifiés par l'OMS. A ce niveau, des problèmes de coordination entre la DPM et le PNT sont souvent relevés à l'arrivée des produits dans le pays. Le LNCM, en partenariat avec l'USP/DQ/USAID, a mis en place, au niveau du pays, des sites sentinelles équipés de minilabs pour le contrôle de qualité des antipaludiques par le personnel local formé à cet effet. Ce programme, qui ciblait au départ les antipaludiques, a élargi ses activités de surveillance aux antituberculeux et aux ARV en 2010 et 2011. Il faut signaler que le minilab permet de faire des analyses sommaires (inspection visuelle, test d'identification et dosage des principes actifs). Une confirmation des cas de médicaments de qualité douteuse signalés par les minilabs est effectuée par le LNCM. Des supervisions annuelles au niveau des sites sentinelles permettent également au LNCM de contrôler les conditions de stockage des produits et de faire des prélèvements pour contrôler la constance de la qualité.

Les résultats, obtenus en 2010 sur des prélèvements d'échantillons obtenus auprès des sites sentinelles ont révélé des problèmes de sous dosage pour la Rifampicine et l'Isoniazide dans les formes combinées en 2010. Les mesures prises, par la suite, ont consisté à informer le Cabinet du Ministre de la Santé via le PNT et à procéder au retrait des molécules concernées.

Pour l'année 2011, aucun cas de non-conformité n'a été relevé sur les lots d'antituberculeux prélevés au niveau des sites sentinelles. Il en est de même pour 2012. Toutefois, l'indisponibilité des substances de référence est un frein à la performance du LNCM qui parfois conserve les échantillons pendant plusieurs mois avant de les analyser.

En ce qui concerne la pharmacovigilance pour les antituberculeux, des ateliers de formation et des réunions ont été organisés en collaboration avec la DPM, le Centre Anti Poison, le LNCM et les autres programmes de santé (Sida, Paludisme) afin de coordonner les efforts de tous les acteurs qui interviennent dans ce domaine et de valider une fiche unique de notification des effets indésirables liés à l'utilisation des médicaments en général.

Par ailleurs, la DPM, en collaboration avec le Centre Anti Poison du Ministère de la Santé, a eu à relever en 2009, trois cas d'effets indésirables liés à l'utilisation d'antituberculeux. La DPM réalise, depuis 2010, des inspections semestrielles au niveau des PRA, des Hôpitaux, des Dépôts de Districts et de quelques Postes de Santé dans le cadre du RSS sur financement du Fonds Mondial pour vérifier le respect de la réglementation pharmaceutique et des bonnes conditions de conservation des produits pharmaceutiques.

4.1.4.2 Le système de distribution

Le système de distribution des antituberculeux est intégré dans celui des médicaments essentiels. La PNA a mis en place un réseau décentralisé de distribution à quatre niveaux avec des stocks théoriques permanents répartis comme suit :

- Magasin central de la PNA : 12 mois de stock courant + 12 mois de stock de sécurité ;
- PRA : 06 mois de stock courant + 06 mois de stock de sécurité ;
- Dépôt de District : 03 mois de stock courant + 03 mois de stock de sécurité ;
- Site de Traitement : selon son organisation interne.

La couverture géographique du pays en points de distribution est totale et chaque niveau s'approvisionne avec ses propres moyens de transport au niveau supérieur immédiat selon une périodicité bien codifiée. En effet, la PNA reçoit du PNT un planning de livraison lui permettant de livrer les besoins semestriels aux PRA. Ces dernières ravitaillent tous les trimestres les Dépôts de Districts sur la base de leur bon de commande validé par la Région médicale.

Le transfert des médicaments vers les PRA est assuré par la PNA qui dispose d'un parc automobile de 6 camions dont 4 sont fonctionnels. Les Dépôts de Districts et les sites de PEC utilisent leur propre moyen logistique pour transporter leur dotation. Il faut signaler que la périodicité semestrielle des transferts de la PNA vers les PRA entraîne systématiquement des ruptures cycliques au niveau de cette structure régionale d'approvisionnement si un stock de sécurité n'est

pas mis en place. Le PNT utilise en fait la logistique de la PNA pour gérer lui-même ses stocks dans un réseau décentralisé impliquant les Médecins- Chefs de Région.

Il faut signaler que le programme a toujours des difficultés à disposer des informations sur les livraisons de la PNA et des PRA par manque de feed back systématique. Ceci retarde ses activités de planification et de gestion.

4.1.4.3 Les entrepôts et les conditions de stockage

- **L'entreposage**

Le magasin central de la PNA respecte pour l'essentiel les conditions d'entreposage et de stockage des médicaments antituberculeux. En effet, les locaux sont conçus et agencés pour assurer la sécurité des produits pharmaceutiques entreposés. Par ailleurs, le volume global de locaux affectés au stockage et aux zones de préparation des commandes est suffisant pour répondre aux exigences des activités menées par la PNA.

Les locaux sont aussi équipés pour assurer une protection des produits contre les risques de vols et d'incendie (fenêtres sécurisées, portes en fer fermant à clé, présence de caméras de surveillance, existence d'un service de gardiennage 24h/24, position souterraine des locaux, présence d'extincteurs vérifiés annuellement par une société privée avec recyclage du personnel sur le mode d'emploi)

L'éclairage, la température, le taux d'humidité et la ventilation sont surveillés (thermo hygromètres disponibles dans les locaux et analysés chaque semaine) pour une meilleure conservation des produits pharmaceutiques entreposés.

Les locaux sont entretenus en vue d'éviter le dépôt de poussières ou de déchets et des traitements phytosanitaires sont parfois effectués afin d'éliminer les insectes et les animaux nuisibles (rats et souris).

Enfin, les zones de repos et de restauration, les vestiaires et sanitaires sont séparés des zones affectées à la réception, au stockage et à l'expédition.

L'aménagement et la gestion par un Pharmacien des magasins réservés exclusivement aux produits des programmes de santé contribuent à assurer une circulation logique et aisée permettant d'éviter tout risque de confusion et une bonne rotation des stocks. Les médicaments sont déposés sur des racks et sur des palettes pour éviter leur contact avec le sol.

La température du magasin est enregistrée en permanence et contrôlée périodiquement. Les produits dont la date de péremption est dépassée sont retirés du stock et isolés.

- **Le contrôle des stocks**

Le planning de livraison du PNT exécuté par la PNA et ses PRA constitue un moyen de contrôle des stocks pour le programme qui se base sur les stocks disponibles figurant sur les bons de commande émis par les Districts et validés par la Région médicale. Les revues trimestrielles organisées par les Régions médicales avec la participation du PNT constituent également un moyen de contrôle nonobstant les supervisions périodiques du niveau central (PNA comme PNT).

Le système de gestion informatisée des stocks permet actuellement à la PNA de suivre à tout

instant les mouvements de ses stocks au niveau du magasin central comme dans les PRA. Par ailleurs, la PNA a conservé un système manuel de gestion de stock au niveau de ses magasins avec la présence de fichistes dédiés à la tenue des fiches de stocks. De plus un inventaire annuel statutaire est effectué par la PNA avec la présence du commissaire au comptes et des représentants des programmes. La création d'un comité de planification autour de la PNA et piloté par le Cabinet du Ministre de la Santé devrait permettre d'assurer un bon suivi des stocks et d'anticiper sur les éventuels problèmes.

• Le magasin du PNT

Il comprend un Bureau pour le Gestionnaire et un local d'une capacité de stockage acceptable présentant les caractéristiques d'un bon local de conservation des médicaments (climatisation, extincteurs, vitres teintées des fenêtres pour une protection contre les rayons solaires, électricité, thermomètre mural, porte en fer etc...). Toutefois, La température du local n'est pas relevée et enregistrée systématiquement aux fins d'analyse.

Le stockage se fait sur des palettes et le rangement des produits selon les lignes de traitement. Ce local sert de dépôt pour la Région médicale de Dakar.

La gestion du système d'approvisionnement est à la fois manuelle et informatisée. Les fiches de stock sont disponibles et utilisés. L'inventaire des stocks du magasin central du PNT est fait tous les semestres. Mais, le réapprovisionnement auprès de la PNA est trimestriel contrairement aux PRA.

Le niveau permanent des stocks est de six mois ainsi réparti : trois mois pour les besoins courants et trois mois pour le stock de sécurité.

4.1.4 Le système de suivi et d'évaluation et mesure des effets et de l'impact

Le système d'enregistrement et de notification de routine existe depuis des années mais est affaibli par des troubles syndicaux qui ralentissent sa performance. En outre, on retrouve des déperditions de l'information avec les références de patients diagnostiqués dans les Hôpitaux ou partis à la recherche de soins loin de leur zone de résidence.

Le monitoring de routine des performances de la lutte antituberculeuse est crucial. Les indicateurs principaux pour suivre la mise en œuvre de la DOTS sont : le nombre de cas diagnostiqués et notifiés et le pourcentage des patients qui ont été traités avec succès.

4.2 Recommandations

La démarche DOTS reste au cœur de la stratégie Halte à la tuberculose. Pour pouvoir surmonter les obstacles et les nouvelles difficultés, il faut renforcer les cinq éléments de base de la stratégie DOTS.

- Octroyer au PNT un budget de fonctionnement consistant et durable ;
- Intégrer la commande des médicaments de 2ème ligne dans la subvention de l'Etat ;
- Améliorer les connaissances et la prise de conscience des populations sur la TB ;

- Réduire les barrières à l'accès aux soins ;
- Introduire les nouvelles technologies de laboratoire pour l'accès à un diagnostic de qualité de la tuberculose ;
- Améliorer les pratiques de la référence et de la notification ;
- Mettre en œuvre le dépistage actif de la tuberculose chez les groupes vulnérables ;
- Mettre en place un mécanisme souple facilitant l'acquisition des antituberculeux en cas de rupture ;
- Assurer le contrôle de la qualité des antituberculeux réceptionnés à l'entrée du pays ;
- Ramener le transfert semestriel des antituberculeux PNA/PRA à un trimestre pour assurer un stock trimestriel effectif ;
- Assurer la coordination DPM-PNT pour les dons d'antituberculeux ;
- Assurer la disponibilité des substances de référence au LNCM en évitant les conflits d'intérêt ;
- Faire enregistrer tous les antituberculeux utilisés au Sénégal ;
- Appuyer le comité technique pour l'homologation, structure nouvellement créée sur directive de l'UEMOA pour accélérer les procédures qui durent au moins deux ans ;
- Enregistrer systématiquement la température du magasin du PNT et l'analyser périodiquement.

V. TB-HIV, MDR-TB ET AUTRES DEFIS

5.1 TB-HIV

• Constats

L'intégration TB-VIH en vue de réduire la morbi-mortalité liée à la coinfection est un des axes stratégiques du programme. En 2006, un plan intégré de lutte a été élaboré, suivi de la mise en place d'instances de coordination au niveau central comme le Groupe de Travail TB-VIH et le Comité technique national TB-VIH. Ce Comité technique, composé d'acteurs des programmes TB et VIH, des ONG, des partenaires et des acteurs du niveau opérationnel, se réunit trimestriellement.

C'est le cadre de partage et de validation des directives nationales pour l'organisation et l'amélioration de la prise en charge des patients co-infectés. Il faut noter la mise en place de Comités régionaux TB-VIH. Ces instances d'échanges entre les différents acteurs ne sont pas généralisées à toutes les régions.

Des plans d'action biennaux sont régulièrement élaborés et les aspects liés à la coinfection sont régulièrement intégrés dans les propositions du FM. Les référentiels et outils de collectes des 2 programmes ont été harmonisés, et depuis Juillet 2010 des revues conjointes TB-VIH semestrielles sont organisées dans toutes les régions.

Des affiches sur le screening TB chez les PVVIH ont été élaborées et mises en place au niveau des structures de PEC de l'infection au VIH pour intensifier le dépistage des cas de tuberculose chez les PVVIH. Un atelier de consensus a adopté la prophylaxie à l'isoniazide des patients VIH indemnes de TB. Une étude de faisabilité a débuté dans 8 sites au mois de Décembre 2011. Des mesures pour maîtriser la transmission de l'infection tuberculeuse dans les Services de Santé et les Etablissements collectifs restent à être développées.

La formation et le recyclage réguliers des responsables de CDT et de leur équipes en counseling VIH ont permis d'améliorer la proposition systématique du test de dépistage du VIH chez tous les patients tuberculeux. Le cotrimoxazole est administré systématiquement à tous les patients co-infectés au niveau des sites visités. La délivrance des ARV se fait en fonction de l'immunité du patient (taux de CD4) malgré les directives qui demandent la mise systématique sous ARV de tous les patients co-infectés.

Dans l'approvisionnement, le programme VIH fournit les tests de dépistage de l'infection au VIH, le cotrimoxazole et les ARV tandis que le PNT assure la disponibilité de l'isoniazide.

Le modèle d'intégration en vigueur est de type partiel. La chimioprophylaxie au cotrimoxazole du patient TB co-infecté par le VIH est assurée par l'agent TB. Le malade est alors référé à l'unité

de prise en charge VIH pour mise sous ARV selon les directives du programme VIH alors que tous les responsables de CDT ont été formés pour la prise en charge des patients VIH (PCIMAA). Le suivi du malade se fait généralement par les deux agents des deux programmes jusqu'à la fin du traitement TB.

Entre 2008 et 2011, le taux de dépistage VIH chez les patients tuberculeux a connu une augmentation de 20% (50 à 71%), mais reste toujours faible. La prophylaxie au cotrimoxazole a été appliquée chez 87% des patients co-infectés, mais rencontre une contrainte dans la mise en œuvre liée à l'approvisionnement. Le taux de mise sous ARV reste toujours inférieur à 50% malgré un bond de 12 points cette année (49% en 2011). L'objectif du plan stratégique était de prendre en charge, en 2011, 85% des patients TB dépistés VIH positifs selon les normes. Il faut noter l'absence de guide technique et de module de formation TB-VIH.

La recherche de la tuberculose chez les PVVIH n'est pas systématique. Les patients tuberculeux ne bénéficient pas d'IEC sur le VIH, en dehors du conseil au dépistage. Le volet communautaire n'est pas aussi pris en compte dans les plans biennaux de lutte contre la coinfection TB-VIH.

• **Recommandations**

- Intégrer la lutte contre la tuberculose dans l'approche multisectorielle VIH par l'utilisation des cadres administratifs de coordination (CRLS, CDLS, Pools SIDA) ;
- Rendre effectif le « One stop service » par (Faire un plaidoyer pour une) délégation des tâches dans la prise en charge du VIH (pour l'effectivité du « One stop service »);
- Mettre en place un guide technique consensuel de prise en charge de la coinfection TB/VIH ;
- Intensifier le dépistage croisé de la TB et du VIH ;
- Etendre la mise sous chimioprophylaxie à l'INH chez les PVVIH ;
- Accompagner les structures dans la mise en place des mesures de lutte contre l'infection ;
- Intégrer le niveau communautaire dans la lutte contre la coinfection ;
- Instaurer le traitement ARV de tous les cas TB-VIH conformément aux recommandations internationales ;
- Renforcer les activités conjointes de suivi (supervisions et revues) ;
- Généraliser les groupes de travail TB-VIH dans les régions ;
- Intégrer la thématique Tuberculose dans les activités communautaires des PVVIH (groupes de paroles, repas communautaires).

5.2. Prévention et contrôle de la TB-MR

• **Constats**

La prise en charge des patients présentant la TB-MR a effectivement débuté en 2010. Elle est gratuite et se fait en ambulatoire au niveau des Districts. Un Centre de Traitement est en cours de rénovation au sein du service de Pneumologie de Fann et est réservé aux cas grave et ceux nécessitant une hospitalisation. Un Comité de Pilotage fonctionnel a été créé et a, entre autres rôles, la charge de statuer sur l'éligibilité des malades à enrôler et le suivi des cas sous traitement.

Les prestataires des sites de PEC ont été formés et des supervisions régulières permettent d'accompagner les Districts. La culture est systématique pour tous les patients en retraitement, les contacts de TB-MR et les PVVIH. L'identification des cas se fait au LNR par des méthodes de diagnostics rapides tels que le GenXpert ou le Hain Test et la culture. L'extension de la prise en charge dans cinq régions s'est faite en moins de 2 ans. Des mesures pour la lutte contre l'infection sont proposées aux structures (masque, conseils environnementaux, etc.).

Le schéma thérapeutique adopté est de 24 mois (6 ZAmLfxEtoCsPAS/18 ZLfxEtoPAS). Les examens biologiques sont effectués par le Laboratoire de Biologie de l'Université de Dakar. 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 médicaments pour la prise en charge des effets secondaires sont à la charge du programme.

Des ruptures en médicaments de 2^{ème} ligne ont été constatées entraînant un arrêt d'enrôlement. En plus, les activités liées à la prise en charge des patients TB-MR sont financées par le Fond Mondial (Round 7) et USAID/FHI360360. La communication sur la tuberculose multirésistante est insuffisante aussi bien au niveau du personnel de santé que dans la communauté.

• **Recommandations**

- Intégrer l'achat des médicaments de 2^{ème} ligne dans le budget de l'Etat ;
- Décentraliser les méthodes de diagnostic rapide au niveau régional ;
- Etendre la décentralisation de la prise en charge des cas de TB-MR à toutes les régions du pays ;
- Renforcer les ressources humaines à tous les niveaux ;
- Mettre en place les comités TB-VIH dans toutes les régions ;
- Accélérer la mise en fonction du site de PEC de l'Hôpital de Fann (TB MR) ;
- Accompagner les Hôpitaux régionaux dans la prise en charge des cas graves de MDR ;
- Décentraliser l'appui au patient au niveau District (bilan biologique, appui nutritionnel, médicaments pour les effets indésirables, etc.) ;
- Accompagner les structures dans la mise en place de mesures efficaces de contrôle de l'infection ;
- Mener une recherche clinique sur un schéma court ;
- Renforcer la sensibilisation des autorités sanitaires et communautaires sur la tuberculose multi résistante.

5.3. Tuberculose de l'enfant

• **Constats**

L'essentiel des cas de tuberculose chez l'enfant est diagnostiqué au niveau des Centres hospitaliers et pédiatriques. Depuis 2008, le PNT forme chaque année 25 Médecins hospitaliers, Pédiatres en particulier, sur la prise en charge de la tuberculose de l'enfant selon les normes

programmatiques. L'Aide-mémoire pour la tuberculose de l'enfant est en cours de finalisation. Des outils d'aide au diagnostic ont été fournis par le programme avec la mise à disposition de Tuberculine PPD RT23 dans un premier temps dans les 5 grands services pédiatriques de Dakar érigés en CDT, à savoir l'HALD, l'HEAR, l'HPD, le CS de Guédiawaye, le CS de Pikine. Des unités mobiles de radiologie sont en cours d'acquisition.

Pour le traitement, les formulations pédiatriques et les formes combinées sont disponibles depuis 2008 sur toute l'étendue du territoire national. La mise sous chimioprophylaxie à l'isoniazide des enfants sains de moins de 5 ans et contacts de TPM(+) est une directive du programme qui est insuffisamment appliquée.

Les défis majeurs dans la prise en charge de la tuberculose de l'enfant sont liés à :

- La faible implication des partenaires qui soutiennent les activités de survie de l'enfant dans la lutte contre la tuberculose ;
- L'insuffisance des ressources humaines formées sur le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose de l'enfant ;
- La prise en charge de l'enfant est souvent confiée aux pédiatres en nombre largement insuffisant. Ainsi, la majeure partie des patients sont diagnostiqués dans les grands Centres hospitaliers qui, souvent, ignorent les normes préconisées par les programmes nationaux de lutte ;
- L'absence de formation des prestataires chargés de la consultation pédiatrique (infirmier du tri enfant) dans le diagnostic de la tuberculose de l'enfant ;
- La faiblesse du plateau technique dans les Districts où on note que 81% des Centres de Santé ne disposent pas d'appareil de radiographie pour la détection de la tuberculose à microscopie négative ;
- La tuberculine n'est pas disponible au niveau des Districts ;
- L'investigation des sujets contacts n'est pas codifiée. Elle est toujours limitée à l'enfant de moins de cinq ans en vue d'une chimioprophylaxie. Ceci suggère un nombre élevé d'occasions manquées de détection d'enfants tuberculeux ;
- L'implication insuffisante de la communauté dans la lutte contre la tuberculose de l'enfant ;
- L'absence de stratégies au niveau District visant les groupes spéciaux comme les talibés ou élèves coraniques regroupés dans des « écoles » ou Daaras mais très mobiles dans la journée.

• **Recommandations**

- Promouvoir l'engagement de tous les partenaires pour la santé de l'enfant dans la lutte contre la Tuberculose de l'enfant ;
- Elaborer et disséminer un guide pour la prise en charge de la tuberculose de l'enfant ;
- Proposer une politique de gestion des cas contacts de tuberculose ;
- Former tous les prestataires chargés de soins infantiles publics comme privés à la prise en charge programmatique de la tuberculose de l'enfant ;
- Le dépistage actif des cas de tuberculose parmi les groupes spéciaux (enfants de la rue et talibés) ;
- Impliquer la communauté dans la sensibilisation et la détection active des cas.

5.4 Lutte contre la co-morbidité Tuberculose et Diabète

• Constats

Une étude menée en 2008 au niveau du District de Pikine avait montré une prévalence élevée du Diabète chez les patients Tuberculeux (13% contre 3% pour le VIH). Cette association morbide n'a pas été prise en compte lors de la revue.

• Recommandations :

- Elaborer une politique de prise en charge croisée du diabète et de la tuberculose en accord avec les acteurs de lutte contre le diabète incluant un dépistage systématique du diabète chez les patients tuberculeux et systématiser la recherche active de la tuberculose chez les patients diabétiques ;
- Elaborer un plan de lutte contre la co-morbidité tuberculose et diabète.

VI. CONTRIBUTION AU RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

6.1. Constats

6.1.1. Le contrôle de l'infection

Le PRONALIN a assuré la formation des équipes dans tous les Hôpitaux et les Centres de Santé de même que la mise en place des CLIN (Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales) disposant de plans d'actions plus ou moins mis en œuvre sur financement propre. Le PNT a un Plan de Lutte contre l'Infection qui n'est pas encore validé.

6.1.2. Approche Pratique en Santé Respiratoire (APSR ou PAL)

L'APSR est une stratégie qui répond au besoin d'améliorer les soins respiratoires à travers une approche standardisée de prise en charge des malades basée sur les symptômes et intégrée dans les Soins de Santé primaires (SSP).

L'APSR met l'accent sur les maladies respiratoires prioritaires, en particulier la TB, les infections respiratoires aiguës et les maladies respiratoires chroniques en particulier l'Asthme et les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO). Il existe encore peu de partenaires pour soutenir le développement de l'APSR. (Seul le FM apporte un peu de fonds pour la coordination des activités).

Une centaine de médecins a été formée sur l'APSR, une formation dont la suite devrait être la mise en place des kits pour la prise en charge des maladies pulmonaires.

6.2 Recommandations

- Valider le Plan de Lutte contre l'Infection et le mettre en œuvre ;
- Intégrer des activités de lutte contre l'infection dans les PTA des Districts ;
- Mettre en place les équipements de protection respiratoire en quantité suffisante pour le personnel impliqué dans la gestion de la TB (CDT, Laboratoires) ;
- Prendre en compte les aspects de lutte contre l'infection dans les plans de construction des structures sanitaires ;
- Former les prestataires sur l'APSR et accompagner la mise en œuvre ;
- Editer et diffuser le guide de l'APSR à l'échelle du territoire national ;

VII. ENGAGER TOUS LES PRESTATAIRES DE SOINS

7.1. Constats

Les soins prodigués aux patients pour la tuberculose par le secteur public sont généralement le centre d'intérêt principal du PNT. Cependant, beaucoup de patients présentant des symptômes de tuberculose, y compris des personnes très pauvres, sollicitent les soins d'une grande variété de prestataires en dehors des services supervisés par le PNT.

Dans le rapport de la revue de 2006, une des recommandations est de développer des stratégies pour améliorer la collaboration avec le secteur privé médical et la médecine traditionnelle. On peut observer, à ce jour, que de nombreuses institutions de soins publiques et privées sont engagées dans la lutte contre la tuberculose. Ce chapitre rend compte des observations faites lors des visites effectuées dans diverses institutions de soins, de formation ou des administrations qui travaillent de près ou de loin avec le PNT.

Bien souvent, la contribution de ces institutions au programme n'est pas documentée. Il n'y a pas non plus de liste systématique de ces institutions et de plan définis pour leur implication dans un cadre de concertation public-privé au niveau national et au niveau régional. Les institutions de formation des étudiants en médecine et du personnel de santé en général sont en lien plus ou moins étroit avec le PNT. Mais, les curricula ne sont pas orientés sur la gestion programmatique des malades tuberculeux.

7.1.1. Les institutions publiques de soins non liées au PNT

Les Services de Pneumologie, de Maladies infectieuses et de Pédiatrie de cinq Hôpitaux de référence de Dakar ont montré une bonne coordination avec le programme et les normes du PNT sont le plus souvent utilisées. Les cas de TB détectés sont généralement orientés vers les structures de prise en charge ambulatoire et les cas compliqués sont hospitalisés dans un premier temps. Il n'existe pas de registre pour les patients référés ou transférés. Un Plan du Contrôle de l'Infection existe dans tous les Hôpitaux, mais il n'est pas appliqué activement. Au total, 707 cas de tuberculose ont été identifiés au niveau des Centres hospitaliers en 2011.

Au niveau des Hôpitaux publics (EPS de niveaux 1 et 2) de Dakar et des régions, la prise en charge du diagnostic et du traitement est variable. Certains établissements ont hérité du Centre de Traitement et du Laboratoire du District avec une équipe bien formée, d'autres n'ont pas de Point focal tuberculose dans leur équipe. Le traitement est gratuit, mais le diagnostic reste payant et les liens avec le Centre de Traitement Tuberculose du District sont très variables, parfois inexistants.

7.1.2. Les services médicaux parapublics et privés (UGB/CROUS, CSS)

Ces services polarisent une forte population et sont dotés de bonnes infrastructures de soins, de Laboratoire et de personnel médical et paramédical qualifié. Il n'existe cependant pas de CDT au niveau des ces services.

Pour le cas particulier du Centre des Œuvres Universitaires de Dakar (COUD), le PNT entretient un partenariat avec l'université pour contrôler la maladie au sein de l'espace universitaire mais les Médecins des Centres universitaires ne sont pas toujours formés aux directives du PNT. On note une absence de screening des étudiants sur la tuberculose à la rentrée scolaire et d'une unité de traitement fonctionnelle (microscopes, réactifs, médicaments).

7.1.3. Les structures sanitaires des Entreprises privées

La contribution du secteur privé, en termes de financement ou d'offre de services, dans la lutte contre la tuberculose est restée faible. Les données sanitaires du secteur privé ne sont pas exploitées isolément dans le système d'information du PNT. Les médecins d'entreprise participent à la détection des cas de tuberculose qui sont orientés vers les districts pour le diagnostic et la mise sous traitement.

Ces données sont intégrées dans les rapports d'activités des Districts. Pour renforcer la collaboration avec ces acteurs du secteur privé, le programme a initié des actions à leur endroit. Il s'agit de l'organisation d'ateliers de formation, de séances de plaidoyer et de contractualisation pour leur implication dans la sensibilisation des populations sur la tuberculose et l'orientation des tousseurs de plus de 15 jours vers les structures de santé.

Il existe plusieurs Laboratoires privés dans la ville de Dakar qui effectuent des examens microscopiques et des cultures pour le BK qui ne sont pas liés au PNT, mais qui seraient prêts à contribuer aux efforts de diagnostic et de suivi des malades.

7.1.4. Les tradipraticiens

Un partenariat non formel existe entre les Centres de Santé et les tradipraticiens dans certains Districts. Le rôle des tradipraticiens se limite à la référence au Centre de Santé des malades qui présentent une toux persistante.

7.1.5. Les Universités et écoles de formation

Les institutions régionales (Université Gaston Berger de Saint Louis/UFRSS (Unité de Formation et de Recherche en Santé de Saint Louis) et le Centre régional de Formation en Santé (CRFS)) intègrent la lutte contre la tuberculose dans leurs enseignements. Les objectifs de stage n'intègrent pas spécifiquement le PNT, et les stagiaires ne font pas de recherche opérationnelle sur les problèmes liés à la tuberculose.

Au département de Santé publique et de Médecine préventive de l'Université de Dakar, l'enseignement de la lutte contre la tuberculose occupe une place importante dans les modules de formation et le contenu est extrait du manuel du PNT.

A l'Ecole nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS), la tuberculose est enseignée en 2ème année aux Infirmiers et Sages-femmes par les professeurs de l'Université, mais l'Institution a toujours voulu développer l'approche complémentaire santé publique en invitant les équipes des programmes à introduire les aspects de gestion des maladies prioritaires. Les structures de prise en charge de la tuberculose ne sont pas utilisées pour les stages pratiques des étudiants de l'ENDSS.

7.1.6. Les Entreprises privées

Ce partenariat est encore timide et doit être consolidé surtout au niveau des régions.

Pour renforcer le partenariat public-public et public privé, une collaboration s'est tissée entre le PNT et les Universités, les entreprises privées comme la SONATEL, les officines privées, Dakar Dem Dik, la SGBS, la SDE, les ONG comme l'Association sénégalaise de Lutte contre la TB et des OCB. Des activités de formation des agents, de plaidoyer et de sensibilisation ont été effectuées pour une meilleure connaissance de la maladie, sa prévention et sa prise en charge.

7.1.7. L'éducation nationale

Depuis des années, le PNT entretient un partenariat avec l'éducation nationale à travers un programme de renforcement de compétences des enseignants sur la tuberculose, sa transmission et sur sa prise en charge. Ainsi, plus de 1000 enseignants dans la région de Dakar ont été formés sur la tuberculose pour leur permettre de transmettre l'information aux élèves qui pourront être des relais familiaux.

La tuberculose est intégrée dans le curriculum de formation des cours élémentaires et secondaires, dans les Clubs EVF (éducation à la vie familiale). Cependant, on note l'absence d'outils pédagogiques et de fiches éducatives sur la tuberculose.

7.1.8. Les maisons d'arrêt et de correction (MAC)

Au niveau des MAC, la surpopulation offre des conditions favorables de transmission de la tuberculose. Une convention a été signée entre le PNT et le Ministère de la Justice pour la prise en charge de la tuberculose en milieu carcéral. Le personnel de l'Administration pénitentiaire a été orienté tout comme 1900 détenus en tant que pairs éducateurs. Dans 16 des 38 infirmeries des MAC, une unité de traitement de la tuberculose a été mise en place. Pour le reste, le diagnostic se fait au niveau du District par un système de transport des crachats tandis que l'Infirmier assure le suivi des malades. Il n'existe pas de système de suivi du devenir des patients en traitement après leur libération.

7.2. Recommandations

- Ouvrir un registre de référence des patients dans chaque service référent de l'Hôpital permettant de documenter et de suivre les transferts des malades ;
- Organiser des réunions de coordination sur la TB entre le PNT et la Direction des Etablissements de santé et partager régulièrement les directives du programme ;
- Organiser des missions d'évaluation conjointe de la prise en charge de la tuberculose en milieu

hospitalier et mettre en place des Points focaux Tuberculose au niveau des Hôpitaux ;

- Intégrer certaines grandes structures parapubliques et privées de santé dans la lutte contre la TB pour améliorer la prise en charge des malades ;
- Etudier la possibilité d'organiser des séances de dépistage systématique par la radiographie chez les étudiants à la rentrée universitaire ;
- Instaurer dans certains Cabinets privés et les Infirmeries des grandes entreprises du pays des unités décentralisées de prise en charge des cas de tuberculose ;
- Nouer un partenariat intensif et durable avec les sociétés nationales privées ;
- Renforcer l'implication des Médecins d'entreprises et du privé dans les activités de lutte contre la tuberculose des Districts sanitaires et mettre à disposition des supports de communication du PNT (affiches, dépliants) pour soutenir les activités promotionnelles de lutte contre la TB ;
- Asseoir une meilleure collaboration entre les responsables de traitement (CDT), les responsables de Laboratoire et les Médecins du secteur privé afin de démarrer rapidement le traitement en cas de positivité ;
- Appuyer la tenue de la rencontre annuelle de l'association des Médecins publics et d'entreprises ;
- Documenter les bonnes expériences avec le secteur privé, notamment celles avec les Pharmaciens ;
- Renforcer la capacité des tradipraticiens à identifier les signes de la tuberculose chez leurs patients ;
- Faire l'inventaire par District sanitaire des Etablissements de soins publics et privés, y compris les Laboratoires, les Médecins exerçant la médecine privée et les Pharmacies privées ;
- Inclure la prise en charge programmatique des malades tuberculeux dans tous les curricula des Institutions de Formation médicale et des personnels de santé;
- Mettre en place un système de documentation de la contribution des institutions ou personnes non directement liées au PNT (registre de référence, indication de la référence dans le registre de consultation et le registre tuberculose) ;
- Renforcer la prise en charge des malades dans les Maisons d'Arrêt et de Correction par la généralisation des Centres de Traitement et revoir le système de référence lors de leur libération.

VIII. RENFORCER LES CAPACITES DES PATIENTS TB ET DES COMMUNAUTES

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. En 2006, la revue externe du programme avait identifié, comme stratégies correctrices, l'amélioration de la communication sur la TB et la participation de la communauté dans la réponse.

C'est ainsi qu'en 2008, le PNT a démarré la mise en œuvre d'interventions communautaires sur la TB dans 32 Districts sanitaires du pays. Par la suite, ces interventions ont été mises à l'échelle en partenariat avec Plan Sénégal.

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.

Comme préalables à la mise en œuvre de ces interventions, les acteurs communautaires impliqués ont été formés sur la TB, des outils du système d'information ont été élaborés et des cadres de collaboration avec les structures sanitaires définis. Pour soutenir le suivi de ces activités, 23 motos ont été octroyées aux Superviseurs communautaires des Districts.

En 2012, nous constatons que la mise en œuvre du paquet d'activités communautaires est effective dans la plupart des sites visités sous le leadership de Plan Sénégal. Cependant, les financements, la couverture géographique et la logistique sont insuffisants.

Les outils de suivi et de gestion des activités existent, mais sont peu utilisés. Les activités communautaires font l'objet de rapports de synthèse spécifiques au niveau District, séparés des rapports techniques du CDT.

Les communicateurs traditionnels et les tradipraticiens ne sont pas formés sur la maladie mais sont engagés à s'investir dans la lutte à l'image du programme VIH qui les a organisés en réseau à travers le pays. Certaines ONG ne sont pas impliquées dans les activités de sensibilisation de masse comme la Journée mondiale TB.

8.1. Paquet d'activités de Plaidoyer, Communication et Mobilisation sociale (PCMS)

• Constats

La Tendance à la démystification progressive de la TB est amorcée par les populations avec les activités de sensibilisation (paquet d'IEC/CCC exécuté chaque mois par les OCB dans le Round10 Fonds mondial dans les Districts concernés). Ce paquet a rapproché les services de santé, OCB et populations. Les communicateurs traditionnels et des tradipraticiens sont peu impliqués dans la lutte contre la TB. L'absence d'intégration TB-VIH pour les activités communautaires a été identifiée sur le terrain.

• Recommandations

- Augmenter les activités de sensibilisation avec l'accroissement des financements ;
- Rendre disponible la logistique auprès de l'ensemble des Superviseurs communautaires pour l'appui et le suivi des activités;
- Impliquer les tradipraticiens dans les activités de sensibilisation et les sessions de formations ;
- Impliquer les communicateurs traditionnels dans la LAT ;
- Promouvoir l'intégration effective des réponses communautaires Tuberculose et VIH avec la mise en place un paquet intégré.

8.2. Soins communautaires dans la LAT

8.2.1. Constats

On note l'exécution effective du paquet d'activités des OCB : orientation des suspects, suivi des patients sous TDO, relance des irréguliers, recherche des sujets contacts. Une Planification des activités autour de l'ECD est organisée dans l'ensemble des Districts et les rapports sont régulièrement élaborés par les OCB. Les rapports des OCB sont validés par les équipes de District avant transmission. Une supervision régulière des OCB par l'ECD dans quelques Districts a été notée avec une bonne disponibilité des cahiers de supervision et des rapports. Cependant, il faut noter la faiblesse du nombre d'OCB enrôlés et des budgets alloués. Les problèmes d'accessibilité financière au diagnostic des malades ont été identifiés par les communautaires. La charte du patient n'est pas disponible auprès des OCB et ONG impliquées dans la LAT. Les outils pour soutenir les OCB dans les activités communautaires (aides-mémoire, dépliants, affiches, boîtes à images, etc.) sont très insuffisants ou absents.

8.2.2. Recommandations

- Améliorer la couverture géographique en augmentant le nombre d'OCB en rapport avec la population de chaque District ;
- Augmenter les financements destinés aux OCB et ONG ;
- Renforcer la participation des ONG de mise en œuvre dans les cadres de concertation existants ;
- Améliorer la coordination avec les OCB au niveau Poste de Santé en vue d'une meilleure implication dans le suivi des patients ;
- Développer des initiatives locales pour la pérennisation des activités des OCB ;
- Impliquer les Comités de Santé dans la LAT ;
- Augmenter les unités de microscopie dans les Districts ;
- Elaborer des outils de communications pour le niveau communautaire (aide-mémoires, boîtes à image, dépliants...) adaptés et traduits dans les langues locales ;
- Produire des supports IEC de qualité et en quantité suffisante ;
- Rendre disponibles ces supports auprès des relais communautaires TB ;

IX. PROMOUVOIR ET FAVORISER LA RECHERCHE

9.1. Constats

Le Bureau Formation et Recherche dans l'organigramme du PNT se charge de coordonner les activités de recherche. Il existe peu d'activités de recherche à l'initiative du PNT. La coordination avec la Division de la Recherche du MSAS, les partenaires, les Hôpitaux et les Instituts de recherche présente des insuffisances. Les recherches initiées par les autres départements ne sont toujours pas mises en œuvre avec l'implication des responsables du PNT. Les résultats des recherches ne sont pas toujours partagés avec l'équipe du PNT. En outre, le Point focal Recherche PNT n'est pas encore nommé. Le PNT n'appuie pas les étudiants dans les recherches en raison de la faiblesse du budget octroyé à ce niveau. Les domaines identifiés sont les suivants :

- **Essais vaccinaux**

- Au niveau du Service des Maladies infectieuses et du Centre de Traitement ambulatoire (CTA), se déroule un essai vaccinal (TB 21) pratiqué chez les PVVIH et qui utilise le MVA 85 ;
- Au niveau du Service de Pneumologie de Fann, s'est déroulée l'étude Quantiféron Accord Cadre sur patients tuberculeux et les coinfectés ;
- Au niveau du Service Bactériologie et Virologie de l'HALD, est mise en œuvre une recherche sur un vaccin TB.

- **Etude Phase II, de preuve de concept, randomisée, à double insu, contrôlée, pour évaluer : l'immunité protectrice contre la tuberculose maladie, l'innocuité et l'immunogénicité du MVA85A/AERAS-485 chez des adultes infectés par le VIH sains.**

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'efficacité du MVA85A/AERAS-485 dans la prévention de la tuberculose maladie par rapport à des sujets témoins vivant avec le VIH et ayant reçu un placebo chez des sujets adultes africains qui ne présentent pas de tuberculose active.

- **Evaluation de la méthode Kudoh appliquée à la culture de mycobactérium tuberculosis en milieu décentralisé : étude pilote Ogawa-Kudoh method**

C'est une culture en milieu solide pour laquelle la décontamination des crachats ne nécessite pas une étape de centrifugation. Les crachats sont décontaminés par une solution alcaline (NaOH à 4%) puis directement ensemencés sur le milieu acidifié modifié Ogawa ou le milieu Ogawa – Kudoh sans une étape préalable de neutralisation.

- **Thèses et mémoires sur différents aspects de la tuberculose encadrés par les Universitaires (ISED, Faculté de Médecine).**

- **Projets de recherche mis en œuvre par des Institutions de recherche et Partenaires : Oflo tub, RAFA.**

- **Enquêtes CAP, Résistance des BK aux antituberculeux, Etude comportementale...**

9.2 Recommandations

- Renforcer le personnel du Bureau Formation et Recherche du PNT par l'affectation d'un Point focal chargé des activités de recherche ;
- Organiser une rencontre de cartographie des intervenants (DR/MSAS, ISED, IRD, IPD, CRCF, Hôpitaux, Faculté de médecine, Centres universitaires régionaux, etc.) avec leurs travaux de recherche et d'identification des perspectives ;
- Identifier les thèmes prioritaires de recherche opérationnelle et mobiliser les ressources pour leur mise en œuvre ;
- Augmenter le budget alloué à la recherche ;
- Documenter certaines expériences réussies et les vulgariser (implication du Collectif des Pharmaciens de Pikine dans le dépistage de la TB) ;
- Contribuer à la formation des Prestataires et Gestionnaires du niveau opérationnel sur la recherche (par ex : cours sur l'Initiation à la recherche sur les systèmes de santé) ;

X. ACTIVITES DU PNT AUX NIVEAUX INTERMEDIAIRE ET PERIPHERIQUE

10.1. Activités principales au niveau régional

- **Constats**

- **Le management de la TB au niveau de la Région médicale**

Les ECR sont formées et bien engagées dans la lutte contre la TB et la coinfection TB-VIH. Des instances de coordination des activités du PNT existent dans la région et un feed-back est fait aux personnels des Districts sur le niveau de réalisation des objectifs fixés pour le PNT. Les activités de coordination et de supervision sont assurées assez régulièrement.

Cependant on note une faible implication des autorités administratives et politiques du niveau régional et de celles appartenant aux autres secteurs. Quelques fois, une insuffisance de la supervision des structures par le niveau régional est constatée.

En l'absence de Plan de Communication du programme, des activités IEC ponctuelles sont tout de même déroulées selon la disponibilité des financements. L'insuffisance des ressources humaines joue beaucoup dans la planification des activités.

- **La gestion des médicaments antituberculeux et des consommables de laboratoire**

Les infrastructures des PRA répondent aux normes de stockage des médicaments en dehors de la PRA de Diourbel qui a des problèmes d'aération.

Les médicaments antituberculeux et les consommables de Laboratoire sont en général disponibles au niveau des différentes PRA chargées de l'approvisionnement trimestriel des structures de prise en charge de la TB basé sur les rapports trimestriels avec parfois des ruptures de RHEZ, de S et INH 100 mg et de consommables (crachoirs et lames). Des péremptions de streptomycine et de RH ont été notées durant les 3 dernières années. Les outils de gestion des médicaments sont présents dans les PRA et généralement bien utilisés.

Les PRA jouent un rôle primordial dans la mise en œuvre des différents programmes et participent aux différentes activités de gestion de la Région médicale : la formation du personnel, la coordination régionale, et le suivi des stocks par l'unité centrale du PNT lors des supervisions des CDT. Les responsables des PRA, bien qu'étant membres de l'Equipe Cadre de la Région, ne sont pas assez bien impliquées dans les supervisions aussi bien du PNT que de la région médicale.

- **L'enregistrement des données et rapports**

Le PNT et la Région médicale font une collecte active des données au niveau des CDT. La rétention des données au niveau des Districts, surtout l'absence du formulaire de commande des mé-

dicaments et des consommables de Laboratoire, peut être à l'origine d'une mauvaise estimation des besoins de la région et d'une rupture de stocks, ce qui a été le cas en particulier dans la région de Thiès.

Les données recueillies dans la lutte contre la tuberculose, en l'occurrence les rapports trimestriels, sont analysées et validées par l'Equipe Cadre de Région avant qu'elle ne les fasse parvenir au niveau central 15 jours après la fin de chaque trimestre. Des actions correctrices sont ensuite mises en œuvre pour améliorer les performances de la région.

Les PRA sont intégrées dans les revues semestrielles des données VIH-TB au cours desquelles la situation des stocks des produits et les indicateurs de gestion des deux programmes sont présentés.

La gestion manuelle (fiches de stocks, rapports de stocks, rapports semestriels de distribution) est bien effective dans toutes les PRA. Par contre la gestion informatisée des antituberculeux n'est pas effective dans le logiciel SARI comme c'est le cas de tous les médicaments et matériels de la PNA. La Région médicale assure la synthèse trimestrielle des données TB et de la co-infection présentées et analysées lors des réunions de coordination.

• **L'engagement des Leaders administratifs et politiques**

Les Gouverneurs de Région rencontrés considèrent la tuberculose comme une priorité et un problème de santé publique dans leurs circonscriptions. Ils reconnaissent qu'ils sont plus impliqués dans les activités de lutte contre le VIH à travers l'instance de coordination qu'est le CRLS qui n'intègre pas les activités de la TB et de la co-infection. La TB n'a pas un cadre de coordination spécifique des activités de lutte au niveau régional. Seuls les CTR (Comités techniques restreints), démembrés du CRLS, analysent et orientent les stratégies de prise en charge de la TB et de la co-infection.

Le Conseil régional n'est pas bien impliqué dans la prévention et la prise en charge de la TB contrairement au VIH.

Les Gouverneurs et les représentants du Conseil régional, bien que peu informés sur les différentes stratégies de la TB contrairement au VIH, ont montré leur disponibilité à s'y impliquer davantage après une orientation et un plaidoyer.

• **Recommandations**

- Renforcer les ressources humaines à tous les niveaux ;
- Développer et responsabiliser l'expertise technique régionale sur la TB ;
- Renforcer les régions en Médecins et autres agents de santé qualifiés ;
- Partager avec les régions médicales le Plan TB national pour une bonne mise en œuvre des activités prévues ;
- Produire et diffuser les supports IEC en quantité et en qualité suffisante ;

- Renforcer les supervisions des niveaux régional et opérationnel ;
- Renforcer la communication pour une meilleure visibilité du PNT ;
- Impliquer les PRA dans la supervision semestrielle du PNT ;
- Intégrer la Région médicale dans le circuit d'information communautaire TB ;
- Faire un plaidoyer auprès des autorités administratives et politiques pour leur implication dans la lutte contre la tuberculose.

10.2. Activités principales au niveau District

10.2.1. Identification et diagnostic des suspects de TB

• Constats

L'orientation des cas suspects est toujours en dessous des prévisions et les taux de détection des Districts sont généralement en dessous de 50 %.

Les malades tuberculeux consultent tardivement. Les Médecins privés commencent à s'impliquer dans l'identification des cas suspects et la recherche de cas chez les détenus est devenue une priorité.

L'expérience de la participation des Pharmaciens d'officine à l'orientation des touseurs chroniques vers les structures de soins (Collectif des Pharmaciens de Pikine) est considérée comme un modèle porteur de résultats. L'insuffisance de la recherche active de cas suspects parmi les contacts des cas TB incite à décrire une gestion claire des cas contacts. En consultation primaire, la durée de la toux n'est souvent pas précisée. Les tradipraticiens ne participent presque pas à l'orientation des patients suspects de TB (tousseurs chroniques).

Le déficit de formation est signalé dans plusieurs Districts. Les bulletins de recherche BAAR sont rarement utilisés par les prestataires. L'APSR n'est encore appliquée dans les Districts pour booster le recrutement des cas TB.

L'accès au Laboratoire est difficile pour certains malades en raison des difficultés de transport et l'absence d'unité de microscopie au niveau de certaines structures médicales privées ayant une cible importante contribue à la faiblesse de la notification. Dans les Hôpitaux, on assiste à une timidité des activités de diagnostic de la TB et le coût de bacilloscopie varie entre 2500 et 3000 francs CFA.

• Recommandations

- Pré-positionner des crachoirs au niveau de tous les Postes de Santé et organiser un système de transport des crachats vers le Laboratoire ;
- Renforcer le plan de formation des prestataires à tous les niveaux ;
- Documenter et étendre l'expérience du Collectif des Pharmaciens de Pikine ;

- Former les prestataires sur l'APSR et les aider à la mise en œuvre ;
- Utiliser, selon les instructions, les bulletins standards du PNT pour la demande d'examen d'expectorations à tous les niveaux ;
- Assurer la rétro-information des résultats de Laboratoire aux cliniciens et aux patients ;
- Appuyer la mise en place d'unités de microscopie dans toutes les structures de consultation privées capables de dépister des cas de TB ;
- Organiser les activités de diagnostic et de PEC de la TB au niveau des EPS ;
- Faire un plaidoyer auprès des autorités administratives et politiques pour leur implication dans la lutte contre la tuberculose.

10.2.2. Gestion des cas : niveau Prestataires

• Constats

Le TDO sanitaire est appliqué moyennement, mais il est complété par le TDO communautaire ou familial. Les outils de gestion TB sont disponibles et en général bien remplis , mais l'archivage des rapports est très insatisfaisant. Il existe une bonne coordination des activités entre les CDT et les ICP des Postes de Santé décentralisés. La chimioprophylaxie à l'isoniazide chez les moins de 5 ans est encore insuffisante et les irréguliers ne sont pas recherchés activement.

On note une réticence de certains CDT à prendre en charge des cas de TPM- ou TEP référés par les Hôpitaux. Même si le taux de dépistage VIH a augmenté chez les tuberculeux, la couverture n'a pas encore atteint les 90%. La communication interpersonnelle au démarrage et pendant la continuation du traitement est appliquée de manière insuffisante. Le nombre de PS décentralisés devrait être amélioré.

• Recommandations

- Renforcer la communication interpersonnelle avec les malades au début et tout au long du traitement ;
- Systématiser la mise en place et l'utilisation des échéanciers au niveau des CDT et UDT pour une identification précoce des irréguliers au traitement ;
- Renforcer la décentralisation du traitement au niveau des Postes de Santé ;
- Rechercher systématiquement les enfants de moins de 5 ans contacts de patients TPM+ pour la chimio-prophylaxie à l'INH ;
- Renforcer les capacités des CDT et/ ou des Assistants des CDT ;
- Donner des directives claires pour la prise en charge des cas référés par les hôpitaux aux Districts.

XI. RECOMMANDATIONS GENERALES DE LA REVUE ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES 2013-2017

11.1. Recommandations

*** A l'endroit de l'Etat :**

- Intégrer l'achat des médicaments de 2^{ème} ligne dans la subvention Etatique du PNT
- Matérialiser les 20% du budget supportés par l'Etat dans le cadre du Partenariat avec le FM ;
- Renforcer le budget Etat du PNT pour l'aider à faire face aux dépenses de fonctionnement après le retrait d'USAID/FHI360;
- Assurer la gratuité des examens complémentaires indispensables au diagnostic des patients;
- Appuyer le PNT dans la recherche de nouveaux partenaires Financiers
- Renforcer les ressources humaines destinées à la lutte contre la tuberculose à tous les niveaux (PNT, CDT, Points focaux régionaux) ;
- Engager les procédures de négociation en vue de la levée de la rétention d'informations.

*** A l'endroit des partenaires techniques et financiers :**

- Appuyer le PNT à développer des stratégies de mobilisation de ressources complémentaires par le PPP ;
- Faire un Plaidoyer auprès du MSAS pour l'augmentation du budget de LAT

*** A l'endroit du PNT**

• Extension et renforcement de la stratégie DOTS: détection des cas et traitement

- Renforcer la détection des cas par des mécanismes innovants dans les investigations :
- Investigation auprès des contacts des malades positifs
- Dépistage actif auprès des prisonniers et autres groupes cibles vulnérables
- Implication de tous les prestataires de soin
- Mener une étude sur la stagnation de notification
- Améliorer les mécanismes de transferts/ références, mise en place d'un registre des référés/transférés ;
- Renforcer les supervisions des centres et postes de santé en particulier sur les pratiques d'identification des cas TB symptomatiques ;
- Accélérer la mise en place des techniques de haute portée Diagnostique dans les laboratoires du pays ;
- Etudier un système d'acheminement des échantillons de crachats au laboratoire de référence de Dakar pour les malades à risque de tuberculose multi-résistante et pour le suivi de ceux en traitement de deuxième ligne. Organiser le transport d'échantillons de crachat pour tous les malades habitant loin des laboratoires pour leur éviter des déplacements onéreux et pénibles;
- Identifier les raisons du faible taux de positivité des cultures au laboratoire de référence chez les malades à microscopie positive ;

- Rendre fonctionnel les 3 laboratoires de culture de Kaolack, Saint Louis, Kolda (achever les travaux de réhabilitation);
- Renforcer le contrôle de qualité externe des lames (dans tout le réseau de laboratoire, le niveau régional) et la retro-information;
- Renforcer l'effectif, les capacités de l'équipe et les équipements du LNR pour améliorer la supervision et assurer son autonomie énergétique
- Actualiser les guides techniques, les manuels et les supports de communication du PNT y compris la TB MR.

- **Collaboration TB-VIH:**

- Intensifier le dépistage de la TB chez les PVVIH
- Utiliser les nouvelles directives en ce qui concerne la mise sous ARV des malades tuberculeux ;
- Etudier une intégration plus poussée de la prise en charge des malades TB /VIH.

- **Prévention et contrôle de la TB-MR :**

- Faire un plaidoyer auprès de la haute autorité pour l'intégration des médicaments de 2ème ligne dans la subvention de l'Etat ;
- Intégrer l'achat de médicaments de deuxième ligne dans le budget de l'état
- Accélérer la mise en fonction du service TB-MR à l'hôpital de Fann ;
- Etudier un système d'acheminement des échantillons de crachat à Dakar pour la mise en culture diagnostic et le suivi de la TB-MR ;
- Mener une étude sur les schémas courts de 9 ou 12 mois.

- **Groupes Spéciaux**

- Elaborer et disséminer un guide pour la prise en charge de la tuberculose de l'enfant ;
- Disséminer largement les directives en ce qui concerne la chimioprophylaxie à l'INH des enfants contacts de tuberculeux
- Former les prestataires habituels de soins infantiles pour le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose de l'enfant ;
- Organiser un dépistage actif des cas dans les groupes spéciaux (PVVIH, détenus, populations marginales, universités) ;
- Engager une étude de faisabilité du dépistage systématique de la tuberculose dans les cliniques de diabète.

- **Contrôle de l'infection et Approche Pratique de Santé respiratoire**

- Elaborer et disséminer dans les établissements de soin un manuel pour le contrôle de l'infection et de l'APSR;
- Equiper les centres de santé qui n'en ont pas d'un incinérateur pour la destruction des déchets biologiques du centre et du laboratoire ;
- Mettre en œuvre l'APSR à tous les niveaux.

- **Engagement de tous les prestataires de soins**

- Etablir une bonne cartographie des structures privées et des entreprises par district sanitaire en vue d'un recueil des données TB ;
- Renforcer la supervision et la documentation de la contribution des différents prestataires de soins ;
- Développer, documenter et étendre les initiatives innovantes ;
- Améliorer le système de suivi du devenir des détenus en traitement après leur libération ;
- Développer l'approche programme dans les curricula des écoles de formation en santé ;
- Réorganiser la PEC de la Tuberculose en milieu hospitalier y compris la pédiatrie.

- **Communication, IEC, plaidoyer**

- Mener un plaidoyer auprès des collectivités locales et autres élus locaux (députés, membres du conseil économique et social...) pouvant les amener à prendre conscience de leur rôle dans la lutte contre la TB;
- Intégrer la tuberculose au sein des cadres de coordination administratives mis en place par le programme de lutte contre SIDA ;
- Impliquer dans la lutte le plus d'acteurs communautaires possibles y compris les communicateurs traditionnels et les tradipraticiens;
- Promouvoir l'approche multisectorielle de la LAT pour faciliter la réponse des autres secteurs ;
- Développer des outils performants de communication sur la tuberculose et la rendre plus ambitieuse.

- **Recherche**

- Identifier un point focal Recherche au niveau du PNT ;
- Identifier des thèmes prioritaires de recherche opérationnelle (accroître la détection des cas ou l'amélioration du suivi des malades transférés par exemple) ;
- Capitaliser et partager toutes les recherches et études portant sur la tuberculose ;

- * **A l'endroit de la PNA/LNCM/DP**

- Mettre en place un mécanisme souple facilitant l'acquisition des antituberculeux au niveau national ;
- Créer des cadres de concertation entre les responsables de gestion des médicaments et ceux du PNT ;
- Assurer le contrôle de la qualité des antituberculeux réceptionnés à l'entrée du pays ;
- Assurer la disponibilité des substances de référence au LNCM en évitant les conflits d'intérêt ;
- Ramener le transfert semestriel des antituberculeux PNA/PRA à un trimestre pour assurer un stock trimestriel effectif ;
- Financer et installer les incinérateurs conformes pour la gestion des déchets biomédicaux ;
- Rendre disponible les formes séparées d'antituberculeux ;
- Mettre en place des thermomètres et des fiches pour surveiller la température des dépôts et des réfrigérateurs des médicaments anti TB ;

*** A l'endroit des régions médicales**

- Organiser des sessions complémentaires de formation pour le renforcement de capacités des nouveaux agents ;
- Renforcer la coordination et le partenariat au niveau national régional et district à travers les réunions de coordination et les revues périodiques ;
- Disposer du répertoire de tous les agents formés dans la région et mettre à jour régulièrement ce répertoire ;
- Faire un plaidoyer auprès des autorités des entreprises locales pour leur implication dans la LAT ;
- Faire un plaidoyer auprès des autorités administratives et politiques pour leur implication dans la lutte contre la tuberculose ;
- Instaurer des réunions de coordination trimestrielles pour l'harmonisation et la maîtrise des interventions communautaires ;
- Inscrire la tuberculose dans l'agenda des rencontres au niveau régional ;
- Vérifier la planification et la mise en œuvre des supervisions des districts relatives à la tuberculose ;
- Impliquer les PRA dans la supervision trimestrielle des districts ;
- Améliorer le système d'archivage et la distribution des supports d'IEC existants des districts.

*** A L'endroit des autorités administratives et politiques**

- Organiser des CRD et CDD sur la TB pour mieux partager avec les autres secteurs ;
- Utiliser les cadres de coordination régionale multisectoriels VIH pour matérialiser l'intégration TB/VIH/SR.

10.2 Orientations stratégiques 2013-2017 :

1. Intensification de la détection des cas de tuberculose dans les services de santé
2. Intensification de la détection dans les groupes vulnérables, les collectivités et dans la communauté
3. Administration d'un traitement antituberculeux de qualité
4. Gestion des achats et des approvisionnements
5. Promotion de la Santé
6. Renforcement de la gestion du programme, en particulier, du leadership et du partenariat
7. Renforcement du suivi et l'évaluation du programme et promotion de la recherche

CONCLUSION :

Cette revue conjointe quinquennale est la troisième du genre, après celles de 2001 et de 2006, organisée par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, en collaboration avec ses 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 et d'améliorer le niveau des indicateurs programmatiques.

A 3 ans de l'échéance de 2015, malgré les progrès réalisés dans de nombreux domaines programmatiques, la détection présente une tendance stationnaire et les nouveaux défis ont rendu la lutte plus compliquée d'où la nécessité et l'importance d'utiliser judicieusement les résultats de cette revue pour la formulation d'un plan stratégique réaliste et ciblant les priorités du programme.

Toutefois l'engagement de l'Etat et des équipes de managers, les recommandations déclinées dans le cadre de la revue et les orientations stratégiques futures peuvent rendre le PNT optimiste quant à une bonne progression des indicateurs OMD et Stop TB d'ici 2015.

ANNEXES

Annexe 1



REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un But – Une Foi

MINISTRE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE

Le Ministre

N° 10423

N° _____ / MSAS/DGS/DLM/PNT

Dakar, le 01 DEC. 2012

LETTRE CIRCULAIRE

Dans le cadre de ses activités, le Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT) en collaboration avec les partenaires du Fonds Mondial, de l'USAID et de l'OMS, a planifié une revue externe conjointe pendant la période du 6 au 22 décembre 2012.

L'objectif de cette revue est de déterminer les acquis et faiblesses du programme et de formuler des recommandations visant à améliorer les performances du PNT selon les recommandations internationales et en vue de l'atteinte des OMD.

A cette occasion, les évaluateurs visiteront les régions de Dakar, de Diourbel, de Fatick, de Saint-Louis, de Sédhiou et de Thiés ; rencontreront les autorités administratives, les représentants des collectivités locales, les prestataires des sites originels de prise en charge de la Tuberculose et des structures pouvant être impliquées dans ces activités.

Vu l'importance de cette revue je vous demande de bien vouloir prendre part au déroulement de cette importante activité.

Destinataires :

- MCR Dakar, Diourbel, Fatick
Saint Louis, Sédhiou, Thiés

PJ/Ann :

- Liste des participants,
- TDR et Agenda
- Sites à visiter.

Ampliations :

- Gouverneurs régions concernés



Awa Marie Coll SECK

Annexe 2

PARTICIPANTS INTERNATIONAUX ET NATIONAUX

Participants Internationaux :

- Dr André O. NDONGOSIEME expert TB de l'OMS,
- Dr Bertrand CAUCHOIX expert TB de l'USAID,
- Dr LEOPOLD BLANC consultant KNCV TB fondation

Participants Nationaux :

- MSAS/cabinet : 01
- Pr Almamy HANE
- Dr Bacary Sambou (OMS)
- Dr Abdoulaye LY (FHI 360)
- PNT: 6 médecins, 2 pharmaciens, 2 financiers
- Consultant Local: Dr Moustapha NDIR
- Direction Générale de la Santé
- Direction de la Lutte contre la Maladie
- CT/COM
- DSSP
- DLSI
- SNIS
- SNEIPS
- Réseau des Laboratoires
- LBV/HALD
- LB/HEAR
- Clinique de Pneumo-phtisiologie
- Services des Maladies Infectieuses
- Médecins Chefs de Région
- MCD Pikine
- MCD Rufisque
- Plan Sénégal
- CCM
- ASLUT
- RESSIP CONGAD

Observateurs

- FONDS MONDIAL /LFA
- USAID
- ISED
- MSAS/Pronalin
- Ordre des Médecins et des Pharmaciens
- Directeurs des Hôpitaux
- Responsables des Comités Techniques d'Etablissement
- Association des personnes vivant avec le VIH
- Représentant des collectivités locales
- Autres MCR et MCD
- Directeurs des Ecoles de Santé
- Syndicats de la santé
- Administration Pénitentiaire
- Collectif des Pharmaciens Privés
- Point Focal Tuberculose Ministère Education Nationale
- ENDSS
- ICP Poste de santé de Yeumbeul Sud, de Derklé
- Représentant des 6 centrales syndicales de la santé
- Presse

Annexe 3

SITE A VISITER

Les régions suivantes ont été ciblées pour l'évaluation externe :

- Dakar
- Thiès
- Saint-Louis
- Diourbel
- Sédhiou
- Fatick

Région de Dakar

1. Région Médicale
2. District Centre : CS Gaspard Kamara, PS Bourguiba
3. District Nord : CS Nabil Choucair, CS Parcelles Assainies et PS décentralisés
4. District de Guédiawaye : EPS et PS décentralisés
5. District de Mbao : CS et PS décentralisés
6. District Sud CS et PS décentralisés
7. District Rufisque CS, Hôpital de Rufisque et PS décentralisés
8. District Ouest Hôpital Militaire de Ouakam et PS décentralisés
9. Unité Centrale : Laboratoire National de Référence et Magasin Central du PNT
10. Clinique de Pneumo-phtisiologie Hôpital Fann
11. Clinique des Maladies Infectieuses, et le CTA
12. Hôpital d'Enfants Albert Royer
13. Hôpital Principal de Dakar
14. Maison d'Arrêt et de Correction (MAC) de Rebeuss
15. 02 Cabinets privés et 2 Grossistes : Laborex et Cophase
16. Association des Médecins d'Entreprises du Sénégal (AMES)
17. Ecoles de santé : Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Sociale (ENDSS) et Institut Santé et Services
18. Faculté de Médecine de pharmacie et d'odontostomatologie
19. Division de lutte contre le Sida et les IST, CNLS
20. Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA)
21. ISED
22. institut Pasteur
23. Direction de la Pharmacie et LNCM
24. Service National de l'Education et de l'Information Pour la Santé
25. Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement / MSAS
26. Direction des Ressources Humaines / MSAS

27. Direction des Laboratoires
28. Partenaires : OMS, USAID, FHI360 360, Plan Sénégal
29. Centre des Oeuvres Universitaires de Dakar (COUD)
30. Universités Cheikh Anta DIOP (Rectorat UCAD)
31. Association des communicateurs traditionnels
32. Association des Maires du Sénégal
33. Association des Elus locaux
34. Association des tradipraticiens
35. Fondation Sonatel
36. SGBS

Région de Thiès

1. Région Médicale
2. PRA
3. Centre de santé de Thiès
4. Hôpital régional de Thiès
5. Hôpital Saint Jean de Dieu privé confessionnel
6. District de Mbour : CS Mbour, Laboratoires isolés, PS
7. District de Joal
8. District de Tivaouane
9. District de Khombole
10. Les dispensaires des Industries chimiques du Sénégal (ICS) et Taiba
11. District de Mékhé
12. Maison d'arrêt et de correction (MAC) de Thiès, de Tivaouane et de Khombole
13. ONG sous bénéficiaires de Plan Sénégal

Région de Saint-Louis

1. Région Médicale
2. District de St-Louis
3. District de Richard-Toll et PS
4. Hôpital de St-Louis
5. District de Podor
6. District de Pété
7. District de Dagana
8. Hôpital de Ndioum
9. PRA
10. Laboratoire régional de St-Louis
11. Maisons d'arrêt et de correction (MAC) de St-louis, de Richard-Tollé, de Podor et de Dagana
12. ONG sous bénéficiaires
13. Université Gaston Berger

Région de Diourbel

1. Région Médicale
2. PRA
3. Hôpital H. Lübke
4. Hôpital Matlaboul Fawzayni de Touba
5. EPS de Touba
6. District de Diourbel
7. District de Bambey
8. District de Mbacké
9. District de Touba
10. ONG sous récipendaires
11. MAC de Diourbel, de Mbacké et de Bambey

Région de Fatick

1. Region Médicale
2. PRA
3. District de Fatick
4. District de Foundiougne
5. District de Sokone
6. District de Passy
7. ONG sous récipendaires
8. MAC de Fatick, de Foundiougne

Région de Sédhiou

1. Région médicale
2. PRA
3. EPS de Sédhiou
4. District de Sédhiou
5. District de Goudomp
6. ONG sous récipendaires
7. MAC de Sédhiou

Annexe 4 :AGENDA

CALENDRIER OU PROGRAMME DE MISE EN OEUVRE

Dates	Activités	Observations
5 Décembre	- Arrivée des participants	
6 Décembre	- Briefing et mise à niveau des participants	Salle de réunion du PNT
7-8 Décembre	- Visite du niveau central et des sites de Dakar - Testing des outils	Région de Dakar
8 Décembre	- Validation des outils	
9 Décembre	- Départ pour les sites régionaux à visiter	
10-12 Décembre	- Recueil de l'information sur le terrain	Thiès, St-Louis, Diourbel, Fatick, Sédhiou
13 Décembre	- Retour sur Dakar	
13-14 Décembre	- Rédaction finale des rapports des Equipes	Pour les équipes éloignées
14 -15 Décembre	- Présentation des rapports des équipes et amendements - Mise en place du groupe de rédaction de la synthèse finale	Equipes au PNT
15-16-17 Décembre	- Finalisation du pré-rapport - Préparation de la présentation des résultats - Préparation des documents (démultiplication, reliure)	Equipes au PNT
18-19 Décembre	- Atelier de partage du rapport avec les consultants et Mise en place du groupe de rédaction du rapport final	Consultant PNT/ Equipes /PNT
21 Décembre	Atelier de restitution des résultats de la revue avec le ministre de la santé , les Partenaires, les consultants et le PNT	
22 Décembre	Fin de la mission	PNT/MSAS/Partenaires

Annexe 5

Les personnes suivantes ont participé à l'élaboration du rapport final la revue externe 2012 du PNT

1. Dr André O. NDONGOSIEME , Consultant OMS
2. Dr Léopold BLANC, consultant KNCV TB Fondation
3. Dr Bacary SAMBOU, OMS/ Sénégal
4. Dr Nzabintwali FULGENCE, Consultant FIND
5. Dr Moustapha NDIR, Consultant local
6. Dr Bertrand CAUCHOIX, Consultant USAID
7. Dr Marie SARR, Coordonnateur PNT
8. Pr Abdoul Almamy HANE, Pneumologue
9. Pr Cheikh Tidiane NDOUR, SMIT/CHU/FANN
10. Pr Bara NDIAYE , CHU Fann)
11. Dr Idrissa TALLA, DLM
12. Dr Balla Mbacké MBOUP, MCR SAINT LOUIS
13. Dr Fatoumata BA, LNR/PNT
14. Dr Alimatou NDIAYE, Projet RAFA/PNT
15. Dr Abdoulaye DIAW, BFR/PNT
16. Dr Mouhadou lamine DIA, RNL
17. Mr Mamadou MBAYE, ASLUT
18. Dr Amath MBAYE, MCR
19. Dr Awa Hélène DIOP, Consultante PNT
20. Dr Fatou Kiné WATHIE, PF /TB Plan Sénégal
21. Dr Momar Talla MBODJ, Plan Sénégal
22. Dr Talla DIOP Pharmacien PNT
23. Dr Cheikh NIANG, ME/DLSI
24. Dr Ramatoulaye SALL, B PEC/PNT
25. Dr Marième NDIAYE, MCD Pikine
26. Dr Halimatou DIOP, Labo Bactériologie Virologie HALD
27. Mme Awa GOUMBALA, Spécialiste Communication SNEIPS
28. Dr Ibrahima Khaliloulahi DIA, SNIS/MSAS
29. Mr Mbaye DIOUF, CT-COM/MSAS
30. Colonel Issa DIOP/CT Pharmacie
31. Colonel Cheikh Samba NDIAYE
32. Dr Madou KANE , BSE/PNT
33. Mr Moussa GAYE Laboratoire Bactériologie FAN
34. Dr Aliou NIANG, Service de Pneumologie/ Fann
35. Dr Boubacar GUEYE, Chef Division Maladies non transmissibles/DLM
36. Mr Mamadou DIAGNE /PNT

- 37. Mme Emilie SECK/PNT
- 38. Mr Amadou DJIGAL/PNT
- 39. Mr Mouhamadou NIANG/PNT
- 40. Mme Néné Gallé DIALLO/PNT
- 41. Mme Marème Hamady SY/PNT
- 42. Mme Andrée MENDY LNR/PNT

Personnels d'appui

- 43. Mme Rehanna Guèye CISSE Secrétaire/PNT
- 44. Mme Marie NIANG Secrétaire/PNT
- 45. Mr Alioune Badara CAMARA
- 46. Mr Amidou SYLLA/PNT
- 47. Mr NDiaga FAYE/PNT
- 48. Mr Birane CISSE/ PNT-FM
- 49. Mr Mahi TALL/PNT-FM
- 50. Mr Abdoulaye SAWARE/PNT-FM
- 51. Mr Mangoné DIOUF Chauffeur/PNT
- 52. Mr Djibril DIOR Chauffeur/PNT
- 53. Mr Aïdara FALL Chauffeur/PNT
- 54. Mr Mor MBAYE Chauffeur/PNT
- 55. Mr Malick NIMBELANE Chauffeur PNT

Annexe 6

PLANNING DE VISITEDES SITES DE LA REVUE (1)

Dates	Saint Louis	Fatick	Diourbel
Départ 9/12/2012	<u>EQUIPE SAINT- LOUIS</u> - Dr Balla Mbacké MBOUP MCR SAINT LOUIS : Président - Dr Abdoulaye Diaw BF/PNT - Dr Mouhadou Lamine DIA (RL) - Mr Mamadou MBAYE (ASLUT)	<u>EQUIPE FATICK</u> - Dr Moustapha NDIR : Consul- tant local - Dr Fatoumata BA LNR/PNT - Dr Alimatou NDIAYE (Projet Rafa/PNT)	<u>EQUIPE DIOURBEL</u> - Amath MBAYE MCR - Dr Awa Hélène Diop Consul- tante PNT - Dr fatou kine wath (PF /TB Plan Sénégal)
10 Décembre	<u>Saint Louis</u> Sites à visiter : Gouvernance, Mairie, région médicale, PRA, Hôpital ST louis, Inspection aca- démie, Crous Personnes interrogées : Gouver- neur ou adjoint au dev, Maire, adjoint au MCR, Chef PRA, Di- recteur Hôpital et chef MI de SL, Inspecteur d'académie et PF santé, Recteur et Directeur du CROUS	<u>Fatick</u> Sites à visiter : Gouvernance, Mairie, RM, PRA, MAC et Ins- pection d'académie, Centre Ma- lango Personnes interrogées : Gouver- neur ou adjoint au dev, Maire, MCR et équipe, chef PRA, ré- gisseur MAC, Inspecteur d'aca- démie et PF santé, tradipraticien de Malango	<u>Diourbel</u> Sites à visiter : Gouverneur, Mai- rie, RM, PRA, MAC et Inspection d'académie, MAC Personnes interrogées : Gouver- neur ou adjoint au dev, Maire, MCR et équipe, chef PRA, Ré- gisseur MAC, Inspecteur d'aca- démie

11 Décembre	<u>Richard Toll</u> Sites à visiter : Mairie, District, 2PSDC et ND 1ONG TB, 1OCB, Hôpital CSS, ComS Personnes interrogées Maire, MCD et équipe cadre, le CDT, le chef de Unité de microscopie, 1 ICP, chef de projet de l'ONG, Président et trésorier de OCB, directeur Hopital CSS, Président et trésorier du Coms <u>Saint Louis</u> Sites à visiter District, 2PS 1ONG TB, 1 OCB, ComS CS Personnes interrogées : MCD et équipe cadre, le CDT, le chef de Unité de microscopie, 1 ICP du PS , chef de projet de l'ONG, Président et trésorier de l'OCB, Président et trésorier du ComSCS	<u>Gossas</u> Sites à visiter : Préfecture, Mairie, District, 2 PS décentralisés, 1 ONG, 1OCB, Personnes interrogées : Préfet, Maire, MCD et équipe cadre, le CDT, le chef de Unité de microscopie, 1 ICP, chef de projet de l'ONG, Président et trésorier de OCB. , Président et trésorier du ComSante <u>Fatick</u> Sites à visiter : Préfecture, Mairie, District, 2 PS décentralisés, 1 ONG, 1OCB,ComS Personnes interrogées : MCD et équipe cadre, le CDT, le chef de Unité de microscopie, 2 ICP de PS , chef de projet de l'ONG, Président et trésorier de l'OCB, Président et trésorier du Comsan	<u>Touba</u> Sites à visiter : District, UM, 2 PS, 1 OCB.ComS, PS privées, Pharmacie privée Personnes interrogées : MCD, CDT le chef d'Unité de microscopie, 2 ICP, chef de projet de l'ONG, Président et trésorier de OCB, Président et trésorier du ComS, Infirmier privé, pharmacien privé <u>Diourbel</u> Sites à visiter : District, UM, 2 PS, 1 OCB, Com S. 1 ONG Personnes interrogées : MCD et équipe, CDT le chef de Unité de microscopie, 2 ICP, , Président et trésorier de OCB, Président et trésorier du ComS
13 décembre	<u>Saint Louis</u> Sites à visiter : hôpital st louis, Personnes interrogées, directeur de l'hôpital, médecin du service MI, Médecin ISAARV	<u>Fatick</u> Sites à visiter : Mairie, Association Bokk yakar Personnes interrogées : maire, président association bokk yakar	<u>Diourbel</u> Sites à visiter : 1 ONG, IPS prive. hôpital Personnes interrogées :, chef de projet de l'ONG, infirmier privé, médecin ISAARV
14 décembre	Retour DES EQUIPES		

PLANNING VISITE DE LA REVUE (2)

Dates	SEDHIOU	THIES	
9-13 decembre 2012	<u>EQUIPE SEDHIOU</u> - Dr Momar Talla MBODJI (Plan Sé-négale) Président équipe - Dr Talla DIOP Pharmacien PNT - Cheikh Niang ME/DLSI	<u>EQUIPE THIES</u> - Dr André O. NDONGOSEME consultant OMS - Dr Ramatoulaye SALL B PEC/PNT - Dr Marième NDIAYE MCD Pikine - Dr Halimatou Diop labo bactériologie virologie HALD - Mme Awa Goumbala spécialiste communication SNEIPS - Dr Ibrahim khaliloulahi Dia Géographe de la santé /SNIS	
10 Décembre	<u>Sedhiou</u> Sites à visiter : Gouvernance, Mairie, région médicale, PRA, EPS, Personnes interrogées : Gouverneur ou adjoint au dev, Maire, MCR et équipe, chef PRA, directeur EPS	<u>Thies</u> Sites à visiter : Gouvernance, Mairie, RM, PRA, MAC et Inspection d'académie, Centre Malango Personnes interrogées : Gouverneur ou adjoint au dev, Maire, MCR et équipe, chef PRA, régisseur MAC, Inspecteur d'académie et PF santé, tradipraticien de Malango	
11 décembre	<u>Goudomp</u> Sites à visiter : Préfet, ECD, CDT, UM, 1 PS, Personnes interrogées : Préfet, MCD et équipe cadre, le CDT, le chef de Unité de microscopie, 1 ICP	<u>Mbour</u> Sites à visiter : Préfet, ECD, CDT, UM, PS, Personnes interrogées : Préfets, Maire, MCD, CDT, Unité de microscopie, ICP 2 PS décentralisés, ONG, OCB	

12 décembre	<u>Sedhiou</u> Sites a visiter : MCD, CDT, Unité de microscopie, 1 PS décentralisés, Personnes interrogées : MCD et équipe cadre, le CDT, le chef de Unité de microscopie, 1 ICP de PS,	<u>Thiès</u> Sites a visiter : MCD, CDT, Unité de microscopie, 2 PS décentralisés, 1 ONG, 1 OCB Personnes interrogées : Préfets, Maire, MCD, CDT, Unité de microscopie, ICP 2 PS décentralisés, ONG, OCB	
13 décembre	<u>Sedhiou</u> Sites a visiter : Médecine traditionnelle OCB Personnes interrogées : tradipraticiens, président et trésorier OCB	<u>Thiès</u> Sites a visiter : Transrail entreprise, association communicateurs traditionnels Personnes interrogées : Médecin d'entreprise, communicateur traditionnel	
14 décembre	Retour DES EQUIPES		

Dates	DAKAR 1 (2 sous-groupes)	DAKAR 2	DAKAR 3
	<u>EQUIPE NIVEAU CENTRAL</u> - Dr BACARY Sambou (OMS) - Dr Idrissa Talla (DLM) - Dr Marie Sarr Coord/PNT - Mr Mbaye DIOUF: CT / COM/MSAS - Dr Alimatou Ndiaye : projet RAFA /PNT - Colonel Issa DIOP/CT Pharmacie - Pr Bara Ndiaye (CHU Fann) - Dr Albert BLANC consultant UNION	<u>EQUIPE DAKAR</u> Pr Cheikh Tidiane Ndour SMIT/CHU/FANN Colonel cheikh samba Ndiaye Dr Madou KANE BSE/PNT Moussa GAYE Dr Bertrand CAUCHOIX consultant USAID	<u>EQUIPE DAKAR1</u> - Pr Almamy HANE pneumologue - Dr Aliou Niang Pneumo/ fann - Dr Boubacar GUEYE Médecin DLM - Dr Nzabintwali FULGENCE consultant FIND
10 Décembre	<u>Sites a visiter</u> - OMS, - USAID, / - FHI 360, - CNLS/ DLSI - Direction de la Pharmacie, - LNCM	<u>Dakar centre</u> Sites a visiter : District, 2 PS décentralisés, ONG, OCB Personnes interrogées : MCD et équipe, CDT le chef de Unité de microscopie, 2 ICP, chef de projet de l'ONG, Président et trésorier de OCB	<u>Hôpital Fann</u> Sites a visiter : - CTA - Service MI - Service Pneumologie Personnes interrogées : chef de service MI, chef service pneumologie, chef CTA
11 décembre	<u>Plan international</u> Gouverneur, Maire, RM, PNA, Direction Nationale des Laboratoires, Institut Pasteur IR SGBS Fondation SONATEL	<u>Keur Massar</u> Sites à visiter : district, 2 PS décentralisés, ONG, OCB, centre traditionnel de keur Massar Personnes interrogées : MCD et équipe, CDT le chef de Unité de microscopie, 2 ICP, chef de projet de l'ONG, Président et trésorier de OCB	<u>Hôpital Fann</u> Sites à visiter : Hôpital Pédiatrique HALD et HEAR Personnes interrogées : chefs de service, PF TB

12 décembre	Ministère, Direction des prisons COUD /Rectorat Inspection de l'académie /médico- scolaires Labo Toxico	District de Guédiawaye : District ,2 PS décentralisés, ONG, OCB, EPS Personnes interrogées : MCD et équipe, CDT le chef de Unité de microscopie, 2 ICP, chef de pro- jet de l'ONG, Président et tréso- rier de OCB, directeur de l'EPS	Sites à visiter : - Hôpital Principal - HOGGY Personnes interrogées : chefs de service, PF TB et directeurs
13 décembre	Association nationale communica- teurs traditionnels, Association Gestu	District de Guédiawaye : 2 PS DC et NDC Personnes interrogées : 2 ICP,	Sites a à visiter : - ENDSS - ISED Personnes interrogées : chefs de service
14 décembre	Retour DES EQUIPES		

Annexe 7

CANEVAS DE REDACTION DU RAPPORT DES EQUIPES

REVUE DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

RAPPORT REVUE EXTERNE (Evaluation sur le terrain)

10 au 14 Décembre 2012

- I. DESCRIPTION DE LA REGION VISITEE
- II. METHODOLOGIE
- III. SITES VISITES
- IV. PERSONNES RENCONTREES
- V. RESULTATS

- 1. Constats : reliever les points saillants
- A décrire par niveau et par thématique
 - Communautaire
 - Posté de santé
 - District
 - Niveau région
 - Niveau national

- 2. Points Forts
- 3. Points faibles
- 4. Principales recommandations

Annexe 8

AGENDA DE RESTITUTION ET DE VALIDATION

JOURNÉE DE RESTITUTION DES RESULTATS

Date : Vendredi 21 décembre 2012

Lieu : Hôtel King Fahd Palace

HEURES	ACTIVITES
8h30-9h	Arrivée et mise en place des participants
9h-9h15	Arrivée du Ministre de la Santé l’Action sociale
9h15- 9h20	Mot du Représentant de l’USAID
9h20– 9h25	Mot du Representant de l’OMS
9h 25- 9h 30	Mot de la Directrice de Plan Sénégal
9h 30-9h35	Allocution du Ministre de la Santé l’Action sociale
9h35-9h45	Ouverture officielle de l’atelier
9h45	Présentation du rapport de la revue - Méthodologie - Resultats
10h30 - 11h	Pause café
11h - 12h	-Discussions - Introduction des travaux de groupes
12h – 13h	Travaux de groupes
13h – 14h	Déjeuner
14h 30– 15h30	Restitution des travaux de groupes
15h30-16h30	Validation des résultats et recommandations
16h30 – 17h	Clôture de l’atelier



PNT SENEGAL



PROGRAMME NATIONAL
DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE