

REPUBLIQUE DE GUINEE

Travail-Justice-Solidarité

Ministère de la Santé

Direction Nationale de la Prévention et de la Santé Communautaire

Division Prévention et Lutte contre la Maladie

Programme National de Lutte Antituberculeuse

PROGRAMME NATIONAL DE
LUTTE ANTI TUBERCULEUSE



Ministère de la santé Publique
Conakry (Republique de Guinée)

PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE EN GUINEE

2015-2019

JUILLET 2014

L'indifférence tue, Action Damien soigne.



Préface

Si la gestion de la Tuberculose s'est améliorée depuis la mise en œuvre de la stratégie DOTS et de la Stratégie Halte à la Tuberculose, force est de reconnaître qu'elle n'est pas encore contrôlée et demeure un problème majeur de santé publique. C'est pourquoi la lutte contre la tuberculose est l'une des priorités du Ministère de la Santé inscrites au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

Depuis la mise en place de la stratégie DOTS, la lutte contre la tuberculose en Guinée a montré d'excellents progrès vers l'atteinte de l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) et des cibles du Partenariat Halte à la Tuberculose.

Selon les estimations de l'OMS, l'Objectif du Millénaire pour le Développement 6C de baisser l'incidence de la tuberculose a été atteint en Guinée en 1995 et les cibles visant à réduire de moitié la mortalité et la prévalence par rapport à leurs valeurs en 1990 ont été atteintes respectivement en 2007 et en 2012.

Au cours de la période 2009-2013, couverte par le dernier Plan Stratégique, 54 677 cas de tuberculose toutes formes dont 39 949 TPM+ ont été mis sous traitement.

Malgré ces résultats encourageants, des difficultés persistent dans la gestion du Programme, le diagnostic et le traitement des malades, la prise en charge de la coïnfection TB/VIH et de la tuberculose multi-résistante.

C'est dans ce cadre que le Plan Stratégique 2015-2019 de lutte contre la tuberculose a été élaboré.

Notre vision est de rendre la Guinée une Nation où toutes les personnes atteintes de tuberculose bénéficient d'un accès universel aux services de diagnostic et de prise en charge de la maladie sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination avec une pleine implication de la société civile. A plus long terme, nous voulons éliminer la tuberculose comme problème de santé publique en Guinée à l'horizon 2050.

La mission du PNLAT est de réaliser avec efficacité les interventions de lutte contre la tuberculose et d'assurer que toutes les personnes qui contractent la tuberculose, y compris la tuberculose pharmacorésistante, aient accès à un diagnostic de qualité, un traitement efficace et une prise en charge de qualité afin de réduire les souffrances et l'impact socio-économique engendrés par cette maladie.

Pour atteindre ces objectifs, ce plan doit être fédérateur, mobiliser tous les partenaires et acteurs du public comme du privé et demeurer l'unique cadre de référence et d'intervention.

Dans ce cadre, le Ministère de la Santé s'attèlera à mobiliser les ressources intérieures et extérieures et veillera à leur utilisation judicieuse.

Pour les résultats enregistrés et les défis à relever je voudrais au nom du Gouvernement remercier, féliciter et encourager tous les partenaires intervenant dans la lutte antituberculeuse en Guinée. Je reste convaincu que leur appui se renforcera et se poursuivra jusqu'à la victoire contre la tuberculose.

Conakry le2014

Le Ministre de la Santé

Médecin Colonel Rémy LAMAH

Table de matières

Table de matières	3
Abréviations et acronymes	5
Processus d'élaboration du plan stratégique	7
Liste des participants à l'élaboration du plan stratégique	9
Résumé du plan stratégique 2015-2019	11
I. Introduction	13
1.1 Contexte	13
1.1.1 Données Physiques et géographiques	13
1.1.2 Données démographiques	13
1.1.3 Contexte culturel, éducationnel et comportemental	13
1.1.4 Profil environnemental et cadre de vie	14
1.1.5 Organisation administrative	15
1.1.6 Contexte politique et institutionnel	16
1.1.7 Situation économique	16
1.2 Système de santé en Guinée	18
1.2.1 Etat de Santé de la Population	18
1.2.2 Les Programmes de santé	18
1.2.3 Structure générale du système de soins	18
1.2.4 Ressources du secteur	19
1.2.4.1 Infrastructures sanitaires	19
1.2.4.2 Ressources humaines	20
1.2.4.3 Ressources financières et financement du secteur	20
II. Ampleur du problème de la tuberculose en Guinée	22
2.1 Données épidémiologiques	22
2.2 Progrès de la lutte contre la tuberculose vers l'ODM 6C, les objectifs du Partenariat et les cibles du Plan mondial Halte à la tuberculose	23
III. Analyse de la réponse	25
3.1 Structures et fonctionnement du Programme National Antituberculeuse	25
3.1.1 Financement du PNLAT	26
3.2 Résultats obtenus dans la lutte contre la tuberculose en Guinée	29
3.2.1 Diagnostic	29
3.2.2 Résultats de traitement	31
3.2.3 Coïnfection TB/VIH	33
3.2.4 Tuberculose multirésistante	34
3.3 Analyse de forces, faiblesses, opportunités et menaces	35
3.3.1 Poursuivre l'extension d'une stratégie DOTS de qualité et son amélioration	35
3.3.2 Lutter contre la coïnfection TB/VIH, contre la TB-MR et s'attaquer à autres défis	37
3.3.3 Contribuer au renforcement des systèmes de santé	38
3.3.4 Impliquer tous les soignants	39
3.3.5 Donner aux personnes atteintes de tuberculose et aux communautés la capacité d'agir	39
3.3.6 Favoriser et promouvoir la recherche	40
3.3.7 Opportunités et menaces dans la lutte contre la tuberculose	40
3.4 Analyse des lacunes	42
IV. Plan Stratégique 2015-2019	48

4.1 Vision, mission et principes directeurs du PNLAT	48
4.2 But du plan	49
4.3 Objectifs du plan	49
4.4 Interventions stratégiques et logique d'intervention	50
V. Budget	73
VI. Plan de suivi-évaluation	76

Abréviations et acronymes

AD	Action Damien
AFD	Agence Française de Développement
AFRF	Association Française Raoul Follereau
APEPA	...
APSR	Approche pratique de santé respiratoire
ARV	Antirétroviral
BSL3	BiosafetyLevelThree
CBG
CCM	Country Coordinating Mechanisms
CD4	Numération de sous-population lymphocytaire CD4
CDT	Centre de Santé de Diagnostic et de Traitement
CPC	...
CQE	Contrôle de Qualité Externe
CS	Centre de Santé de Traitement
Cs	Cyclosérine
CT	Centres de traitement de la tuberculose
CTX	Cotrimoxazole
C2	Contrôle au 2 ^{ème} mois
C3	Contrôle au 3 ^{ème} mois
DAF	Directeur Administratif et Financier
DOTS	The internationally recommended strategy for TB control
DNHP	...
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
DRS	Direction Régionale de la Santé
DST	Test de sensibilité/Drug susceptibility testing
DSVCO	Direction de la Santé de la ville de Conakry
E	Ethambutol
EDS	Enquête Démographique de Santé
FEI	France Expertise Internationale
FFOM	Forces Faiblesses Opportunités et Menaces
FM	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
GDF	Global Drug Facility
GLC	Green Light Committee

H	Isonazide
HKI	Hellen Keller International
INRB	Institut National de Recherche Biomédicale
IST WA	...
IRSP
Km	Kanamycine
LAT	Lutte antituberculeuse
LED	Light-emitting diode fluorescence
Lfx	Lévofoxacine
LNR	Laboratoire National de Référence des mycobactéries
LSN	Laboratoire Supranational
MAEE	Ministère des Affaires Etrangères et Européennes
MCM	Médecin chargé de la Maladie
MGIT	Mycobacteria Growth Indicator Tube (MGIT)
MNT	Maladies Non Transmissibles
MPA	Mission Philafricaine
MSF	Médecins sans frontières
NC	Nouveau cas
NFS	Numération formule sanguine
OBC	Organisation à base communautaire
Ofx	Ofloxacine
OHFOM	Oeuvres Hospitalières Française de l'Ordre de Malte
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non Gouvernementale
PNLAT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNPCSP	Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/SIDA
	Programme des Nations Unies pour le Développement
PNUD	Public-private mix
PPM	Population Service International
PSI	Plan Stratégique Nationale
PSN	Prothionamide
Pto	Personne Vivant avec le VIH
PvVIH	Rifampicine
R	

RUSAL
S	Streptomycine
SAG
SBK
S&E	Suivi et évaluation
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience acquise
SMD
SNIGS	Système National d'Information Sanitaire et de Gestion
SOLTHIS	Solidarité thérapeutique & Initiative contre le SIDA
TB	Tuberculose
TB/HIV	Co-infection tuberculose/VIH
TB-MR	Tuberculose multirésistante
TB-RR	Tuberculose Résistante à la Rifampicine
TB TTF	Tuberculose Toutes Formes
TB-XR	Tuberculose ultrarésistante
TDO	Traitement directement observé
TDR	Termes De Référence
TeAM	Technical Assistance for Management
TEP	Tuberculose extrapulmonaire
TPM0	Tuberculose pulmonaire à microscopie négative
TPM+	Tuberculose pulmonaire à microscopie positive
TT	Traitement
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
Union	International Union Against TB and Lung Disease
USD	Dollars Américains
VIH	Virus de l'Immunodéficience humaine
Z	Pyrazinamide

Processus d'élaboration du plan stratégique

Le processus d'élaboration du plan stratégique a débuté avec une première revue du PNLAT effectuée en novembre 2012 par une équipe composée par des consultants internationaux de l'OMS IST WA, du Fonds mondial, de FEI (Initiative 5%), de Action Damien et des experts nationaux du PNLAT Guinée. Une deuxième revue a été effectuée pendant le mois de mai 2014 par une équipe composée par trois experts, dont un international, en collaboration avec l'équipe du PNLAT.

Ces revues ont permis d'analyser les forces et faiblesses de la lutte contre la tuberculose en Guinée et d'orienter la stratégie de lutte pour les 5 prochains ans.

Un premier atelier pour l'élaboration du draft I du PSN a eu lieu du 18 au 24 décembre 2013 à Kindia. Cet atelier a regroupé les cadres du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (PNLAT, service de Pneumo-physiologie, DNHP, DPS) et des partenaires (OMS, Action Damien). Cet atelier a permis de connaître les forces et les faiblesses du programme dans la mise en œuvre des activités, d'identifier les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre et d'esquisser les approches de solutions en vue d'une amélioration sensible des résultats, de donner de larges informations sur les différentes phases du processus d'élaboration du plan stratégique national et de mieux comprendre les procédures d'acquisition et de mise en œuvre des subventions du FM avec le nouveau modèle de financement.

Deux membres de l'équipe du PNLAT (la coordinatrice et le point focal TB/VIH et TB-MR) ont participé à un atelier à Rabat, Maroc du 10 au 20 mars 2014 sur le développement des plans stratégiques nationaux pour la lutte contre la tuberculose.

Pendant cet atelier, l'équipe du PNLAT Guinée a travaillé en étroite collaboration avec un consultant international pour définir une feuille de route pour l'élaboration du plan stratégique et de la note conceptuelle du Fonds mondial.

Un deuxième atelier a été réalisé du 28 avril au 2 Mai 2014 à Kindia, cet atelier a regroupé les cadres du Ministère de la Santé (PNLAT, service de Pneumo-physiologie, DNHP, DPS, LNR, INSP, DAF), les partenaires principaux (OMS, Action Damien, PSI) et l'ONG APEPA. Une restitution des travaux de l'atelier international d'élaboration du PSN qui s'est tenu au mois de mars 2014 au Maroc a été faite dans ses grandes lignes de même que les travaux de l'équipe Guinée à cet atelier.

Les travaux sur l'analyse situationnelle et l'identification des problèmes se sont déroulés en groupe pour les trois premiers jours suivis de plénière. Les autres journées ont été consacrées à l'identification des objectifs et des activités principales.

Grace au financement de FEI (Initiative 5%), une équipe composée par un consultant international et deux consultants nationaux du bureau d'étude TeAM a appuyé le PNLAT dans l'élaboration du plan stratégique du 19 mai au 2 juillet 2014.

La première partie de la mission d'assistance technique a permis l'élaboration du document de l'analyse situationnelle et la réalisation de l'atelier de restitution de cette analyse qui a eu lieu le 28 mai 2014 à Kindia. Cet atelier a vu la participation des cadres du Ministère de la Santé (PNLAT, service de Pneumo-physiologie, DNHP, DPS, LNR, INSP), du représentant de l'Action Damien, des représentants des infirmiers ayant en charge les malades tuberculeux, des représentants des ONG partenaires (APEPA et Fraternité Médicale Guinéenne).

La deuxième partie de la mission d'assistance technique a été dédiée aux travaux de groupe pour la définition des objectifs, interventions stratégiques et activités du plan stratégique 2015-2019.

Les travaux de groupe ont eu lieu à Conakry du 29 mai au 4 juin et ont regroupé les participants de l'atelier du 28 mai, le coordonnateur et le point focal TB/VIH du Programme National Prévention et de Prise en Charge Sanitaire VIH/SIDA (PNPCSP-SIDA).

Du 16 au 21 juin, une équipe composée par les membres du PNLAT, le consultant national, un représentant du CCM, un représentant de l'ONG APEPA, un représentant des DPS, du LNR, du CAT de Conakry, un représentant des MCM ont travaillé en atelier pour l'élaboration des activités selon les interventions stratégiques décidées lors des travaux de groupe à Conakry.

Une deuxième mission d'assistance technique toujours dans le cadre du financement FEI (Initiative 5%) a eu lieu du 22 juin au 2 juillet. Pendant cette mission les trois consultants du bureau TeAM ont travaillé en collaboration avec l'équipe du PNLAT pour l'élaboration du draft final et le budget du plan.

Un atelier de finalisation du PSN a eu lieu à Conakry les 2 et 3 juillet 2014. Cet atelier a vu la participation du Directeur National de la Prévention et Santé Communautaire et des représentants des Institutions et des partenaires impliqués dans la lutte contre la tuberculose en Guinée, notamment :

- Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose ;
- Le Conseil National de Lutte contre le SIDA ;
- Le Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/SIDA ;
- Le Programme National de Lutte contre la Lèpre ;
- Le Programme National de Lutte contre le Paludisme ;
- Le Programme Elargie de vaccination et de soins de santé primaire ;
- Le Laboratoire National de Référence des mycobactéries ;
- L'Institut National de Santé Publique ;
- La Pharmacie Centrale de Guinée ;
- La Direction National de l'Hygiène Publique ;
- La Direction Nationale des Maladies Non Transmissibles ;
- Le Service de pneumophtisiologie de l'Hôpital Ignace Deen ;
- Le Service de pédiatrie de Donka ;
- Service Santé de l'Armée ;
- Les Directions Préfectorales de la Santé ;
- Population Service International (Bénéficiaire Principale R9 TB du Fonds mondial) ;
- l'Action Damien ;
- SOLTHIS ;
- MSF Belgique ;
- l'ONG Nationale APEPA ;
- l'Association des PvVIH VIE+ ;
- Direction National Administration Pénitentiaire, Ministère de la Justice.

Liste de participants à l'élaboration du PSN 2015-2019

Prénom et Nom	Fonction	N° Téléphone
Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Prévention et santé Communautaire		
Dr. Robert CAMARA	Directeur National de la Prévention et Santé Communautaire	(+244) 622931392 (+244) 664437491
Programme National de Lutte contre la Tuberculose		
Dr. Adama Marie BANGOURA	Coordinatrice	664383127
Dr. Mory KOUROUMA	Coordonnateur Adjoint	628297887
Dr. Yamoussa YATTARA	Médecin Point Focal TB-MR/VIH	628594233
Dr. Alimou DIALLO	Responsable Unité S&E	622416325
Mr. Alhousseny CAMARA	Resp. DOTS Communautaire	662796014
Dr. Fodé KONATE	Médecin chargé DOTS communautaire	664967796
Dr. Daouda Molota CAMARA	Pharmacien Resp.	628594287
Mr. Hassane Macky TRAORE	Gestionnaire Comptable	628364410
Mr. Amadou CISSE	Data Manager	628593300
Conseil National de Lutte contre le SIDA		
Dr. Nestor N. LENO	Secrétariat exécutif du CNLS/suivi évaluation	664458100
Dr. Nafissatou KEITA	Pharmacien responsable secteur santé du CNLS	622029806
Programme National de Prise en Charge Sanitaire et de Prévention des IST/VIH/SIDA		
Dr. Youssouf KOITA	Coordonnateur PNPCSP	628534102
Dr. Foromo GUILAVOGUI	Point focal TB/VIH	664326718
Dr. C.Tidiane SIDIBE	Suivi évaluation	664 249 848
Service de Pneumophtisiologie, Hôpital National Ignace Deen		
Pr. Lansana Mady CAMARA	Médecin – Enseignant	622440635
Dr. Boubacar Djelo DIALLO	Médecin chargé de la TB-MR	
Action Damien		
Dr. Nimer ORTUNO	Représentant Action Damien	620717593
Pharmacie Generale de Guinée (PCG)		
Dr. Abdoulaye Seffan CAMARA	Chef sect. Contrôle interne	622433924
Laboratoire National de Référence des Mycobactéries		
Dr. Mamadou Dian BARRY	Chef	
Dr. Nènè Mamata BAH	Adjoint du Chef	628946656
Dr. Mory CAMARA	Responsable de la Bacteriologie	664074589
Laboratoire National de Santé Publique		
Dr. Aboubacar SAVANE	Chef de Service	622396761
Centre antituberculeux de Référence de la Carrière (CAT-R)		
Dr. Karifa KOUROUMA	Chargé TB/VIH	664506958
CDT Mamou		
Mme Raby BARRY	Chef du CDT Mamou, infirmière superviseur Lèpre – TB	621006725
DPS Conakry-Maladies Non Transmissibles		
Dr. Mohamed Bachir CAMARA	DPS-Suivi évaluation MNT	664642744
DPS Fria		
Dr. Amadou BARRY	Directeur Préfectoral	666972030

Prénom et Nom	Fonction	N° Telephone
DPS-Forécariah		
Mr. Sâa Emile LELANO	Infirmier Superviseur Lèpre/Tuberculose	664565124
Direction Nationale de l'Hygiène Publique		
Dr. Mamadou Dian BAH	Chef Section Normes et Règlement	622349742
Service de santé de l'Armée		
Dr. N'Diaye DIAMON	Section épidémiologie	628741408
Direction National Administration Pénitentiaire, Ministère de la Justice		
Dr. Issiaga CAMARA	Médecin à la prison de Conakry	655687832
Hopital Donka, Conakry		
Dr. Taibou BARRY	Pédiatre TBVIH	628173458
Programme Elargie de vaccination et de soins de santé primaire		
Dr. Mariama HANN	Chargée de Communication	622914721
DPS Kouroussa		
Dr. Kanséry Keita	Chargé de la TB	622590664
FMG Conakry		
Mme Fatou LY	Chargé de la TB	622262348
ONG APEPA		
Mr. Mamadouba Sylla	Président	664975297
MSF-B		
Dr. Reinaldo ORTUNO	Coordonnateur médical MSF	657555003
SOLTHIS		
Dr. Hugues TRAORE	Coord. Méd. SOLTHIS	669536144
VIE+		
Mme. Mahawa SYLLA	Coordonnateur adjoint	628242643
Programme National Lèpre		
Dr. Idrissa CAMARA	Coordonnateur adjoint	631051929
Programme National de Lutte contre le Paludisme		
Dr. Amadou Sadio DIALLO		669273880
PSI		
Dr. Cellou D. DIALLO	Coord FM Guinée	628684837
TeAM		
Dr. Nuccia SALERI	Consultante international	623981398
Dr. Abdouhamane SHERIF	Consultant national	622396477
Dr. Yéro Boye CAMARA	Consultant national	655981634

Résumé du plan stratégique 2015-2019

Le plan stratégique de lutte antituberculeuse en Guinée 2015-2019 a été élaboré par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLAT) avec une large contribution de ses partenaires et l'appui de trois consultants, dont un international assuré grâce au financement de FEI Initiative 5%. Il est basé sur la stratégie halte à la tuberculose¹ avec des liens importants avec la nouvelle stratégie globale post-2015².

Le plan stratégique de lutte contre la tuberculose contribue et vient en complément au plan national de développement sanitaire qui est en cours d'élaboration et qui couvre la période de 2014 à 2023 et servira de base à la préparation de la note conceptuelle du nouveau mécanisme de financement du Fonds mondial (FM).

Selon les estimations de l'OMS, l'Objectif du Millénaire pour le Développement 6C de baisser l'incidence de la tuberculose a été atteint en Guinée en 1995 et les cibles visant à réduire de moitié la prévalence et la mortalité par rapport à leurs valeurs en 1990 ont été atteintes respectivement en 2012 et en 2007. Par contre le taux de dépistage de la tuberculose toutes formes (56% en 2012) et le taux de succès thérapeutique (82% pour la cohorte 2012) n'atteignent pas les cibles internationales adoptées par le PNLAT (70% et >90%).

En ce qui concerne l'efficacité du programme, l'analyse FFOM a mis en évidence des forces importantes notamment l'existence d'un réseau de CDT et CT qui suivent les directives du programme, l'existence d'un laboratoire national de référence en mesure de réaliser les cultures et les tests de sensibilité, une bonne collaboration avec l'Université, la présence de plusieurs partenaires techniques et financiers et un effort pour la prise en charge de la coinfection TB/VIH et de la TB-MR.

Les faiblesses comprennent spécialement la capacité de gestion du niveau central avec une assistance technique limitée, l'insuffisante coordination avec les partenaires et le nouveau bénéficiaire principal du FM, la gestion fragile des approvisionnements et de stockage des médicaments antituberculeux et des réactifs de laboratoire, l'absence d'un plan de développement des ressources humaines, l'absence de décentralisation des activités de supervision, formation et contrôle de qualité des laboratoires au niveau régional, la forte mobilité du personnel ainsi que la carence récurrente en techniciens de laboratoire et microscopistes dans tout le Pays. Ceci entraîne une faible performance du programme avec entre autres une baisse de la qualité du diagnostic et de la prise en charge avec des taux élevés de perdus de vue et des transférés à résultats inconnus.

Le dépistage actif de la tuberculose chez les cas contacts des cas TPM+ et chez autres groupes vulnérables (prisonniers, personnel de santé, diabétiques) n'est pas réalisé. Le traitement préventif à l'INH aux enfants de moins de cinq ans contacts des cas TPM+ et aux personnes infectées par le VIH n'est pas systématique.

Le système de suivi-évaluation des activités des associations et des ONG dans la référence et dans le suivi des malades ne permet pas de démontrer leur efficacité dans l'amélioration de dépistage et du succès de traitement.

Le but du plan stratégique 2015-2019 est de réduire de façon significative le poids de la tuberculose dans la population guinéenne à savoir : réduire de 50% la mortalité et la prévalence d'ici 2035 par rapport à 2012.

Les objectifs du plan sont :

Objectif 1. Renforcer les capacités de gestion et de suivi du PNLAT aux niveaux central, intermédiaire et périphérique pour une mise en œuvre optimale du plan stratégique national.

1 WHO/HTM/STB/2006.37. The STOP TB Strategy

2 OMS. Rapport du Secrétariat. Conseil exécutif EB134/12 du 29 novembre 2013. Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015.

Objectif 2. D'ici 2019, diagnostiquer et mettre sous traitement 64 599 nouveaux cas et rechutes de tuberculose à savoir de 12 143 en 2015 à 13 720 en 2019.

Objectif 3. D'ici 2019, traiter avec succès 34 277 cas confirmés bactériologiquement avec un taux de succès de traitement passant de 82% pour la cohorte 2012 à au moins 90% en 2019.

Objectif 4 : D'ici 2019, 100% des cas de tuberculose sont dépistés pour le VIH et l'ensemble des patients co-infectés TB/VIH bénéficie de la prophylaxie au CTX et du traitement ARV.

Objectif 5. Mettre sous traitement 100% des cas confirmés TB-MR d'ici 2019.

Objectif 6. Renforcer les capacités des communautés, des organisations de la société civile et des prestataires de soins publics, privés à but lucratif et non lucratif.

Les interventions stratégiques prioritaires sont :

- Garantir le fonctionnement des services du programme et l'assistance technique nationale et internationale.
- Renforcement du système de gestion en médicaments antituberculeux de première et de deuxième ligne et en réactifs et consommables de laboratoire.
- Mise en œuvre du plan de renforcement de ressources humaines du programme.
- Renforcement du système de suivi évaluation et de la recherche opérationnelle.
- Amélioration de l'accessibilité au diagnostic de la tuberculose en renforçant la microscopie et en intégrant le GeneXpert MTB/RIF au niveau régional.
- Dépistage actif de la tuberculose chez les populations vulnérables et à risque tels que le personnel de santé ayant en charge les cas de TB, les cas contacts, les prisonniers et les diabétiques.
- Renforcement des capacités du LNR des mycobactéries et des laboratoires régionaux pour le diagnostic et le suivi des malades TB-MR ou TB-RR.
- Dispensation des soins de qualité aux malades tuberculeux.
- Amélioration de la prise en charge de la tuberculose chez les enfants.
- Renforcement de la collaboration entre le Programme de lutte contre la Tuberculose et le Programme SIDA à tous les niveaux.
- Réduction du fardeau de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.
- Réduction du fardeau du VIH chez les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux.
- Surveillance de la pharmacorésistance chez tous les malades TB en retraitement.
- Dispensation des soins de qualité à tous les malades TB-MR diagnostiqués.
- Communication, plaidoyer et mobilisation sociale pour atteindre une plus grande utilisation des services TB et un support social des patients.
- Renforcement du partenariat avec les autres structures publiques non dépendantes du Ministère de la Santé (Ministère de la Défense et de la Justice) et les structures privés à but lucratif et non lucratif.

I. Introduction

1.1 Contexte

1.1.1 Données Physiques et géographiques

La République de Guinée est située en Afrique Occidentale, à 10° au nord de l'équateur. Elle est limitée par la Guinée Bissau au Nord-Ouest, le Sénégal et le Mali au Nord, la Côte d'Ivoire et le Mali à l'Est, le Libéria et la Sierra Léone au Sud et l'Océan Atlantique à l'Ouest. Le pays est bordé par 300 km de côte et s'étend sur 800 km d'Est en Ouest et 500 km du Nord au Sud. Sa superficie totale est de 245 857 km².

La Guinée comprend quatre régions naturelles qui sont: la Basse Guinée, la Moyenne Guinée, la Haute Guinée et la Guinée Forestière.

La Basse Guinée est une région de plaines côtières qui couvre 18% du territoire national et qui se caractérise sur le plan climatique par de fortes précipitations variant entre 3000 et 4000 mm par an. La Moyenne Guinée, région de massifs montagneux couvre 22% du territoire national, avec des niveaux de précipitations annuelles entre 1500 et 2000 mm par an.

La Haute Guinée est une région de plateaux et de savanes arborées qui couvre 40% de la superficie du pays. Le niveau des précipitations varie entre 1000 et 1500 mm par an.

La Guinée forestière est un ensemble de massifs montagneux et de forêt dense qui couvre 20% du territoire national, avec une pluviométrie qui varie entre 2000 et 3000 mm.

1.1.2 Données démographiques

Le recensement général de la population et de l'habitat de décembre 1996 a révélé que la population guinéenne se chiffrait à 7 156 402 habitants. Sur la base d'un taux d'accroissement démographique de 3,1%, la population guinéenne se situerait en 2013 à environ 12 025 199 habitants. Elle est constituée en majorité de femmes (52%). Plus de 44% des individus sont âgés de moins de 15 ans et 4% des guinéens ont plus de 65 ans. La taille moyenne des ménages est de plus de 6 personnes. La démographie est caractérisée par une croissance rapide de la population et marquée par de fortes disparités régionales: Basse Guinée (20,4%), Moyenne Guinée (22,9%), Haute Guinée (19,7%), la Guinée Forestière (21,7%) et la zone spéciale de Conakry (15,3%) de la population totale³. L'espérance de vie à la naissance est de 54,5 ans⁴.

Les migrations récentes en Guinée ont été considérablement influencées par les conflits sociopolitiques des années 1990 enregistrés au Liberia et en Sierra Leone, ainsi qu'en Côte d'Ivoire au début des années 2000. Le pays a ainsi accueilli 600 000 réfugiés en provenance de ces pays⁵.

Aussi, les conflits socio-politiques récurrents dans le pays, depuis 2000, entraînent souvent des déplacements internes de populations avec des conséquences sanitaires.

1.1.3 Contexte culturel, éducationnel et comportemental

Le Taux Brut de Scolarisation (TBS) au primaire est en hausse passant de 78,3% en 2009/2010 à 80% en 2010/11 et 81% en 2012. Le TBS des filles est passé de 70,1% à 73,5%⁶ dans la même période. Le taux brut d'achèvement est de 44% pour les filles et 56% pour les garçons.

Le taux brut d'abandon au primaire est de 8% en moyenne avec 13% pour les filles et 6 % pour les garçons.

³ Ministère du Plan (MP), Bulletin de Population et Développement, 2012

⁴ PNUD, 2013.

⁵ MP, Plan quinquennal 2011-2015

⁶ MP, Bulletin de Population et Développement, 2012

Selon l'Enquête Légère pour l'Evaluation de la Pauvreté (ELEP) de 2008, le taux d'alphabétisation est de 34,5% pour l'ensemble du pays, 49,9% et 21,5% respectivement pour les hommes et les femmes.

Les attitudes et comportements de la majorité de la population apparaissent souvent peu favorables à la santé et la nutrition. Ils se caractérisent par :

- un faible respect des règles d'hygiène et d'assainissement ;
- une pratique sous optimale de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
- un faible niveau d'informations sur la sexualité et les méthodes contraceptives (seulement 8,5% des femmes en âge de procréer utilisent une méthode moderne ou traditionnelle de contraception et la prévalence contraceptive moderne est de 7%)⁷ ;
- un faible niveau de connaissance sur le mode de transmission et de prévention de certaines maladies comme les maladies sexuellement transmissibles, y compris le Sida (63 % et 75 % respectivement pour les femmes et les hommes)⁸ ;
- un faible niveau de connaissance des besoins alimentaires des enfants et des femmes (enceintes et allaitantes).

Les études menées sur l'itinéraire thérapeutique montrent que la majorité des malades commencent ou terminent leurs soins en médecine traditionnelle. Cela montre l'importance accordée à la médecine traditionnelle par la population et le poids des croyances sur le choix de leurs options thérapeutiques⁹.

1.1.4 Profil environnemental et Cadre de vie

Selon le rapport 2012 du Programme Commun OMS/UNICEF du suivi de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement (JMP, 2012), le taux de couverture nationale en eau potable est de 74% avec de grandes disparités entre le milieu urbain (90%) et le milieu rural (65%). Les principales sources d'approvisionnement en eau de boisson des ménages se répartissent comme suit: forages (47%), bornes fontaines ou robinet (22%), eaux de surface (16,1%)¹⁰.

Le taux de couverture nationale de l'assainissement (accès aux latrines) est de 18% (32% en milieu urbain contre 11% en milieu rural)¹¹. La mauvaise gestion des eaux usées, des excréta et des ordures ménagères entraîne la pollution du sol, de l'air, des eaux (souterraines et de surface). La stagnation des eaux usées en certains endroits favorise le développement des gîtes larvaires des vecteurs de maladies.

Au niveau national, 77 % des ménages rejettent les ordures dans la nature. Ce taux est de 93% en milieu rural, 18,1% à Conakry et 64,4% dans les autres centres urbains. Le ramassage public ne se fait qu'à Conakry et concerne 55,4% des ménages. Le ramassage privé compte pour 10,5% et l'incinération pour 6,1%¹². La présence des dépotoirs sauvages un peu partout dans la ville de Conakry et à l'intérieur du pays favorise la prolifération des insectes et des rongeurs, vecteurs de maladies.

La production de déchets biomédicaux en Guinée est estimée à plus de 700 tonnes par an¹³. La plupart des structures de soins ne dispose pas d'infrastructures et d'équipements adaptés et suffisants pour le tri, la collecte, le transport, le stockage, le traitement et l'élimination de ces déchets.

Les activités industrielles rejettent dans le milieu naturel des matériaux et substances hautement toxiques et dangereux, qui sont source de pollution d'ordre physique, chimique et bactériologique pour le sol, l'air et l'eau. Les eaux usées industrielles sont pour la plupart rejetées

⁷ MP, Bulletin de Population et Développement, 2012

⁸ MP, INS, EDSA, 2012

⁹ MSHP, Politique nationale de la santé communautaire, 2012

¹⁰ ENENSE Guinée 2007

¹¹ JMP, 2012

¹² UNICEF, Rapport d'évaluation, 2009

¹³ MSHP, Stratégie nationale de gestion des déchets biomédicaux, 2010

sans traitement préalable dans la mer, les cours d'eau, les caniveaux, le sol, etc. D'une manière générale, les substances chimiques (nitrates, métaux lourds, chlorures, etc.) et les polluants organiques libérés par les industries, sont source de diverses maladies humaines, de la mort de plusieurs espèces aquatiques et de plantes¹⁴.

La sécurité sanitaire des aliments pose des problèmes de santé publique de grande envergure et les maladies d'origine alimentaire restent prédominantes dans le pays. Les analyses microbiologiques des aliments vendus/consommés dans les rues de la capitale Conakry, ont montré que 81,2% de ces aliments sont contaminés¹⁵. Dans la quasi-totalité des abattoirs et boucheries, les viandes sont exposées directement à l'air libre et le port des tenues n'est pas systématique, toutes des conditions favorables aux contaminations microbiennes. Selon l'enquête SMART 2011, 33,4% seulement des mères enquêtées se lavent les mains avant de donner à manger à leurs enfants et 49,3% des mères le font après avoir nettoyé les selles de l'enfant.

Les résultats de l'EDS 2012 mettent en évidence une certaine précarité des conditions de logement en Guinée. Quatre ménages sur 9 (45%) vivent dans des logements dont le sol est en terre ou sable, ce qui favorise la propagation des maladies infectieuses et parasitaires. En milieu urbain, la majorité des logements a un sol recouvert de ciment (74%), et en milieu rural, le sol d'environ deux tiers des logements (64%) est en terre, sable ou bois.

1.1.5 Organisation administrative

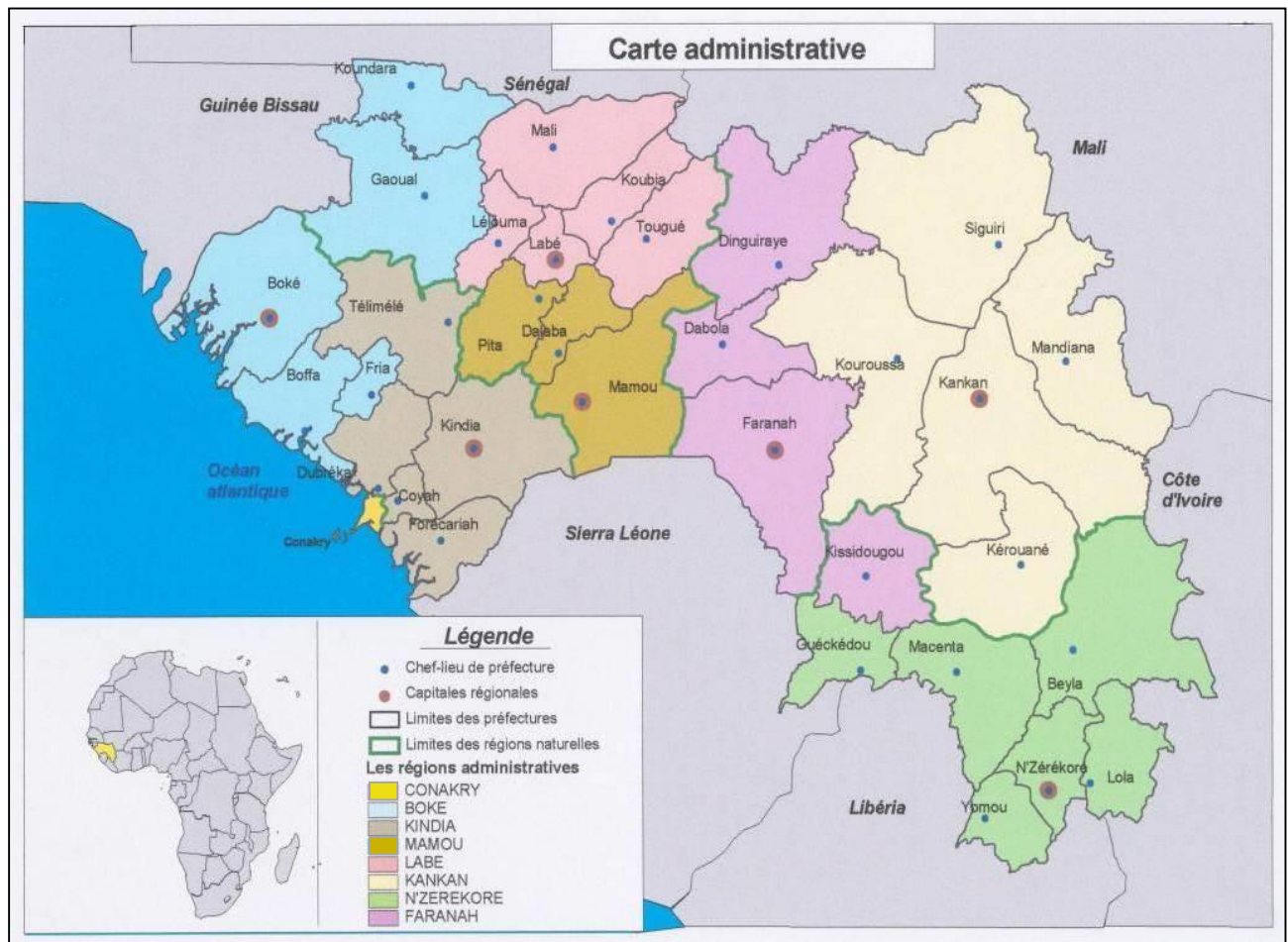
La Guinée compte 7 régions administratives auxquelles s'ajoute la ville de Conakry qui jouit d'un statut de collectivité décentralisée spécifique. Le pays compte 33 préfectures, 38 communes urbaines dont 5 à Conakry et 304 communes rurales. Ces collectivités se subdivisent en 308 quartiers urbains et 1615 districts ruraux. La structure organisationnelle du système de santé est calquée sur le découpage administratif et comprend 8 régions et 38 districts sanitaires.

La carte suivante matérialise le découpage administratif du pays.

¹⁴ MSHP/MEEF, Rapport ASEB Guinée, 2013

¹⁵ MSHP/OMS, Analyse situationnelle de l'Hygiène alimentaire, 2008

Figure 1. Carte administrative de la Guinée



1.1.6 Contexte politique et institutionnel

La Guinée est un État laïc indépendant depuis le 2 Octobre 1958. De l'indépendance à 1984, le pays a été dirigé par un régime de parti unique qui a été suivi par un pouvoir militaire jusqu'en 1991, date à laquelle la Guinée s'est dotée d'un régime présidentiel pluraliste. Ce processus démocratique amorcé a été interrompu de 2008 à 2010 par un autre régime militaire caractérisé par des troubles sociaux dont les répercussions sur les résultats des services de santé furent particulièrement importantes en 2009.

Après cette période d'instabilité politique, les guinéens élièrent démocratiquement en novembre 2010 un Président au suffrage universel pour un mandat de 5 ans, renouvelable une fois.

Le pouvoir législatif est détenu par l'Assemblée Nationale qui compte 114 députés élus au suffrage universel pour cinq ans.

Le pouvoir judiciaire est exercé par la Cour Suprême (Conseil Constitutionnel)

Le Conseil Économique et Social et le Conseil National de la Communication complètent les grandes Institutions républicaines du pays.

1.1.7 Situation économique

Le pays dispose d'importantes ressources naturelles. Les écosystèmes de forêt équatoriale, de montagnes et de savanes soudano-sahéliennes recèlent un grand potentiel économique dans l'agriculture, l'élevage et le tourisme. La pêche maritime et continentale est une autre source de richesse naturelle. En outre, l'abondance de la pluviométrie et un réseau hydrographique très

fourni font de la Guinée le « château d'eau » de l'Afrique de l'Ouest et lui procurent un potentiel hydroélectrique considérable.

Le sous-sol recèle de richesses minières diversifiées au point que la Guinée est qualifiée de « scandale géologique ». Les gisements qui sont exploités incluent la bauxite (2/3 des réserves mondiales), l'or et le diamant. D'importantes réserves de fer et de manganèse, de cuivre et de plomb, de zinc associé à l'argent, de cobalt associé au platine, d'uranium, de phosphate, de calcaire, de pétrole et de gaz naturel sont encore non entamées.

La dégradation du cadre macroéconomique a entraîné l'aggravation de la pauvreté dans les ménages qui est passée de 53% en 2007 à 55,2% en 2012¹⁶.

1.2 Système de santé en Guinée

1.2.1 Etat de Santé de la Population

Les principaux indicateurs de santé sont présentés dans le tableau 1 ci-après :

Tableau 1. Quelques indicateurs sociodémographiques et sanitaires

Indicateurs	2005 (EDS III)	2012 (EDS IV MICS)
Taux brut de natalité	38,4‰	34,0‰
Taux brut de mortalité	14,6‰	10,19‰
Taux de mortalité infanto-juvénile	163‰	122 ‰
Taux de mortalité infantile	91‰	67‰
Taux de mortalité maternelle	980/100 000 nv	724/100 000 nv
Indice synthétique de fécondité	5,7	5,1
Taux de mortalité néonatale	39%	33%
Couverture d'au moins une consultation prénatale	82%	85%
Taux d'accouchements assistés	38%	47%
Taux de prévalence contraceptive	9%	8,5%
Taux de séroprévalence VIH	1,5%	1,7%
Espérance de vie	62 ans	58,9 ans
Indice de pauvreté	53,0%	55,2%
Insuffisance pondérale chez les moins de 5 ans	26%	18%

1.2.2 Les Programmes de santé

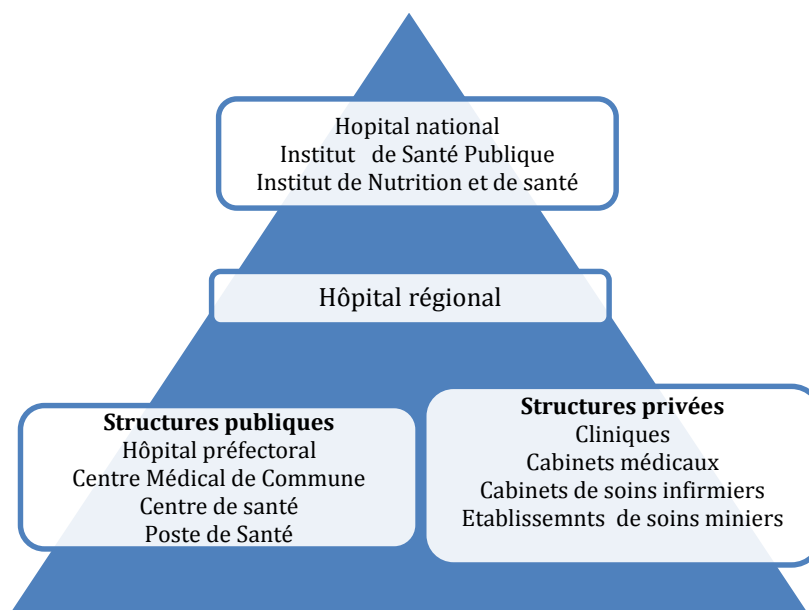
En tenant compte des problèmes de santé de la population, certaines maladies ont été ciblées en priorité et ont fait l'objet de programmes spécifiques à savoir : le programme élargi de vaccination / soins de santé primaires, la lutte contre la lèpre, l'ulcère de Buruli, le VIH/SIDA, l'onchocercose et la cécité, le paludisme, la tuberculose, la prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant, la Maternité Sans Risques, la Santé mentale, les traumatismes, la trypanosomiase humaine africaine et les Maladies Non Transmissibles (MTN), y compris la malnutrition.

1.2.3 Structure générale du système de soins

L'offre de soins représente l'ensemble des établissements de soins publics, parapublics et privés implantés sur le territoire national avec leur contenu, leur fonctionnement et les résultats qu'ils produisent pour répondre à la demande de la population.

L'offre de soins globale dans le pays est organisée de façon pyramidale et comprend : les sous-secteurs public, parapublic et privé.

Figure 2. Typologie de l'Offre de soins



Le sous-secteur public est organisé de façon pyramidale et comprend de la base au sommet : 925 postes de santé, 406 centres de santé, 2 Centres de Santé Améliorés, 8 Centres Médicaux de Commune, 26 Hôpitaux préfectoraux, 7 Hôpitaux régionaux et 3 hôpitaux nationaux. En plus, il existe des services rattachés comme le service de santé scolaire et universitaire, la médecine du travail, la promotion de la santé.

Le sous-secteur parapublic est composé de structures de santé militaires (16 unités médicales des Armées, 8 Centres médico-chirurgicaux des Armées, un hôpital militaire) et des établissements de soins miniers dans les préfectures de Boké, Fria, Sigouri, Dinguiraye et Beyla.

Le sous-secteur privé formel comprend : 41 cliniques, 106 cabinets médicaux, 17 cabinets dentaires, 16 cabinets de sage-femme, 152 cabinets de soins infirmiers, 4 centres d'exploration médicale et 35 centres de Santé associatifs et confessionnels.

Le secteur privé informel est composé de 1 044 structures recensées toutes catégories confondues dont les 2/3 dans la ville de Conakry¹⁷.

Pour améliorer l'accessibilité aux soins et services pour les populations, le Ministère de la Santé a initié depuis 1992 un programme de services à base communautaire. De nos jours, le paquet d'activités des agents communautaires inclut la surveillance épidémiologique, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et du nouveau-né (PCIMNE) et l'application de la stratégie DOTS pour la prise en charge de la tuberculose.

1.2.4 Ressources du secteur

1.2.4.1 Infrastructures sanitaires

Sur les 1 379 infrastructures publiques existantes, 259 postes de santé ne répondent pas aux normes de la carte sanitaire, soit 28%, 203 Centres de santé sont en mauvais état soit 50% et 23 hôpitaux sont classés comme non conformes aux normes, soit 53%.

¹⁷ Documents préparatifs des Etats généraux de la Santé/l'Offre et les Prestations de Services

Dans le secteur privé, 72% des infrastructures se caractérisent par (1) une inadéquation des locaux par rapport aux standards nationaux (2) une illumination insuffisante et (3) un système de ventilation qui favorise les risques en milieu de soins.

En matière d'équipements, au niveau des Centres de Santé publics, selon la liste standard définie par le Ministère de la Santé par niveau de prestations, sur les 406 Centres de Santé, le taux de conformité des équipements est seulement de 34% avec des variations très importantes entre les structures et les types de moyens.

1.2.4.2 Ressources humaines

La gestion des ressources humaines en santé est caractérisée par la démotivation des agents liée à l'absence de description de poste, de profil de carrière, aux bas salaires et aux mauvaises conditions de travail. On note des déséquilibres quantitatifs, qualitatifs et de distribution des ressources humaines.

Selon le rapport de l'analyse des ressources humaines en santé en 2012, 55,4% du personnel travaillent dans les hôpitaux contre 44,6% dans les centres et postes de santé alors que, selon les normes, ces proportions devraient être respectivement de 46,8% et 53,2%.

Sur le plan géographique, 17% des professionnels de la santé du secteur public servent dans les zones rurales pour couvrir 70% de la population du pays, contre 83% en zones urbaines pour 30% de la population (tableau 2). La région de Conakry, avec 15% de la population nationale, dispose de 49% du personnel professionnel de la santé.

Tableau 2 : Répartition du personnel professionnel de la santé du secteur public et de la population par lieu de résidence

Zone de résidence	Boké	Cky	Frn	Kk	Kn	La	Mm	N'Z	pays	%	pop
Rural	144		212	214	196	242	153	264	1425	17	70
Urbain	329	4184	379	424	618	326	228	558	7046	83	30
Total	473	4184	591	638	814	568	381	822	8471	100	100
%	6	49	7	8	10	7	4	10	100		

Légende : Cky= Conakry ; Frn= Faranah ; Kk= Kankan ; Kn= Kindia ; La= Labé ; Mm= Mamou ; N'Z= N'Zérékoré

1.2.4.3 Ressources financières et financement du secteur

La Guinée, avec moins de 3% du budget national alloué à la santé, fait partie des nombreux pays qui ne sont pas sur la voie d'atteindre les 15% comme proposé par les Chefs d'Etats de la CEDEAO à Abuja en 2001.

La Guinée est l'un des pays dont le poids du paiement direct est le plus important (environ 62,2%¹⁸). Cela confirme le sous financement du secteur par l'Etat et donne des indications quant à la faiblesse de la couverture sociale dans le pays.

Le taux d'utilisation moyen des services des soins est de 0,3 contacts par habitant et par an.

Selon le rapport de la Commission Financement de la santé du Ministère de la Santé en 2012, le poids de la dépense de santé des ménages est passé de 83% en 2004 à 62,2% en 2010.

Le nouveau Plan National de Développement Sanitaire qui couvrira la période 2014-2023 prévoit une amélioration de la carte sanitaire et de la couverture des risques (mutualisation, subvention) pour soulager davantage les ménages.

¹⁸ MSHP, 2010, CNS

Plusieurs organismes de coopération bilatérale et multilatérale et ONG tant nationales qu'internationales interviennent dans le secteur de la Santé, notamment l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Union Européenne, l'UNICEF, l'USAID, la GIZ, la Coopération Française, MSF, l'Association Française Raoul Follereau (AFRF), les œuvres Hospitalières Françaises de l'Ordre de Malte (OHFOM), la Mission Phil africaine, la KFW, l'UNFPA, la Banque mondiale, le Fonds Mondial, GDF, la Fondation Damien, Fraternité Médicale Guinée (FMG), le Lions Club, le Rotary Club, H.K.I, pour ne citer que ceux-là.

II. Ampleur du problème de la tuberculose en Guinée

2.1 Données épidémiologiques

La Guinée est classée parmi les pays à forte incidence de tuberculose et à forte incidence de la coïnfection TB/VIH. Les estimations publiées dans le rapport « Global TB report OMS 2013 » sont présentées dans le tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3: Profil épidémiologique de la tuberculose en Guinée en 2012

Estimation du poids de la TB * 2012	Nombre (milliers)	Taux (pour 100 000 hab)
Mortalité (hors VIH)	2,6 (1,1–4,8)	23 (9,8–42)
Prévalence (y compris VIH)	31 (16-53)	274 (136–459)
Incidence (y compris VIH)	20 (17–24)	178 (146–213)
Incidence (VIH-positif)	3,7 (3–4,4)	32 (27–39)
Taux de dépistage, toutes formes (%)	56 (47–68)	

Source: WHO Global report 2013

En 2013, 75% des patients tuberculeux enregistrés en Guinée ont été testés pour le VIH, 23% entre eux étaient VIH positifs.

Une enquête de pharmaco résistance est en cours. Selon la dernière enquête réalisée en 1999, le taux de TB-MR était de 0,5% chez les nouveaux cas et de 51,59% sur les cas en retraitement.

Tableau 4: Données sur la co-infection TB/VIH et sur la TB-MR

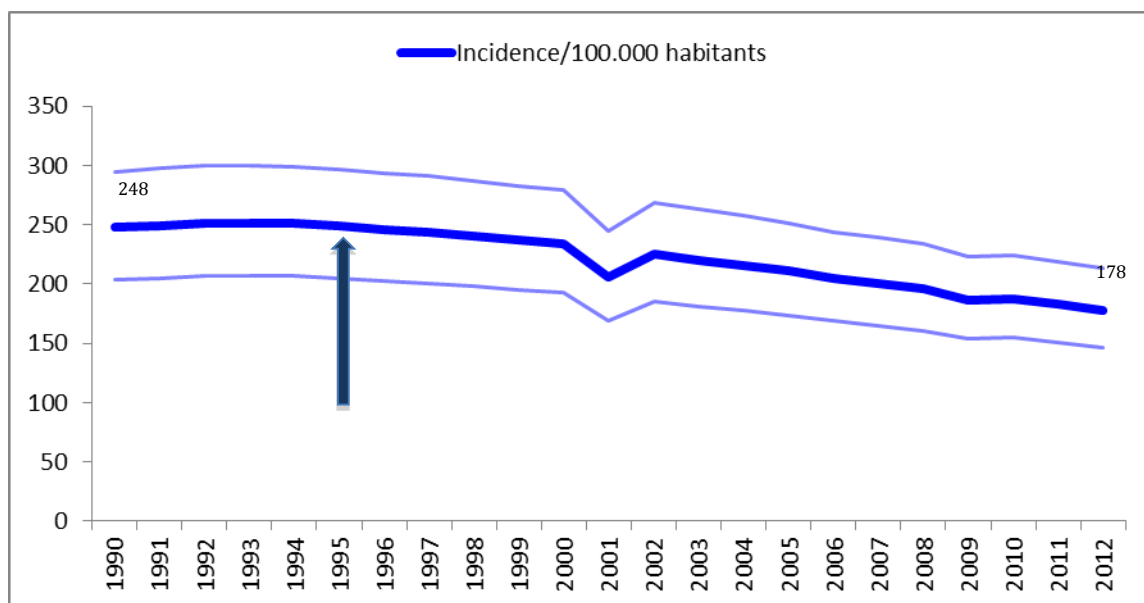
	Valeur	Année/Source
Prévalence estimée de l'infection à VIH dans la population générale	1,7%	EDS 2012
Pourcentage de patients tuberculeux testés pour le VIH	75%	2013/Statistiques PNLAT
Prévalence de l'infection à VIH chez les cas de tuberculose (%)	23%	2013/Statistiques PNLAT
Pourcentage de patients TB/VIH sous ARV	60%	2013/Statistiques PNLAT
Taux estimé de TB-MR chez les malades nouveaux cas	0,5 (0,11-1,6)	2012/WHO Global TB Report 2013
Taux estimé de TB-MR chez les malades en retraitement	28 (14-47)	2012/WHO Global TB Report 2013

2.2 Progrès de la lutte contre la tuberculose vers l'OMD 6C, les objectifs du Partenariat et les cibles du Plan mondial Halte à la tuberculose.

La lutte contre la tuberculose en Guinée a montré d'excellents progrès vers l'atteinte de l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) et des cibles du Partenariat Halte à la tuberculose :

- L'OMD 6C, de baisser l'incidence de la tuberculose d'ici 2015 par rapport à 1990, a été atteint en 1995 (figure 3).
- Les cibles du Partenariat Halte à la tuberculose de réduire de moitié la mortalité liée à la tuberculose et le taux de prévalence de la tuberculose en 2015 par rapport à leurs valeurs de 1990 ont été atteintes en 2007 pour la mortalité (figure 4) et en 2012 pour la prévalence (figure 5).
- Par contre, les objectifs du Plan mondial du Partenariat de la tuberculose sur l'amélioration du taux de dépistage à 70% ou plus et du taux de succès thérapeutique à 90% ou plus, d'ici à 2015, sont susceptibles de ne pas être atteints en Guinée.

Figure 3. Evolution du taux d'incidence de TB estimée par l'OMS en Guinée de 1990 à 2012



Selon les estimations de l'OMS, la mortalité, la prévalence et l'incidence de la tuberculose ont chuté entre 1990 et 2012 respectivement de 63%, 51% et 28% (soit respectivement de 62 à 23; 556 à 274 et 248 à 178 pour 100.000 habitants), ce qui démontre l'impact des stratégies et des financements en matière de lutte contre la tuberculose sur la transmission de la maladie.

Figure 4. Evolution du taux de mortalité de TB estimée par l’OMS en Guinée de 1990 à 2012

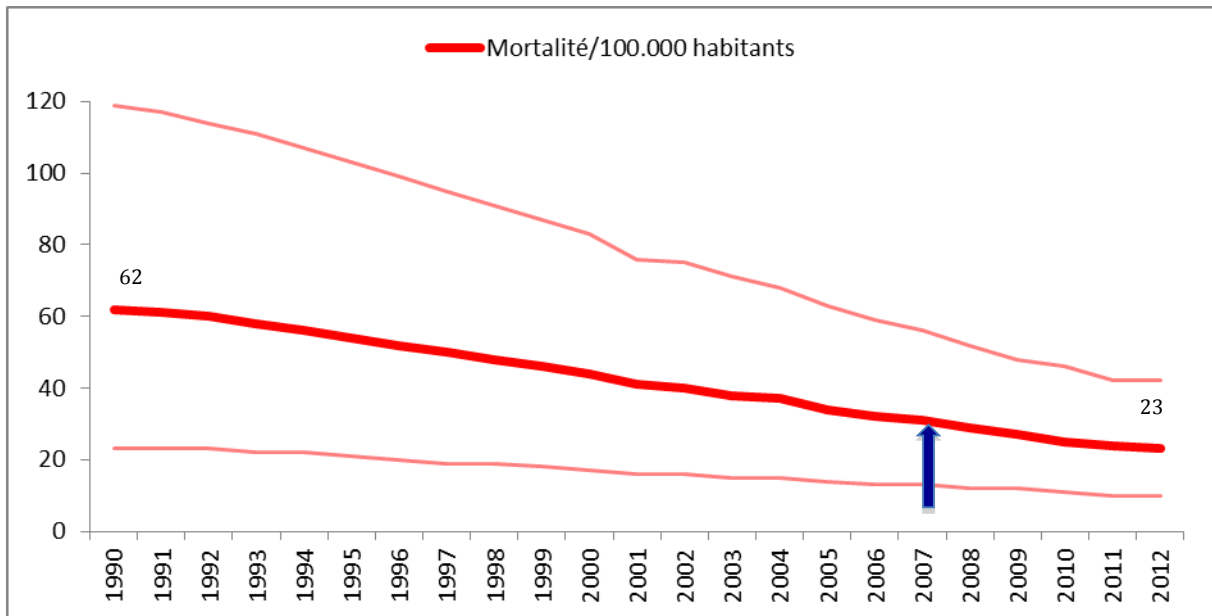
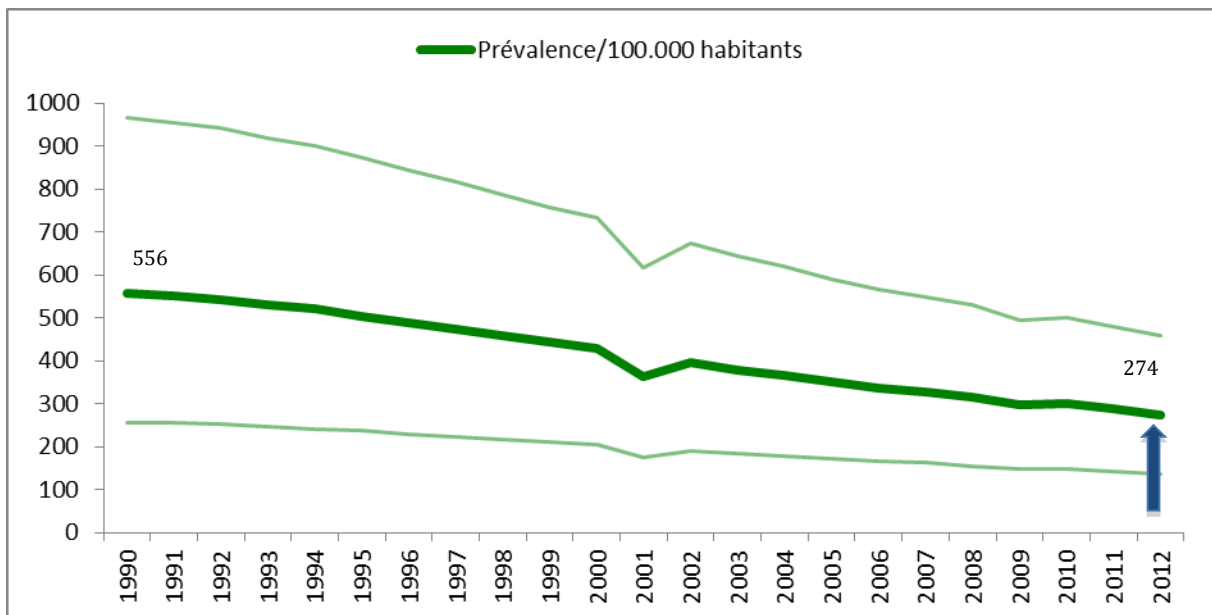


Figure 5. Evolution du taux de prévalence de TB estimée par l’OMS en Guinée de 1990 à 2012



III. Analyse de la réponse

3.1 Structures et fonctionnement du Programme National Antituberculeuse

Le Pays a déclaré la tuberculose comme une priorité du Ministère de la Santé et a créé le Programme National de Lutte contre la Tuberculose en 1990. Le Programme National Tuberculose a démarré la stratégie DOTS en 1990 et a intégré la plupart des éléments de la stratégie « Halte à la tuberculose » en 2007.

- *Au Niveau central : appui stratégique*

Le Programme National de Lutte Antituberculeuse est rattaché à la Division Prévention et Lutte contre la Maladie du Ministère de la Santé Publique qui relève de la Direction nationale de la Prévention et Santé Communautaire.

Le Programme est géré par une Coordination Nationale chargée de concevoir, élaborer, planifier, superviser, suivre, évaluer les plans et activités de Lutte Antituberculeuse, en collaboration avec les structures centrales et déconcentrées du Ministère de la Santé.

L'équipe de la coordination compte 4 unités (suivi-évaluation, DOTS communautaire, finance, appui logistique et pharmaceutique). Le staff est composé par 5 médecins, 1 pharmacien, 1 responsable de la DOTS communautaire, 2 gestionnaires/comptables, 1 data-manager et le personnel d'appui (2 secrétaires, 4 chauffeurs, 2 gardiens, 1 femme de ménage).

Le Service de Pneumo-phtisiologie de l'Hôpital National Ignace Deen et le Centre Médical de Macenta constituent les services nationaux de référence, dont les médecins participent à la formation, à la supervision et à l'évaluation du PNLAT à l'intérieur du pays. Ces centres assurent la prise en charge des cas de TB-MR.

Le Laboratoire National de Référence des Mycobactéries est fonctionnel depuis 1996. Il participe à l'évaluation et à la supervision du programme, assure le contrôle de qualité des résultats des laboratoires des différents CDT et la formation des techniciens travaillant à ces niveaux. Il effectue les cultures et les antibiogrammes dans le cadre de la surveillance épidémiologique des résistances primaires et acquises, et participe à la recherche opérationnelle.

- *Au niveau régional : appui tactique*

Au niveau des 8 régions administratives du Pays, le Directeur Régional de la Santé (DRS) est le responsable de la lutte antituberculeuse. Il y organise la supervision et l'évaluation du programme, et est assisté techniquement par le Médecin Chargé de la Lutte contre la Maladie (MCM) de la région et par le responsable régional du laboratoire de référence. Ce dernier collabore avec les médecins de l'hôpital régional pour le suivi des tuberculeux hospitalisés.

- *Au niveau préfectoral et sous-préfectoral : appui opérationnel*

Au niveau préfectoral, le Directeur Préfectoral de la Santé (DPS) est le responsable de la lutte antituberculeuse. Il est assisté techniquement par le Médecin chargé de la lutte contre la Maladie dans la préfecture. Ce médecin collabore avec les médecins de l'hôpital préfectoral pour les examens microscopiques des crachats et la prise en charge des malades hospitalisés. Il organise

la supervision et l'évaluation du programme dans les sous-préfectures. La plus part des CDT se trouvent au niveau préfectoral.

Le chef du Centre de Santé de la sous-préfecture est le responsable sous-préfectoral de la lutte antituberculeuse. Il est l'interface entre le système de santé et les services à base communautaire et à ce titre est responsable de la formation et de la supervision des agents communautaires. Il est assisté du contrôleur Lèpre/Tuberculose de la sous-préfecture qui mène les activités sur le terrain.

3.1.1 Financement du PNLAT

Le gouvernement guinéen assure le financement des dépenses consacrées aux salaires du personnel, aux infrastructures, aux produits pharmaceutiques, à l'eau, à l'électricité et au téléphone. Cependant, le budget de la santé par rapport au Budget national a continuellement baissé ces quatre dernières années, 3,5% en 2010, 2,54% en 2011, 1,98% en 2012 et 1,75% en 2013.

Cette tendance à la baisse est doublée d'un faible taux d'exécution et des retards dans la mise à disposition des fonds.

L'Etat est le premier bailleur du PNLAT, suivi par le Fonds mondial, Action-Damien et l'OMS. D'autres partenaires financent la lutte contre la tuberculose en Guinée, notamment l'Association Raoul Follereau, l'Ordre de Malte (OHFOM) et la Mission Phil africaine (MPA).

La part de chaque source de financement est variable selon les années. La figure 6 montre la part de chaque source de financement par an et sur l'ensemble des trois dernières années (2011 à 2013). L'apparition du Fonds mondial en 2ème place pourrait s'expliquer également par la réduction importante du financement apporté par celui-ci depuis la fin de la première phase jusqu'en juin 2013.

Le projet TB du Round 9 du Fonds mondial a connu une interruption importante, depuis la fin de la première phase en juin 2012 à cause des difficultés de gestion et de planification du bénéficiaire principal (Ministère de la Santé). L'accord pour la deuxième phase devrait être signé très prochainement avec le nouveau bénéficiaire principal PSI (Population Services International), avec un financement allant jusqu'en septembre 2015.

Figure 6. Distribution des dépenses pour la lutte contre la tuberculose par source et par an

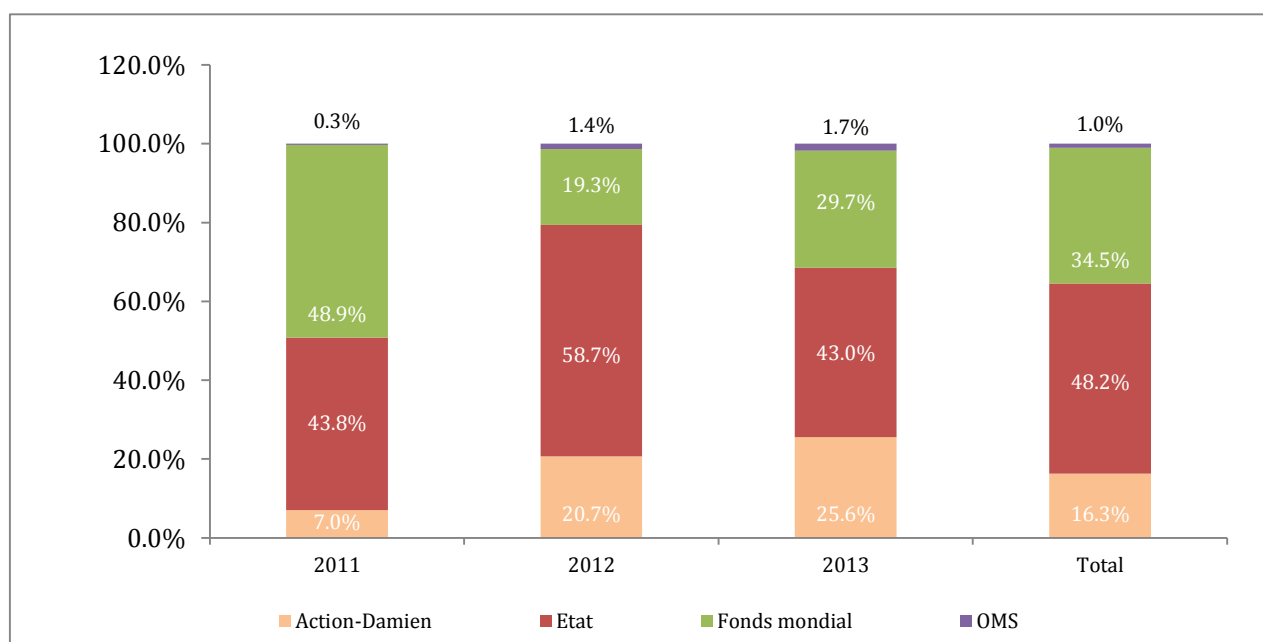
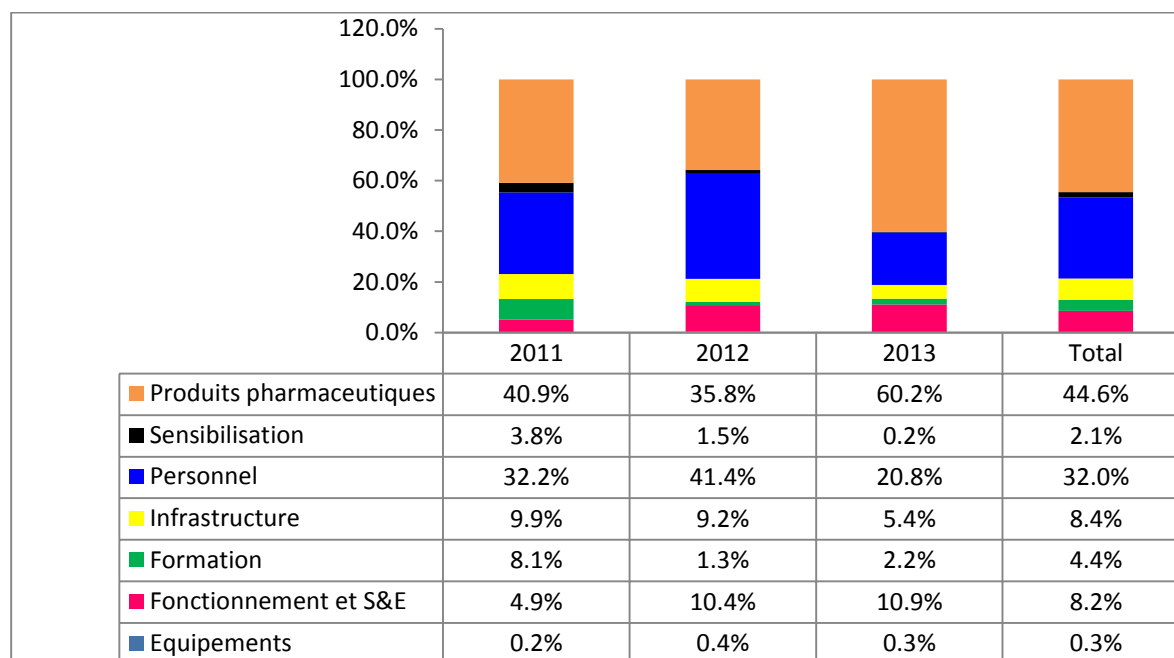


Figure 7. Répartition des dépenses contre la tuberculose par an et par catégorie.



Le soutien des partenaires du PNLAT a été décisif dans le développement du Programme à travers l’approvisionnement en médicaments, la production des outils de gestion, la fourniture de réactifs et matériels de laboratoire, ainsi que l’équipement et la maintenance d’une bonne partie du réseau de laboratoire.

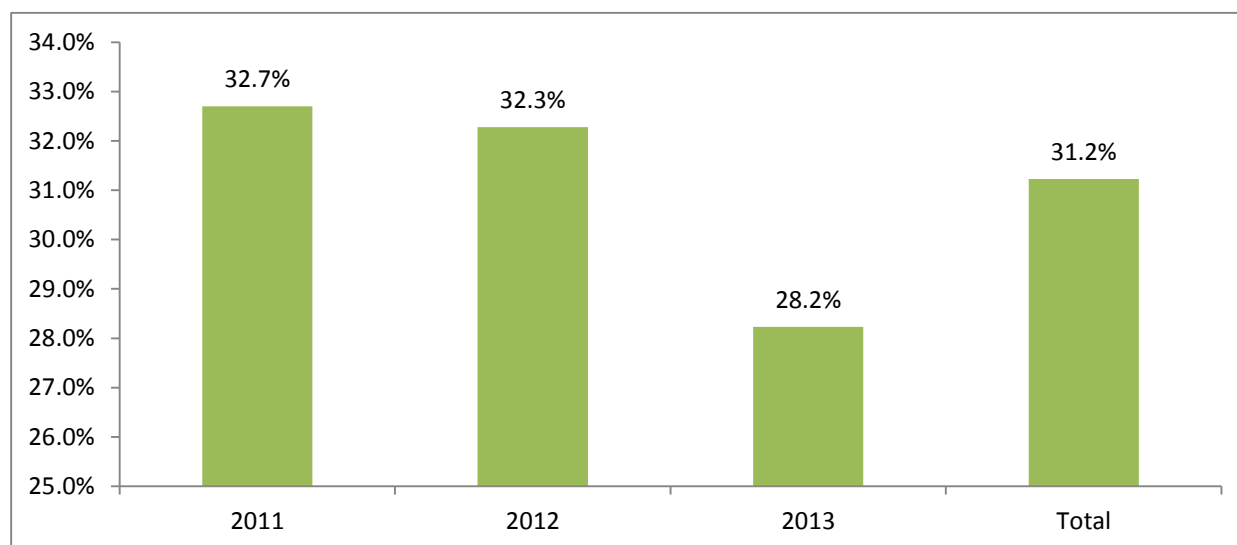
Ces partenaires soutiennent également les activités de formation, de supervision, et de fonctionnement de la Coordination Nationale, des CDT et du LNR. La figure 7 illustre la part des fonds allouée à chacune de ces catégories.

Selon les données disponibles de 2011 à 2013, sur un total planifié de 116.509.120.436 GNF (16.573.132 USD), 36.386.323.103 GNF (5.175.864 USD) ont été dépensés pour la lutte contre la tuberculose, soit un taux d’exécution de 31,2%.

Comme on le voit, il est assez bas. En réalité, le taux d’exécution est un peu plus élevé car la contribution d’autres partenaires (Raoul Follereau, Ordre de Malte, MPA), n’a pas pu être obtenue.

Toutefois, la contribution de ces sources ne relèverait pas significativement ce taux. L’exécution du budget a baissé de façon régulière, atteignant son niveau le plus bas (28,2%) en 2013. Cette situation pourrait s’expliquer par la baisse drastique du financement du Fonds mondial depuis la fin de la première phase. La figure 8 montre, par an et pour l’ensemble des trois dernières années (2011 à 2013), l’évolution des dépenses en pourcentage du budget.

Figure 8. Evolution des dépenses (en pourcentage du budget) de 2011 à 2013



L'examen de la contribution du Fonds mondial indique que l'exécution de son budget est globalement faible (45%), avec des variations importantes selon les catégories de dépenses et les années et une tendance à la baisse. Les catégories de dépenses les plus touchées par ces baisses sont la formation, le suivi et évaluation, la communication et le personnel (tableau 5). Le soutien aux malades n'a pas du tout été mis en œuvre pendant cette période.

Tableau 5. Evolution du taux d'exécution du budget du Fonds mondial par catégorie de dépense

Rubrique	Taux d'exécution			
	2011	2012	2013	Total
Planification/administration	5,3%	53,0%	50,0%	21,7%
Formation	70,0%	53,0%	19,2%	51,2%
Achat de produits médicaux	64,7%	0,0%	62,9%	45,3%
Suivi évaluation	53,0%	53,0%	4,4%	30,5%
Infrastructure/Equipement	83,0%	42,0%		60,9%
Communication	63,0%	53,0%	5,8%	46,9%
Salaire/primes diverses personnel	100,0%	53,0%	50,0%	67,8%
Assistance technique	53,0%	30,0%	34,3%	36,8%
Soutien aux populations vulnérables	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Frais de gestion intrants	53,0%	0,0%	53,0%	32,1%
MONTANT TOTAL	64,4%	26,5%	36,6%	45,2%

3.2 Résultats obtenus dans la lutte contre la tuberculose en Guinée

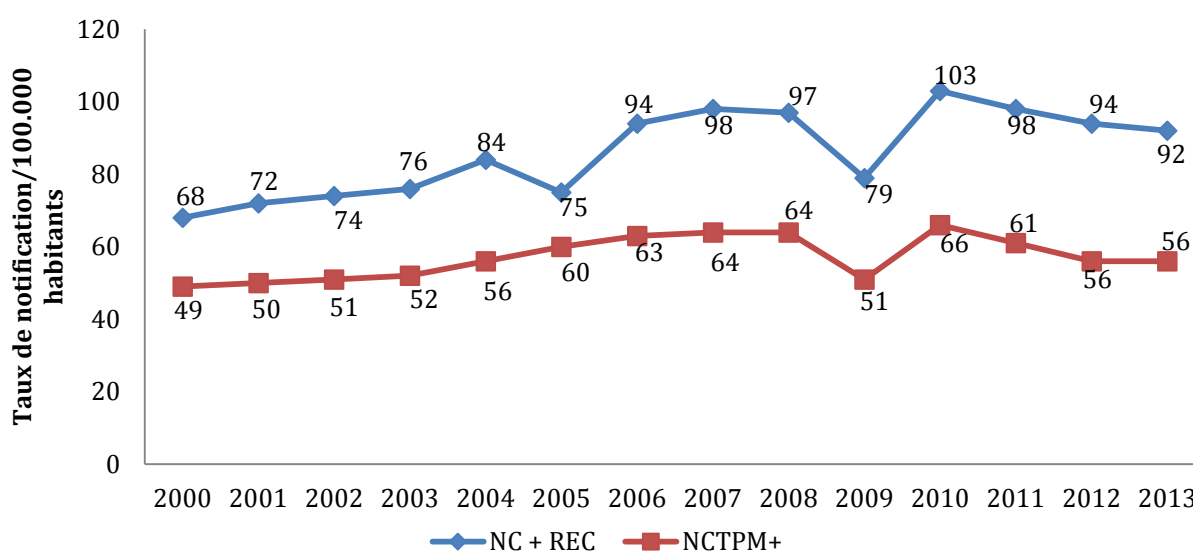
3.2.1 Diagnostic

Pendant la période couverte par le plan stratégique 2009-2013, 54.677 cas de tuberculose toutes formes ont été mis sous traitement antituberculeux dont 39.949 TPM+ NC.

Les taux de notification des nouveaux cas de tuberculose à frottis positifs et rechutes ont progressivement augmenté de 68 cas sur 100.000 habitants en 2000 à 92 cas sur 100.000 habitants en 2013. La chute en 2009 est probablement liée aux événements politiques que le pays a connus en décembre 2008 (Figure 9).

Le taux de notification des nouveaux cas à frottis positifs en 2013 est de 56 pour 100.000 habitants. Sur les nouveaux cas notifié en 2013, 63,7% sont des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+), 13,7% sont des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative (TPM0) et 22,6% de tuberculose extra pulmonaire (TEP).

Figure 9. Evolution du taux de notification en Guinée de 2000 à 2013 (NC + rechutes et NC TPM+)



Il semble que le taux de notification des nouveaux cas TPM+ pour 100.000 habitants ait atteint un pic en 2010 (66/100.000) et a commencé à décroître ensuite à un taux de décroissance moyenne de 5% sur les trois derniers ans. Cette décroissance des TPM+ NC pourrait être en faveur d'une baisse de la transmission comme estimée par l'OMS pour l'incidence, toutefois cette hypothèse doit être confirmée par le maintien du taux de suspects. Depuis les derniers 6 ans, on note une augmentation de la notification des nouveaux cas TPM0 et TEP (30/100.000 habitants en 2008 *versus* 32/100.000 en 2013). La différence de tendance entre TPM+ et autres formes pourrait être liée à une amélioration du dépistage des formes TPM- et TEP ou plus probablement à un excès de diagnostic de ces formes.

Les figures 10 et 11 montrent le taux de notification des nouveaux cas et des rechutes dans les 8 régions administratives de Guinée avec d'importantes disparités. La ville de Conakry dépiste 4 fois plus des cas que la moyenne nationale. Elle dépiste près de la moitié des cas de tout le pays, soit 47% des nouveaux cas TPM+ NC. Il faut aussi considérer qu'il y a de grosses différences

entre les taux de notification des communes de la ville de Conakry (par exemple on passe de 199 de la commune de Kaloum à 736 de la commune de Matam), probablement à cause de l'existence des centres antituberculeux historiques qui attirent les malades de tout le Pays.

Figure 10. Evolution du taux de notification dans la ville de Conakry de 2008 à 2013 (NC + rechutes et NC TPM+)

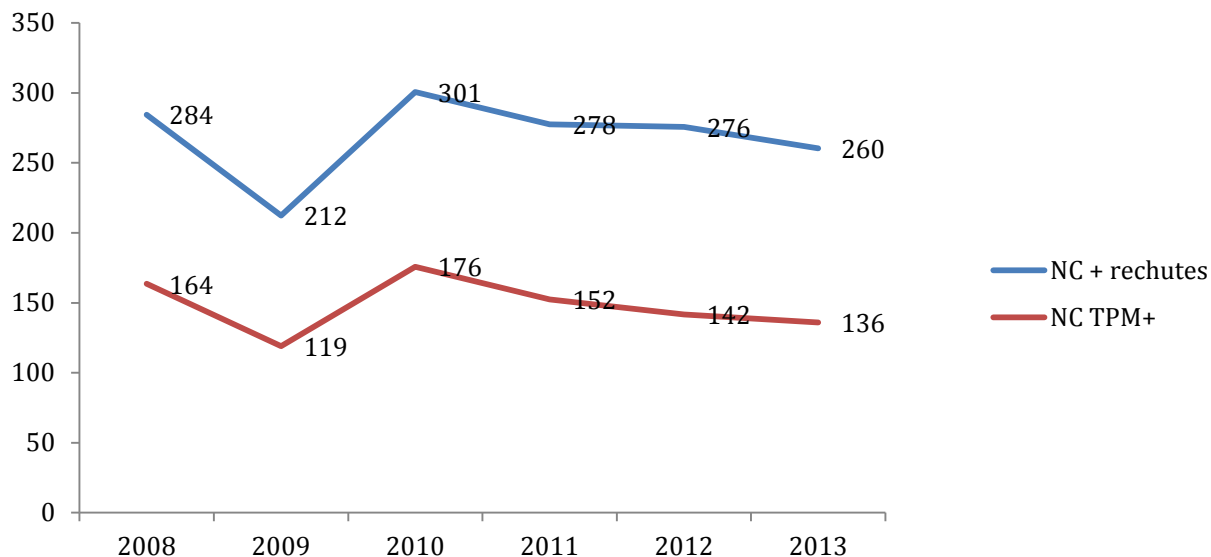


Figure 11. Evolution du taux de notification des nouveaux cas + rechutes dans les 7 Régions Administratives e 2008 à 2013

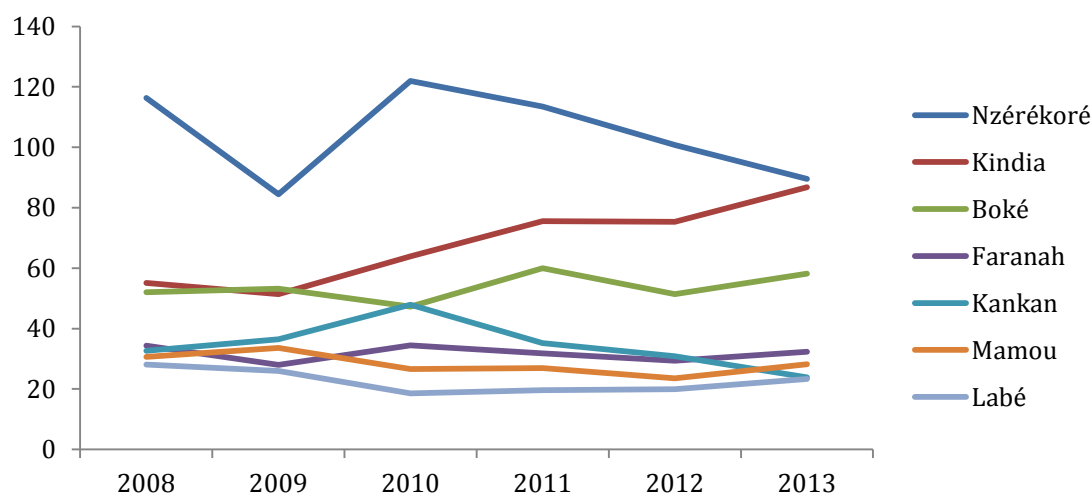
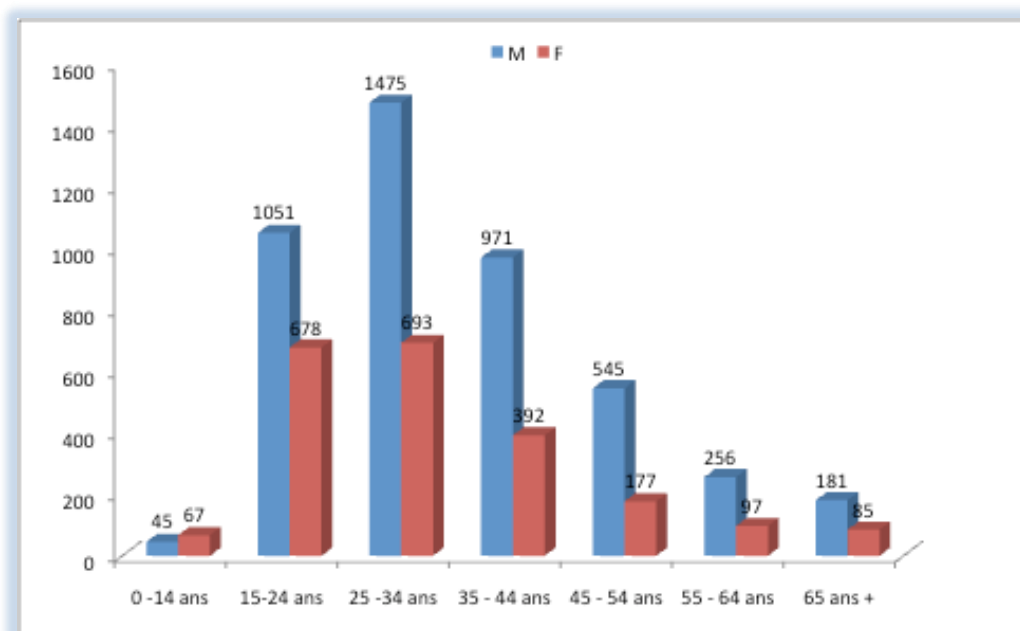


Figure 12. Répartition des NC TPM+ par tranche d'âge et par sexe en 2013



La figure 12 montre la prédominance des patients jeunes avec un pic pour la tranche d'âge de 25 à 34 ans, soit 32% de l'ensemble de NC TPM+, ce qui représente le tiers des patients.

Près de 80% des patients ont moins de 45 ans, et 90% des malades ont un âge inférieur à 55 ans. La transmission de la maladie continue dans la communauté tant que la majorité de malades sont des adultes en âge productif. Il faudra noter que très peu d'enfants ont été dépistés (2% des TPM+ NC et 5% des TB TTF) et que les données disponibles ne permettent pas d'évaluer les cas pour les enfants de moins de 5 ans.

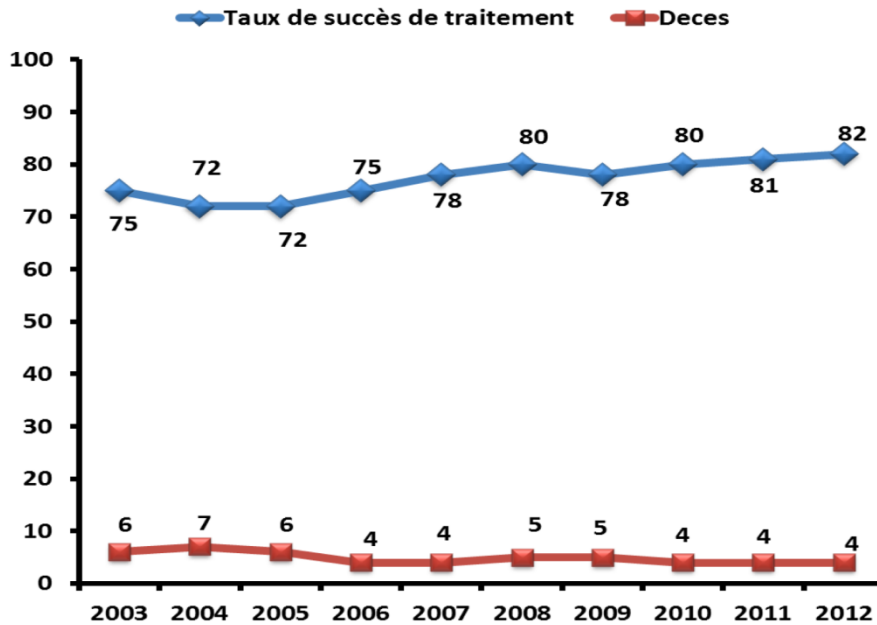
Les hommes ont été 2 fois plus atteints que les femmes et cela est d'autant plus marqué que l'âge avance. Cette disparité hommes/femmes se retrouve dans les pays limitrophes et elle a été déjà observée dans les pays développés quand la fréquence de la TB était élevée.

3.2.2 Résultats de traitement

Le PNLAT a fait des progrès notables en matière de traitement des malades tuberculeux (Figure 13). Le taux de succès de traitement pour les TPM+ NC est passé de 75% pour la cohorte 2003 à 82% pour la cohorte de 2012.

Ce taux est inférieur à la cible de 85% du plan stratégique 2009-2013 du Programme. Le taux de succès thérapeutique montre aussi des importantes différences régionales, en 2012 par exemple, les CDT de la ville de Conakry ont obtenu un taux de succès thérapeutique de 85% versus 62% de la Région de Kankan. Il faut souligner que les CDT de la ville de Conakry sont accompagnés par Action Damien à travers une supervision formative par semaine, des primes pour le personnel et des cartes téléphoniques pour la recherche des cas absents au traitement.

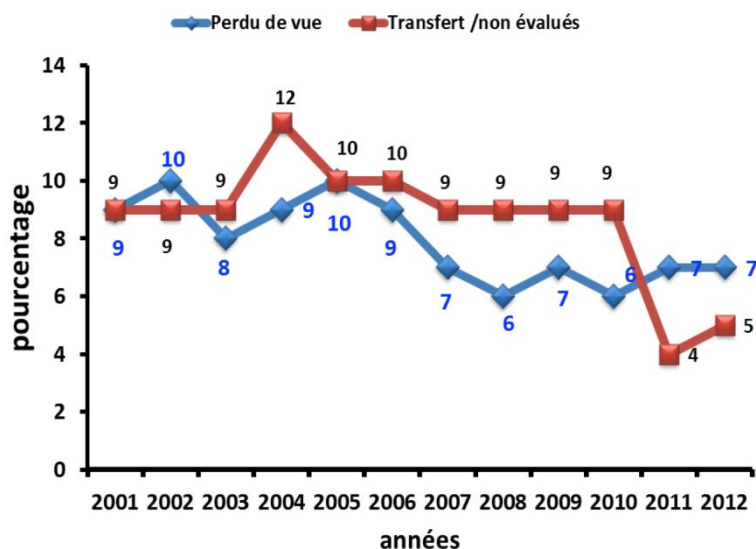
Figure 13. Evolution du taux de succès de traitement des NC TPM+ et de décès en Guinée de 2003 à 2012



Le taux de perdu de vue est toujours trop élevé, 7% pour la cohorte 2012. Certains CDT ont des taux de perdus de vue exceptionnellement élevés spécialement en zone minière (Kérouané 33%, Dabola 17%, Mandiana 18%).

Un pourcentage encore élevé est représenté par les malades non évalués et/ou transférés (5% pour la cohorte 2012) qui peuvent être considérés comme étant perdus de vue et nécessite un effort de suivi des cas transférés (Figure 14).

Figure 14. Evolution du taux de perdu de vue et des patients non évalués/transferts en Guinée de 2001 à 2012

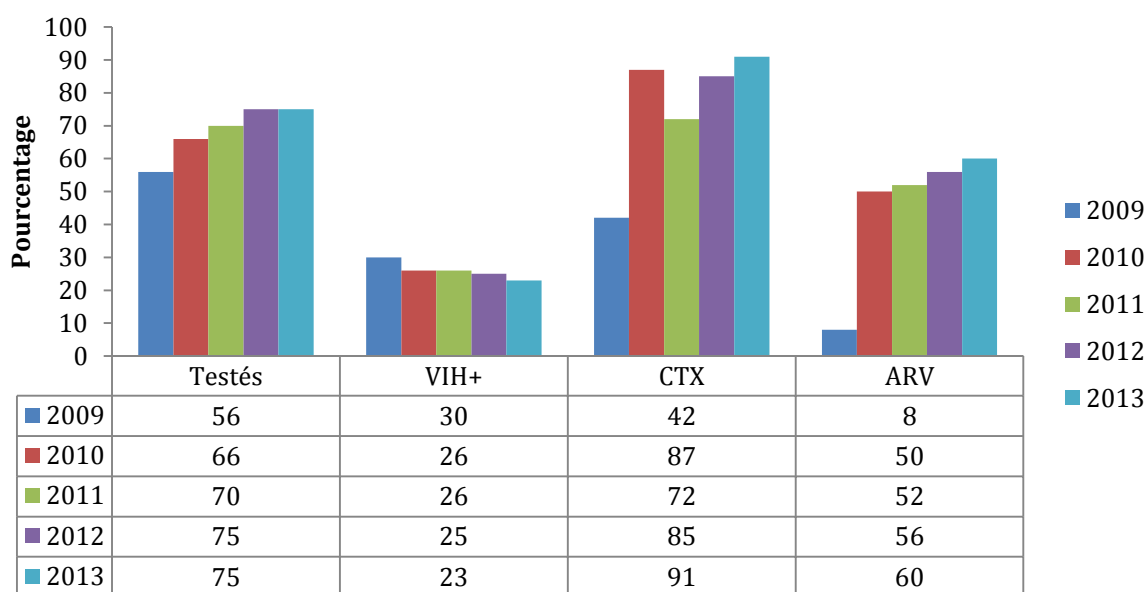


Le taux de succès des cas de retraitement enregistrés en 2012 est faible (73%).

3.2.3 Coïnfection TB/VIH

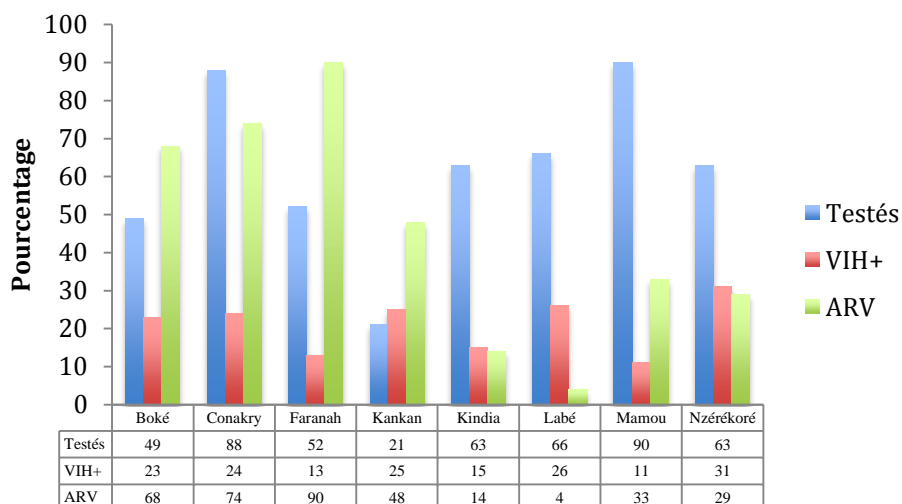
Les figures 15 et 16 montrent les résultats sur la coïnfection TB/VIH en Guinée et par régions sanitaires. Selon les données de routine collectée par le PNLAT, la proportion de patients tuberculeux ayant un statut sérologique connu pour le VIH est passée de 56% en 2009 à 75% en 2013, mais elle est encore loin du 100%. En 2013, seulement 60% des cas TB/VIH sont sous ARV avec une grande disparité entre les régions sanitaires (4% à Labé, 75% à Conakry).

Figure 15. Progression des indicateurs TB/VIH de 2009 à 2013 en Guinée



Concernant les données collectées par le PNPCSP en 2013, la coïnfection TB/VIH représente 4,65% dans la file active ARV (27.792) et seulement 2,3% des épisodes d'infections opportunistes notifiées.

Figure 16. Gestion de la co-infection TB/VIH par régions administratives en 2013

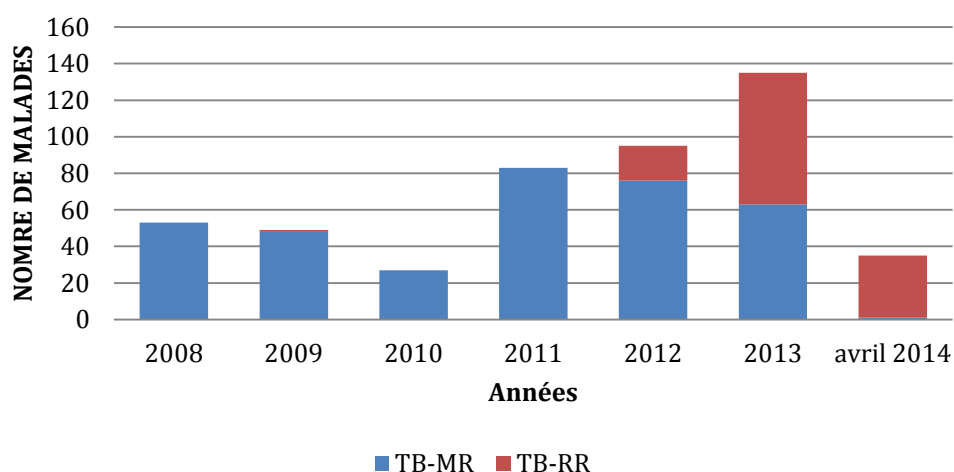


3.2.4 Tuberculose multi résistante (TB-MR)

De 2002 à 2013, 2885 cas présumés de TB-MR ont effectués un test de sensibilité aux médicaments antituberculeux, dont 629 (21,8%) ont été confirmés TB-MR. Sur les 2885 cas présumés, 1877 étaient définis comme nouveaux cas (93 TB-MR, 5%) et 1008 comme anciens cas (536 TB-MR, 53%). Il faut observer que parmi les nouveaux cas il y a des cas contacts avec des malades TB-MR et que les fiches de demande de culture et test de sensibilité comportent des erreurs de classification.

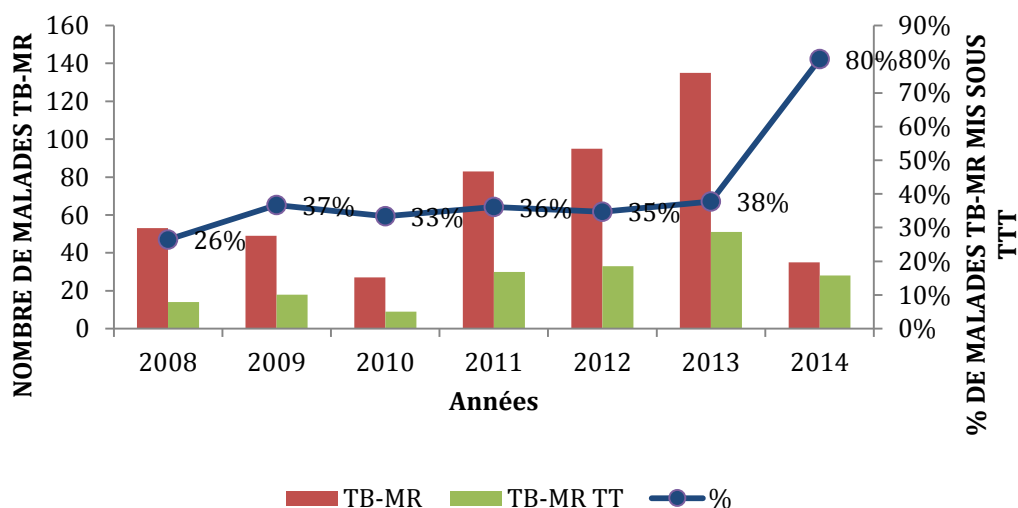
La figure17 montre que de plus en plus le test utilisé pour le diagnostic est le GeneXpert MTB/RIF disponible au LNR.

Figure 17. Malades TB-MR et TB-RR diagnostiqués de 2008 à avril 2014



Sur les 477 cas de TB-MR diagnostiqués de 2008 à 2014, 183 (38%) ont été mis sous traitement (Figure 18). Dans le groupe non traité, le devenir des 294 cas reste inconnu.

Figure 18. Proportion des malades TB-MR mis sous traitement



3.3 Analyse de forces, faiblesses, opportunités et menaces

3.3.1 Poursuivre l'extension d'une stratégie DOTS de qualité et son amélioration

Points forts:

- Existence du Programme National de Lutte contre la Tuberculose qui a mis en œuvre plusieurs plans stratégiques dont le dernier de 2009 à 2013.
- Présence de plusieurs partenaires techniques et financiers.
- Achat sur le budget de l'Etat d'une partie de médicaments antituberculeux.
- Existence d'un laboratoire national de référence de mycobactérie (LNR) et d'un réseau de laboratoire de microscopie intégré au réseau national de laboratoire.
- Existence des procédures opératoires standardisées au niveau du LNR.
- Mise en place d'un système de contrôle de qualité externe des lames.
- Possibilité de faire la culture, l'antibiogramme et Test GeneXpert MTB/RIF au niveau du LNR.
- Disponibilité des directives de prise en charge de la tuberculose conformément aux recommandations internationales.
- Utilisation des médicaments combinés en formulation fixe.
- Amélioration des résultats de traitement des malades.
- Présence d'un pharmacien au PNLAT.
- Existence d'une unité S&E au sein du PNLAT ayant un plan et un budget connu.
- Disponibilité d'outils standardisés pour la collecte et l'analyse de données avec un circuit de l'information clairement défini.
- Existence d'une base de données informatisée et sauvegardée au PNLAT.
- Organisation des ateliers de retro information lors des missions de supervision du niveau central vers les régions.

Points faibles

Gestion du programme et ressources humaines

- Faible capacité de gestion financière et technique au niveau central avec stratégie non ciblée sur les groupes à risques (PvVIH, prisonniers, cas contacts, diabétiques, personnel

de santé) ; insuffisance de supervision, de réunions trimestrielles des CDT au niveau régional et d'analyse des données ; mauvaise gestion et approvisionnement des médicaments; insuffisances en qualité et quantité de ressources humaines; vétusté des bureaux et des engins roulants à tous les niveaux.

- Niveau régional peu utilisé avec capacités du personnel au niveau régional insuffisantes.
- Assistance technique de longue durée limitée pour appuyer la coordination.
- Faible capacité de gestion de l'équipe centrale du PNLAT pour la mise à jour des normes et guides techniques et guides de formation et enfin pour l'organisation du travail de l'unité centrale.
- Absence d'un plan clair de renforcement des capacités des ressources humaines.
- Disponibilité d'un seul agent de traitement par CDT salarié par l'Etat. Le reste du personnel est représenté par des bénévoles.
- Près d'un tiers des CDT n'a pas un technicien de laboratoire salarié par l'Etat. Dans ces CDT la microscopie est garantie par des bénévoles.
- Manque de cadre incitatif pour le maintien des agents aux postes de travail.

Suivi évaluation

- Non concordance entre les données du SNIGS et celles du PNLAT. Les données nationales sur les résultats obtenus et l'analyse FFOM ne sont pas utilisées pour augmenter la visibilité de la lutte contre la tuberculose au niveau du Gouvernement.
- Insuffisance de formation du personnel de certains CDT sur le remplissage correct des outils et sur le suivi des agents des centres de santé (supervision formative).
- Les outils de collecte de données du PNLAT nécessitent une mise à jour.
- Pas de suivi des dépenses financières nationales pour la TB sur le compte national. Ce suivi ne concerne pas uniquement les lignes spécifiques TB mais tous les budgets nationaux qui sont liés pour partie à la TB.

Gestion des médicaments antituberculeux et approvisionnement

- Ruptures fréquentes de stock en médicaments antituberculeux de première ligne et de deuxième ligne.
- Irrégularité dans le financement de l'Etat pour l'achat des médicaments antituberculeux et absence d'une ligne budgétaire dédiée au niveau du budget du Ministère de la Santé.
- Achat des médicaments antituberculeux de qualité non conforme aux recommandations OMS et Fonds mondial à cause de l'impossibilité par l'Etat de payer les médicaments à la commande avant livraison.
- Faible capacité en gestion et en logistique de l'unité pharmacie.
- Absence d'un système efficace et clair pour l'approvisionnement dans les CDT.

Diagnostic

- Insuffisance de techniciens de laboratoire affectés dans les CDT, dans les laboratoires régionaux et au LNR.
- Rotation du personnel de laboratoire élevée sans mesure de rétention du personnel et manque de formation adéquate du personnel.
- Rupture en réactifs et en consommables dans les laboratoires des CDT et au LNR.
- Performance insuffisante de certains laboratoires de CDT dans la microscopie.

- Absence de laboratoire de référence au niveau régional pour assurer la supervision rapprochée et le contrôle de qualité des laboratoires périphériques entraînant surcharge du LNR et contrôle irrégulier.
- Insuffisance dans le système de transport des crachats des CT vers les CDT et des CDT vers les laboratoires régionaux et le LNR.
- Absence d'appareil GeneXpert MTB/RIF au niveau régional.
- Absence d'une stratégie de dépistage actif en population à risque.
- Absence d'un accord de collaboration avec le laboratoire supranational.
- Arrêt fréquent du fonctionnement des hottes au LNR à cause des interruptions d'électricité.
- Insuffisance de formation du personnel sur la biosécurité et la gestion des déchets.
- Insuffisance de formation du personnel sur la maintenance des équipements de laboratoires.
- Diagnostic de la tuberculose basé sur trois échantillons de crachat par patient présumé d'avoir une tuberculose.

Prise en charge

- Absence d'un système efficace de suivi (pour connaître les résultats) des malades transférés.
- Insuffisance dans le suivi des malades sous traitement dans les CT spécialement hors Conakry.
- Insuffisance de ressources pour la recherche des cas absents au traitement (cartes téléphoniques, carburant pour les visites à domicile).
- Absence d'implication des anciens malades tuberculeux guéris dans la lutte contre la tuberculose.
- Augmentation du diagnostic des cas de TPM0.

3.3.2 Lutter contre la co-infection TB/VIH, contre la TB-MR et s'attaquer à autres défis

Points forts:

- Mise en place des comités de coordination TB/VIH au niveau national et régional.
- Existence d'une guide de formation et des outils de gestion sur la co-infection TB/VIH.
- Formation d'une partie du personnel impliqué dans la LAT en counseling VIH/SIDA.
- Offre systématique du counseling aux malades tuberculeux en vue du test VIH.
- Accroissement de l'offre de services de dépistage du VIH dans les CDT.
- Enquête de pharmacorésistance aux antituberculeux en cours.
- Disponibilité d'un appareil GeneXpert MTB/RIF au LNR.
- Existence d'un guide de prise en charge des cas de TB-MR et mis à jour des outils de gestion.
- Formation des médecins ayant en charge les malades TB-MR.
- Amorçe de la décentralisation de la prise en charge de la TB MR de 2 à 4 sites.
- Mise en place de comité technique et l'équipe multidisciplinaire de la TB-MR.
- Mise à jour régulière d'une base de données de malades TB-MR.
- Implication des partenaires dans la prise en charge des malades.
- Médicaments antituberculeux en formulation pédiatrique disponibles.
- Elaboration des fiches sociales pour la gestion des cas contacts.
- Formation de certains pédiatres en lutte antituberculeuse.

- Médicaments antituberculeux et outils de gestion du PNLAT disponibles dans les prisons.
- Prise en compte de la prison de Conakry dans les activités de sensibilisation réalisées en 2008.
- Disponibilité d'un médecin dans l'infirmerie de la prison de Conakry.

Points faibles:

- Faible intégration des programmes de PEC TB/VIH : inexistence de PAO conjoint des 2 programmes, insuffisance de l'offre de services intégrés (diagnostic et thérapeutique)
- Faible taux de tuberculeux testés pour le VIH et faible taux de patients TB/VIH sous ARV.
- Faible couverture de sites de prise en charge de malades coinfectés TB/VIH.
- Ruptures fréquentes des tests VIH dans les CDT et les hôpitaux.
- Vétusté des équipements radiologiques.
- Absence de plan de contrôle d'infection en milieu de soins.
- Absence de mise en œuvre de la recommandation de proposer et faire le test VIH à tous les cas présumés de tuberculose.
- Absence de mise en œuvre de la prophylaxie à l'INH chez les PvVIH asymptomatiques.
- Absence d'appui nutritionnel pour les malades TB/VIH hospitalisés.
- Absence d'étude opérationnelle pour la mise en place du traitement court de 9 mois pour les malades affectés par la TB-MR.
- Offre de culture et de test de sensibilité limitée au niveau du LNR à Conakry.
- Rupture en médicaments de deuxième ligne faible disponibilité de médicaments pour la gestion des effets secondaires.
- Absence de subvention pour les examens biologiques de suivi et autres examens comme les tests auditifs.
- Absence d'appui nutritionnel pour les patients sous traitement de la TB-MR.
- Absence des mesures palliatives pour les cas en échec.
- Nombre limité de sites de prise en charge ambulatoire pour la TB-MR.
- Insuffisance de formation sur la TB-MR chez le personnel des CDT.
- Absence de matériel de protection pour le personnel.
- Très faible nombre d'enfants notifiés et mis sous traitement antituberculeux.
- Absence de directives sur la prise en charge de la tuberculose chez les enfants.
- Absence de subvention pour les outils de diagnostic de la tuberculose chez les enfants (tubage, IDR, radiographie, GeneXpert MTB RIF).
- Rupture de stock en INH 100 mg pour la prise en charge des enfants contacts.
- Insuffisance dans la formation du personnel de santé dans la prise en charge de la TB pédiatrique.
- Absence de données sur la charge de la tuberculose dans les prisons.
- Absence d'une stratégie de dépistage actif basé sur la radiographie pour intégrer la lutte contre la tuberculose dans les prisons.
- Insuffisance effective de supervision au niveau des prisons.

3.3.3. Contribuer au renforcement des systèmes de santé

Points forts :

- Existence d'un plan national de développement sanitaire qui est en cours de révision.
- Existence d'une politique nationale de développement des ressources humaines.

- Existence des projets de renforcement de système de santé financé par la Banque Mondiale, la BAD, FM et l'Union européenne.
- Participation du PNLAT à l'étude pilote de l'Approche pratique santé respiratoire (APSR).
- Existence de guide sur l'APSR pour les services de référence et de base.
- Construction des incinérateurs dans certains CDT.
- Fourniture de logistique (véhicules, motos) d'équipements (microscopes, mobilier de bureau, matériel informatique, etc.) dans les structures de santé.
- Rénovation de certaines infrastructures sanitaires.
- Implication des agents de santé des centres plus périphériques dans la sélection de cas suspects et du suivi de patients.

Points faibles:

- Insuffisances des ressources financières nationales pour soutenir de façon efficace la lutte contre la tuberculose.
- Insuffisance des ressources humaines qualifiées aux différents niveaux du système de santé.
- Insuffisance des stratégies efficaces pour l'amélioration de l'accessibilité géographiques dans les zones enclavées.
- Insuffisante couverture de système national de mutuelle de santé (6%).

3.3.4 Impliquer tous les soignants

Points forts :

- Volonté du PNLAT d'impliquer les structures sanitaires de l'Armée et de sociétés minières, le secteur privé et les tradi-thérapeutes dans la lutte contre la tuberculose.

Points faibles:

- Absence d'une stratégie PPM pour intégrer la lutte contre la tuberculose dans les structures sanitaires de l'Armée et de sociétés minières, le secteur privé.
- Absence de plateforme de collaboration entre le PNLAT et les tradi-thérapeutes.

3.3.5 Donner aux personnes atteintes de tuberculose et aux communautés la capacité d'agir

Points forts :

- Existence de la Politique Nationale de la Santé Communautaire 2012.
- Disponibilité de guide DOTS communautaire et outils promotionnels (boite à images, dépliants, affiches).
- Existence d'un plan de communication.
- Existence de manuel des sous bénéficiaires.
- Organisation des séances de sensibilisation en direction de certains groupes cibles (groupements de jeunes et femmes, syndicats de transporteurs, élus locaux, religieux, élèves /étudiants).
- Bonne collaboration entre les partenaires (les agents de santé, les agents communautaires, les élus locaux et les membres de la société civile).
- Implication des médias (radios, télévisions etc.) dans la sensibilisation de la population à

travers la diffusion des spots, sketches etc.

- Formation des agents communautaires dans la référence des cas présumés de tuberculose et dans le suivi des malades.

Points faibles

- Insuffisance de couverture de la stratégie DOTS communautaire (20/38 districts) et absence de couverture de la ville de Conakry.
- Insuffisance des ONG/Associations dans la lutte antituberculeuse et non implication des ONG qui travaillent dans le domaine du VIH et de la santé mère enfant.
- Absence d'Associations des anciens malades tuberculeux (une association d'anciens malades TB a existé jusqu'en 2005 et a cessé d'être fonctionnelle).
- Faible implication des leaders d'opinion (religieux etc.)
- Insuffisance de formation des encadreurs des agents communautaires.
- Absence de guide et manuel de mobilisation sociale et psychosociale.
- Insuffisance d'agents communautaires par sous-préfecture.
- Manque de moyens logistiques pour la supervision des agents communautaires par les ONG/Associations.
- Excès de fiches à remplir par les agents communautaires et faible complétude et promptitude des rapports des agents communautaires.
- Absence de pérennité du DOTS communautaire entièrement lié aux financements du FM.

3.3.6 Favoriser et promouvoir la recherche

Points forts :

- Existence de collaboration entre le PNLAT et la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.
- Réalisation de plusieurs études de recherche.
- Existence du Laboratoire National de Santé Publique.

Points faibles:

- Non-participation du Pays à l'étude sur le traitement court de la TB-MR.
- Faible capacité du personnel de santé au niveau central et intermédiaire à encadrer la recherche opérationnelle.
- Manque d'exploitation de résultats des études de recherche.
- Faible implication du PNLAT dans les activités de recherche menées par le LNR.
- Insuffisance de ressources financières pour mener la recherche.

3.3.7 Opportunités et menaces dans la lutte contre la tuberculose

Opportunités:

- Existence d'un plan stratégique national de réduction de la pauvreté.
- Engagement politique pris en juin 2014 en Mauritanie par les gouvernements des pays pour l'augmentation des ressources nationales destinées à la tuberculose, au VIH/Sida et au paludisme.
- Révision en cours du plan national de développement sanitaire qui couvrira la période 2014-2023.

- Existence d'un réseau de centres et postes de santé primaire.
- Existence de projets pilotes pour les mutuelles de santé.
- Tenue en 2014 des états généraux de la santé pour la réforme du système de santé en Guinée.
- Existence de services de santé dans l'Armée, les sociétés minières et de l'agro-industrie.
- Existence de plusieurs partenaires techniques et financiers impliqués dans l'amélioration de la santé de la population.
- Existence d'une politique nationale de santé communautaire.
- Existence d'un réseau d'Associations de la Société Civile et du code de collectivité locale.

Menaces :

- Situation politique fragile.
- Réduction importante du financement de la santé par le gouvernement.
- Ecllosion de grandes épidémies (Ebola, méningite, cholera, etc.)
- Accentuation de la pauvreté de la population
- La forte dépendance de la lutte contre la tuberculose des financements extérieurs.
- La crise financière mondiale.

3.4 Analyse des lacunes

- ***Les capacités managériales du programme ne sont pas en mesure de garantir une mise en œuvre optimale du plan stratégique.***

Sur le financement du round 5 Fonds Mondial, 4 véhicules ont été acquis en 2007 pour la coordination. En 2008 suite au coup d'Etat militaire 2 véhicules ont été enlevés par les hommes en uniforme et ne furent remplacés qu'en 2013 par le Gouvernement civil en place. Il est à préciser que les 2 véhicules de l'Etat sont des véhicules usagés de 2009. Cette situation ne permet pas de mener régulièrement les missions sur le terrain (supervision, contrôle de qualité, approvisionnement en médicaments et autres intrants).

En 2007 sur le financement round 5, 2 véhicules ont été alloués à la DSVCO et à la DRS de Kindia, 2 véhicules pour les DPS de Kindia et Boké. Aucun véhicule n'a été acheté pour les niveaux régional et préfectoral sur le Round 9. Au niveau régional, les véhicules disponibles ne permettent pas aux points focaux de pouvoir mener les activités de soutien aux CDT des préfectures et sous-préfectures (supervision, transport des médicaments et réactifs, supports de gestion de données...).

Au cours des années 2007 et 2008, 98 motos ont été achetées pour les centres de santé (60) et les MCM (38). Toutes ces motos sont amorties ou hors d'usage.

Par ailleurs il n'y a plus de ressources pour l'entretien des rares véhicules et motos fonctionnels.

Le bâtiment abritant le siège de la coordination nécessite une réfection. Le délestage du courant nécessite un groupe électrogène au niveau de la coordination, celui en place est vétuste. Vingt CDT de district et 8 CDT régionaux ont besoin d'être réhabilités, dont le CAT de la Carrière où il faut prévoir une solution pour séparer les PvVIH des malades TB.

Le PNLAT ne dispose pas de ressources pour son fonctionnement (carburant, frais de maintenance des véhicules, climatiseurs, équipements informatiques et assurances, fournitures, produits lessiviels, téléphone, connexion à l'internet).

La communication entre le niveau central, la région et les CDT est difficile à cause de l'insuffisance de moyens de communication. La flotte existante destinée à la surveillance épidémiologique ne couvre pas les CDT.

Dans les CDT/CT il n'existe pas d'eau courant et du savon pour se laver les mains après les visites des patients.

La gestion des déchets au niveau des CDT pose un problème à cause de l'absence et ou du mauvais fonctionnement des incinérateurs.

- ***Le système de gestion en médicaments antituberculeux de première et de deuxième ligne et en réactifs et consommables de laboratoire est très insuffisant.***

La gestion des médicaments et consommables est assurée par l'unité de pharmacie et logistique du PNLAT composée par un pharmacien et 1 magasinier. Elle nécessite un grand effort d'amélioration avec l'appui de tous les partenaires qui achètent les médicaments (GDF, Fonds mondial, Etat, Action Damien, Mission Phil africaine, Ordre de Malte). Le Pays a connu plusieurs fois des ruptures de stock en médicaments antituberculeux, en réactifs et consommables de laboratoire. Le budget de l'Etat a permis d'acheter des médicaments antituberculeux de première et de deuxième ligne mais ils ne proviennent pas des laboratoires pré qualifiés par l'OMS. Les procédures de stockage du dépôt central et aussi ses capacités sont insuffisantes, les dépôts régionaux existent dans

le circuit de la PCG mais ne sont pas utilisés pour le stockage et la distribution des médicaments antituberculeux.

Le stock de sécurité est inexistant. La distribution des médicaments n'est pas correctement organisée et elle est liée aux supervisions, autrement les agents de traitement se déplacent eux-mêmes pour chercher les médicaments et intrants de laboratoire. Donc, si les supervisions ne sont pas réalisées, les CDT s'approvisionnent par leurs propres moyens au niveau du dépôt central du PNLAT. Les supervisions ont toujours constaté des insuffisances dans le stockage et la gestion des médicaments dans les CDT par manque des armoires adaptés et des capacités du personnel.

- ***Les ressources humaines du programme sont insuffisantes en qualités et en quantité.***

Au niveau de la coordination du PNLAT il n'y a pas une assistance suffisante technique de longue durée pour appuyer et renforcer le programme dans la mise en œuvre du PSN. L'effectif à la coordination du PNLAT est insuffisant notamment à l'unité suivi évaluation, l'unité pharmacie et logistique, l'unité gestion financière et assistance administrative. La charge de travail au niveau de l'unité du suivi/évaluation ne permet pas de prendre en compte la formation, la planification et la recherche. La supervision et le suivi des formations aux différents niveaux sont insuffisamment réalisés. Il n'existe pas formellement un comité technique de lutte contre la tuberculose qui s'avère important pour élaborer les directives, valider les modules de formation et les plans.

Le personnel du LNR n'est pas suffisant pour garantir le diagnostic et le suivi des malades TB-MR et pour assurer ces tâches dans la gestion du réseau des laboratoires.

Au niveau régional, il n'existe pas un coordonnateur TB et VIH qui pourrait assurer le lien entre la coordination et les préfetures et sous-préfetures.

Au niveau des préfetures et sous-préfetures une grande partie du personnel n'est pas formée à la gestion de la lutte contre la tuberculose et la majorité des techniciens de laboratoire n'ont pas les compétences pour mener les activités.

Au niveau des CDT il n'y a qu'un agent chargé du traitement fonctionnaire de l'Etat, les autres sont tous des bénévoles. Au niveau des laboratoires des CDT la situation est plus préoccupante car 30% des techniciens sont bénévoles.

- ***Le système de suivi évaluation et la recherche opérationnelle sont insuffisants.***

L'unité suivi-évaluation du PNLAT est animée par un médecin et par un ingénieur informaticien qui est appelé data manager, leur compétence en suivi-évaluation nécessitent d'être renforcées.

Les évaluations internes et externes du PNLAT pendant la mise en œuvre du PSN ne sont pas réalisées comme prévues.

Au niveau régional le MCM est le point focal pour la collecte et l'analyse de données mais il doit s'occuper de tous les programmes et ses capacités sont limitées. Le Ministère de la Santé possède un Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS) pour les données sur la morbidité, la mortalité et la gestion des structures de santé. Chaque année on note une disparité entre les données du PNLAT et celles collectées par le SNIGS.

Les données de la tuberculose sont saisies et analysées au niveau du PNLAT par régions géographiques et non par régions administratives.

La retro information est organisée au cours des supervisions pour chaque région sanitaire ou à travers les ateliers de retro information (chefs des CDT et les MCM, deux représentants par préfecture). A cause des retards de financement ces ateliers ne sont pas

réguliers. Chaque année les données nationales sont compilées par le PNLAT et servent pour l'élaboration du rapport que la coordination transmet au Ministère de la Santé et qui alimente le rapport de l'OMS en ligne. Ces rapports ne sont pas présentés lors d'un atelier afin de servir d'outil de plaidoyer pour la lutte contre la tuberculose.

Les supervisions du PNLAT aux régions ne sont pas régulières. Les supervisions des régions vers les préfetures et les sous-préfetures sont insuffisamment réalisées.

La qualité des supervisions réalisées n'est pas optimale. Les rapports trimestriels des CDT comportent souvent des erreurs.

Les résultats des recherches opérationnelles réalisées par le PNLAT n'ont pas pu être toujours utilisés pour des difficultés d'analyse et.....

- ***Le dépistage actif de la tuberculose chez les populations vulnérables et à risque tels que les personnels de santé ayant en charge les cas de TB, les cas contacts, les prisonniers et les diabétiques est carentiel.***

Le PNLAT a élaboré un outil pour la gestion des cas contacts, la fiche sociale, mais cet outil n'est pas disponible dans tous les CDT et il n'est pas exploité par le personnel. En outre, la recherche active de la tuberculose chez les cas contacts n'est pas réalisée.

Il n'existe pas un système pour surveiller la prévalence de la maladie chez les agents de santé ayant en charge les malades tuberculeux.

La Guinée compte huit grandes prisons, dotées d'une infirmerie. Le personnel médical de la prison dépend du Ministère de la Justice et pas du Ministère de la Santé et la collaboration entre ces deux Ministères dans la lutte contre la tuberculose n'est pas fonctionnelle. Depuis 2008, quand il y a eu des activités de sensibilisation dans la prison de Conakry, il n'y a plus eu des activités spécifiques pour renforcer le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose chez les prisonniers.

Les diabétiques représentent une population vulnérable à la tuberculose, il existe une association nationale active de diabétiques dans la ville de Conakry mais aucune activité sur la tuberculose n'est réalisée (sensibilisation, recherche active de la tuberculose, prévention de la maladie).

- ***Les capacités du LNR et des laboratoires régionaux pour le diagnostic et le suivi des malades TB-MR ou TB-RR sont insuffisantes.***

La culture des mycobactéries (pour le moment sur milieu solide) et les tests de sensibilité sont réalisés par le laboratoire national de référence de Conakry. Le nombre de techniciens de laboratoire du LNR n'est pas suffisant pour garantir le suivi des malades TB-MR sous traitement et pour la réalisation des tests de sensibilités des cas TB-RR.

Les résultats de la culture et des tests de sensibilité ne sont pas rendus régulièrement à temps aux centres de prise en charge de la TB-MR.

La biosécurité n'est pas garantie à cause des très fréquentes interruptions d'électricité entraînant l'arrêt plusieurs fois dans la journée des deux hottes qui ne sont pas protégées par des onduleurs. Le passage à la culture sur milieu liquide nécessite une assistance technique notamment en relation à la biosécurité. Le LNR n'a pas un accord de collaboration signé avec un laboratoire supranational.

Les laboratoires régionaux ne sont pas suffisamment équipés pour diagnostiquer la TB-RR (GeneXpert MTB/RIF, formation du personnel).

- ***L'accessibilité au diagnostic de la tuberculose est insuffisante.***

La sélection des cas présumés de tuberculose devrait être effectuée dans toutes les structures sanitaires publiques et privées. La réalité est qu'elle demeure insuffisante pour plusieurs motifs : formation et suivi du personnel, absence d'un laboratoire qui effectue la bacilloscopie (0,5 laboratoires de microscopie/100.000 habitants avec disparités régionales), difficultés dans le recueil et le transport des crachats vers le laboratoire de microscopie (insuffisance de moyens logistiques, de matériels de transport de crachats), existence de zones enclavées. Le contrôle de qualité de la microscopie pour la totalité des laboratoires du réseau n'est pas garanti régulièrement à cause de manque d'implication des laboratoires régionaux.

Un seul appareil GeneXpert MTB/RIF est disponible dans le Pays et il se trouve au LNR. Cet appareil est utilisé depuis 2012 mais il n'a jamais été calibré.

Les connaissances cliniques et de lecture de cliché radiologiques du personnel médical demeurent insuffisantes.

- ***La dispensation des soins de qualité aux malades tuberculeux n'est pas optimale et présentes des importantes disparités régionales.***

Le diagnostic et le traitement de la tuberculose sont intégrés dans les soins de santé primaire. Le traitement antituberculeux pour les nouveaux cas et pour les cas en retraitement est disponible et gratuit. Néanmoins, le suivi des malades sous traitement, spécialement dans les centres de traitement est insuffisant.

Souvent, l'éducation sanitaire et la communication entre le prestataire de santé et les malades ne permettent pas aux malades de comprendre à plein la maladie et la nécessité de poursuivre le traitement jusqu'au but. La charte internationale des patients qui définit les droits et responsabilités des malades n'est pas utilisée. La recherche des cas absents au traitement nécessite d'être renforcée. Le taux de perdu de vue est toujours trop élevé spécialement en zone minière (Kérouané 33%, Dabola 17%, Mandiana 18%). Un pourcentage encore élevé est représenté par les malades non évalués et/ou transférés à résultats inconnus.

Les malades qui sont hospitalisés pendant la phase intensive ne reçoivent pas un appui nutritionnel qui s'avère nécessaire car dans les CDT il n'existe pas de cantines pour les malades.

- ***La prise en charge de la tuberculose chez les enfants n'est pas optimale.***

Le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose chez les enfants ne sont pas correctement développés. Selon les données de 2013, sur les 10.536 NC de tuberculose (TPM+, TPM0 et TEP), seulement 544 (5%) ont un âge inférieur à 15 ans. En 2008-2009, une quarantaine de pédiatres ont été formés dans la tuberculose mais il n'existe pas une réelle implication des pédiatres dans la lutte contre la tuberculose.

Le guide de prise en charge et l'algorithme de diagnostic de la tuberculose chez les enfants ne sont pas disponibles, les examens de diagnostic (par exemple l'IDR, la radiographie pulmonaire, le tubage) ne sont pas accessibles par la population (non gratuits).

Le pays connaît des ruptures de stock en INH 100 mg qui ne permet pas d'assurer la prophylaxie chez les enfants moins de 5 ans asymptomatiques contacts de cas TPM+.

Les enfants tuberculeux sont normalement mal nourris, mais il n'existe pas un appui nutritionnel garanti pour eux. Aucune collaboration entre les structures de prise en charge de la malnutrition et le PNLAT est effective.

- ***La gestion de la co-infection TB/VIH est insuffisante.***

La Guinée est classée parmi les pays à forte prévalence du VIH et à forte incidence de tuberculose. La prévalence du VIH chez les tuberculeux est à 23% selon les données de routine collectées par le PNLAT en 2013. Seulement 75% des malades tuberculeux enregistrés en 2013 sont testés par le VIH et seulement 60% des malades TB/VIH bénéficient des ARV (Rapport annuel PNLAT). Les ruptures en réactifs pour le test VIH et en CTX et la non disponibilité des ARV au niveau des CDT sont les causes de ces résultats. Des mesures d'appui nutritionnel ne touchent pas les malades TB/VIH hospitalisés.

La recherche systématique de la tuberculose chez les personnes VIH+ suivies n'est pas réalisée et la collecte de cette information n'est pas mise en œuvre. Le diagnostic de la TB chez les PVVIH est souvent tardif et cela entraîne un taux de décès élevé. L'algorithme de diagnostic de la tuberculose chez les VIH+ ne prévoit pas encore le GeneXpert MTB/RIF. Les mesures de contrôle de l'infection ne sont pas mises en œuvre. La recommandation de la prophylaxie à l'INH chez les PVVIH n'est pas effective.

- ***La dispensation des soins de qualité à tous les malades TB-MR diagnostiqués est insuffisante.***

Actuellement, les malades mis sous traitement suivent un régime de traitement de 24 mois. Le protocole de recherche pour l'utilisation du régime court de 9 mois n'a pas encore l'approbation du comité d'éthique (prévue pour début août). La décentralisation pour le suivi des malades sous traitement est à son début et pour le moment le traitement est réalisé seulement à Conakry et à Macenta. Les conditions d'hospitalisation à l'hôpital Ignace Deen sont pénibles pour les malades. La gestion du traitement directement supervisé est assurée pendant la phase intensive du traitement en général pour la prise du matin. Pour la prise du soir et pour la phase de continuation les médicaments sont remis directement au malade ou à son accompagnant.

Les médicaments auxiliaires pour gérer les effets secondaires sont partiellement disponibles. Les examens biologiques de suivi et autres examens comme les tests auditifs ne sont pas disponibles gratuitement pour tous les malades. L'appui nutritionnel des patients sous traitement n'est pas fourni pour tous les malades mais seulement pour les malades de Tombolia grâce à l'appui de AD.

Il n'existe pas un plan de contrôle de la transmission nosocomiale de la tuberculose et cette problématique nécessite un effort de coordination au sein du Ministère de la Santé pour l'application des mesures administratives, environnementales et de protection personnelle. Les structures sanitaires existantes ne permettent pas toujours de séparer les cas présumés de tuberculose des autres malades hospitalisés, les locaux de certains CDT et laboratoires ne répondent pas aux normes recommandées pour réduire la possibilité d'infection par le personnel de santé (en particulier pour les centres ayant en charge les malades TB-MR).

- ***Le partenariat avec les autres structures publiques non dépendant du Ministère de la Santé (Ministère de la Défense et de la Sécurité) et le privé à but lucratif et non lucratif est insuffisant.***

Actuellement, l'implication dans la lutte contre la tuberculose des infirmeries de l'Armée, des infirmeries des sociétés minières et des structures privées à but lucratif n'est pas effective. Certaines structures sont très fréquentées par la population, comme par exemple l'infirmerie de l'armée de la ville de Conakry et leur implication pourrait améliorer le dépistage de la tuberculose. Les tradi-thérapeutes restent le premier contact en cas de maladie pour une large proportion de la population. Ils sont en réseau et il existe un bureau à Conakry. Le PNLAT n'a pas encore envisagé des activités pour leur implication dans la lutte contre la tuberculose.

- ***La Communication, le plaidoyer et la mobilisation sociale pour atteindre une plus grande utilisation des services TB et un support social des patients n'ont pas une couverture nationale.***

L'Unité de la Coordination du PNLAT qui s'occupe de la composante 5 de la stratégie halte à la tuberculose est composée par un sociologue (responsable de l'unité) et par un médecin. Cette unité doit renforcer ces compétences dans le suivi évaluation de l'approche communautaire.

La quasi-totalité des activités d'IEC/CCC et de prise en charge communautaire est financée par le Fonds mondial donc avec une faible pérennité. Il faut impliquer d'avantage les associations qui travaillent dans la lutte contre la pauvreté et le VIH/Sida pour intégrer la lutte contre la tuberculose dans leur paquet d'activité.

Selon les données de l'unité, une certaine réduction de la stigmatisation de la maladie est effective. Néanmoins, la tuberculose reste pour les guinéennes une maladie liée à un mauvais sort. Les résultats de l'enquête CAP réalisée en 2009 n'ont pas pu être correctement exploités. La DOTS communautaire est basée sur la Politique national de Santé Communautaire 2012. Elle est effective sur 20 districts sanitaires (53% de couverture). Les outils de collecte de données utilisés par les agents communautaires sont nombreux et difficile à exploiter.

IV. Plan Stratégique 2015-2019

Le plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2015-2019 tire sa source de la stratégie mondiale post 2015 et s'inscrit dans le Plan national de Développement Sanitaire 2014-2023. Les objectifs, les résultats, les interventions stratégiques, le cadre logique, les activités et le budget sont décrits ci-dessous.

4.1 Vision, mission et principes directeurs du PNLAT

La vision

La Guinée est une nation où toutes les personnes atteintes de tuberculose bénéficient d'un accès universel aux services de diagnostic et de prise en charge de la maladie sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination avec une pleine implication des populations. A plus long terme, notre vision est d'éliminer la tuberculose comme problème de santé publique en Guinée d'ici 2050.

La mission

La mission du PNLAT est de réaliser avec efficacité les interventions de lutte contre la tuberculose et d'assurer que toutes les personnes qui contractent la tuberculose, y compris la tuberculose pharmaco résistante, aient accès à un diagnostic de qualité, un traitement efficace et une prise en charge de qualité afin de réduire les souffrances et l'impact socio-économique engendrés par cette maladie.

Les principes directeurs sont :

- La gratuité des soins, l'équité et la solidarité.
- L'implication de la société civile et des associations travaillant dans la lutte contre la pauvreté et la discrimination.
- La bonne gouvernance et le financement adéquat.
- La gestion axée sur les résultats et l'efficacité.
- Le suivi et l'évaluation du plan stratégique.

4.2 But du plan

Réduire de façon significative le poids de la tuberculose dans la population guinéenne à savoir : réduire de 50% la mortalité et la prévalence d'ici 2035 par rapport à 2012.

4.3 Objectifs du plan

Objectif 1 : Renforcer les capacités de gestion et de suivi du PNLAT aux niveaux central, intermédiaire et périphérique pour une mise en œuvre optimale du plan stratégique national.

Objectif 2 : D'ici 2019, diagnostiquer et mettre sous traitement 64 599 nouveaux cas et rechutes de tuberculose à savoir de 12 143 en 2015 à 13 720 en 2019.

Objectif 3 : D'ici 2019 traiter avec succès 34 277 cas confirmés bactériologiquement avec un taux de succès de traitement passant de 82% pour la cohorte 2012 à au moins 90% en 2019.

Objectif 4 : D'ici 2019, 100% des cas de tuberculose sont dépistés pour le VIH et l'ensemble des patients co-infectés TB/VIH bénéficie de la prophylaxie au CTX et du traitement ARV.

Objectif 5 : Mettre sous traitement 100% des cas confirmés TB-MR d'ici 2019.

Objectif 6 : Renforcer les capacités des communautés, des organisations de la société civile et des prestataires de soins publics, privés à but lucratif.

4.4 Interventions stratégiques et description de la logique d'intervention

Objectif 1 : Renforcer les capacités de gestion et de suivi du PNLAT aux niveaux central, intermédiaire et périphérique pour une mise en œuvre optimale du plan stratégique national.

Intervention stratégique 1.1: Garantir le fonctionnement des services du programme et l'assistance technique nationale et internationale.

La mise en œuvre d'un mécanisme efficace de mobilisation des ressources en renforçant le plaidoyer en vue de l'augmentation du budget de l'Etat dédié à la lutte contre la tuberculose et la mobilisation des partenaires techniques et financiers.

La réhabilitation des bureaux de la coordination du PNLAT, des bureaux régionaux et de certains CDT. Le renouvellement de la logistique (véhicules, motos), du mobilier et du patrimoine informatique.

La promotion de la communication (extension du système de flotte) y compris l'utilisation des nouvelles technologies (internet) pour garantir la communication entre la coordination, les points focaux régionaux et les CDT.

Le recours à une assistance technique internationale de longue durée (3 ans) et d'une assistance technique nationale et internationale pour appuyer le programme dans des domaines spécifiques.

Le comité technique existant TB-MR sera élargie pour devenir un comité technique TB, TB-VIH et TB-MR. Son rôle est d'appuyer la coordination du PNLAT dans l'élaboration et la validation de ses documents techniques, et de donner son avis sur les nouvelles directives internationales.

Le PNLAT recherche une assistance technique ponctuelle pour :

- la rédaction de la note conceptuelle,
- ,
- la revue épidémiologique et pour la revue du programme,
- l'élaboration du plan de contrôle de l'infection en milieu de soins,
- l'évaluation finale de ce plan stratégique et l'élaboration du plan suivant.

Cette intervention stratégique est liée à l'indicateur de rendement 1.1.1 et permettra de passer d'un taux d'exécution financière de 33,2% en 2012 à 85% en 2019.

Activités :

- 1.1.1 Organiser une séance de plaidoyer par semestre auprès de l'Etat et des partenaires pour la mobilisation des ressources en vue d'augmenter le financement de la lutte antituberculeuse (une journée/an à Conakry, 45 participants).
- 1.1.2 Editer et diffuser le Plan Stratégique 2015-2019 en l'An 1 (500 exemplaires).
- 1.1.3 Réhabiliter les locaux du PNLAT, CAT de la Carrière et des 7 CDT régionaux (l'An2 : PNLAT, CAT Carrière, 2 CDT régionaux, l'An3 : 5 CDT régionaux).
- 1.1.4 Réhabiliter les locaux des 20 CDT préfectoraux (l'An 2 :10 ; l'An 4 :10).
- 1.1.5 Acheter 3 véhicules pour la coordination du PNLAT pour la supervision des activités, dont 2 prévus dans la phase 2 du R9 FM en l'An 1, et 1 en l'An 2.
- 1.1.6 Acheter 8 véhicules pour le niveau régional (points focaux TB et VIH) l'An 2.
- 1.1.7 Acheter les mobiliers pour la coordination du PNLAT, du CAT de la Carrière, des CDT régionaux et préfectoraux (30 fauteuils, 150 chaises, 40 bureaux, 30 armoires, 30 tables) en l'An 2.

- 1.1.8 Acheter les ordinateurs de bureau et accessoires pour la coordination du PNLAT, dont 2 prévus pendant la phase 2 du FM R9 et 3 l'An 2.
- 1.1.9 Acheter les ordinateurs portables et accessoires (10 pour la coordination du PNLAT, 1 LNR, 8 pour les points focaux régionaux) dont 5 prévus pendant la phase 2 du FM R9 et 14 l'An 2.
- 1.1.10 Acheter 12 vidéos projecteurs (8 pour les régions administratives, 2 pour la Coordination, 1 pour le LNR, 1 pour l'INSP), 5 appareils photo-numériques (dont 2 prévu phase 2 FM R9), un scanner A3, une photocopieuse pour le PNLAT en l'An 2, une photocopieuse et une imprimante pour le LNR en l'An 2.
- 1.1.11 Acheter en l'An 2 une moto pour chaque CDT (68, dont 17 pendant la phase 2 FM R9).
- 1.1.12 Créer 5 nouveaux CDT dans les grandes sous-préfectures et dans certaines villes ayant une population importante (Tokounou ; Karifamoriah/Kankan ; Banankoro/Kerouané ; Kassopo/Boké ; Banian/Faranah) en l'An 4.
- 1.1.13 Construire 20 incinérateurs des CDT à l'An 2.
- 1.1.14 Renforcer les capacités d'appui technique au PNLAT de l'Action Damien de l'An1 à l'An 5.
- 1.1.15 Renforcer l'appui des autres partenaires au PNLAT de l'An1 à l'An 5.
- 1.1.16 Assurer une assistance technique internationale de longue durée (3 ans) pour appuyer le programme dans la mise en œuvre du PSN (l'An 1 prévu sur la phase II R9).
- 1.1.17 Solliciter une assistance technique du GDF une fois par an de l'An 1 à l'An 5.
- 1.1.18 Solliciter une assistance technique internationale et nationale pour l'élaboration de la note conceptuelle (30J/par personne x 4 personnes) en l'An 1.
- 1.1.20 Organiser une évaluation à mi-parcours et une revue épidémiologique avec une assistance technique internationale (15J/ deux personnes dont 1 épidémiologiste) en l'An 3.
- 1.1.21 Solliciter une assistance technique nationale et internationale pour l'évaluation finale du plan en l'An 5 (15 J/ par personne x 5 personnes internationaux, 20 nationaux).
- 1.1.22 Solliciter une assistance technique internationale et nationale pour évaluer l'efficacité de la mise en œuvre des activités DOT Communautaire pour 15 jours en l'An 2.
- 1.1.23 Solliciter une assistance technique internationale et nationale pour l'élaboration du plan de contrôle de l'infection et mise en place de mesures de biosécurité (15 J/ par personne x 2 personnes) l'An 2.
- 1.1.24 Solliciter une assistance technique internationale et nationale pour l'élaboration du nouveau PSN (30 jours, 1 consultant national et deux consultants nationaux) en l'An 5.
- 1.1.25 Assurer la maintenance des véhicules et motos du programme de l'An 1 à l'An5.
- 1.1.26 Assurer la maintenance des équipements informatiques et smartphones du programme de l'An 1 à l'An 5.
- 1.1.27 Assurer le fonctionnement (connexion internet, assurance véhicule, fournitures de bureau, produits lessiviers, carburant groupe et véhicules, assurance maladie) de l'An 1 à l'An 5.
- 1.1.28 Acheter en l'An 2 un groupe électrogène pour la coordination du PNLAT et pour le CDT de Macenta en l'An 1 (Phase II R9) et en assurer la maintenance et le fonctionnement.
- 1.1.29 Assurer le fonctionnement du groupe électrogène du LNR de l'An 1 à l'An 5.
- 1.1.30 Assurer les frais de communication entre le PNLAT, le LNR, les points focaux régionaux et les CDT, par la mise en place d'une flotte pour faciliter la transmission des données et la gestion des malades TB (75 téléphones prévus dans la phase 2 du FM R9 + frais de communication).
- 1.1.31 Acheter 13 clés internet pour les cadres du PNLAT et les points focaux régionaux TB et VIH (dont 5 en l'An 1 phase 2 FM R9 et 8 en l'An 2).

Intervention stratégique 1.2 : Renforcement du système de gestion en médicaments antituberculeux de première et de deuxième ligne et en réactifs et consommables de laboratoire.

Les médicaments antituberculeux sont disponibles dans les CDT sans rupture de stock et sont donnés gratuitement aux malades en Guinée.

La création d'une plateforme entre le PNLAT, le Ministère des Finances, la PCG et les partenaires permet de coordonner les achats des médicaments antituberculeux et la rédaction d'une convention de partenariat entre la PCG et le PNLAT.

Un manuel de procédures pour l'achat, le stockage, la distribution des médicaments, réactifs et consommables de laboratoire est élaboré et validé par tous les partenaires.

Le PNLAT fait chaque an la quantification des besoins en médicaments, réactifs et consommables de laboratoire. Le stockage des produits est confié à la PCG qui assure également la distribution à ses dépôts régionaux. Les CDT sont approvisionnés trimestriellement par les dépôts régionaux PCG, selon les commandes des CDT, analysées et validées par le PNLAT.

Cette intervention stratégique est liée à l'indicateur de rendement 1.1.2 : Nombre et Pourcentage de CDT ayant présenté une rupture de stock d'un ou plusieurs médicaments de première ligne au cours de l'année (de 10% en 2015 à 0% à partir de 2016).

Activités :

- 1.2.1 Acheter les médicaments antituberculeux de 1ère ligne adultes de l'An 1 à l'An 5 avec constitution d'un stock de sécurité d'une année en l'An 1.
- 1.2.2 Acheter les médicaments antituberculeux pédiatriques de 1ère ligne de l'An 1 à l'An 5 avec constitution d'un stock de sécurité d'une année en l'An 1.
- 1.2.3 Acheter les médicaments de 2ème ligne, régime court (190 en 2015; 237 en 2016; 290 en 2017; 349 en 2018; 360 en 2019) pour les malades TB-MR.
- 1.2.4 Acheter 68 armoires appropriées pour le stockage des médicaments au niveau des CDT dont 12 prévus sur la 2ème phase du FM R9 et 56 en l'An2.
- 1.2.5 Signer une convention de partenariat entre le PNLAT et la PCG en l'An 1.
- 1.2.6 Mettre en place un comité de coordination entre le PNLAT, le Ministère des Finances, la PCG et les partenaires pour coordonner les achats des médicaments antituberculeux, les réactifs les consommables de laboratoire et les outils de gestion en l'An 1.
- 1.2.7 Tenir une rencontre annuelle de la plateforme pour coordonner la gestion des médicaments, les réactifs et consommables de laboratoire entre PNLAT, Ministère des Finances, PCG et partenaires (1 journée de 35 personnes à Conakry).
- 1.2.8 Organiser 1 atelier de 15 personnes, pendant 5 jours à Kindia, pour l'élaboration d'un manuel de procédures pour la gestion de médicaments et consommables de laboratoire en l'An 1.
- 1.2.9 Organiser 1 atelier de 20 personnes pendant 2 jours à Kindia pour la validation du manuel de procédures pour la gestion de médicaments et consommables de laboratoire en l'An 1.
- 1.2.10 Editer et diffuser 216 (2x60 CDT + 2x 8 régions + 5x 10 partenaires + 30 PNLAT) exemplaires du manuel de procédure de gestion de médicaments et consommables de laboratoires en l'An2.
- 1.2.11 Distribuer trimestriellement au niveau des CDT les médicaments antituberculeux, les réactifs et consommables de laboratoire par la PCG.
- 1.2.12 Payer annuellement la cotisation au GLC de l'An 1 à l'An 5.
- 1.2.13 Assurer chaque année 2 inventaires de stock du PNLAT (8 personnes pour 5 jours) de l'An 1 à l'An 5.

Intervention stratégique 1.3 : Mise en œuvre du plan de renforcement des ressources humaines du programme.

Dans le but de renforcer l'unité de suivi évaluation de la coordination du PNLAT, un cadre y est affecté à cet effet. Son rôle est d'élaborer les directives et les modules de formation, d'évaluer les besoins en formation et de programmer les formations à tous les niveaux.

La coordination du PNLAT doit être renforcée en personnel supplémentaire qualifié, notamment :

- en gestion financière (recrutement d'un(e) comptable de haut niveau ayant de compétences en gestion de projets/programme) ;
- en suivi évaluation (recrutement d'un médecin et d'un agent de saisie) ;
- en administration (recrutement d'un(e) assistant(e) administratif(e) qualifié(e) ;
- en gestion de médicaments et consommables de laboratoire (recrutement d'un(e) pharmacien(ne) et d'un logisticien).

A partir de l'An 2, le PNLAT a à sa disposition 8 points focaux qui mettent en œuvre les activités de formation et de supervision concernant la TB, le VIH et la coinfection TB/VIH dans les 8 régions administratives du pays.

Les compétences de la coordination et des points focaux régionaux du PNLAT sont renforcées à travers la participation à des cours, réunions et congrès internationaux et l'octroi des primes incitatives au personnel directement impliqué dans la lutte contre la tuberculose aux différents niveaux d'intervention, y compris pour les agents microscopistes.

Il est mis en place au niveau du PNLAT en collaboration avec ses partenaires, un système de primes de performances basé sur les résultats. Les critères qui sont pris en compte pour déterminer le niveau de performance et les primes des agents impliqués dans la mise en œuvre du programme sont définis et diffusés.

Cette intervention stratégique est liée à l'indicateur de rendement 1.3.1 : Taux d'exécution des activités prévues dans le PAO et contribuera à passer de 40% en 2015 à 80% en 2019.

Activités

- 1.3.1 Payer le salaire du personnel contractuel du PNLAT de l'An1 à l'An5 (1 Responsable Administratif et Financier, 1 Data Manager, 1 Responsable de suivi communautaire, 4 Chauffeurs, 1 femme de ménage, 2 gardiens).
- 1.3.2 Recruter le personnel additionnel du PNLAT (1 agent de saisie, 1 médecin pour formation, 1 pharmacien 1 assistant de direction, un logisticien) en l'An 2.
- 1.3.3 Assurer un complément de salaire pour le personnel fonctionnaire de l'Etat travaillant à la coordination du PNLAT (1 Coordinateur, 1 Coordinateur Adjoint, 1 Responsable Suivi Evaluation, 1 point focal TB/VIH, un chargé des activités communautaires, 1 comptable, une secrétaire) de l'An 1 à l'An 5.
- 1.3.4 Assurer un complément de salaire pour le personnel impliqué dans la prise en charge des cas de TB-MR de l'An 1 à l'An 5.
- 1.3.5 Affecter 3 techniciens supérieurs de laboratoire au LNR en l'An 2.
- 1.3.6 Affecter 4 techniciens de laboratoire dans 3 régions administratives (1 à Mamou, 1 à Boké, et 2 à Faranah) en l'An 2.
- 1.3.7 Affecter 2 agents de santé au CAT de la Carrière pour le renforcement des capacités de la prise en charge de la TB-MR en l'An 2.
- 1.3.8 Former deux cadres du PNLAT en compétences de formation et en suivi des plans de formation pendant 2 semaines au Maroc en l'An 2 :1 et An 3 : 1.
- 1.3.9 Former 3 cadres en management des participants public privé (PPM) 2 semaines en Côte d'Ivoire 2 en l'An 2 et 1 en l'An 3.
- 1.3.10 Former 2 cadres du niveau central en gestion de programme/projet, 3 semaines au Maroc en l'An 3.

- 1.3.11 Assurer la participation de 3 cadres du PNLAT au cours portant sur les indicateurs de performance et implantation des systèmes de suivi évaluation 3 semaines à Casablanca (Maroc) en l'An 3 : 2 et en l'An 4 : 1.
 - 1.3.12 Assurer la participation de 16 cadres, y compris les points focaux régionaux, au cours international sur la gestion de la coinfection TB/VIH, et la TB-MR, 6 semaines à Cotonou à raison de 4 cadres par An de l'An 2 à l'An 5.
 - 1.3.13 Former 2 cadres en épidémiologie à Cotonou (Bénin) 18 mois en l'An 4.
 - 1.3.14 Assurer la participation de 6 infirmiers travaillant dans les CDT TB-MR, au cours régional sur l'hygiène hospitalière et les infections nosocomiales et infections associés aux soins et service 6 semaines à Dakar à raison de 2 par An à partir de l'An 3.
 - 1.3.15 Former 1 cadres en Maîtrise en Santé publique à l'IRSP au Bénin pour 2 ans en l'An 3.
 - 1.3.16 Assurer la participation de 8 cadres au Cours international de l'Union sur la tuberculose à Cotonou pour 4 semaines à raison de 2 par an à compter de l'An 2.
 - 1.3.17 Former 2 cadres du programme en santé communautaire au Maroc 8 semaines 1 en l'An 4 et 1 en l'An 5.
 - 1.3.18 Assurer la participation annuelle de 3 cadres du PNLAT aux réunions et conférences internationales sur la TB et les maladies respiratoires de l'An 1 à l'An 5.
 - 1.3.19 Recruter 8 médecins points focaux régionaux de la tuberculose et du VIH pour les 8 régions administratives en l'An 2.
 - 1.3.20 Assurer l'octroi de primes basées sur la performance aux agents de traitement, agents de relance et techniciens de laboratoires dans les CDT (3 agents par CDT x 68 = 204).
 - 1.3.21 Former 3 cadres sur le Leadership, Rôle et Responsabilité du gestionnaire pendant 3 semaines à Casablanca (Maroc), 2 en l'An 3 et 1 en l'An 4.
- Et le personnel dans les CDT/CT ? En principe pour assurer une bonne marche des activités il faut avoir deux agents de traitement (CDT/CT).

Intervention stratégique 1.4: Renforcement du système de suivi évaluation et de la recherche opérationnelle.

Le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique se fait en première instance à travers la réalisation régulière des supervisions, des réunions de coordination trimestrielles des CDT au niveau régional, la production des rapports périodiques.

Une revue épidémiologique et des audits de la qualité des données sont réalisés en vue de garantir la fiabilité des données. Un mécanisme efficace de dissémination des données et de communication entre les structures est mis en place.

Le plan stratégique est accompagné par un plan de suivi-évaluation 2015-2019.

Les capacités du personnel en matière de suivi-évaluation à tous les niveaux sont renforcées pour une meilleure gestion de l'information générée par les activités du programme.

Formation des agents CDT pour la supervision des CT, des points focaux régionaux pour la supervision trimestrielle des CDT.

Le PNLAT fait la révision des outils d'enregistrement et de rapportage en tenant compte des nouvelles définitions de l'OMS et actualise ses bases de données.

La supervision est trimestrielle du niveau central vers les régions, des régions vers les CDT et des CDT vers les CT. A cet effet, le PNLAT met à jour la grille de supervision pour intégrer les nouvelles recommandations des directives nationales et la révision des outils.

Au début du plan, le niveau national effectue des supervisions formatives avec les points focaux régionaux et les agents CDT de façon à former les points focaux en matière de supervision.

Dans une deuxième phase, la région assure la supervision des CDT sous sa compétence et le niveau national effectue les supervisions au niveau régional.

La rétro-information de l'analyse des résultats est faite à raison d'une réunion nationale par an avec les directeurs de santé des régions, les points focaux des régions, les techniciens de laboratoires chargés du contrôle de qualité au niveau régional, et les partenaires techniques et financiers.

Une première évaluation conjointe du plan stratégique est faite en 2017 et une évaluation finale est réalisée en 2019.

Les dépenses engagées pour la lutte contre la tuberculose sont mesurées tant au niveau de l'Etat que des financements externes de façon à renforcer la capacité de gestion financière, et les résultats sont présentés lors de la réunion nationale de rétro-information.

L'analyse des données statistiques recueillies à travers le système d'information sera progressivement renforcée à travers l'utilisation de nouvelles technologies notamment à travers la création d'une plateforme de SMS site web.

Le programme se propose également de réaliser des recherches opérationnelles et de collaborer avec les universités et écoles de santé en soutenant la réalisation de thèses et mémoires pertinents sur la tuberculose.

Cette intervention stratégique est liée à l'indicateur de rendement 1.4.1 : Nombre et pourcentage de CDT suivant les directives du programme dans la prise en charge du malade (critères de performance pour les primes) de 50% en 2015 à 90% en 2019.

Activités

- 1.4.1 Réaliser une supervision du niveau central aux CDT par trimestre (3 superviseurs x 12 jours) en l'An 1 (Phase 2 Round 9).
- 1.4.2. Organiser une supervision conjointe niveau central et points focaux régionaux vers le district une fois par trimestre en l'An 2.
- 1.4.3 Réaliser des visites de supervision 1 fois par semaine par CDT dans la ville de Conakry (Action Damien en collaboration avec le PNLAT) de l'An 1 à l'An 5.
- 1.4.4 Réaliser 14 visites de supervision des régions sanitaires par le niveau central (de l'An3 à l'An5).
- 1.4.5 Réaliser 20 visites de supervision des districts sanitaires par le niveau régional (4 visites par an de l'An 3 à l'An 5).
- 1.4.6 Réaliser 30 visites de supervision des CS par les districts sanitaires (6 visites par an de l'An1 à l'An5).
- 1.4.7. Organiser 20 réunions de validation des données par région administrative sur les activités de lutte antituberculeuse (4 par An de l'An 2 à l'An 5).
- 1.4.8 Organiser 5 réunions de retro-information nationale (1 par an de l'An1 à l'An5).
- 1.4.9 Créer un site Web pour le Programme et garantir son fonctionnement de l'An 2 à l'An 5.
- 1.4.10 Transformer la base de données du PNLAT (TEC-TUB) vers une application Web avec la plateforme SMS en l'An 2.
- 1.4.11 Intégrer progressivement à partir de l'An 3 les grands CDT (moyenne de 150 malades/trimestre) et les sites de prise en charge de TB-MR dans le cadre de la gestion de données par SMS/Web (achat des outils : smart phones et paiement de frais de fonctionnement, formation du personnel pendant 1 journée).
- 1.4.12 Organiser un atelier de 20 participants pendant 3 jours pour la révision du plan de suivi évaluation à Kindia à l'An1.
- 1.4.13 Réaliser une étude pour déterminer les causes de perdu de vu et les résultats de traitement de cas transférés en l'An 2 dans les zones prioritaires.
- 1.4.14 Appuyer la réalisation de 4 thèses de mémoire des étudiants en médecine sur la tuberculose chaque année de l'An 2 à l'An 5.

- 1.4.15 Réaliser une enquête CAP sur la perception de la tuberculose par les populations en l'An 1 (phase 2 FM R9).
- 1.4.16 Réaliser une étude sur les causes qui favorisent l'émergence de la résistance secondaire aux antituberculeux en l'An 1 (phase 2 FM R9).

Objectif 2 : D'ici 2019, diagnostiquer et mettre sous traitement 64 599 nouveaux cas et rechutes de tuberculose à savoir de 12 143 en 2015 à 13 720 en 2019.

Intervention stratégique 2.1 : Amélioration de l'accessibilité au diagnostic de la tuberculose en renforçant la microscopie et en intégrant le GeneXpert MTB/RIF au niveau régional.

L'accès au dépistage est développé à travers le renforcement et l'extension du réseau de microscopie. Tous les centres de santé sont en mesure de collecter les crachats pour leur expédition aux laboratoires des CDT. Deux échantillons de crachat sont collectés pour le diagnostic et pour les contrôles.

Le PNLAT met en œuvre les interventions nécessaires pour :

- Le renforcement de la couverture et de la fonctionnalité des CDT dans les 8 régions administratives. Le PNLAT évalue la distribution et la charge de travail des CDT de chaque région et si nécessaire, de nouveaux CDT sont créés.
- Le réseau de laboratoire de microscopie est renforcé à travers la collaboration des centres de santé pour la collecte et le transport des échantillons : agents formés ; petits équipements comme les glacières ; dotation en carburant pour assurer promptement leur envoi vers les laboratoires de microscopie.

La qualité du diagnostic est améliorée à travers une couverture totale en contrôle de qualité externe (CQE) de la microscopie. Les activités prévues à cet effet sont :

- La mise en place d'une équipe de superviseurs régionaux qui ont la charge de réaliser le contrôle de qualité tous les trimestres dans tous les CDT de sa propre région.
- Les laboratoires régionaux fonctionnent comme premiers contrôleurs et assurent la relecture des lames des CDT de la région. La collecte des lames est assurée par le superviseur régional. Les lames discordantes sont envoyées au LNR des mycobactéries pour une deuxième relecture. Le LNR des mycobactéries est à la fois le premier contrôleur et le deuxième contrôleur pour les laboratoires régionaux et pour les laboratoires qui utilisent la microscopie LED. Les causes des erreurs sont recherchées et corrigées par des stages des techniciens peu performants dans le laboratoire régional ou au LNR des mycobactéries si nécessaire.
- Le remplacement des microscopes défectueux et l'entretien efficace des équipements de laboratoire sont assurés. Un stock de pièces de rechange est disponible.
- Les techniciens du réseau de laboratoires sont formés et recyclés sur la bacilloscopie, sur les mesures de contrôle de l'infection et sur la maintenance et la réparation des microscopes.

Les capacités diagnostiques sont renforcées à travers :

- L'achat de microscopes LED pour les CDT qui ont une forte activité de diagnostic (plus de 50 lames par jour et par technicien). Le LNR des mycobactéries assure la formation des techniciens à l'utilisation de cette technique et le suivi de ces laboratoires par un CQE trimestriel. Le PNLAT assure l'approvisionnement en auramine de qualité et récipients opaques pour la conservation du réactif.
- L'introduction du GeneXpert MTB/RIF au niveau des laboratoires régionaux. Le test GeneXpert MTB/RIF est réalisé pour tout malade en retraitement et pour les nouveaux cas de tuberculose ayant été en contact avec un patient TB-MR.

- Le test GeneXpert MTB/RIF est aussi utilisé pour le diagnostic de la tuberculose chez les enfants (y compris pour certaines formes extrapulmonaires, notamment la méningite) et les personnes VIH+. L'algorithme de diagnostic est revu de façon à inclure les indications du GeneXpert MTB/RIF.
- Le PNLAT achète des appareils de radiographie digitale pour les hôpitaux nationaux et régionaux à grande capacité.
- Les médecins des hôpitaux sont formés en interprétation des radiographies pulmonaires.
- La mise en place d'un système de contrôle de qualité de la lecture des radiographies est réalisée.

Cette intervention stratégique est liée à l'indicateur de résultat 2.1 : Nombre de NC de tuberculose et de rechutes notifiés en mis sous traitement de 11.021 cas en 2013 à 13.308 cas en 2019 et à l'indicateur de rendement 2.1.1 : Nombre et pourcentage de laboratoires présentant des performances satisfaisantes au contrôle de qualité externe de la microscopie (de 32% en 2012 à 80% en 2019).

Activités :

- 2.1.1 Appuyer le transport de crachat de cas présumés de TB du centre de santé vers le laboratoire du CDT de l'An1 à l'An 5 (carburant, caisses de transport des crachats, crachoirs).
- 2.1.2 Appuyer le transport de crachat de cas présumés de TB –MR des CDT vers les laboratoires régionaux de l'An1 à l'An 5 (carburant, glacières).
- 2.1.3 Acheter 68 microscopes optiques pour les CDT dont 20 prévu pendant la 2^{ème} phase FM R9 (An1 :20, An2 :48).
- 2.1.4 Acheter 5 microscopes LED pour les laboratoires des quatre régions administratives, et le CDT de Macenta (1 prévu par AD en l'An 1 et 4 en l'An 2).
- 2.1.5 Acheter les pièces de rechange pour les 5 microscopes LED et les 68 microscopes optiques des CDT de l'An1 à l'An5.
- 2.1.6 Acheter les consommables et réactifs de laboratoire pour la microscopie avec la constitution d'un stock de réserve de l'An 1 à l'An 5 (An1 prévu sur la phase 2 FM R9).
- 2.1.7 Réaliser le contrôle de qualité externe trimestriel de la microscopie des CDT par le LNR de l'An 1 à l'An 2.
- 2.1.8 Réaliser le contrôle de qualité de la microscopie des CDT par le niveau régional chaque trimestre à partir de l'An 3.
- 2.1.9 Réaliser le contrôle de qualité des laboratoires régionaux par le LNR des mycobactéries une fois par trimestre de l'An 3 à l'An 5.
- 2.1.10 Assurer un stage pratique de 5 jours au LNR des mycobactéries pour les techniciens de laboratoire présentant des erreurs majeurs : 10 en l'An 2, 8 en l'An 3, 5 en l'An 4 et l'An 5.
- 2.1.11 Réaliser 2 sessions de 5 personnes en CQ et en maintenance pour 10 jours (6 CQ, 4 maintenance) à Conakry en l'An 1 (Phase 2 FM R9).
- 2.1.12 Former un pool de formateurs de 16 techniciens de laboratoires régionaux en bacilloscopie et maintenance primaire pendant 5 jours à Conakry à l'An 2.
- 2.1.13 Former/recycler 136 techniciens de laboratoire en bacilloscopie, biosécurité, gestion de déchets et maintenance pendant 8 jours (57 prévu phase 2 FM R9, 40 en l'An 2 et 39 en l'An 3).
- 2.1.14 Rendre fonctionnelle l'unité de préparation des réactifs au niveau central à travers l'achat du mobilier de bureau : 1 table, 3 chaises, 1 balance Roberval et 1 balance de précision en l'An 1 (R9 FM).

- 2.1.15 Acheter 5 kits de laboratoire pour Cinq (5) nouveaux laboratoires de microscopie (Tokounou, Karifamorya/Kankan, Kassopo/Boké, Banankoro/Kerouané, Banian/Faranah) 5 en l'An 4.
 - 2.1.16 Equiper les 8 laboratoires régionaux, le LNR des mycobactéries et le laboratoire de Macenta en GeneXpert MTB/RIF, onduleurs (1 prévu phase 2 FM R9, l'An2 :8) et assurer le calibrage annuel.
 - 2.1.17 Acheter 8 kits panneaux solaires pour alimenter le GeneExpert MTB/RIF des 8 régions en l'An 2.
 - 2.1.18 Acheter les cartouches GeneXpert MTB/RIF pour les cas présumés (cas retraitement + cas contacts, 978 en l'An 1, 1152 en l'An 2, 1337 en l'An 3, 1531 en l'An 4, 1579 en l'An 5).
 - 2.1.19 Former 20 techniciens de laboratoire sur la technique d'utilisation de l'appareil Genexpert et le calibrage annuel en l'An 2.
 - 2.1.20 Acheter 11 appareils de radiographie digitale pour les 3 hôpitaux nationaux et 8 régionaux en l'An 2.
 - 2.1.21 Former 15 médecins des hôpitaux nationaux et 16 médecins des hôpitaux régionaux sur l'interprétation des clichés de radiographie en 2 sessions en 3 jours à l'An 2 à Kindia.
 - 2.1.22 Acheter les consommables pour la radiographie pulmonaire de l'An 2 à l'An 5.
- Et le personnel dans les laboratoires des CDT? En principe pour assurer une bonne marche des activités il faut avoir deux unités dans les laboratoires des CDT.

Intervention stratégique 2.2 : Dépistage actif de la tuberculose chez les populations vulnérables et à risque tels que les personnel de santé ayant en charge les cas de TB, les cas contacts, les prisonniers et les diabétiques.

Elle se fait à travers :

- Le renforcement des capacités des prestataires des CDT à faire l'examen des contacts des malades tuberculeux confirmés bactériologiquement en suivant l'algorithme établi par le programme et à prescrire le traitement préventif pour les contacts âgés de moins de 5 ans ne présentant aucun signe de tuberculose. Les contacts adultes qui sont symptomatiques sont soumis aux examens de diagnostic selon l'algorithme de diagnostic en vigueur.
- La mise en œuvre d'un système de surveillance de la tuberculose chez le personnel de santé travaillant dans les CDT et au niveau du service de pneumo-physiologie de l'Hôpital Ignace Deen en suivant l'algorithme établi par le programme.
- Le développement des activités de dépistage actif dans les prisons en collaboration avec les services du Ministère de la Justice et les services de santé des prisons. Il est mis en place un dépistage systématique de la tuberculose à l'entrée de tout nouveau détenu (recherche des signes cliniques de suspicion et examen des crachats en cas de suspicion) et des journées de dépistage actif. Celles-ci incluent la sensibilisation des autorités administratives, personnel médical, gardiens, chefs de cellules et détenus sur les signes et les dangers de la tuberculose. Les détenus présentant des signes de suspicion de la TB font l'examen des crachats et les cas détectés sont immédiatement traités. En cas de négativité la radiographie pulmonaire est effectuée.
Le PNLAT prévoit l'achat d'un appareil de radiographie digitale mobile pour faire le dépistage actif dans la prison de la ville de Conakry.
- Les médecins et le personnel de santé ayant en charge les diabétiques sont formés au diagnostic actif de la tuberculose à travers un simple questionnaire. Les cas présumé font l'examen des crachats BAAR. En cas de négativité la radiographie pulmonaire est effectuée.

Cette intervention stratégique est liée à l'indicateur de résultat 2.1 : Nombre de NC de tuberculose et de rechutes notifiés en mis sous traitement de 11.021 cas en 2013 à 13.308 cas en 2019 et à l'indicateur de processus 2.2.1 : Nombre et % de cas TPM+ NC pour lesquels une recherche active chez les contacts a été effectuée (visite à domicile, liste des cas contacts disponible) de 30% en 2015 à 75% en 2019.

Activités

- 2.2.1 Elaborer en l'An1, les algorithmes pour la recherche active de la tuberculose chez les cas contacts, les personnels de santé, les prisonniers et les diabétiques (atelier de 3 jours, 20 participants à Kindia) (R9 FM).
- 2.2.2 Editer et diffuser 600 affiches sur les algorithmes pour le dépistage actif de la TB en l'An 2 et l'An 4.
- 2.2.3 Assurer une visite à domicile chez les malades TPM+ ayant accepté pour rechercher la tuberculose chez les cas contacts (2224 en l'An 1; 3057 en l'An 2; 3940 en l'An 3; 4875 en l'An 4; 6283 en l'An 5).
- 2.2.4 Mettre en place en l'An 2 un groupe de travail national en collaboration avec le service de médecine de travail qui assure la surveillance de la tuberculose chez les agents de santé ayant en charge les malades tuberculeux et travaillant dans les laboratoires (1 réunion semestrielle de 1 jour, 8 participants).
- 2.2.5 Elaborer une base de données pour la surveillance de la tuberculose chez les agents de santé des CDT, du LNR des mycobactéries et du service de pneumologie en l'An 2.
- 2.2.6 Réaliser une visite médicale et faire une radiographie pulmonaire par an à partir de l'An 3 pour surveiller la tuberculose chez les agents de santé travaillant dans les CDT, le LNR et le service de pneumologie.
- 2.2.7 Former 30 médecins des 7 hôpitaux régionaux, des 5 hôpitaux de communes et des 3 hôpitaux nationaux en deux sessions de 15 participants pendant 2 jours sur le diagnostic actif de la tuberculose en l'An 2.
- 2.2.8 Former 30 infirmiers des 7 hôpitaux régionaux, des 5 hôpitaux de communes et des 3 hôpitaux nationaux en deux sessions de 15 participants en deux jours sur le diagnostic actif de la tuberculose en l'An 2.
- 2.2.9 Former 16 agents de santé des infirmeries de prisons (maisons centrales) des régions administratives sur l'algorithme de dépistage actif de la TB et sur la gestion de la TB pendant 3 jours à l'An 2 et les recycler à l'An 4 à Kindia.
- 2.2.10 Former 100 pairs éducateurs dans les prisons régionales (maisons centrales) pendant 1 jour (l'An1 : Conakry, Kindia, Mamou, Kankan, Nzérékoré ; l'An2 : Faranah, Boké, Labé).
- 2.2.11 Assurer la recherche active de la TB sur les symptômes et la visite médicale à chaque nouveau prisonnier qui entre en prison. (Kit d'hygiène pour le chef de cellule qui collabore avec l'infirmier, primes pour les infirmiers, prélèvement et transport de crachats de la prison vers le CDT) de l'An 2 à l'An 5.
- 2.2.12 Organiser, à partir de l'An 2, une journée de dépistage actif par semestre dans la prison centrale de Conakry.
- 2.2.13 Acheter en l'An 2 un appareil radio digitale pour la prison centrale de Conakry.
- 2.2.14 Réaliser une supervision trimestrielle conjointe TB et TB-VIH dans les 8 prisons de l'An 2 à l'An 5.
- 2.2.15 Subventionner la radiographie pulmonaire pour les diabétiques ayant un examen de crachat BAAR négatif.

Intervention stratégique 2.3 : Renforcement des capacités du LNR des mycobactéries et des laboratoires régionaux pour le diagnostic et le suivi des malades TB-MR ou TB-RR.

La culture et le test de sensibilité sont réalisés chez tous les malades TB-RR au Gene-Xpert au début du traitement. Les cultures de contrôle sont réalisées selon les normes du PNLAT tous les mois pendant la phase intensive et tous les trois mois pendant la phase de continuation pour les malades sous régime de 24 mois.

Les malades de l'étude font les cultures tous les mois pendant les 9 mois et sont suivis pendant 2 ans après selon le protocole validé par le comité d'éthique.

Un système rapide, sûr et efficace d'envoi des échantillons (approvisionnement des districts en tubes de Falcon avec CPC, triple emballage répondant aux normes internationales de sécurité, contrat avec les compagnies de transport) et de retour des résultats pour le GeneXpert MTB/RIF est mis en place.

La collaboration entre le LNR et le laboratoire supranational de Cotonou est formalisée à travers un accord. Les mesures de contrôle de l'infection et le niveau de biosécurité requis sont garanties.

Cette intervention stratégique est liée à l'indicateur de résultat 2.1 : Nombre de NC de tuberculose et de rechutes notifiés en mis sous traitement de 11.021 cas en 2013 à 13.308 cas en 2019 et à l'indicateur de processus 2.3.1 : % de malades TB-RR sous traitement ayant réalisé 9 cultures pendant le suivi du traitement (régime de 9 mois) qui sera de 100% sur les 5 ans.

Activités

- 2.3.1 Réaliser la maintenance des équipements du LNR chaque année.
- 2.3.2 Equiper le LNR des mycobactéries d'un microscope LED, d'une centrifugeuse, d'un bain-marie, deux agitateurs de type Vortex, deux agitateurs de Kahn, d'un ordinateur avec accessoires (imprimante, photocopieuse), de deux (2) autoclaves, de 2 onduleurs pour hottes, d'un distillateur, d'un coagulateur pour le milieu de Lowenstein Jensen, deux(2) poupinels, un lecteur pour culture sur MGIT en l'An 1 et 2.
- 2.3.3 Assurer le passage du LNR des mycobactéries du niveau 2 au niveau 3 de biosécurité (une partie est prévue sur phase 2 du FM R9).
- 2.3.4 Acheter les consommables et réactifs pour le LNR des mycobactéries (milieu liquide, antibiogramme, etc.) de l'An 1 à l'An 5.
- 2.3.5 Renouveler le mobilier du LNR (24 chaises, 4 bureaux, 4 tables, 2 armoires).
- 2.3.6 Acheter 2 automates dont un en Hématologie et un en Biochimie pour les examens de suivi de TB-MR et les tuberculeux hospitalisés.
- 2.3.7 Former 2 techniciens du LNR des mycobactéries à Cotonou à la maintenance primaire des équipements en l'An 2.
- 2.3.8 Former 2 biologistes et 2 techniciens supérieurs du LNR en Biologie moléculaire, 2 biologistes en immunologie à Cotonou en l'An 2.
- 2.3.9 Réaliser une session de formation/recyclage pour 9 techniciens en culture et test de sensibilité (Conakry) 21 jour en l'An 1 (R9 FM).
- 2.3.10 Former 2 cadres du LNR des mycobactéries sur le test de sensibilité des médicaments de 2ème ligne et en biosécurité à Anvers en l'An 3.
- 2.3.11 Faire participer 2 biologistes du LNR des mycobactéries au cours IATA sur le transport des échantillons biologiques pour 2 semaines à Cotonou en l'An 2.
- 2.3.12 Intégrer le LNR des mycobactéries et l'INSP dans la flotte téléphonique du PNLAT.

- 2.3.13 Formaliser un contrat de contrôle de qualité externe entre le LNR et le Laboratoire supra national de Cotonou.
- 2.3.14 Expédier les souches des malades TB-MR présumés XDR au Laboratoire supranational de Cotonou (4 fois par An ??).
- 2.3.15 Organiser un visite par an au LNR par un laboratoire supranational (Cotonou) 6 jours de travail, 8 jours de per diem de l'An 1 (R9 FM) à l'An 5.

Objectif 3 : D'ici 2019 traiter avec succès 34 277 cas confirmés bactériologiquement avec un taux de succès de traitement passant de 82% pour la cohorte 2012 à au moins 90% en 2019.

Intervention stratégique 3.1 : Dispensation des soins de qualité aux malades tuberculeux.

Les directives de prise en charge de la tuberculose et les modules de formation sont révisées tous les trois ans. Réalisation de la formation des agents qui prennent en charge les malades, en assurant la formation des nouveaux agents et le recyclage en TB, TB/VIH et en mesures de prévention.

Les points focaux régionaux suivent et accompagnent les CDT des districts dans le respect des normes à travers la supervision trimestrielle et le contact constant (flotte).

Les CDT sont doté en moyens de transport (motos et carburant) et de communication (cartes téléphoniques) pour la recherche des cas absents au traitement.

Tous les CDT sont dans la flotte et les résultats des cas transférés est disponible.

Le traitement directement observé est réalisé là où c'est possible ou en cas de malades difficiles. En alternative, on fait recours à un « garant » par malade.

La mise sous traitement et le suivi des malades restent la responsabilité du CDT. Le PNLAT met à disposition des agents de CDT les moyens pour les visites à domicile et pour l'accompagnement des CT ayant des malades sous traitement.

La charte des patients est traduite en différentes langues locales et utilisée dans tous les CDT.

Un appui nutritionnel pour les malades tuberculeux hospitalisé est fourni.

Cette intervention stratégique est liée à l'indicateur de résultat 3.1 : Nombre et % des NC confirmés bactériologiquement ayant été traité avec succès de 82% à 90% et à l'indicateur de résultat 3.1.1 : Taux de malades perdus de vue et de transférés parmi les nouveaux cas TPM+ de 12% à 3%.

Activités :

- 3.1.1 Organiser 4 ateliers d'élaboration de documents techniques du PNLAT de 5 jours pour 15 personnes (en l'An 1 financement phase 2 FM R9, révision en l'An 4).
- 3.1.2 Organiser 1 atelier de validation de documents techniques du PNLAT de 3 jours pour 40 personnes (en l'An 1 financement phase 2 FM R9, révision en l'An 4).
- 3.1.3 Editer et diffuser 1000 exemplaires du guide technique du PNLAT en l'an 1 et l'an4.
- 3.1.4 Editer et diffuser les outils de gestion du PNLAT en l'An 1 et l'An 4.
- 3.1.5 Assurer la formation de 20 formateurs régionaux (2 médecins/région pour les 7 Régions administratives et 6 à Conakry) pendant 6 jours sur la TB, TB - MR et TB-VIH (prise en charge médicale et psycho sociale) en l'An2.
- 3.1.6 Former/Recycler 76 médecins des Districts Sanitaires (1 Généraliste et 1 MCM par district) sur la TB et TB-VIH pendant 6 jours (prise en charge médicale et psycho sociale) en 4 sessions de 19 personnes en l'An2 et en l'An 4.

- 3.1.7 Former 120 infirmiers des CDT sur la prise en charge de la TB et TB-VIH en l'An 1 phase 2 FM R9 (6 sessions de 20 personnes pendant 6 jours).
- 3.1.8 Former 136 infirmiers des CDT sur la prise en charge de la TB et TB-VIH en l'An 4 (8 sessions régionales pendant 6 jours).
- 3.1.9 Former 407 infirmiers des structures de soins au niveau régional (CS et CSA) pendant 3 jours sur la référence des cas présumés de tuberculose et sur le suivi du traitement en l'An 2 : 204 et en l'An 3 : 203.
- 3.1.10 Former 82 infirmiers des hôpitaux (Hôpital/CMC, Hôpital National) pendant 3 jours sur la prise en charge de la TB et TB-VIH en l'An 2 :41 et en l'An 3 :41.
- 3.1.11 Fournir en carburant et en lubrifiants pour la relance de malades (15 litres d'essence et 1litre d'huile par moto et par mois) de l'An 2 à l'An 5.
- 3.1.12 Acheter les cartes de recharge téléphonique (30.000 GNF par mois par CDT) pour la relance des malades pour les CDT de l'An 1 à l'An 5.
- 3.1.13 Apporter un appui nutritionnel pendant la phase intensive aux malades TB hospitalisés (5% de malades TB) de l'An 2 à l'An 5.
- 3.1.14 Traduire la charte des patients tuberculeux en langue nationale en l'An 2 par un cabinet spécialisé.
- 3.1.15 Editer et diffuser 300 exemplaires cartonnés de la charte des patients tuberculeux en l'An 2 et en l'An 4.
- 3.1.16 Fournir une copie de la charte des patients tuberculeux attendus de l'An 2 à l'An 5 répartis comme suit : An 2 : 13 047, An 3 : 13 451, An 4 : 13 868 et An 5 :14 299.
- 3.1.17 Editer et diffuser 150 affiches de la charte des patients tuberculeux en An 2 et An4.
- 3.1.18 Réaliser une recherche opérationnelle sur la couverture réelle du TDO dans la ville de Conakry, en l'An 1 (Action Damien).
- 3.1.19 Réaliser une recherche opérationnelle sur les alternatives au TDO dans la ville de Conakry, en l'An 2 (Action Damien).

Intervention stratégique 3.2 : Amélioration de la prise en charge de la tuberculose chez les enfants.

Le diagnostic de la tuberculose chez les enfants est renforcé par l'élaboration d'un algorithme de dépistage pédiatrique à appliquer en priorité chez les enfants contacts, dans les services de pédiatrie et les services de réhabilitation nutritionnelle.

Le dépistage et la prise en charge de la TB pédiatrique font partie du contenu des formations sur la TB.

Les pédiatres des hôpitaux régionaux sont formés dans le diagnostic et le suivi des enfants ayant une tuberculose.

Le PNLAT assure l'équipement en fibroscopies pédiatriques, sondes naso-gastriques, tests tuberculoniques, GeneXpert MTB/RIF.

L'algorithme et le tableau des posologies pédiatriques sont disponibles sous forme d'affiche pour les services de pédiatrie et pour les CDT.

Cette intervention stratégique est liée à l'indicateur de résultat 3.1 : Nombre et % des NC confirmés bactériologiquement ayant été traité avec succès de 82% à 90% et aux indicateurs de rendements 3.2.1 : Nombre de contacts de 0-5 ans ayant bénéficié de prophylaxie INH et 3.2.2 : Nombre d'enfants NC <15 ans mis sous traitement antituberculeux.

Activités

- 3.2.1 Organiser un atelier d'élaboration d'un algorithme de dépistage et de prise en charge de la TB pédiatrique (15 participants pendant 3 jours à Kindia) en l'An 1.
- 3.2.2 Editer et diffuser 1000 exemplaires de l'algorithme de dépistage et de prise en charge de la TB pédiatrique pour les CDT et les hôpitaux sous forme d'affiches en l'An 1.
- 3.2.3 Apporter un appui nutritionnel à 2171 enfants tuberculeux de moins de 5 ans de l'An 2 à l'An 5.
- 3.2.4 Acheter 500 cartouches par an Gene Xpert pour le dépistage de la TB chez l'enfant de l'An 2 à l'An 5.
- 3.2.5 Acheter les sondes naso-gastriques (l'An2 :5480 ; l'An3 : 7533 ; l'An4 : 9985 ; l'An5 : 12868).
- 3.2.6 Acheter 6 fibroscopes pédiatriques (2 par HN) en l'An2.
- 3.2.7 Acheter les doses de tuberculine et les seringues à tuberculine (l'An2 :5480 ; l'An3 : 7533 ; l'An4 : 9985 ; l'An5 : 12868).
- 3.2.8 Former 84 infirmiers de service de pédiatrie sur la prise en charge de la TB chez l'enfant et la réalisation et lecture de l>IDR en l'An 2 et l'An 4.
- 3.2.9 Former 44 médecins pédiatres des hôpitaux nationaux, de régions et de districts (1 médecin par hôpital de région et de district et 2 par hôpital national) au dépistage, à la prise en charge et au suivi de la TB de l'enfant en 2 sessions de 22 participants pendant 5 jours à Kindia en l'An 2.
- 3.2.10 Subventionner les frais des examens de diagnostic de la TB chez l'enfant (radiographie, anatomie pathologique, tubage gastrique, IDR etc.).
- 3.2.11 Acheter l'INH 100 mg pour 23 904 enfant moins de 5 ans contacts de TPM+ pour la chimio prophylaxie de l'An 1 à l'An 5.
- 3.2.12 Réaliser une recherche opérationnelle sur l'ampleur de la TB chez l'enfant en ville de Conakry, en l'An 1 (Action Damien).
- 3.2.13 Réaliser une recherche opérationnelle sur l'amélioration de la prise en charge de la TB chez l'enfant en ville de Conakry, en l'An 3 (Action Damien).

Objectif 4 : D'ici 2019, 100% des cas de tuberculose sont dépistés pour le VIH et l'ensemble des patients co-infectés TB/VIH bénéficie de la prophylaxie au CTX et du traitement ARV.

Intervention stratégique 4.1 : Renforcement de la collaboration entre le Programme de lutte contre la Tuberculose et le Programme SIDA à tous les niveaux.

Cette intervention stratégique prend en compte la collaboration entre les programmes et les services en charge de la tuberculose et du VIH/SIDA, il s'agit de rendre fonctionnelles les instances nationales et régionales (Comité et Cellule TB/VIH) afin de favoriser l'échange d'informations relatives aux malades coinfectés, d'améliorer l'accessibilité des services de dépistage VIH aux malades tuberculeux et d'assurer la prise en charge thérapeutique (ARV et CTX) de ces malades TB/VIH.

Le comité TB/VIH est composé des cadres de deux programmes de la Direction Nationale de la Prévention de Santé Communautaire, les partenaires et représentants de la société civile. Ce comité est renforcé grâce à un arrêté ministériel qui définit les rôles et responsabilités de chaque programme dans la gestion de la coinfection TB/VIH. Le rôle du comité est d'analyser les résultats obtenus et de donner les orientations stratégiques et il se réunit une fois par an.

Une cellule de coordination TB/VIH est créée au sein du comité TB/VIH et elle se réunit tous les trois mois pour planifier et surveiller conjointement les activités. La cellule TB/VIH est formée des deux coordonnateurs du programme, les points focaux TB/VIH, les responsables de la statistique et les pharmaciens de chaque programme. Cette cellule fait appel aux personnes

ressources / ONG Institutions travaillant dans le VIH et la TB. Le rapport élaboré par cette cellule est partagé avec tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les deux maladies. Au niveau régional, sous la supervision des coordonnateurs régionaux TB et VIH, des réunions de planification de suivi de patients TB/VIH sont organisées mensuellement.

Cette intervention stratégique est liée aux indicateurs de rendement 4.1 : Nombre et pourcentage de malades TTF testés pour le VIH de 75% en 2013 à 100% en 2019 et 4.2 : Nombre et taux de malades TB/VIH sous ARV de 60% en 2013 à 100% en 2019.

Activités

- 4.1.1 Tenue d'une rencontre annuelle du comité national de coordination TB/VIH (48 participants à Conakry) de l'An 1 à l'An 5.
- 4.1.2 En 2015 élaboration des TDR de la cellule de coordination TB/VIH définissant les missions et attributions.
- 4.1.3 Tenue de réunions trimestrielles de la cellule de coordination TB/VIH (14 personnes 1 journée à Conakry) de l'An 1 à l'An 5.
- 4.1.4 Elaboration et diffusion du plan d'action annuel par la cellule de coordination TB/VIH.
- 4.1.5 En l'An 1 intégration des directives de la prise en charge de la TB/VIH et mise à jour du guide technique TB par la cellule de coordination TB/VIH.
- 4.1.6 Tenue mensuellement de réunions entre les CDT et les sites ARV pour le transfert de malades TB/VIH qui ont fini le traitement antituberculeux (1 journée, 5 participants) de l'An 2 à l'An 5.

Intervention stratégique 4.2 : Réduction du fardeau de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (les trois I de la lutte contre le VIH et la tuberculose).

Cette intervention stratégique met un accent particulier sur :

- La promotion de la recherche active de la tuberculose chez les PVVIH à travers l'insertion d'un module dans les curricula de formation, l'élaboration d'outils de suivi adaptés et l'utilisation de GeneXpert MTB/RIF pour le dépistage de la tuberculose.
- La systématisation de la prophylaxie à l'INH chez les PVVIH.
- La mise en place des mesures de contrôle de l'infection, pour éviter l'exposition des personnes VIH positives aux bacilles tuberculeux, en particulier dans les salles d'attente et les salles d'hospitalisation. Ces mesures comprennent des conseils sur l'hygiène de la toux, la ventilation adéquate des salles, l'identification rapide des tousseurs présumés d'avoir la tuberculose et un diagnostic rapide, le traitement précoce des cas TPM+ dépistés, en ambulatoire autant que possible, l'isolement des malades TPM+ hospitalisés.

Cette intervention stratégique est liée aux indicateurs de rendement 4.1 : Nombre et pourcentage de malades TTF testés pour le VIH de 75% en 2013 à 100% en 2019 et 4.2 : Nombre et taux de malades TB/VIH sous ARV de 60% en 2013 à 100% en 2019.

Activités

- 4.2.1 Formation intégrée du personnel soignant au diagnostic actif de la tuberculose chez les personnes VIH + de l'An 1 à l'An 5 (PM).

- 4.2.2 Intégration du diagnostic actif de la TB dans les outils de gestion de suivi de PVVIH (PM).
- 4.2.3 Elaboration des outils de gestion pour la prophylaxie à l'INH chez les VIH+ (1 atelier de 1 jour à Conakry, 20 participants) en l'An 1.
- 4.2.4 Acheter INH 300 mg pour la prophylaxie chez les VIH+ (400 patients en l'An 1; 477 en l'An 2; 658 en l'An 3; 1430 en l'An 4; 2112 en l'An 5)
- 4.2.5 Achat des cartouches de GeneXpert MTB/RIF pour le diagnostic de la TB chez les PVVIH (49 en l'An 1; 233 en l'An 2; 661 en l'An 3; 1484 en l'An 4; 2516 en l'An 5).
- 4.2.6 Elaborer un plan de contrôle de l'infection dans les structures de PEC des personnes VIH+ (atelier de 5 jours, 20 participants à Conakry en l'An 3).
- 4.2.7 Editer et diffuser 1000 affiches sur le contrôle de l'infection dans les structures de PEC des personnes VIH+ en l'An 3.

Intervention stratégique 4.3 : Réduction du fardeau du VIH chez les patients présumés ou diagnostiqués tuberculeux.

Cette intervention stratégique doit être axée essentiellement sur un accroissement de l'offre de service VIH pour les patients tuberculeux.

Progressivement, la politique de tester pour le VIH tous les cas présumés de tuberculose est appliquée. Tous les malades TB/VIH sont mis sous CTX et ARV.

Avec l'appui de partenaires, un pool de formateurs sur la prise en charge par les ARV des malades TB/VIH est disponible.

Les agents de traitement des CDT sont formés à la prise en charge de la coïnfection TB/VIH par les ARV et suivent les malades TB/VIH pendant le traitement antituberculeux. Dans le souci d'éviter la transmission de la TB chez les PVVIH, les malades TB/VIH commencent leur traitement ARV au niveau de CDT jusqu'à la fin du traitement antituberculeux. Le relais est fait par les sites de prise en charge ARV. Pendant les rencontres mensuelles au niveau du district le personnel soignant de CDT et site ARV coordonne le transfert de PVVIH ayant terminé le traitement de la TB vers le site ARV.

La mise en œuvre de ce système de PEC est progressive et coordonnée par la cellule de coordination TB/VIH.

Il est prévu un soutien nutritionnel pour les malades TB/VIH hospitalisés.

Cette intervention stratégique est liée aux indicateurs de rendement 4.1 : Nombre et pourcentage de malades TTF testés pour le VIH de 75% en 2013 à 100% en 2019 et 4.2 : Nombre et taux de malades TB/VIH sous ARV de 60% en 2013 à 100% en 2019.

Activités

- 4.3.1 En l'An 1 formation en 5 jours de un pool de 15 formateurs dans la prise en charge de TB/VIH en ARV et les recycler en l'An 4.
- 4.3.2 En l'An 1 formation en 5 jours 40 agents de santé des CDT à la prise en charge ARV de patients TB/VIH en deux sessions (17 CDT).
- 4.3.3 En l'An 2 formation en 5 jours 40 agents de santé des CDT à la prise en charge ARV de patients TB/VIH en deux sessions (20 CDT).
- 4.3.4 En l'An 3 formation en 5 jours 40 agents de santé des CDT à la prise en charge ARV de patients TB/VIH en deux sessions (18 CDT).
- 4.3.5 Fournir les tests VIH pour tester les cas de TB et progressivement les patients présumés TB (18.560 en l'An 1; 31.162 en l'An 2; 48.791 en l'An 3; 74.811 en l'An 4; 116.428 en l'An 5). (PM)

- 4.3.6 Fournir le CTX pour les malades TB/VIH (2328 en l'An 1; 2551 en l'An 2; 2784 en l'An 3; 3030 en l'An 4; 3289 en l'An 5). (PM)
- 4.3.7 Fournir les ARV pour les malades TB/VIH (1630 en l'An 1; 2041 en l'An 2; 2506 en l'An 3; 2879 en l'An 4; 3289 en l'An 5). (PM)
- 4.3.8 Organisation de l'appui nutritionnel pour 1119 malades TB/VIH hospitalisés au niveau national (il est prévu un kit nutritionnel couvrant un mois sur la base de recommandations nutritionnelles du PAM) (186 malades en l'An 1; 204 en l'An 2; 223 en l'An 3; 242 en l'An 4; 263 en l'An 5).

Objectif 5: Mettre sous traitement 100% des cas confirmés TB-MR d'ici 2019.

Intervention stratégique 5.1 Surveillance de la pharmaco résistance chez tous les malades TB en retraitement.

Le PNLAT travaille en étroite collaboration avec le LNR pour tester au GeneXpert MTB/RIF tous les malades tuberculeux en retraitement.

Les résultats des tests de sensibilité sont compilés et analysés par catégorie de malades (patients en échec, patients retrouvés après avoir été perdu de vue, patients n'ayant pas d'informations sur un traitement précédent, rechutes de primo traitement, rechutes du retraitement, patients en échec de retraitement) de façon à établir un système de surveillance continue des résistances parmi les malades en retraitement.

Une analyse est faite aussi pour évaluer le nombre de nouveaux cas TPM+ survenant parmi les contacts d'un malade TB-MR.

Une nouvelle enquête de pharmaco résistance est programmée en 2019.

Cette intervention stratégique est liée aux indicateurs de rendement 5.1: Nombre et pourcentage de cas en retraitement ayant effectué un test GeneXpert MTB/RIF de 20% en 2013 à 100% en 2019.

Activités

- 5.1.1 Mettre en place en l'An 2 un système de surveillance de la TB-MR dans le pays (élaboration des outils et de la base de données, atelier de 2 jours pour 20 participants à Kindia).
- 5.1.2 Payer les frais de mission (transport et per diem) pour le transport des échantillons de crachats des cas TB-MR des laboratoires régionaux vers le LNR (de l'An 1 à l'An 5).
- 5.1.3 Analyser et diffuser les données du système de surveillance de la TB-MR et les intégrer dans le rapport épidémiologique du PNLAT de l'An 1 à l'An 5.
- 5.1.4 Réaliser une enquête de pharmaco résistance au niveau national en l'An 5.

Intervention stratégique 5.2 : Dispensation des soins de qualité à tous les malades TB-MR diagnostiqués.

Le programme assure la disponibilité des médicaments de deuxième ligne par la mobilisation concomitante des ressources de l'Etat et de ses partenaires financiers.

La majorité des nouveaux malades sont mis sous traitement de 9 mois dans le cadre d'une étude approuvée par le comité d'éthique national en 2014.

Un appui est fourni à tous les patients afin de renforcer leur adhérence au traitement et d'aider à leur réinsertion socioéconomique (aide alimentaire et remboursement des frais de transport) de façon à garantir le TDO pendant toute la durée du traitement.

Les malades ayant échoué à un schéma de deuxième ligne ou faisant une rechute après un tel traitement sont soumis à un régime individualisé. Pour ce faire, le PNLAT prévoit l'achat de certaines molécules de deuxième ligne en dehors du protocole national et des médicaments pour la prise en charge palliative.

La prise en charge de la TB-MR est progressivement décentralisée au niveau régional.

Seuls les malades grabataires sont hospitalisés en début de traitement. Les autres sont traités en ambulatoire dans les unités spécialisées TB-MR.

Les examens de contrôle sont réalisés selon le protocole national. Tous les examens préalables et en cours de traitement sont pris en charge ainsi que les médicaments prescrits contre les effets secondaires du traitement et les frais d'hospitalisation éventuelle. Un appui alimentaire et les frais de transport sont garantis pour tous les malades sous traitement.

Les mesures de contrôle de l'infection sont observées dans tous les services de prise en charge des malades multi résistants à travers l'éducation du patient, la ventilation naturelle croisée, le port d'un masque courant par les malades et d'un respirateur N95 par le personnel soignant.

Dans les unités d'hospitalisation TB-MR, le nombre de malades par chambre est au maximum de deux.

Cette intervention stratégique est liée à l'indicateur de rendement 5.2.1 : Nombre et pourcentage de cas TB-RR mis sous traitement pour la TB-MR de 38% en 2013 à 100% en 2019.

Activités :

- 5.2.1 Assurer un soutien nutritionnel et subventionner les frais de transport pour les malades suivis dans la cohorte actuelle de 24 mois pendant la phase intensive du traitement en l'An1.
- 5.2.2 Assurer un soutien nutritionnel et subventionner les frais de transport pour 1426 malades TB-MR pendant leur traitement de 9 mois de l'An 2 à l'An 5.
- 5.2.3 Acheter les médicaments pour les effets secondaires (un kit pour chaque malade) de l'An 1 à l'An 5.
- 5.2.4 Acheter les médicaments pour le régime individualisé pour les cas d'échec (5% des malades mis sous traitement) de l'An 1 à l'An 5.
- 5.2.5 Assurer les cures palliatives pour 43 malades en échec de l'An 1 à l'An 5.
- 5.2.6 Subventionner les frais des examens de 1 426 malades en ambulatoire et ceux hospitalisés (bilans radiologiques, bilans para cliniques...) An1 : 190 ; An2 : 237 ; An3 : 290 ; An4 : 349 et An5 : 360
- 5.2.7 Réhabiliter les 6 pavillons d'hospitalisations de TB-MR dans les régions administratives en l'An 2 et l'An 3.
- 5.2.8 Rénovation du pavillon au service Pneumo de l'hôpital Ignace Deen et de MPA de Macenta en l'An 1 (2ème phase R9).
- 5.2.9 Rénovation de 2 CDT à Conakry, 1 à Kankan et 1 Nzérékoré en l'An 1 (2ème phase R9).
- 5.2.10 Editer et diffuser 200 exemplaires du Guide TB-MR en l'An 1 (R9 FM) et l'An 4.
- 5.2.11 Former 2 médecins et 3 infirmiers dans chaque région administrative pour la PEC des malades TB-MR en l'An 2 pendant 5 jours.
- 5.2.12 Organiser 1 atelier de 15 personnes pendant 3 jours pour l'élaboration du plan de prévention de l'infection TB et TB-MR en l'An 2.
- 5.2.13 Organiser une réunion de 20 personnes pendant 1 jour pour valider le plan de prévention de l'infection TB et TB-MR en l'An 2.
- 5.2.14 Editer et diffuser 200 exemplaires du plan de prévention de l'infection TB et TB-MR pour les structures de soins en l'An 2 et l'An 5.

- 5.2.15 Editer et diffuser 500 affiches sur la prévention de l'infection TB et TB-MR pour les structures de soins en l'An 2 et en l'An 5.
- 5.2.16 Acheter 24024 masques chirurgicaux pour les malades TB –MR (un par semaine pendant la phase intensive) et 1.584 respirateurs type N95 pour le personnel soignant au cours de 5 ans. (en An 1 : 60% et en An 2 : 40%).
- 5.2.17 Acheter 14 ventilateurs pour les mesures d'ordre environnemental pour le contrôle de l'infection en milieu de soins (en l'An 2).
- 5.2.18 Mettre en place une cellule TB-MR dans chaque région (point focal TB et VIH, médecin et infirmier TB-MR et technicien de laboratoire) en l'An 2.
- 5.2.19 Assurer une réunion mensuelle de la cellule TB-MR régionale (collation et fourniture de bureau) de l'An 2 à l'An 5.
- 5.2.20 Assurer une réunion bimensuelle de la cellule TB-MR nationale (collation et fourniture de bureau) de l'An 1 à l'An 5.
- 5.2.21 Acheter 323 916 gants jetables pour l'administration des antituberculeux injectables (1^{ère} et 2^{ème} ligne) au cours de 5 ans.

Objectif 6 : Renforcer les capacités des communautés, des organisations de la société civile et des prestataires de soins publics, privés à but lucratif.

Intervention stratégique 6.1 : Communication, plaidoyer et mobilisation sociale pour atteindre une plus grande utilisation des services TB et un support social des patients.

Les interventions décrites dans l'objectif 6 contribuent au renforcement du dépistage et des activités au soutien des malades tuberculeux en développant :

- d'une part l'implication des ONG Nationales, des associations des personnes VIH+ et des OBC dans la recherche des personnes présumées TB et leur orientation vers les services de santé pour examen de diagnostic ;
- d'autre part par l'utilisation des médias pour la sensibilisation et la mobilisation sociale dans le cadre de la lutte contre la tuberculose.

La mise à jour du plan national de communication en 2015 permettra de cibler de manière spécifique les activités, les groupes et les responsables de mise en œuvre et de renforcer la référence des personnes qui présentent des signes de tuberculose.

Ce plan prend en compte l'apport des médias publics, privés et communautaires dans la diffusion des messages sur la tuberculose. Les messages sont diffusés par les médias en langues nationales et en français.

Le PNLAT prévoit de rendre disponibles les outils de sensibilisation tels que les dépliants, le théâtre forum, les boites à images...

Les ONG Nationales, les organisations à base communautaire (OBC) et les tradipraticiens seront renforcés en capacités de planification et de suivi évaluation pour améliorer la mise en œuvre des activités du programme. Leur rôle est d'identifier et référer les personnes qui présentent des signes de tuberculose et de réaliser des visites à domicile pour la recherche des cas contacts et des perdus de vue.

Les ONG Nationales et Agents Communautaires de Santé (ACS) mettent en œuvre des activités de sensibilisation dans les quartiers pauvres des grandes villes et dans les villages avec les OBC, qui travaillent avec les leaders religieux, les leaders d'opinion et les associations d'anciens malades tuberculeux.

Cette intervention stratégique est liée à l'indicateur de rendement 6.1.1 : Nombre et pourcentage des cas TPM+ ayant été référés par un agent communautaire de 5% en 2015 à 14% en 2019.

Activités :

Cadre institutionnel

- 6.1.1 Organiser 1 atelier de révision du plan de communication de PNLAT pour 5 jours de 20 personnes (en l'An 2) à Kindia.
- 6.1.2 Organiser un atelier de révision du guide de DOTS communautaire en l'An 4 (15 personnes pour 4 jours à Kindia).
- 6.1.3 Organiser un atelier de 15 personnes pour 5 jours pour l'élaboration du guide et manuel de mobilisation sociale sur TB en l'An 2.
- 6.1.4 Former 16 formateurs des régions en techniques de mobilisation sociale, de communication, d'animation et participation communautaire en faveur de la lutte contre la tuberculose en l'An 2 à Mamou pendant 6 jours.
- 6.1.5 Former au niveau régional les membres des 35 ONG en planification gestion et suivi évaluation en 4 sessions de 25 participants (l'An 2 : 2 sessions ; l'An 3 : 2 sessions).
- 6.1.6 Acheter 35 motos pour les ONG et 8 pour les coordinateurs régionaux des ONG SR pour la supervision des agents communautaires (22 en An1, phase 2 R9 et 21 en An2).
- 6.1.7 Superviser les activités de sensibilisation par les membres des ONG/Associations: An2-An5 1 visite par trimestre x 2 membres d'ONG dans chaque DS: 2 pers x 4 visites / an x 35 DS
- 6.1.8 Appui à la supervision communautaire par les CS et membres des ONG/Association : 4 visites de village/an pr 2 superv/CS x 10 CS x 3 DS An1, 4 visites de village/an pr 2 superv x 10 CS x 9 DS An2, 4 visites de village/an pr 2superv x 10 CS x 12 DS An2-An5

Plaidoyer

- 6.1.9 Organiser 200 séances d'information sur TB auprès des élus locaux et leaders d'opinions de l'An 2 à l'An 5.
- 6.1.10 Organiser 120 séances d'information sur TB auprès des leaders religieux des zones enclavées (de l'An 2 à l'An 5).
- 6.1.11 Organiser 800 séances d'information sur TB auprès des syndicats de transporteurs et piroguiers pour les impliquer dans le transport des crachats (An 2 :200 ; An 3 :200 ; An 4 :200 ; An 5 :200).
- 6.1.12 Organiser une table ronde par trimestre à la radio nationale de l'An 2 à l'An 5 soit 16 pour 4ans.
- 6.1.13 Organiser la célébration de JMT en 3 endroits différents de l'An 1 à l'An 5.

Communication pour le Changement de Comportement (CCC) /Proximité

- 6.1.14 Editer et diffuser 3304 guides de formation des Agents communautaires révisés sur la phase 2 R9 (1100 AC + 406 CS x 2+ 38 DS x 5 + 100 pour les partenaires et PNLAT= 1102) en l'An 1.
- 6.1.15 Editer et diffuser 3 304 guides de formation des Agents communautaires (1100 AC + 406 CS x 2+ 38 DS x 5 + 100 pour les partenaires et PNLAT= 1102) en l'An 4.
- 6.1.16 Editer et diffuser 1102 boites à image (An 1= 406 CS x 2 + 38 x 5 + 100 pour les partenaires et PNLAT = 1102) Phase 2 R9.
- 6.1.17 Editer et diffuser 25 000 affiches Dots Communautaire (An 1 : 5000 sur Phase 2 R9 ; An 2 : 5000 An 3 : 5000 An 4 : 5000, An 5 : 5000).
- 6.1.18 Editer et diffuser 25 000 dépliants Dots Communautaire (An 1 : 5000 Phase 2 R9 ; An 2 : 5000 An 3 : 5000 An 4 : 5000, An 5 : 5000).
- 6.1.19 Editer et diffuser 5510 Calendriers Dots Communautaire par an sur 4 ans (de l'An 2 à l'An 5) An2= 406 CS x 2 + 38 x 4 + 100 pour les partenaires et PNLAT = 1102 x 4).

- 6.1.20 Former 1100 agents communautaires dans 11 DS à raison de 100 agents par DS en technique de communication d'animation et la stratégie Dots Communautaire par le niveau régional pour 3 jours (de l'An 2 à l'An 4).
- 6.1.21 Former 80 pairs éducateurs pour la référence des suspects et le suivi des malades tuberculeux sous traitement auprès des nomades (éleveurs transhumance) (An 2 : 20 ; An 3 :20 ; An 4 :20 ; An 5 :20).

Communication pour le Changement de Comportement (CCC) /Mass Média

- 6.1.22 Produire un spot pour la radio et un spot audio-visuel pour la télévision sur la tuberculose et les traduire dans 6 langues nationales en l'An 2 et en l'An 4.
- 6.1.23 Contracter les 16 radios rurales, communautaires et privées pour diffuser 7 680 fois le spot (120 fois par an et par radio soit 1920 fois par an) de sensibilisation sur la TB de l'An 2 à l'An 5.
- 6.1.24 Organiser 768 émissions interactives dans les 16 radios rurales, communautaires et privées de l'An 2 à l'An 5.
- 6.1.25 Contracter les 5 chaînes de télévisions pour diffuser 2400 fois le spot audio-visuel sur la TB de l'An 2 à l'An 5.
- 6.1.26 Produire un film de 30 minutes sur la tuberculose dans 6 langues nationales et en français à l'An 2 avec les groupes théâtrales.
- 6.1.27 Reproduire en l'An 2, 500 copies sur CD du film pour les 35 ONG contractualisées et distribuer lors de la célébration de la journée mondiale TB.
- 6.1.28 Organiser des séances de diffusion de film, 4 séances par an par ONG de l'An 3 à l'An5.

Mobilisation sociale

- 6.1.29 Editer et diffuser 360 guides de mobilisation sociale sur TB. Guides : PNLAT : 30, DRS : $8 \times 2 = 16$, DS : $38 \times 3 = 114$ + Partenaires =20 (An2 : 360 guides)
- 6.1.30 Editer et diffuser 530 manuels de mobilisation sociale: ONG : 350, PNLAT : 30, DRS : $8 \times 2 = 16$, DS : $38 \times 3 = 114$ + Partenaires =20 en An2 et An5.
- 6.1.31 Payer les collations aux 105 membres des 35 Comités (Ratoma, Matoto et 33 DS) de Sélection des ONG/Associations de An2 à An5.
- 6.1.32 Former/recycler 175 (5 membres ONG/Association / DS X 35 DS) par les formateurs du niveau régional à la mobilisation sociale et participation, en technique de communication d'animation et en stratégie Dots Communautaire en faveur de la lutte contre TB pendant 6 jours en l'An3 et An 5.
- 6.1.33 Former 16 formateurs des régions administratives au soutien psycho social et au suivi de l'observance de traitement des malades co-infectés TB/VIH en l'an 3 pendant 4 jours à Kindia
- 6.1.34 Former/ recycler175 membres d'ONG/Associations (5 membres par ONG/Associations) au soutien psycho social et au suivi de l'observance de traitement des malades co infectés pour 3 jours (An3-An4).
- 6.1.35 Organiser 300 séances d'information sur TB auprès des Miniers/orpailleurs (An2 :75 ; An3 :75 ; An4 :75 ; An5 :75)
- 6.1.36 Organiser 64 séances d'information sur TB auprès des prisonniers à raison 2 séances/an/prison soit 16 séances par an de l'an2 à l'an5.
- 6.1.37 Organiser pendant les journées mondiales de lutte contre le diabète dans les 8 régions administratives 8 séances de sensibilisation sur la relation diabète et tuberculose (An2 à An5)
- 6.1.38 Organiser 120 séances d'information sur TB dans les écoles de santé publique, privées et facultés de médecine (An2-An5).
- 6.1.39 Organiser 120 séances d'information sur TB auprès des pêcheurs et mareyeuses de l'an2 à l'an 5

- 6.1.40 Organiser 120 séances d'information sur TB dans les écoles primaires, secondaires, et professionnelles (An2-An5).
- 6.1.41 Organiser 1 séance d'information sur TB par mois et par ONG auprès des groupements de jeunes soit 420 séances par an (An2 :420 ; An3 :420 ; An4 :420 ;An5 :420).
- 6.1.42 Organiser 1 séance d'information sur TB par mois et par ONG auprès des groupements de femmes soit 420 séances par an (An2 :420 ; An3 :420 ; An4 :420 ;An5 :420).
- 6.1.43 Organiser une réunion de concertation (22 AC de la zone, 5 membres de CS, 1 Agent CDT et un représentant de DPS) par mois pour couvrir l'ensemble des AC qui relèvent du CDT de l'An2 à l'An5 (collation et frais de transport).
- 6.1.44 Acheter 2200 kits pour agents communautaires pour les 15 nouvelles préfectures à intégrer, 4 préfectures non équipées et 3 îles An2 : 800, An3 : 800, An4 : 600
- 6.1.45 Intégrer des anciens malades tuberculeux dans les 35 ONG contractualisées.

Intervention stratégique 6.2 : Renforcement du partenariat avec les autres structures publiques non dépendant du Ministère de la Santé (Ministère de la Défense et de la Justice) et privés à but lucratif et non lucratif

Les agents de santé de l'Armée, certains grands cabinets privés dans la ville de Conakry et les infirmeries des sociétés minières sont impliqués dans le diagnostic et dans le suivi de la tuberculose.

L'implication du secteur privé à but lucratif sera évaluée à travers une recherche opérationnelle qui fera la cartographie des structures et permettra d'élaborer une stratégie adaptée.

Cette intervention stratégique est liée à l'indicateurs de rendement 6.2.1 : Taux de succès de traitement des malades suivis dans les centres sanitaires de l'Armée que doit être équivalent au taux de succès traitement obtenu au niveau des CDT.

Activités

- 6.2.1 Réaliser une recherche opérationnelle sur la cartographie du secteur privé en vue de son implication dans la ville de Conakry en l'An 1 (Action Damien).
- 6.2.2 Réaliser une recherche opérationnelle sur l'implication du secteur privé dans la ville de Conakry en l'An 2 (l'Action Damien).
- 6.2.3 Signer un contrat de collaboration entre le PNLAT et les structures sanitaires privés identifiés dans le cadre de la recherche pour leur implication dans la lutte contre la tuberculose en l'An3.
- 6.2.4 Former 25 agents de santé des structures privées dans la référence des cas présumés de tuberculose et dans la prise en charge, 3 jours à Conakry en l'A3.
- 6.2.5 Organiser une rencontre entre le PNLAT et les Ministères de la Défense et de la Justice sur l'implication des 2 hôpitaux nationaux, des 6 infirmeries régionales de l'Armée, des huit infirmeries des maisons centrales dans la lutte contre la tuberculose en l'An2 (30 personnes, 2 jours à Conakry).
- 6.2.6 Former 25 agents de santé des hôpitaux et infirmeries régionales de l'Armée, de la sécurité et de l'administration pénitentiaire sur la tuberculose (3 jours à Mamou) en l'A2.
- 6.2.7 Doter les 2 hôpitaux et les 6 infirmeries régionales de l'Armée et 8 infirmeries de l'administration pénitentiaire en outils de gestion de la tuberculose, en crachoirs, en glacières pour le transport des crachats et en médicaments antituberculeux en l'An3.
- 6.2.8 Assurer les transports des crachats des centres de santé de l'Armée et des infirmeries de l'administration pénitentiaire vers les laboratoires (carburant) de l'An 3 à l'An 5.

- 6.2.9 Intégrer la supervision des centres de santé de l'Armée et de l'administration pénitentiaire dans la supervision du niveau central vers les régions de l'An 3 à l'An 5.
- 6.2.10 Organiser une rencontre de concertation entre le PNLAT et les Sociétés Minières (Rio Tinto, SAG, SMD, SBK, CBG, RUSAL) en l'An 2 (30 personnes, 2 jours à Conakry).
- 6.2.11 Former 24 agents de santé par Société sur la tuberculose (3 jours à Conakry) en l'A3.
- 6.2.12 Doter les infirmeries des Sociétés Minières en outils de gestion de la tuberculose, en crachoirs, en glacières pour le transport des crachats et en médicaments antituberculeux en l'An3.
- 6.2.13 Intégrer la supervision des infirmeries des Sociétés Minières dans la supervision du niveau central vers les régions de l'An 3 à l'An 5.
- 6.2.14 Organiser une rencontre de concertation entre le PNLAT et la Division Nationale de tradipraticiens en l'An 2 (20 personnes, 2 jours à Conakry).
- 6.2.15 Réaliser une recherche opérationnelle pour l'implication des tradipraticiens dans la lutte contre la tuberculose à Coyah et Conakry en l'An 3.

V- BUDGET

Le budget du PSN tuberculose 2015-2019 s'établit à 24 625 672 \$US. Les médicaments occupent le premier poste de dépense (22%), suivis par le fonctionnement (14%), le suivi-évaluation (12%), la formation (9%), l'appui nutritionnel aux malades (7%), les infrastructures (7%), les salaires et primes (6,5%), la sensibilisation (6%), l'assistance technique (5,5%), l'équipement (5%). Ces postes représentent ensemble légèrement moins de 95% du budget total. Le tableau 6 montre les détails par an et par rubrique.

Tableau 6. Budget du PSN par rubrique et année

Rubrique	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%
Appui nutritionnel aux malades	96 539	340 031	402 485	471 165	496 677	1 806 897	7,3
Assistance technique	391 885	375 175	272 395	142 726	177 995	1 360 175	5,5
Equipement	333 718	924 785	893	12 500		1 271 897	5,2
Fonctionnement	544 231	636 597	663 612	782 844	728 058	3 355 342	13,6
Formation	184 155	589 795	621 689	470 516	260 077	2 126 232	8,6
Infrastructure	109 837	386 144	174 500	1 113 097		1 783 579	7,2
Maintenance	97 362	106 171	106 171	106 171	106 171	522 044	2,1
Médicaments	1 540 121	855 924	953 850	1 064 432	1 101 112	5 515 439	22,4
Moyen transport	219 606	646 677				866 283	3,5
Salaire et prime	139 438	401 558	357 158	357 158	357 158	1 612 470	6,5
Sensibilisation	115 215	350 546	319 036	321 136	322 698	1 428 630	5,8
Suivi-évaluation	507 259	541 508	632 514	578 622	716 781	2 976 685	12,1
Total	4 279 367	6 154 910	4 504 301	5 420 366	4 266 728	24 625 672	100
Pourcentage	17,4%	25,0%	18,3%	22,0%	17,3%	100%	

Du montant total, 9,5% semblent être acquis. Cette part se répartit entre trois sources de financement : Action Damien, Fonds mondial à travers le R9 et l'Etat. Le tableau 7 en donne les détails.

Tableau 7. Budget du PSN selon son statut (acquis et à rechercher)

Catégorie de dépense	A chercher	Acquis	Total
Appui nutritionnel malades	1 768 118	38 779	1 806 897
Assistance technique	597 653	762 523	1 360 175
Equipement	1 074 029	197 868	1 271 897
Fonctionnement	3 155 669	199 672	3 355 342
Formation	2 021 300	104 932	2 126 232
Infrastructure	1 673 741	109 837	1 783 579
Maintenance	522 044		522 044
Médicaments	5 514 237	1 202	5 515 439
Moyen transport	646 677	219 606	866 283
Salaire et prime	1 478 390	134 080	1 612 470
Sensibilisation	1 366 630	62 000	1 428 630
Suivi-évaluation	2 456 105	520 580	2 976 685
Total	22 274 593	2 351 079	24 625 672
Pourcentage	90,5%	9,5%	100%

Au stade actuel, sur les fonds qui semblent acquis, Action Damien apporte 33%, le R9FM 64% et l'Etat 3% (Tableau 8).

Tableau 8. Budget du PSN tuberculose par an, source de financement et catégorie de dépense Error! Not a valid link.

Catégorie de dépense	2015			2016				2017			2018			2019			Total
	A chercher	Action Damien	R9FM	A chercher	Action Damien	Etat	R9FM	A chercher	Action Damien	Etat	A chercher	Action Damien	Etat	A chercher	Action Damien	Etat	
Appui nutritionnel aux Malades	57 760	38 779		340 031				402 485			471 165			496 677			1 806 897
Assistance technique	119 490	122 532	149 863	252 643	122 532			149 863	122 532		20 194	122 532		55 463	122 532		1 360 175
Equipement	136 898	1 694	195 127	923 738			1 047	893			12 500						1 271 897
Fonctionnement	359 579		184 652	621 576			15 020	663 612			782 844			728 058			3 355 342
Formation	85 367		98 788	583 651			6 144	621 689			470 516			260 077			2 126 232
Infrastructure			109 837	386 144				174 500			1 113 097						1 783 579
Maintenance	97 362			106 171				106 171			106 171			106 171			522 044
Médicaments	1 538 919		1 202	855 924				953 850			1 064 432			1 101 112			5 515 439
Moyen transport			219 606	646 677													866 283
Salaire et prime	135 838		3 600	319 678		16 200	65 680	340 958		16 200	340 958		16 200	340 958		16 200	1 612 470
Sensibilisation	65 215		50 000	338 546			12 000	319 036			321 136			322 698			1 428 630
Suivi-évaluation	71 303	43 656	392 300	507 852	33 656			608 858	23 656		564 966	13 656		703 125	13 656		2 976 685
Total	2 667 732	206 661	1 404 975	5 882 630	156 188	16 200	99 891	4 341 913	146 188	16 200	5 267 978	136 188	16 200	4 114 340	136 188	16 200	24 625 672

VI – SUIVI ET EVALUATION

6.1. Mécanisme de suivi et d'évaluation du plan

Dans la mise en œuvre du présent plan stratégique, il sera mis en place un mécanisme de suivi et d'évaluation basé sur les indicateurs présentés dans le tableau 7.

Les sources d'information, les méthodes et les responsabilités pour la collecte, la gestion, l'analyse et l'assurance de la qualité des données sont définis.

Pour faciliter la mise en œuvre du plan stratégique, il sera décliné en plan d'action annuel.

6.2. Indicateurs de suivi du plan stratégique

Le programme national de lutte contre la tuberculose dispose d'un plan de suivi et d'évaluation où les indicateurs, leur définition opérationnelle, la méthode de leur collecte et la périodicité de la collecte sont définis.

Il s'agit des indicateurs d'impact, des résultats, de rendement et de processus.

6.3 Evaluation du plan stratégique

Le présent plan stratégique sera évalué de deux manières :

- L'évaluation interne : elle sera conduite au niveau national à travers le monitoring des plans d'action annuels, elle sera assurée à travers la collecte et la validation trimestrielle des données de routine et l'analyse de situation de la lutte contre la tuberculose.

- L'évaluation externe : le plan stratégique 2015-2019 sera évalué à mi-parcours en 2017 à travers une revue épidémiologique et à la fin de sa mise en œuvre en 2019. Ces évaluations de type externe seront assurées par des équipes d'experts nationaux et internationaux. Elles seront basées sur l'exploitation des rapports d'activités de routine, des visites de terrains et des entretiens avec les acteurs à différents niveaux.

Ces différentes évaluations permettront d'entreprendre des actions correctrices des éventuels goulots d'étranglement.

Tableau 7. Cadre de performance du PSN 2015-2019

N°	Catégorie	Indicateur	Données de base		Source	Cibles par an					Source	Ritme
			Valeur	An		2015	2016	2017	2018	2019		
But: Réduire de façon significative le poids de la tuberculose dans la population guinéenne à savoir : réduire de 50% la mortalité et la prévalence d'ici 2035 par rapport à 2015.												
	Impact	Mortalité	23 (9,8-42)	2012	WHO Global TB Report 2013	NA					WHO Global TB Report	NA
	Impact	Prévalence	274 (136-459)	2012	WHO Global TB Report 2013	NA					WHO Global TB Report	NA
Objectif 1 : Renforcer les capacités de gestion et de suivi du PNLAT aux niveaux central, intermédiaire et périphérique pour une mise en œuvre optimale du plan stratégique national.												
Intervention stratégique 1.1: Garantir le fonctionnement des services du programme et l'assistance technique nationale et internationale.												
1.1.1	Rendement	Taux d'exécution financière	33,20%	2012	Rapport annuel du PNLAT	40%	60%	70%	80%	85%	Rapport annuel du PNLAT	Annuel
Intervention stratégique 1.2 : Renforcement du système de gestion en médicaments antituberculeux de première et de deuxième ligne et en réactifs et consommables de laboratoire.												
1.2.1	Rendement	Nombre et Pourcentage de CDT ayant présenté une rupture de stock d'un ou plusieurs médicaments de première ligne au cours de l'année.	ND	/	/	6/62 (10%)	0/62 (0%)	0/62 (0%)	0/68 (0%)	0/68 (0%)	Rapport trimestriel, Rapport de supervision	Annuel

Intervention stratégique 1.3 : Mise en œuvre du plan de renforcement de ressources humaines du programme.													
1.3.1	Rendement	Taux d'exécution des activités prévues dans le PAO	ND	/	/	40%	50%	65%	75%	80%	Rapport annuel du PNLAT	Annuel	
Intervention stratégique 1.4 : Renforcement du système de suivi évaluation et de la recherche opérationnelle.													
1.4.1	Rendement	Nombre et pourcentage de CDT suivant les directives du programme dans le prise en charge du malade (critères de performance pour les primes).	ND	/	/	31/62 (50%)	37/62 (60%)	43/62 (70%)	54/68 (80%)	61/68 (90%)	Rapport de supervisions	Annuel	
Objectif 2 : D'ici 2019, diagnostiquer et mettre sous traitement 64 599 nouveaux cas + rechutes de tuberculose à savoir de 12 143 en 2015 à 13 720 en 2019.													
2.1	Résultat	Nombre de NC de tuberculose et de rechutes notifiés en mis sous traitement.	11.021	2013	Rapport annuel PNLAT	12.143	12.520	12.908	13.308	13.720	Registre TB et rapports trimestriels de dépistage	Trimestriel, Annuel	

Intervention stratégique 2.1 : Amélioration de l'accessibilité au diagnostic de la tuberculose en renforçant la microscopie et en intégrant le GeneXpert MTB/RIF au niveau régional.													
2.1.1	Rendement	Nombre et pourcentage de laboratoires présentant des performances satisfaisantes au contrôle de qualité externe de la microscopie.	20/62 (32%)	2012	Rapport du LNR	25/62 (40%)	31/62 (50%)	37/62 (60%)	48/68 (70%)	54/68 (80%)	Rapports du contrôle de qualité de la bacilloscopie	Trimestriel, Annuel	
Intervention stratégique 2.2 : Dépistage actif de la tuberculose chez les populations vulnérables et à risque tels que les personnel de santé ayant en charge les cas de TB, les cas contacts, les prisonniers et les diabétiques.													
2.2.1	Processus	Nombre et % de cas TPM+ NC pour lesquels une recherche active chez les contacts a été effectuée (visite à domicile, liste des cas contacts disponible)	ND	/	/	2224/7414 (30%)	3057/7644 (40%)	3940/7881 (50%)	4875/8125 (60%)	6283/8377 (75%)	Registre TB et fiches sociales	Trimestriel , Annuel	
Intervention stratégique 2.3 : Renforcement des capacités du LNR et des laboratoires régionaux pour le diagnostic et le suivi des malades TB-MR ou TB-RR.													

2.3.1	Rendement	% de malades TB-RR sous traitement ayant réalisé 9 cultures pendant le suivi du traitement (régime de 9 mois)	ND	/	/	100%	100%	100%	100%	100%	Registre TB MR et registre LNR	Trimestriel et annuel
Objectif 3 : D'ici 2019 traiter avec succès 34 277 cas confirmés bactériologiquement avec un taux de succès de traitement passant de 82% pour la cohorte 2012 à au moins 90% en 2019.												
3.1	Résultat	Nombre et % des NC confirmés bactériologiquement ayant été traité avec succès.	5.364/6566 (82%)	Cohorte 2012	Rapport annuel PNLAT	6.153/7414 (83%)	6.497/7644 (85%)	6.856/7881 (87%)	7.231/8125 (89%)	7.539/8377 (90%)	Registre TB	Trimestriel et annuel
Intervention stratégique 3.1 : Dispensation des soins de qualité aux malades tuberculeux.												
3.1.1	Résultat	Taux de malades perdus de vue et de transférés parmi les nouveaux cas TPM+.	807/6566 (12%)	Cohorte 2012	Rapport annuel PNLAT	667/7414 (9%)	535/7644 (7%)	473/7881 (6%)	406/8125 (5%)	251/8377 (3%)	Registre TB	Trimestriel et annuel
Intervention stratégique 3.2 : Amélioration de la prise en charge de la tuberculose chez les enfants.												
3.2.1	Rendement	Nombre de contacts de 0-5 ans ayant bénéficié de prophylaxie INH.	ND	/	/	2.965	3.822	4.728	5.687	6.701	Fiches sociales et rapports trimestriels	Trimestriel et annuel

3.2.2	Rendement	Nombre d'enfants NC <15 ans mis sous traitement antituberculeux.	544	2.013	Rapport annuel PNLAT	759	913	1.076	1.248	1.430	Registre TB, rapport trimestriel	Trimestriel et annuel

Objectif 4 : D'ici 2019, 100% des cas de tuberculose sont dépistés pour le VIH et l'ensemble des patients co-infectés TB/VIH bénéficie de la prophylaxie au CTX et du traitement ARV.

4.1	Rendement	Nombre et pourcentage de malades TTF testés pour le VIH.	8444/11313 (75%)	2013	Rapport annuel PNLAT	10.124/12654 (80%)	11.090/13047 (85%)	12.106/13451 (90%)	13.175/13868 (95%)	14.298/14298 (100%)	Registre TB, rapport trimestriel	Trimestriel et annuel
4.2	Rendement	Nombre et taux de malades TB/VIH sous ARV.	1178/1959 (60%)	2013	Rapport annuel PNLAT	1.630/2328 (70%)	2.041/2551 (80%)	2.506/2784 (90%)	2.879/3030 (95%)	3.289/3289 (100%)	Registre TB, rapport trimestriel	Trimestriel et annuel

Objectif 5: Mettre sous traitement 100% des cas confirmés TB-MR d'ici 2019.

Intervention stratégique 5.1 Surveillance de la pharmacorésistance chez tous les malades TB en retraitement.

5.1.1	Rendement	Nombre et pourcentage de cas en retraitement ayant effectué un test GeneXpert MTB/RIF.	158/777 (20%)	2013	Rapport annuel PNLAT	531/759 (70%)	626/783 (80%)	726/807 (90%)	832/832 (100%)	858/858 (100%)	Registre TB	Trimestriel et annuel
-------	-----------	--	------------------	------	----------------------	------------------	------------------	------------------	-------------------	-------------------	-------------	-----------------------

Intervention stratégique 5.2 : Dispensation des soins de qualité à tous les malades TB-MR diagnostiqués.

5.2	Rendement	Nombre et pourcentage de cas TB-RR mis sous traitement pour la TB-MR.	51/135 (38%)	2013	Rapport annuel PNLAT	190/223 (85%)	237/263 (90%)	290/305 (95%)	349/349 (100%)	360/360 (100%)	Registre TB MR, rapport trimestriel TB-MR	Trimestriel et annuel
-----	-----------	---	-----------------	------	----------------------	------------------	------------------	------------------	-------------------	-------------------	---	-----------------------

Objectif 6 : Renforcer les capacités des communautés, des organisations de la société civile et des prestataires de soins publics, privés à but lucratif et non lucratif.

6.1	Rendement	Nombre et pourcentage des cas TPM+ ayant été référés par un agent communautaire.	ND		Rapport annuel PNLAT	633/12654 (5%)	1044/13047 (8%)	1345/13451 (10%)	1664/13868 (12%)	2002/14298 (14%)	Registre TB, registre laboratoire, rapport d'ONG	Trimestriel et annuel
6.2	Rendement	Taux de succès de traitement des malades suivis dans les centres sanitaires de	ND	/	/	83%	85%	87%	89%	90%	Registre TB, rapport trimestriel	Trimestriel et annuel

		l'Armée.											
--	--	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

